População e Sociedade
CEPESE
Porto, vol. 34
dez 2020, pp. 139-156

Las pandemias, inseparables compañeras de la vida humana

Pandemics, inseparable companions of human life

Celso Almuiña[1]

Resumen: Uno de los muchos temas historiográficos aún pendientes es el de profundizar en el conocimiento de las pandemias. Factor decisivo en la historia de la evolución humana desde tiempos prehistóricos hasta el presente por su pertinaz presencia y sus múltiples repercusiones. La primera noticia sobre pandemias parte de referencias la bíblicas a las "plagas divinas". Terribles fueron las pestes que asolaron a muchas ciudades griegas y no menos al imperio romano. La epidemia por excelencia es la Peste Negra o Bubónica de la Edad Media. De la Moderna, hay que destacar a la gripe y sobre todo a la Viruela como aliadas de los españoles en la conquista de Iberoamérica. Del XIX, sobresale el Cólera morbo por su persistencia y sus múltiples consecuencias. Del XX, por su letalidad y efectos fulminantes, la mal denominada Gripe española (1918-1919) y, de la segunda mitad, el VIH/HIV- Sida, presente aun en la actualidad. ¿Qué decir de la nueva centuria (XXI) con la irrupción del Covid-19? El recordarnos que las pandemias no son algo exclusivamente del pasado, sino que forman parte intrínseca de la evolución humana.

Términos referentes: Pandemias; Historia de Grecia; Roma; Historia de Europa y América.

Abstract: Historians have not studied in depth the many plagues that have affected human kind since ancient times. The consequences of those pandemics were of hugh importance. The first written records are in the Bible, where plagues are defined as "divine plagues". Greek cities or the Roman Empire were often affected by plagues of all sorts. In the Middle Ages it was the Black Death that became most terrifying. In modern times flu and smallpox were the best allies of the Spaniards in their conquest of America. Later, in the 19th century "morbid chollerae" had long and terrible consequences for the population. In the 20th century the so-called "Spanish Flu" followed WW1. In the second half, HIV/AIDS spread and is still with us. What to add about the quick spread of the Covid? Just to remember that plagues and pandemics were not only a thing of past times.

Keywords: Pandemics; Greek cities; Roman Empire; European and American History.

1 Universidad de Valladolid (España).

Introducción

Cualquier medida que se tome antes de una pandemia parecerá exagerada.
Sin embargo, cualquier medida que se tome después de ella parecerá insuficiente.
(Inglaterra: *Cuarentena de catorce meses de Eyam*, 1665-1666)

En cuanto a las denominaciones del mismo fenómeno, que han afectado a amplios colectivos humanos con una letalidad desenfrenada, ha sido designado de formas diversas para una misma realidad: Plagas, Pestes, Endemias, Epidemias, Pandemias, etc. Una epidemia es una enfermedad que afecta a un grupo humano con gran intensidad, cuando el espacio afectado es muy amplio y/o universal hablamos de pandemia. Desde la peste de Atenas, en plena guerra del Peloponeso, hasta el Covid-19 innumerables pandemias han asolado a los diferentes pueblos a lo largo de la historia por virus diversos. Más atención por parte de los historiadores, aparte de científicos (investigadores) y responsables políticos, se debiera prestar a estos inseparables compañeros de viaje de la humanidad, causantes de la desaparición de imperios, de millones de vidas, de incontables tragedias y miserias humanas (CIPOLLA, 1993).

Entre virus y bacterias, parece que ser, que llevamos incorporados cada uno de nosotros como dos kilos de estos imprescindibles amigos/enemigos. Ni contigo, ni sin ti; este es nuestro dilema. Aunque no seamos conscientes, unas y/u otros están maquinando sin parar de cómo mutar para mejor apoderarse de nosotros. Una que han conseguido dar el salto de animales a humanos (zoonosis), sea a través de ratas, pulgas, mosquitos, murciélagos, etc. Afán digno de mejor causa en busca de nuevos hospederos en que multiplicarse.

Si virus y bacterias forman parte constitutiva del *homo sapiens* a medida que la intercomunicación humana se ha ido ampliando progresivamente hasta nuestros días, espacio y tiempo se han reducido a cero. Así, nuestros inseparables compañeros viajan con nuestro pasaporte por el ancho mundo. Las limitaciones de la movilidad tradicional cercenaban su expansión territorial, quedando reducidas en la mayor parte de las veces a localizadas epidemias o a reservorios tradicionales. (McNEILL, 1998).

Hambrunas, guerras y peste, trilogía que ha frenado – con reducido éxito – la progresiva escalada demográfica del ser humano desde pequeños grupos dispersos por insuperables distancias de hace 50.000 años (*homo sapiens*) hasta los 7.500 millones que actualmente vivimos sobre la faz de la tierra. Sólo el sigo XX ha soportado tantos seres humanos como todos los que habían existido hasta entonces. Auténtica bomba demográfica. En cien años hemos pasado de 1.700 a 7.000 millones de personas. Crecimiento exponencial, máxime si se tiene en cuenta que es durante la segunda mitad de la centuria cuando se produce una auténtica explosión demográfica. Hace cincuenta años éramos "únicamente" 2.500 millones, hoy triplicamos ampliamente dicha cifra.

Tradicionalmente, los militares y comerciantes han sido los principales vehículos de trasmisión vírica, precisamente por ser los primeros en entrar en contacto con alejados reservorios. Hoy día cualquier turista – curioso y/o poco precavido – puede ser hospedero y distribuidor del virus *urbi et orbe*.

Referenciar, aunque nos restringiésemos únicamente a las principales pandemias, nos exigiría una minuciosidad de datos y detalles que harían este ensayo demasiado tedioso y extenso. Por ello, me voy a fijar exclusivamente en los principales hitos epidémicos desde que tenemos noticias relativamente contrastadas; lo que no resulta fácil por la falta de datos fiables y por tener lugar, la mayor parte de las pandemias, en lugares en que los medios e incluso la intención de reflejar la realidad dejan mucho que desear.

1. Las plagas sagradas

Hechas las anteriores salvedades, comencemos por las primeras plagas de las que tenemos alguna información, por las denominadas Plagas Bíblicas o Plagas de Egipto, relatadas desde el interesado punto de vista judío al atribuir a la intervención divina su liberación del cautiverio egipcio, como prueba de pueblo elegido (ÉXODO). Al margen de esta primigenia interpretación político-religiosa, las investigaciones apuntan a hechos puramente naturales como erupciones volcánicas y/o bruscos cambios climáticos; es decir, desequilibrios de la naturaleza, como se pueden constar incluso en el presente, con la reiterada, por ejemplo, plaga de langostas.

La última plaga, según el relato judío es la que resultó definitiva. La que decide por fin al faraón a permitir la salida de Egipto del pueblo judío. No obstante, el faraón se arrepiente y los persigue para retenerlos; pero – intervención divina – tanto él como todo su ejército perecen ahogados al intentar cruzar el Mar Rojo. Únicamente recordar, a efectos geográfico-históricos, que el Canal de Suez, que separa por tierra África de Oriente Próximo no se abre hasta 1868.

2. Las pestes en el mundo clásico

Tratar de reseñar, aunque sólo fuese las pestes más notables, haría la lista interminable y a buen seguro siempre quedaría alguna sin referenciar. Por ello, únicamente me voy a referir a la más representativa (mortífera) de cada época.

Grecia

Ya en el continente europeo y dentro de la Grecia clásica, cuando el arte, la filosofía, la política y el comercio alcanzan un desarrollo y madurez realmente extraordinario, nos topamos con una de las muchas epidemias del momento. Atenas en el siglo V a.C. es la capital cultural del mundo. No se sabe con certeza si se trata de la peste bubónica, tifus, tifoidea, escarlatina o dos infecciones juntas; en todo caso, se calcula que esta desbastadora *plaga* (peste), según Tucídides, mata en un sólo año (430-429) a 150.000 personas y de 29.000 hoplitas (soldados) mueren 4.400, y de los 12.000 soldados de caballería, mueren 3.000 (SOLANA SAINZ, 2020). Algunos autores elevan la cifra a 300.000 personas fallecidas en total. En todo caso, terrible; puesto que no se salva ni el gran Pericles. Es el comienzo de la decadencia de la rica y culta Atenas.

