# EL SENTIDO DEL RIESGO DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA: CONSONANCIAS Y DISONANCIAS CON LA SALUD PÚBLICA EN DOS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

**ROBERTO SUÁREZ**
*Profesor asociado, Departamento de Antropología*
*Coordinador del Grupo de Antropología Médica*
*Universidad de los Andes*
*rsuarez@uniandes.edu.co*

**ELSA MARÍA BELTRÁN**
Magíster *en Antropología Social*
*Investigadora del Grupo de Antropología Médica*
*Universidad de los Andes*
*ebeltra@uniandes.edu.co*

**TATIANA SÁNCHEZ**
Magíster *en Antropología Social*
*Investigadora del Grupo de Antropología Médica*
*Universidad de los Andes*
*tat-sanc@uniandes.edu.co*

**RESUMEN** El riesgo como categoría analítica no se limita a una probabilidad numérica como ha sido definido desde la salud pública, sino que en las sociedades modernas se ha construido como un eje central que ha permitido la tecnificación y el manejo del mismo, a la vez que ha adquirido significados sociales. Este texto tiene como objetivo comprender el origen y la construcción de la conceptualización del riesgo como categoría fundamental de los estudios epidemiológicos en tanto categoría interpretada y reconstruida en el nivel local. Por otra parte, se expondrán los casos de dos enfermedades transmisibles, las fiebres manchadas y la infección por VIH/SIDA que contrastan la invisibilidad social de la primera con la total visibilidad de la segunda.

**PALABRAS CLAVE:**
Riesgo, epidemiología, salud pública, antropología médica, prácticas cotidianas.

**ABSTRACT** Risk as category of analysis can not be reduced as a numeric probability, as is usually understood in public health. Risk is a topic in modern societies that has been constructed as a pivotal issue to allow its technification and management while has acquired specific social meanings within people's social practices. This article seeks to understand the origin and construction the risk as a key concept in epidemiological studies and propose an analysis of two transmissible diseases: Rocky mountain spotted fever and HIV-AIDS. Both diseases show the complexity to understand the risk due to the visibility of AIDS and invisibility of the rocky Mountain Spotted fever.

**KEY WORDS:**
Risk, Epidemiology, Public Health, Medical Anthropology, Daily Practices.



**ANTÍPODA Nº3** JULIO-DICIEMBRE DE 2006 PÁGINAS 123-154 ISSN 1900-5407
FECHA DE RECEPCIÓN: **NOVIEMBRE DE 2006** | FECHA DE ACEPTACIÓN: **DICIEMBRE DE 2006**
CATEGORÍA: **ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN**

# EL SENTIDO DEL RIESGO DESDE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA: CONSONANCIAS Y DISONANCIAS CON LA SALUD PÚBLICA EN DOS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ROBERTO SUÁREZ[1]
ELSA MARÍA BELTRÁN[2]
TATIANA SÁNCHEZ[3]



## EL RIESGO: CATEGORÍA DE INCERTIDUMBRE

La categoría riesgo, como campo de trabajo y análisis, ha venido adquiriendo importancia para la epidemiología y la salud pública. Aunque para éstas sus potenciales y limitaciones están claros, desde la antropología médica varias preguntas surgen con la preocupación creciente de entenderla: ¿a qué se hace referencia cuando se intenta delimitar la noción de riesgo?, ¿cuál es el impacto del análisis del riesgo?, ¿cómo se mide y cómo se maneja? Estos cuestionamientos para el caso colombiano generan una gran inquietud, ya que para la práctica social, determinada por un amplio conjunto de características –culturales, sociales, geográficas–, lo que usualmente se define como riesgo desde un área específica de conocimiento como la salud pública, genera ambigüedades o confusiones en cuanto a cómo comprenderlo. Con certeza podemos afirmar que en las sociedades modernas, llamadas de manera particular "sociedades de riesgo" (Giddens, 1995), éste se ha construido e integrado como un eje central que ha sido tecnificado, georreferenciado y sujeto a administraciones económico-políticas en donde intervienen salubristas, epi-

1 Sociólogo y antropólogo. Universidad de Lausanne, Suiza. Ph.D. de la Universidad de Ginebra. Profesor y coordinador del Grupo de Antropología Médica de la Universidad de los Andes.
2 Antropóloga de la Universidad de los Andes. Investigadora del Grupo de Antropología Médica de la Universidad de los Andes. Magíster en Antropología Social de la Universidad de los Andes.
3 Antropóloga de la Universidad de los Andes. Investigadora del Grupo de Antropología Médica de la Universidad de los Andes. Magíster en Antropología Social de la Universidad de los Andes.

demiólogos, economistas, abogados, sociólogos, antropólogos e ingenieros, entre muchos otros expertos en el tema (Alaszewiski, 2005; Calman *et ál.*, 1999; Duff, 2003; Goldstein, 2005; Peretti-Watel, 2000).