Imperio romano

Ya en el espacio italiano, la isla de Sicilia como puerta de entrada. Peste importante es la de Agrigento; ya que entre otras muchas personas muere el médico y filósofo Empédocles. La de Siracusa – finales del siglo IV – diezma a los soldados cartagineses que sitian la ciudad. El imperio romano es el gran beneficiario de las cuantiosas bajas del ejército enemigo.

Sin embargo, la primera gran pandemia que afecta al imperio romano durante el siglo II es la peste *Antonina*, que llega a Roma (año 166) y se extiende por todo el territorio imperial. Dura quince años y causa la muerte de unos 5 millones de personas. Si tenemos en cuenta que el imperio tiene unos 20 millones, esta peste se lleva por delante a un cuarto de la población; especialmente de la megalópoli que es ya la ciudad de Roma: un millón de habitantes. Entre las víctimas figuran también miembros de la familia imperial, incluido el mismo emperador

y filósofo Marco Aurelio; cuando se encontraba en la Galia luchando en la frontera contra los belicosos germánicos. Causa importante, no única, de la futura decadencia del imperio romano.

Del siglo III habría que citar, entre otras, a la peste *Cipriana*, por su duración (20 años) y sobre todo por número de muertos entre 3 y 5 millones de personas. Su origen, como algunas otras, está en Etiopía; a través de Egipto llega a Roma.

Si damos el salto al siglo VI y pasamos a imperio Bizantino – tras la muerte del emperador Teodosio, en 395, el imperio romano se divide y su hijo Arcadio hereda la parte oriental con capital en Constantinopla – nos encontramos con la gran *plaga de Justiniano* (542). En sólo cuatro meses se lleva por delante entre 25 y 50 millones de personas; lo que viene a representar entre el 25 y 40 % de la población. El mismo emperador está a punto de morir. En estos momentos el imperio bizantino se halla en un momento de esplendor. La capital es ya una metrópoli con 500.000 a 800.000 habitantes. Gran concentración humana, como antes Roma, que es campo abonado para contagios pandémicos (ROSEN, 2007).

Las consecuencias resultan devastadoras para el imperio. Las tropas, hasta entonces unidas y motivadas, son diezmadas y debilitadas por la enfermedad. En pocos decenios pierden territorios anteriormente conquistados. Por otra parte, precisamente los frecuentes desplazamientos del ejército son, a su vez, vehículo de transmisión de la plaga.

Hasta tal punto es catastrófica esta pandemia que no pocos historiadores establecen en este momento el *limes* (separación) entre la finiquitada Edad Antigüedad y la nueva Edad Media; ya que el debilitamiento del Imperio bizantino facilita las invasiones de los bárbaros centroeuropeos sobre el antiguo imperio romano de occidente (LITTEL, 2007).

3. Edad Media

De entre las múltiples pestes de la Edad Media destaca por encima de cualquier otra la pandemia de mediados del siglo XIV (1347-1353), conocida como Peste Negra o Peste Bubónica (OLE, 2004 y 2011).

La Peste Bubónica o Peste Negra está causada por la bacteria *Yersinia pestis*, que se propaga por medio de la picadura de pulgas que saltan de roedores a humanos (zoonosis); la cual produce la inflamación de los ganglios linfáticos, comenzando por las vías respiratorias superiores (secreción nasal, dolor de garganta, asfixia), vómitos de sangre, fiebre y tos; afecta también al resto de ganglios: axilas, ingle, cuello y órganos sexuales. Los primeros síntomas son parecidos a los de la gripe común. La mortalidad se ceba en las ciudades más pobladas. La tasa de letalidad varía entre el 30% y 90% del total de los infectados. La muerte se produce, en su caso, aproximadamente en unos diez días.

La *Yersinia pestis* procede posiblemente de la India. Se transmite a occidente por medio del ejército mogol. Desde Kaffa (Crimea), a través de comerciantes se extiende por todo el continente europeo (1848-1849). Se calcula que el número de muertos esté entre los 100/200 millones de personas; lo cual provoca un gran retroceso demográfico entre el 25/60% de la población total.

Socialmente, la peste negra no sólo afecta a la población en general (VALDEON, 1977), sino también a nobles e incluso a reyes como Alfonso XI de Castilla, Juana II de Navarra, Margarita de Luxemburgo, la esposa de Luis I, Felipa de Lancaster, la reina consorte de Juan I de Portugal. Algunos historiadores clasifican esta época como punto de inflexión en el desarrollo económico europeo (LE GOFF, 2002).

Puesto que se desconocen las causas y la falta de tratamientos se acude a todo tipo de "remedios milagreros" y a comportamientos disparatados fruto del atroz miedo al contagio. Posiblemente una de las cosas más sensatas sea caminar con flores alrededor de la nariz para evitar el hedor. Generalmente se cree, en sociedades tan sacralizadas, que la peste se debe castigo divino. Y la única manera de librarse de la plaga es conseguir el perdón divino por los múltiples pecados cometidos tanto individual como socialmente.

El impacto en la mentalidad popular es tal que tanto pintores (infinidad de cuadros medievales) como literatos (relatos, poesías o novelas) van a convertir a la Peste Negra en la parte central de su quehacer artístico como Chaucer, Bocaccio, Petrarca, etc. En el *Decamerón*, Bocaccio centra su historia en unos jóvenes nobles que huyen de Florencia al campo para tratar de burlarse de la peste y mientras tanto disfrutar. Su relato se ha convertido en modelo: Camus, Follet, etc. De la representación de la muerte hay infinidad de caricaturas: *The Black Death*, por Funerus, *Plague Doctors*, etc.

En cuanto a la religión, la Iglesia Católica, la dominante en Europa, pierde presencia y genera desconfianza ante la imparable pandemia (MONTEANO, 2002). Además, hay que tener en cuenta que el papado se encuentra en horas muy bajas con el traslado de la corte papal de Roma a Avignon (Francia). Es el conocido como Gran Cisma de Occidente o Cisma de Avignon (1378-1417).

En el campo militar, asistimos a lo que podemos considerar como la primera guerra bilógica. Hay constancia de ejércitos que ya en el siglo XIV catapultan cadáveres infectados sobre poblaciones enemigas para propagar la peste como forma efectiva de causar muertos y no menos sembrar el terror entre los cercados.

4. Edad Moderna

Durante la Edad Moderna (XVI-XVIII) se sucederán múltiples epidemias (CARRERAS PANCHÓN, 1976). No obstante, nos vamos a centrar exclusivamente en América por los grandes estragos demográficos causados, principalmente por la gripe, el sarampión y sobre todo la viruela con la llegada de los primeros europeos al nuevo continente (CORDERO DEL CAMPILLO, 2001). El descubrimiento de América es realmente la puerta de entrada a una nueva era, el inicio del universalismo. Refrendado con la primera vuelta al mundo por el portugués Magallanes y el español Elcano entre 1519-1522.

Hasta 1492 – llegada de Colón – los pobladores del continente americano habían permanecido doblemente aislados: primero, del exterior por dos grandes e infranqueables océanos (Atlántico y Pacífico); pero también, dadas las dimensiones del continente, por la existencia de medios climáticos muy diferentes y escasa población (excepto México y Perú). La mayoría de los pueblos nativos vivían sin apenas contactos entre ellos.

Se suele aceptar que el primer contagiador es el marinero Francisco de Eguía; aunque otros historiadores (MALVIDO, 2008, 2010) piensan que los más efectivos transmisores del virus son los ocho indios que Colón trae a España para presentárselos a los Reyes Católicos. Es la misma Isabel la que ordena su devolución a América, lo que con tantos viajes (naos abarrotadas y durante mucho tiempo) serían los portadores más peligrosos.

En América, entre otros virus (salmonela, cólera), los causantes del gran desastre demográfico son la gripe y la viruela. El virus *Variola* es posiblemente el que haya causado el mayor número de muertos en toda la historia de la humanidad; desde hace 10.000 años a.C. hasta fechas recientes (1980).

Los nativos denominaban a la viruela como *granos grandes*, mientras para los españoles se referían al *pujamiento de sangre*. Lo cierto es que la *Variola* provoca en los infectados delirios, disentería y convulsiones.

Sabemos que desde la isla Española (República Dominicana y Haití) salta al continente. Hacia fínales de 1520, la viruela ya se ha extendido por todo el valle de México. Un mes después (octubre) llega a Tenochtitlán, capital del imperio mexica. Se calcula que aquí vivían alrededor de 250.000 personas. Ya en diciembre, al menos un tercio de la población había sido víctima del virus; incluyendo al mismo emperador Cuitláhuac.

Efecto indirecto, pero efectivo, es que la viruela se convierte en un aliado inesperado de los españoles en la conquista de México (DIAZ DEL CASTILLO, 1960). La viruela no sólo provoca grandes estragos en el territorio azteca, sino que se sigue extendiendo hacia el sur: Guatemala y muy pronto (1525) alcanza al territorio del imperio incaica (Perú); lo que facilita su conquista por parte de Pizarro. Las consecuencias demográficas son muy elevadas tanto del imperio azteca como del inca. Y uno de los factores a tener en cuenta ante la desproporcionada derrota de ambos imperios ante los españoles.

Por lo que se refiere a la cuantía de muertos, las cifras varían notablemente por la falta de estadísticas fiables (MENDIZABAL, 1964). Los cálculos indirectos tienen una validez únicamente aproximativa. Según las estimaciones más prudentes los muertos se situarían entre los 2 y 3.5 millones de personas; mientras que otros elevan esa cifra considerablemente. Así, Yuval Noah Harari (NOAH HARARI, 2020) estima que México tenía por esas fechas una población de 22 millones de personas aproximadamente y que, hacia finales de 1520, sobrevivían únicamente 14 millones; lo cual supondría en menos de dos décadas de la llegada de los españoles el fallecimiento de 8 millones de personas; o sea, sobre un 1/3 de la población.

Por su parte, William H. McNeill estima que un siglo después (1620) sólo quedaban 1.6 millones de indígenas en México. Según otros datos, la población azteca podría alcanzar entre los 22/25 millones y las enfermedades podrían haber provocado entre 12/15 millones de muertes; o sea, más de la mitad de la población.

Por último, para todo el continente, Jared Diamond (DIAMOND, 2006) estima que un 95% de los nativos americanos murieron tras la llegada de Colón debido a enfermedades provenientes del Viejo Mundo. Cifras que difieren notablemente, en todo caso estimativas. No obstante, lo que sí ponen de relevancia todos los demógrafos es el muy elevado número de fallecidos por causa de los nuevos virus y numerosas confrontaciones militares.

Además de la disminución cuantitativa de la población, hay que tener en cuenta otras consecuencias como los trasiegos internos de poblaciones huyendo de las guerras o buscando nuevos asentamientos en territorios, previamente despoblados por la pandemia, con el consiguiente abandono de cultivos tradicionales esenciales en toda economía de subsistencia. La consecuencia inmediata es el hambre, con lo cual poblaciones debilitadas se convierten en terreno propicio para la transmisión de los virus.

A partir de esta nueva realidad, buena parte del éxito de la conquista de América por los españoles se tiende a explicar últimamente no tanto por el poderío militar, sino por las consecuencias producida por la viruela en 1520, a la que seguirán nuevas oleadas. El resultado son poblaciones nativas total indefensas bilógicamente ante los nuevos virus.

Por otra parte, en contra de los sostenedores de una política genocida, a los españoles desde un punto de vista práctico, les interesa tener abundante mano de obra y contribuyentes a los que gravar; por lo tanto, no tenían el más mínimo interés en llevar a cabo eliminaciones gratuitas de nativos (genocidio). Hay además otro factor de tipo ético-religioso a tener en cuenta, que no encontramos en otros imperios conquistadores, nos referimos: primero, al testamento de la reina Isabel (1504), que dispone tratar a los nativos

> como hijos nuestros que son (...) procurar, inducir y atraer a los pueblos que las pueblan a la fe católica y enseñarles buenas costumbres y que esto sea su principal fin y en ello ponga mucha diligencia, y que no consientan que los indios (...) reciban agravio alguno en sus personas ni bienes, antes al contrario que sean bien y justamente tratados (DE LA TORRE, 1977).

Ítem más, desde un punto de vista práctico, bajo su nieto y sucesor, Carlos I, tiene lugar la denominada Junta de Valladolid (1550-1551) o Polémica de los Naturales, que enfrenta dos conocidas propuestas antagónicas en el modo de llevar a cabo la conquista de América. No es cierto que se discutiese acerca de si los indígenas eran seres humanos con alma o salvajes susceptibles de ser domesticados como animales. El objeto de la Polémica es ofrecer, desde planteamientos teológicos, cómo se debía actuar en la conquista y cristianización de las Indias.

Es evidente que se produce un choque frontal entre dos cosmovisiones, entre dos tipos de creencias (politeísmo/monoteísmo) y dos formas de vida radicalmente diferentes. Para la mentalidad de los nativos, ante semejante hecatombe – batallas perdidas frente a seres míticos, además portadores de fuerzas ocultas – las bases de sus creencias ancestrales se vienen abajo. Está claro que, para la gran mayoría de los indígenas, sus antiguas divinidades o son incapaces o les han abandonado frente a los dioses superiores de los nuevos conquistadores. Indirectamente, la situación resulta terreno abonado para los misioneros, lo que les facilita conseguir masivas conversiones y una sumisión casi sin reservas. Así se explica la facilidad de la conquista española, que con unos cuantos centenares de hombres consiguen controlar extensos territorios y millones de personas; lo que resultaría totalmente incomprensible sin estos presupuestos. Efectos desde luego biológicos, militares y no menos psicológicos.

Ya a la altura del siglo XVIII, (GRANJEL, 1978) la viruela había alcanzado el triste record de ser la pandemia más mortífera de todos los tiempos: “Una guadaña venenosa que siega sin distinción de clima, rango, ni edad”. Enfermedad que no distingue entre sexos, edades o clase social. Sólo en esta centuria y en Europa (su población pasa de 115 a 190 millones de h.) produce la muerte de unas 60 millones personas (30%). Y no menos en América. No hay que olvidar, además, que los supervivientes quedan marcados para toda la vida con indelebles cicatrices en cara y brazos. La parte positiva es que los supervivientes quedan inmunizados.

Edward Jenner, el denominado *padre de la inmunología*, observó cómo los ordeñadores de vacas, en caso de sufrir la enfermedad, les afecta más suavemente (JENNER, 2005). Éste es el punto de partida para descubrir la vacuna contra viruela (1796). Dicha vacuna se comienza a aplicar en Madrid a comienzos del siglo XIX. Francisco Balmís, médico-cirujano del rey (Carlos IV), que había ejercido en la Nueva España, presenta al soberano un costoso proyecto para llevar la vacuna al Nuevo Mundo. El gran problema es su conservación en buen estado, que tan sólo es activa durante pocos días.