Las enfermedades transmisibles, específicamente las transmitidas por vector, ETV, y las infecciones de transmisión sexual, ITS, donde se puede ubicar el VIH y el SIDA, a lo largo de su historia social han sido objetos privilegiados de intervenciones y análisis tanto de los factores de riesgo como de las prácticas o comportamientos de riesgo (Marmot, 2000; Oppenheimer, 1988; Suárez *et ál.,* 2005a; Suárez *et ál.,* 2005b). La idea de infección, de contagio, de la importancia de las condiciones de vida, el desarrollo de trabajos sobre los determinantes sociales y el cuestionamiento sobre los estilos de vida han marcado la aproximación teórico-práctica sobre cómo pensar e intervenir en las poblaciones, de acuerdo con la relación que se establece entre ellas y el riesgo (Rockhill, 2001).

Sobre esta base, el presente artículo busca explorar, desde la antropología médica, la categoría de riesgo en dos enfermedades transmisibles. Una enfermedad, VIH y SIDA, que ha presentado desde su aparición en la escena pública una gran complejidad biopsicosocial, y otra enfermedad que para el país ha permanecido en situación de invisibilidad a pesar de su prevalencia: las fiebres manchadas. Por un lado, se busca comprender la construcción de la categoría riesgo desde la salud pública y cómo entra en conflicto con las representaciones que se elaboran en el nivel local. Por otro lado, exploraremos su viabilidad, función y uso en la vida cotidiana. Así, se busca cuestionar el modelo de descripción causal y estadístico multifactorial que privilegia esencialmente un *outcome* ligado a la prevención que limita el entendimiento de los problemas (Shim, 2002; Shy, 1997). Por otro lado, a través de la presentación de dos enfermedades transmisibles, buscaremos entender cómo la idea de riesgo presenta un dilema que se sostiene en una confusión conceptual evidenciada a través de prácticas sociales y culturas de la salud, en donde el concepto de riesgo tiene connotaciones diferentes al propuesto desde la salud pública. Cuando se introduce el componente social y cultural, la aproximación biológica y estadística sobre el comportamiento humano es relativizada por la viabilidad de la aplicación del concepto de riesgo al quehacer cotidiano del individuo y a las racionalidades incluidas en éste (Duff, 2003; Krieger, 1994; Krieger, 1999; Smith y Ebahim, 2001).



## El riesgo: una construcción conceptual desde la epidemiología para la salud pública

En el control de las enfermedades, hay varios elementos y transiciones teórico-prácticas que han determinado la forma de entender y de hacer salud pública y cuáles son los ejes que la determinan. Es decir que podemos hacer referencia a

los abordajes incipientes de la salud pública como producto de la Ilustración, al paso de una salud pública estructurada en función de las ciencias básicas como la bacteriología (McIntyre, 1992). La entrada de las ciencias básicas permitió que la estadística paulatinamente se consolidara como una herramienta que legitima la intervención sobre las poblaciones. Desde el siglo XVIII ésta apareció con el fin de describir las condiciones de la sociedad, y es Auguste Compte quien emplea un método completamente positivista para el análisis de la misma. Compte partía de que las sociedades estaban compuestas por poblaciones heterogéneas cuyo comportamiento podía ser identificado, descrito y predicho. Aquel que se desviara de la predicción sería clasificado como "patológico". En este contexto, a finales del siglo XVIII empieza a surgir una preocupación por el entorno urbano y sus condiciones, concentrándose principalmente en los sectores populares y la asociación que se hacía entre éstos y la suciedad de las ciudades. Esta idea se desarrolla en Gran Bretaña con Edwin Chadwick, considerado actualmente el fundador de la salud pública inglesa, quien en 1842 decide que la eliminación de la suciedad a través de medidas sanitarias es la única manera de acabar con la enfermedad (Porter, 1999).

De este modo, el enfoque utilizado para controlar las enfermedades en este periodo se basa en una única causa –venenos miasmáticos– y, por lo tanto, la prevención se logra a través de la eliminación de la materia putrefacta (Porter, 1999). A principios del siglo XIX, la higiene surge, entonces, como una manera de detectar, caracterizar y legitimar la intervención de "los focos infecciosos" en el paisaje urbano. La higiene, en otras palabras, emerge como un grupo de mecanismos y conocimientos dirigidos a favorecer las condiciones que propician el mantenimiento de la salud (Noguera, 2003). En este contexto, la epidemiología se consolidó como la disciplina central para la salud pública. Actualmente, como producto de su historia, los objetivos principales de la epidemiología son el estudio de la distribución de las enfermedades y los determinantes de la prevalencia, la incidencia de las enfermedades y la aplicación de este tipo de estudios al control de los problemas de salud (Aschengrau y Seage, 2003; Coreil *et ál.,* 2001; Guerrero *et ál.,* 1981). Con el establecimiento de la epidemiología se construyeron categorías que le permitían, en primera instancia, dar cuenta de la realidad que pretendía estudiar y, en segundo lugar, operacionalizarse a través de la salud pública dentro de la sociedad.