Para resolver el reto, Balmís organiza la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna – primera campaña mundial de erradicación de una enfermedad – para poder trasladar el suero activo a América. El 30 de noviembre de 1803 zarpa desde la Coruña un navío (María Pita) con 37 personas a bordo, de los cuales 22 son niños de la casa de huérfanos. El proceso consiste en inocular sucesivamente a los niños el suero durante el tiempo que dure la travesía para que pueda conservase la anti-variólica en estado activo. El método resulta felizmente eficaz. Salvo en el caso de un niño que muere en la travesía, del resto no sabemos la suerte que corrieron los infantiles héroes portadores. Lo que sí sabemos, es que en México se da por erradicada la pandemia en 1951 y a nivel mundial definitivamente en 1980 (OMS). El único virus hasta el momento erradicado. Se conserva en Estados Unidos – en laboratorio blindado – una muestra por si fuese necesario; aunque no sabemos con qué fines, llegado el caso.

Si lo españoles llevaron consigo nuevos virus al Nuevo Continente, también son víctima allí de la fiebre amarilla y en su retorno a España vienen acompañados de la sífilis**.** Enfermedad de transmisión venérea adquirida por encuentros sexuales entre indígenas y españoles. Esta bacteria, aparte de las consecuencias biológicas, ha sido condenada por la Iglesia desde un punto de vista moral como gran pecado y justo castigo por la promiscuidad de los españoles en lejanas tierras. Efecto positivo de la promiscuidad, entendemos, es la mezcla de razas: mestizaje tan frecuente en territorios bajo ocupación española. No obstante, pese a secuelas biológicas y condenas de todo tipo, la promiscuidad sexual ha continuado con lo que la bacteria ha seguido extendiéndose a lo largo del ancho mundo hasta nuestros días.

5. Edad Contemporánea

Siglo XIX

Sin dudarlo la gran pandemia del siglo XIX es el cólera morbo (GRANJE, 1980). Aparece en el primer tercio, reaparece con fuerza en la segunda mitad (1870-1875) y, en la última década, junto con la gripe rusa (1889-1890), que se extiende por toda Europa, causa cerca de un millón de muertos.

El cólera morbo ha recibido distintos nombres a lo largo del tiempo: *enfermedad azul*, *enfermedad negra*, *fiebre álgida grave*, *pasión colérica*, *diarrea colérica*, *cholera morbus*, *cholera gravis*, *flujo de bilis* o simplemente cólera. La causante es la bacteria *Vibrio cholerae*, enfermedad infecto-contagiosa que se transmite a través del agua y causa hipotensión, espasmo muscular, vómitos y sobre todo fuertes diarreas (HOWARD-JONES, 1984).

Las primeras descripciones de la enfermedad se encuentran ya en Hipócrates (460-377 a. C.), Galeno (129-216) y Wang Shuhe (180-270). También en antiguos textos hindúes se describe la existencia de algo parecido en las orillas del rio Ganges. La primera referencia concreto es la del portugués Vasco da Gama – comienzos del siglo XVI – de la ciudad de Calicut (India). Fuera de la India sabemos que, a comienzos del siglo XVII, el cólera ha llegado a Yakarta (Indonesia).

A lo largo del siglo XIX, el cólera se propaga por el casi todo mundo desde su reservorio original en el delta del Ganges. Seis pandemias sucesivas matan a millones de personas en todo el mundo. La enfermedad llega a Europa entre 1817 y 1823. Sus efectos serán desbastadores en determinadas zonas.

En cuanto a España, en poco tiempo llega desde París a principios del siglo XIX.

Los primeros casos se dan Vigo a comienzos de 1833. Al mismo tiempo en Barcelona se detecta un segundo foco. En Andalucía tienen lugar los casos más mortales en el verano de 1833. En la primavera siguiente, la enfermedad llega a Madrid. De Vigo se propaga por la Galicia costera hacia Portugal. El foco sur, más virulento, se extiende por las provincias de Toledo, Guadalajara, Cuenca, Ávila, Valladolid, Burgos y Soria. En Madrid, en julio de 1834, se desencadena una ola de terror, que se apodera tanto de la misma Corte como del pueblo en general. (FERNANDEZ GARCIA, 1979).

Por esta causa a la niña, futura Isabel II (cuatro años) y a su hermana Maria Luisa Fernanda se las recluye, únicamente con su ama de cría, en una precintada parte del Palacio Real para evitar posible contagio. Suponemos que agua utilizarían poca, aunque la del palacio seguramente estaba menos contaminada que la del común; en otro caso, de poco hubiesen servido las medidas extremas. Precauciones obvias ante la indefensión y letalidad de la enfermedad, máxime en el momento en que el propio tío de la Reina, don Carlos – cabeza del absolutista –, acaba de levantar la bandera de la rebelión contra el liberalismo, que representa la jovencísima heredara. A nivel de la calle el componente sanitario-religioso-político desata persecución y matanzas de frailes.

Esta primera oleada dura año y medio y casusa sobre 300.000 personas afectadas, un 3% de la población. Sin embargo, los efectos son muy distintos según localidades, debido precisamente al acceso a la calidad del agua. En Valladolid, por ejemplo, aunque existía traída desde el siglo XVI al centro de la ciudad; en los barrios el agua se extrae mayoritariamente de pozos artesanos, dada la escasa profundidad de la capa freática. Ventaja que se convierte en peligro, puesto que las aguas fecales – sin ningún tipo de alcantarillado – pasan sin solución de continuidad a los pozos artesanos. Así el cólera circula por los barrios de Valladolid con gran celeridad y letalidad. El virus había llegado a la capital de Castilla la Vieja traído por las tropas liberales (isabelinas), que se dirigen hacia el norte (País Vasco) para combatir al levantisco carlismo. Otra consecuencia marginal, no pequeña, de la guerra civil desencadenada por el carlismo (ALMUIÑA, 1970).

La segunda oleada del cólera se produce a mediados de siglo (1847-1867). En 1855 ya afecta a amplias zonas del interior. Este segundo brote es el más documentado por la prensa de la época, porque a diferencia de los años 30 existe ya mayor número de periódicos; aunque la censura sigue siendo fuertemente restrictiva bajo Isabel II. Se estima que uno de cada veinte españoles se ven afectados, con importante número de muertes, de nuevo se desencadena el pánico popular. Parece que algo se había aprendido en relación con el agua como transmisora, puesto que, por ejemplo, en Madrid se comienzan las obras del Canal de Isabel II (FERNANDEZ GARCIA, 1979).

Se calcula (CÁRDENAS, 1970) que debido al cólera morbo mueren en España durante el primer brote (1833-1834) unas 300.000 personas; en el segundo (1854-1855) 236.000; en el tercero (1865) 120.000, y el cuarto (1885) otras 120.000. En total, fallecidos sobre 800.000 para una población entre los 11,5 millones y 18,6 al final de centuria; lo que vendría a representar una media de un 5,5%. Claro que las diferencias geográficas y temporales son notables. En 1885, por ejemplo, en la provincia de Jaén de los 5.000 afectados muere el 50%. Algo similar ocurre en la provincia de Granada. Uno de los últimos brotes virulentos tiene lugar en 1893 en las Islas Canarias. Las medidas de aislamiento fallaron, lo que provoca que la epidemia que se extienda rápidamente. La alarma cunde por todo el archipiélago. Encontramos referencias de numerosas procesiones religiosas en multitud de pueblos de las islas para tratar de parar la epidemia.

Ciertamente de muy poco habían servido las medidas higiénicas tomadas; tal vez la principal y casi única se reducen a la creación de cordones sanitarios, cuarentenas en lazaretos – aislamientos sectorizados – y adaptación de hospitales. La primera gran polémica surge cuando comienzan a utilizarse los cordones sanitarios aplicados a determinados sectores sociales productivos. Muchos galenos no están de acuerdo con su aplicación (aislamiento); puesto que dudan de su eficacia y sobre todo porque paraliza la actividad económica. Polémica bien actual ante el Covid-19. De todas formas, por recurrentes picos pandémicos, guerras carlistas y todo tipo de oposición ideológica al liberalismo, la disminución de los otrora caudales americanos, la primera gran crisis del capitalismo (1870-1873) y consiguientes inestabilidades políticas el siglo XIX no es precisamente un siglo para celebrar.

Hay que tener en cuenta, además, que el grado de indigencia en las ciudades durante el primer tercio del siglo XIX es muy alto. Desde finales del siglo XVIII, el número de menesterosos no deja de crecer. No es extraño que sea este grupo social el que fomente las revueltas populares, sea contra la Iglesia y/o contra instituciones del poder. Así, son muy frecuentes motines de diferente consideración en muchas ciudades españolas comenzando por Madrid. Situación económica, social, falta de higiene, mala calidad del agua y otros productos básicos son el caldo de cultivo ideal para la propagación de la pandemia. Durante el rebrote de mediados de siglo el terror vació muchas ciudades, entre otras, Madrid o Burgos. Gran número de personas huyen a los pueblos, lo que deja paralizada parte de la industria y comercio; la miseria se generaliza.

Todas las pestes han desatado a lo largo de la historia persecuciones más o menos sangrientas en busca de chivos expiatorios, al no disponer de auténticos remedios. Perseguir (culpar) a minorías antes que quedarse de brazos cruzados ante terroríficas fuerzas ocultas. Una vez más este comportamiento se reproduce en España, especialmente en Madrid, ante la primera oleada del cólera morbo (años 30). El contexto es que hay en la capital miles de muertos con vómitos, diarreas incontroladas, dolores musculares, etc. En este marco se desata el pánico general. El primer impulso irracional es buscar culpables. Hay que tener en cuenta, además, la crítica situación política que vive España en ese momento. Fernando VII había fallecido (1833) y el carlismo antiliberal (absolutista) acaba de iniciar nuestra primera guerra (in) civil. En esta situación sanitario-política, Madrid, capital de la nación, es un auténtico polvorín dominado por la incertidumbre y el miedo. Terreno abonado para que infinidad de bulos se propaguen como la pólvora entre los aterrorizados madrileños.

Si esto ocurría durante el primer tercio del siglo XIX a nivel popular, tras tres/cuatro nuevos picos de pandemia, hacia finales de la centuria los debates y descalificaciones en las alturas científicas seguirán siendo acalorados. Filippo Pacini había conseguido en 1854 aislar al causante de la enfermedad, el *Vibrio choleare*. En 1884 Robert Koch descubre el bacilo en las heces de los pacientes humanos. Y el español Jaime Ferran i Clúa (1885) consigue la primera vacuna. Sin embargo, es cuestionada, incluso por el mismo Premio Nobel Santiago Ramón y Cajal. No será hasta 1919, congreso internacional en Paris, cuando se reconozca como la primera y eficaz la vacuna la descubierta por el doctor Ferrán.

Siglo XX

Hay que diferenciar claramente la primera mitad, por medio la Primera Guerra Mundial (1914-1918), cuya protagonista indiscutible es la mal denominada Gripe Española (1918-1919). A partir de la Segunda Guerra Mundial, entramos en una nueva etapa con ataques víricos cada vez más frecuentes; pero con efectos demográficos más limitados. Entre ellos, el más conocido y temido de la última parte del siglo es, sin duda, el Sida.

La Gripe de 1918 o la Triple G.G.G. – La primera pandemia universal

La famosa gripe de 1918 ha sido conocida por nombres diversos: *Gran Gripe, Gripa, Influenza, Gripe española o The spanish lady.* Tal vez, convendría mejor bautizarla como la Triple G.G.G. (Gripe de la Gran Guerra). La denominación de *Gripe española*, aunque su origen no se encuentre en España – neutral durante la Primera Guerra Mundial – sin embargo, es aquí en donde la prensa se hace eco por primera vez de la nueva pandemia (PORRAS GALLO; DAVIS, 2014). Las grandes potencias en conflicto, comenzando por USA, en principio censuran las informaciones por el posible efecto sobre sus respectivas poblaciones. Sin embargo, la noticia resaltada por la prensa española salta a la internacional. La pandemia ha afectado prácticamente a todo el mundo. De ahí que pueda ser considerada como la primera pandemia de carácter universal, además de la gran rapidez de contagio y muy alta mortalidad.

En cuanto al origen se manejan tres hipótesis: China, USA y/o Europa. En cuanto a China las pruebas son endebles. También se ha situado su origen en la misma Europa (Francia, campamentos militar ingles en Étaples). Mayor consistencia parece tener el origen en Norteamérica (Kansas, USA, 22 de agosto de 1918) y traída a Europa por los soldados americanos que vienen a luchar en la Gran Guerra o Primera Guerra mundial (BARRY, 2004). En todo caso, el inmerecido nombre – ni por origen ni por letalidad – de Gripe española se ha consolidado y pasado a la posterioridad (MATA, 2017).

Está claro que la causa principal de la difusión del virus es la guerra por los constantes traslados de tropas entre continentes; lo que hace muy fácil la propagación del virus y que éste, además, tiene una tasa de transmisión nunca antes vista. Por otra parte, el cansancio y desgaste de los soldados, prácticamente enterrados en trincheras (frio, humedad, mal vestidos) durante cuatro crudos inviernos deja obviamente a los organismos muy debilitados; lo que les convierte en indefensas víctimas ante el agresivo virus. Además de propiciarle a éste unas condiciones ideales para su mutación.

> La gripe o *influenza* es una enfermedad viral respiratoria aguda específica caracterizada por fiebre, coriza, tos, cefalea, malestar e inflamación de mucosas de vías respiratorias. Suele presentarse en invierno en forma epidémica y en algunas ocasiones en forma pandémica. En casos graves hay postración, bronquitis hemorrágicas, neumonía y muerte (VELASCO MARTIN; VELASCO SENDRA, 2018).

Peculiaridad de este nuevo virus es que es altamente contagioso – en dos semanas se ha estimado que mata a 10 millones de personas –, de gran letalidad ya que el 80% de los afectados mueren. Lo que repercute inmediatamente en el bajón demográfico, en sólo año y medio muere el 6% de la población mundial. Además, en contra del comportamiento de las pestes tradicionales, ésta se ceba en personas jóvenes, entre 20/40 años. Se achaca a que produce una reacción mayor de citosinas. En cuanto a los efectos (mortalidad) varía según países, regiones y/o áreas concretas. En algunas partes arrasa con casi toda la población. España es una de las naciones que relativamente mejor resiste a la pandemia. Se estiman los muertos en 300.000 para una población de 21,5 millones de habitantes; lo que representa el 1,45%. En China o la India se calcula que mueren en cada una más de 20 millones de personas.

Ante la falta de remedios eficaces se recurre, como siempre, a las más descabelladas supercherías – incluida la denominada Ciencia Cristiana – homeopatías o el tradicional sangrado, que dejaba a los afectados aún más indefensos. Entre las novedades está el suministrales aspirinas (descubierta en 1898), que en pequeñas dosis no les hacían mal; pero sí en grandes cantidades. Únicamente la transfusión de sangre de pacientes recuperados tiene cierta eficacia. El aislamiento resulta ser a la postre lo más eficaz para impedir el rapidísimo contagio. En este sentido, el Gobernador Civil de Burgos, Andrés Alonso López, acertadamente fija unas normas, con fecha 14 de octubre de 1918 (BOEdPB), que siguen siendo prácticamente las mismas que se siguen utilizando hoy frente al Covid-19: mascarillas, distancia entre personal y prohibidas reuniones festivas por la aglomeración de personas.

La enfermedad se extiende desde América del Norte hacia Europa (desde Rusia a Portugal), América del Sur (Rio de Janeiro), Asia (India, China, etc.) y África (Ciudad del Cabo). En agosto de 1918, del millón y medio de soldados que tienen en el frente los alemanes, un millón están enfermos; lo que les obliga a suspender operaciones programadas. De Francia, pasa al Reino Unido, Italia, Alemania y por último a España.

En España, los hospitales se colapsan rápidamente. En la primera oleada más de la mitad de los madrileños ya han contraído la enfermedad. Sin embargo, lo peor está por llegar, la segunda oleada (septiembre-noviembre) de 1918 afecta tanto a las ciudades como a pequeños municipios. El 75% de las muertes se producen en la segunda oleada. En 1919 la enfermedad es ya menos mortífera por estar la mayoría de los organismos adaptados al virus. Finalmente, en 1920 aún se detecta un repunte, pero sin demasiada incidencia; aunque

entre los infectados figura Eduardo Dato, Presidente del Consejo de Ministros. La Gran Gripe desaparece de forma súbita, similar a cómo había empezado; seguramente por la hoy denominada "vacuna del rebaño"; estar ya inmunizados la mayoría de los supervivientes.

Su incidencia, por el número de muertos, supone un parón considerable en la evolución creciente de la población mundial en el siglo XX (1.800 millones) y especialmente para la europea (600 millones). Otros efectos derivados inciden en el campo de la moral. Es pensamiento dominante en Europa, antes de la Gran Guerra, que no se volvería a caer en nuevas conflagraciones entre naciones – algo del superado siglo XIX – y, gracias a los adelantos en la higiene y la sanidad, se estaba en condiciones de dejar de lado a pasadas epidemias como la del cólera. Hay que tener en cuenta que en esos momentos ni se conocían los antibióticos, ni los quimioterápicos. La gran revolución que supone la penicilina – descubierta por Fleming en 1928 – no se comenzará a aplicar clínicamente hasta 1940. Otro aspecto, muy a tener en cuenta, es que esta especial gripe deja infinidad de huérfanos porque afecta de forma especial al segmento social en edad especialmente reproductora, entre los 20 y 40 años.

Sabemos que la mortalidad causada por la Gran Gripe es muy elevada, aunque las cifras varían bastante según autores. Se estima *grosso modo* que esta letal pandemia llega a afectar al 50% de la población mundial y causa la muerte (en año y medio) a más de 50 millones de personas. No faltan los que elevan dicha cifra al doble (100). En cualquier supuesto, estamos ante la más gran pandemia de todos los tiempos. La población mundial por estas fechas ronda los 2.000 millones de personas, lo que supondría entre el 2,5/5% de muertos.

Otra de sus especiales características es su alta morbilidad. Se estima que en sólo en dos semanas causó la muerte de 10 millones de personas. Esto se debe a que al menos de los 80% de los afectados mueren.

Por lo que se refiere a España (21,5 millones de habitantes), a pesar de llevar el apellido de "española", realmente con 260.000 muertos (oficialmente 147.114), representan un reducido 1,2% de fallecidos; o sea, la mitad de mortalidad del conjunto mundial o sólo una quinta parte si consideramos el número de muertes totales en 100 millones. No es en España, precisamente, en donde la Gripe "española" más se ceba. Primera idea a retener, para situar la pandemia en España en sus justos términos.

En cuanto a la tasa de mortalidad para la pandemia de 1918-1919, las cifras estimativas, que ofrecen los diversos autores, varían bastante. Únicamente, a modo de ejemplo, Juan Carlos Losada (LOSADA, 2012) estiman que muere entre el 10% al 20% de los infectados. Su tasa de morbilidad pudo afectar hasta la mitad de la población mundial. Otros autores, la elevan hasta dos tercios. La tasa de letalidad rondaría así entre un 3% y 6 % de la población mundial. En casos de poblaciones concretas (indígenas del Pacífico o Ártico) llegarían a perder hasta el 90% de su población. China, 30 millones con una mortalidad del 40% en algunas zonas. En Estados Unidos, cerca del 28% de la población padece la enfermedad y muertos entre 500.000 y 675.000. En el Reino Unido, 250.000 muertos, en España sobre 200.000, en Francia 400.000 y en Italia cifra similar.

Al margen de las cifras más o menos ajustadas lo cierto es que entre muertos y gentes que abandonan los campos: primero, por la Gran Guerra – reducción de brazos productivos – comercio, totalmente desmantelado, y escasez de alimentos básicos, que afecta de forma especial a los sectores más desfavorecidos (hambre), todo ello crea un coctel, una tormenta perfecta para que el virus de la gripe sea incluso más mortífero que las bajas causadas directamente por el conflicto armado. En este sentido, Adnan Qureshi sostienen que la Primera Guerra Mundial no causa la gripe, pero sí contribuye decisivamente a su propagación (QURESHI, 2016).

Efecto psicológico de gran repercusión social es que la pandemia no respeta a nadie. Entre afectados y/o muertos encontramos a personajes muy conocidos. Afectados: Alfonso XIII, Amadeo de Saboya, príncipe italiano; Manuel García Prieto y Eduardo Dato, presidentes del Consejo de Ministros; Guillermo II, emperador de

Alemania; Lloyd George, primer ministro británico; Franklin D. Roosevelt, futuro presidente estadounidense; Woodrow Wilson, presidente de los Estados Unidos. Víctimas: Rodríguez Alves, presidente de Brasil; los niños videntes de Fátima: Francisco y Jacinta Marto; Max Weber, economista político y sociólogo alemán; John Francis Dodge, cofundador estadounidense de Dodge Brothers Company y un largo etcétera.

El Sida (VIH/HIV)

De entrada, para ser precisos, hay que diferenciar entre el causante, el virus VIH/HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y la enfermedad resultante: el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Diferencia no meramente terminológica, puesto que no todo el que tiene el virus padece sida.

La primera noticia que se tiene del sida, parte de Estados Unidos, en el año 1981; aunque es probable que existiera desde fechas anteriores en otras partes. Oficialmente se ha fijado el año 1984 como el inicio del sida. Un virus que proviene del *virus de inmunodeficiencia* en simios (SIV). La hipótesis más aceptada es que habría pasado a los seres humanos, desde comienzos del siglo XX, a partir del centro de África.

Por la aparición de manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida la *peste rosa*; atribuyéndola de forma exclusiva a los homosexuales. No obstante, pronto se pudo comprobar que también padecían el sida inmigrante haitianos, usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas. En 1982, la nueva enfermedad es bautizada oficialmente (en inglés) como: *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS).

La muestra humana más antigua con VIH es de 1959 de un marino británico, que se habría contagiado en la República Democrática del Congo. Otras, apuntan a un estadounidense que muere en 1969 o a un marino noruego en 1976. A medida que los infectados se trasladan de un lugar a otro trasmiten la enfermedad por todo el mundo.

Con el tiempo la enfermedad se convierte en pandemia. Según las ONU (Onusida) en 2017 se estima que en el mundo hay 38 millones de personas con VIH, con 1,8 millones de nuevos casos por año (5.700 cada día) y en torno al millón de muertos. En España, entre 140.000 y 170.000 infectados y la tasa de transmisión anual alrededor de 3.400 nuevas infecciones. Por lo que se refiere a Estados Unidos, alrededor de un millón de personas viven con VIH y cada año se detectan 38.000 nuevos casos. Virus que ha acabado con la vida de más de 32 millones de personas sólo en el último tercio del siglo XX (TORRE, 2013).

Los efectos y dimensiones de esta pandemia cambian de un lugar a otro. Los países con tasas más altas de prevalencia se encuentran en el África subsahariana, mientras que en Europa y Oceanía se ha reducido notablemente. La tónica general es que la pandemia tiende a estabilizarse. El pico máximo de nuevas infecciones tuvo lugar en 1996, con un millón de contagiados. En 2017, 21 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. También se ha avanzado en la prevención de la transmisión de madre a niño y en la supervivencia de las madres. En 2016, aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas, del 1,1 millón de contagiadas, recibieron antirretrovíricos.

La mayoría de las personas con VIH no tienen síntomas durante años. Se sienten bien. Es posible que ni siquiera sepan que están infectadas. El sida sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de bajos ingresos. El constante crecimiento de infectados ha alertado a gobiernos y responsables sociales de todo el mundo. A nivel internacional, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH-sida (Onusida) es la agencia encargada de coordinar acciones globales destinadas al control de la pandemia. Además, en varios países existen entidades gubernamentales y civiles que luchan por el mismo objetivo.

Ante estos datos, la pregunta que surge inmediatamente es: ¿pero qué tipo de virus es el VIH? La teoría más reconocida sostiene que proviene de un virus llamado *virus de inmunodeficiencia en simios,* con grandes concomitancias con el VIH. En 1984, se pudo aislar este virus. Aunque se conocía tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el *sarcoma de Kaposi*, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes, la mayoría homosexuales, es lo que lleva al descubrimiento del VIH como causante del sida. A partir de aquí (1986) se le bautiza como VIH. La consecuencia directa es que destruye células claves del sistema inmunitario, que nos protegen de las infecciones. Cuando no hay suficientes, el cuerpo queda desprotegido y no puede combatir las infecciones como lo haría en condiciones normales. Entonces se produce el sida (NÁJERA, 2010).

Los síntomas son muy variados y dependen del estadio de la enfermedad. Cuando se está infectado por el VIH, pero no se ha desarrollado aun el sida, lo más frecuente es ser asintomático o padecer algún tipo de herpes o de infección. Una vez que la enfermedad se desarrolla, los síntomas cursan como infecciones o tumores, consecuencia de la pérdida de la función del sistema inmune. La infección aguda produce un cuadro gripal intenso con mucha fiebre, cansancio y aumento del tamaño de los ganglios. De hecho, entre el 50/90% de las personas infectadas experimentan síntomas similares a un catarro o a una gripe leve: cansancio, fiebre, pérdida de apetito. También, en casos, se pueden producir diarreas, sudoraciones nocturnas o aumento de los ganglios linfáticos.

El virus se transmite mediante el contacto directo con fluidos corporales infectados como la sangre, el semen y el líquido pre-seminal, las secreciones vaginales o rectales y la leche materna. No se puede diseminar a través del sudor, la saliva o la orina. Se contagia principalmente por sexo desprotegido, transfusiones de sangre contaminada, agujas hipodérmicas y de la madre al niño durante el embarazo, parto o lactancia. La transmisión no es posible mediante mosquitos u otros insectos. Tampoco por compartir cubiertos, servilletas, aseos o cualquier otro instrumento con tal de que no implique contacto sanguíneo o de fluidos sexuales.

Por lo que se refiere a la relación entre sida e inmigración, el Instituto de Salud Carlos III de Madrid (2015) llega a la conclusión que el 54% de los inmigrantes, que residen en Europa y resultan ser seropositivos, han contraído el VIH aquí. Este porcentaje se eleva en el caso de hombres homosexuales al 72%, en consumidores de drogas inyectadas al 67%. En cuanto a zonas de origen, la adquisición post-migración del virus del sida se ha detectado con mayor frecuencia en inmigrantes procedentes de América Latina y Caribe con un 68%. Por el contrario, las personas provenientes de África Subsahariana se infectaron en sus lugares de origen únicamente en un 22%.

Se ha comprobado que hay personas, por condiciones naturales, más resistentes al contagio. Una de las teorías, basa esta predisposición en una lejana inmunidad adquirida en la Peste Negra o Bubónica (siglo XIV); toda vez que un determinado gen impiden que el virus penetre en el glóbulo blanco y este gen sería análogo al de la peste bubónica.

Todas las personas que tienen en su organismo el virus, ya sean seropositivas o hayan evolucionado a sida, son portadoras y pueden transmitir el virus. Una vez contraído, el virus permanece de por vida. No existe cura para el VIH. En todo caso, el tratamiento es muy importante. La mayoría de las personas, que tienen VIH, con medicamentos pueden vivir muchos años y evitar contagiar. Hasta ahora los tratamientos se centran en desacelerar la enfermedad y ayudar a los infectados a que se mantengan sanos durante más tiempo, mediante la utilización de antirretrovíricos. Éstos, además, evitan transmisiones. Gracias a los antirretrovirales, las personas infectadas pueden llevar una vida casi normal; la que corresponde a una enfermedad crónica. La mayor parte de los tratamientos se basan en la combinación de distintas drogas antiretrovilares, comúnmente

llamada *cóctel*. Estos tratamientos tienden a impedir la multiplicación del virus y hacer más lento el proceso de deterioro del sistema inmunitario. Sin embargo, los antirretrovirales sólo están disponibles principalmente en los países desarrollados.

En la búsqueda de una vacuna, según la revista *Science Translational Medicine*, el equipo de investigadores del Servicio de Enfermedades Infecciosas y Sida del Hospital Clínico de Barcelona (GATELL, 2007) ha dado un paso significativo al conseguir en ensayos "resultados alentadores". En todo caso, lo cierto es que en estos momentos no se dispone de una vacuna realmente efectiva.

El sida se pudo expandir rápidamente al principio al centrase la atención exclusivamente en los homosexuales, lo que ha contribuido a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales. Según datos de 2018, 75 millones de personas han contraído la infección desde el inicio de la epidemia. Actualmente en todo el mundo hay 38 millones de personas infectadas, de las que 25 millones tienen acceso a la terapia antirretroviral (2019). En España se han registrado 88.135 casos de sida desde que comienza la epidemia. Según el Ministerio de Sanidad, en 2018, se han producido 3.244 nuevos infectados, con una ligera tendencia a la baja[2].

El impacto del sida en la sociedad ha sido muy grande, incluida carga discriminatoria. La enfermedad también tiene fuertes repercusiones económicas. Hay muchas ideas equivocadas sobre el sida como la creencia que puede transmitirse por contacto casual no sexual. La enfermedad ha sido centro de muchas controversias relacionadas con las creencias religiosas, incluida la decisión de la Iglesia Católica de no apoyar el uso de preservativo como medida preventiva. En gran medida, la prevención frente a la enfermad del sida parten de su origen, haberla detectado por primera vez entre la comunidad homosexual. De ahí que, para algunos grupos religiosos, el sida sea un castigo de Dios a los homosexuales. Aunque en un principio el sida se expandió más rápido a través de las comunidades homosexuales se debía, en parte, a que no era común el uso del condón entre homosexuales por considerarlo solo como anticonceptivo.

Pandemia que, aunque se haya conseguido controlar en cierto modo; al menos, en determinadas áreas del planeta, sigue estando ahí y es la causante de importantes secuelas sociales, demográficas, médicas y psicológicas.

Siglo XXI

COVID-19

Por encontrarnos aún, a finales del año 2020, si saber el rumbo real y posterior evolución de esta primera pandemia realmente mediática; pese a encontrarnos en vísperas de posibles vacunas, vamos únicamente a señalar algo que puede resultar a primera vista hasta chocante. Es pandemia, porque tienen un alcance universal. Sobre lo de mediática es una obviedad; hasta es posible que haya existido una híperinformación y que no en todos los casos haya sido bienintencionada (ALMUIÑA, 2020). Sin embargo, lo que puede resultar chocante es la afirmación que, hasta este preciso momento, por letalidad, no la podamos considerar exactamente como una pandemia según la RAE: "que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región"; sino más bien como una epidemia: "abundancia excesiva de algo que se extiende de un modo repentino".

2 Ministerio de Sanidad (España). Vigilancia Epidemiológica del VIH y el SIDA en España. 2018. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Informe_VIH_SIDA_2019_21112019.pdf>

En todo caso, disquisiciones terminológicas al margen, veamos datos. La mortalidad causada por el Covid-19 en estos momentos – según los criterios de la OMS, no para medir número de muertos totales, sino para comprobar con datos fiables la evolución de la epidemia –, las cifras oficiales de fallecidos son algo más de 1.5 millones en todo el mundo. No obstante, aunque multipliquemos dicho número por el doble o incluso el triple, pongamos 5 millones, que es posible, si lo relacionamos con la población mundial actual (7.500 millones) obtendremos un porcentaje del 0,07%. Cifras humanamente excesivas y desde luego preocupantes, máxime cuando estamos en medio del tsunami; pero desde una perspectiva histórica, después de lo analizado, no sé incluso si llega a superar algún pico de las cíclicas gripes. Esperemos que las ansiadas vacunas nos den al menos algo de sosiego, porque el miedo a lo imprevisible y fuera de nuestro control resulta realmente preocupante y para algunos aterrador.

Algunas ideas básicas a retener

Virus y bacterias forman parte intrínseca de nuestras vidas, biológica y socialmente. Parece ser que, por término medio, dos kilos de nuestro organismo está compuesto por tan especiales e imprescindibles compañeros de viaje.

El salto de animales a seres humanos (zoonosis) se suele producir a través de ratas, pulgas, mosquitos, murciélagos y, supuestamente, a través de otros muchos animales como el pangolín, hurones, etc.

Aunque la causa de la ruptura del frágil equilibrio ecológico se puede deber a muchos factores, no parece descabellado pensar que los bruscos cambios climáticos (emergencia climática[3]), de forma más o menos directa, son responsables, al menos de buena parte, de estos saltos bacteriológicos entre especies.

Tradicionalmente los intrusos víricos, procedentes de sus naturales reservorios, históricamente han venido de la mano de militares (guerras de conquista), desplazamientos de poblaciones, mercaderes; pero, en nuestro tiempo, principalmente a través de inquietos y curiosos turistas gracias a la revolución de los transportes.

Los efectos de las pandemias no son únicamente demográficos, aunque lo sean en primer lugar; sino también sociales, económicos, culturales, ideológico-religiosos, biológicos y no menos psicológicos.

Después de lo comprobado históricamente, lección que no deberíamos desaprovechar, es que la invisible y amenazante realidad vírica forma parte constitutiva e incontrolable de nuestra propia existencia. En la medida de lo posible, lo más inteligentes es hacerle frente con todos nuestros medios – científicos, medioambientales, educacionales – en vez de ignorar el peligro latente. Nos va mucho en ello.

Bibliografía

ALMUIÑA, Celso (coord.), 2020 – *COVID-19. Primera Pandemia Mediática. Gaceta Cultural. Ateneo de Valladolid*, n.º 90 (octubre). Valladolid: Ateneo de Valladolid. Disponible en: <http://www.ateneodevalladolid.org/wp-content/uploads/GACETA-90-Web.pdf>.

ALMUIÑA, Celso, 1977 – *La prensa vallisoletana durante el siglo XIX (1808-1894).* Valladolid: Institución Cultural Simancas.

3 Puede verse para ampliar: *Emergencia Climática. Gaceta Cultural.* Ateneo de Valladolid, n.º 9 (abril 2020). Web Ateneo de Valladolid, Gaceta Cultural.

BARRY, John M., 2004 – *La gran gripe, la épica historia de la plaga más mortal de la historia*. Penguin Group.

BETRÁN, J. L., 2006 – *Historia de las epidemias en España*. Barcelona. Madrid: La esfera de los libros.

BOCCACCIO, Giovanni, s/d – *Decamerón*.

BOLETIN Oficial Extraordinario de la Provincia de Burgos (BOEdPB), 14 de octubre de 1918.

CÁRDENAS, E. Angolotti, 1970 – Datos para la historia del cólera en España. *Revista Sanidad Higiene* Pública.

CARRERAS PANCHÓN, Antonio, 1976 – *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

CIPOLLA, Carlo María, 1993 – *Contra un enemigo mortal e invisible*. Barcelona: Crítica.

CORDERO DEL CAMPILLO, M., 2001 – *Las grandes epidemias en la América colonial*. Arch Zootec.

DE LA TORRE Y DEL CERRO, A., 1974 – *Testamentaría de Isabel la Católica.* Barcelona.

DIAZ DEL CASTILLO, Bernal, 1960 – *Historia verdadera de la conquista de Nueva España*. México: Ed. Porrua.

FERNANDEZ GARCIA, Antonio, 1979 – Enfermedad y sociedad el cólera de 1865 en Madrid. *Cuadernos de Investigación Histórica*. 3, p. 155-186.

GATELL Josep María, 2007 – *El tratamiento del VIH*.

GRANJEL, Luis S., 1978 – *La medicina española del siglo XVIII*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

GRANJEL, Luis S., 1980 – *El cólera y la España ochocentista*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

GUERRA, Francisco, 1998 – *Bibliografía médica americana y filipina*. Madrid: Ollero Ramos.

HIPOCRATES, s/d – *De antiquis libris sanitate Hipocrates, Epidemias, Aforismos y Pronósticos*.

HOWARD-JONES, N., 1984 – Robert Koch and the cholera vibrio, a centenary. *BMJ*. 288, p. 379-381. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1444283/>.

JENNER, Edward Riedel S., 2005 – Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. Proceedings, n.º 18.

LE GOFF, Jacques, 2002 – *La Baja Edad Media*. Madrid: Siglo XX de España.

LITTEL, Lester K., 2007 – *Plague and the End of Antiquity, The Pandemic of 541-750*. Cambridge: Cambridge University Press.

LÓPEZ GÓMEZ, R., 2003 – *De epidemias, Conquistadores e Indígenas*. Managua, Nicaragua: Universidad Centroamericana (UCA).

LOSADA, J. C., 2012 – *Gripe de 1918*. Disponible en: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura>.

MATA, Santiago, 2017 – *Cómo el ejército americano contagió al mundo la Gripe Española*. Madrid: Ediciones Amanecer.

MCNEILL, William H., 1998 – *Plagues and Peoples*. London: Wiking Penguin.

MENDIZABAL, Miguel Othón, 1964 – *Demografía mexicana. Época colonial 1519-1810*; *Demografía colonial del siglo XVI, 1519-1599*. México.

MONTEANO, Peio J., 2002 – *La ira de Dios. Los navarros en la Era de la Peste (1348-1723)*. Pamplona: Pamiela.

NÁJERA, Rafael, 2010 – *Pandemias. Una historia de virus emergentes y reemergentes*. Madrid: Fundación Juan March.

NOAH HARARI, Yuval, 2020 – *21 lecciones para el siglo XXI*. Editorial de Bolsillo.

OLE, J. Benedictow, 2004 (2011) – *La Peste Negra, 1346-1353*. Madrid: Akal.

PENTATEUCO, s/d – Éxodo.

PORRAS GALLO, Maria Isabel; DAVIS, Ryan A., 2014 – *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-1919, Perspectives from the Iberian Peninsula and the Americas*. Boydell & Brewer.

QURESHI, Adnan, 2016 – *Ebola Virus Disease, From Origin to Outbreak*. Academic Press.

ROSEN, William, 2007 – *Justinian's Flea, Plague, Empire and the Birth of Europe*. London: Viking Penguin.

SOLANA SAINZ, José María, 2020 – Epidemias y peste en la antigüedad. *Revista Abrente*. Valladolid: Casa de Galicia.

TORRE, Javier de la, 2013 – *30 Años de VIH-SIDA. Balance y nuevas perspectivas de prevención*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

VALDEÓN, Julio, 1977 – Luchas sociales en la Baja Edad Media. *Historia 16*. 11, p. 63-68.

VELASCO MARTIN, A.; VELASCO SENDRA, Maria, 2018 – La Pandemia de Gripe Española de 1918. *Gaceta Cultural. Ateneo de Valladolid*, 84 (octubre), p. 24-26. Disponible en: <http://www.ateneodevalladolid.org/wp-content/uploads/GACETA-84-Web.pdf>.