A lo largo del siglo XX, el uso del concepto de riesgo se fue haciendo cada vez más popular en las iniciativas de la salud pública (Lupton, 1995), bajo el supuesto de que aquél permite determinar qué aspectos del ambiente o del estilo de vida de los individuos de un grupo específico deben ser transformados o controlados para disminuir los riesgos presentes (Díaz, 2002). Así, el riesgo para la salud es actualmente entendido como la probabilidad que existe de que tenga lugar un acontecimiento con un impacto negativo, o de que un factor au-

mente la probabilidad de que esto ocurra (OMS, 2002). El riesgo se pone en la escena pública como factor susceptible de ser evaluado –*risk assessment*–, administrado –*risk managment*– y asociado a la toma de decisiones para reducir su efecto. Así mismo, la categoría riesgo tiene una doble condición: es un instrumento operativo de control social, pero a su vez es un dispositivo metodológico desde la salud pública. Esta doble disposición permite poner en evidencia cómo y cuáles son los procesos sociales que pueden resultar en un *outcome* negativo para un grupo humano, es decir, que pueden resultar en el desarrollo de una enfermedad. De esta manera, el riesgo es legitimado por pruebas epidemiológicas que determinan una relación de causalidad directa en la que el efecto es la enfermedad (Susser, 1998, 2001).

Si bien Chadwick consideraba una única causa de las enfermedades, también había quienes, como Rudolph Virchow, ya se orientaban hacia la teoría predisposicionista de la enfermedad que contemplaba una multiplicidad de causas que hacen posible su desarrollo. Eventualmente la noción de multifactorialidad de la causalidad se establece en la epidemiología mediante dos conceptos: la red de causalidad –*web of causation*– y las conductas de riesgo (Susser, 2001). Además, como soporte se constituyó una cultura de la objetividad (Porter, 1996), donde la lógica estadística y matemática fundamentaban el quehacer profesional de la salud pública y justificaban las intervenciones sobre los factores de riesgo y, por ende, sobre la población.



La suma de estos elementos permitió que la epidemiología se basara en un modelo multicausal, en donde unas causas son más importantes que otras, dependiendo de los valores sociales (Lupton, 1995). El procedimiento para determinarlas se basa en la inferencia inductiva o deductiva (Aschengrau y Seage, 2003), o una mezcla de ambas, utilizando las correlaciones estadísticas como herramienta principal (Peretti-Watel, 2004). En esta manera metodológica se consolida la idea de factor de riesgo, entendido como una causa indirecta que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad, es decir, son condiciones que dentro de una cadena de acontecimientos relacionados sirven para identificar causas más proximales (Aschengrau y Seage, 2003). El factor de riesgo es definido por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, como una

> característica detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar daño o efecto adverso a la salud. En general, un factor de riesgo es un atributo o exposición que incrementa la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro daño a la salud (Beaglehole *et ál.*, 2003: 53).

Siguiendo esta línea de ideas, la epidemiología ha propuesto que el riesgo para la salud está definido por determinantes socioculturales, económicos y ecológicos, que enmarcan los factores de riesgo (Marmot, 2003) y que actúan

sobre ella en diferentes grados. Los más lejanos pueden ser pensados como los que, de manera macro, enmarcan a cada grupo social –por ejemplo, aspectos demográficos, economía política, *ecological setting*, patrones culturales–, siendo así entendidos como causas estructurales que actúan a través de procesos sociales que afectan grupos enteros de personas y cuyos efectos requieren mecanismos complejos para ser transformados (Link y Phelan, 1995). Los determinantes intermedios de la enfermedad tienen lugar en el nivel de la comunidad –por ejemplo, ocupación, acceso a sistemas de salud– y, por último, los determinantes próximos se encuentran en el marco del comportamiento, del conocimiento local e involucran actividades específicas de los individuos. La epidemiología busca entonces identificar cadenas de eventos que dentro de redes de causalidad pueden conducir al desarrollo de una enfermedad. Es decir, existen varias trayectorias o varias posibles combinaciones de causas –causa suficiente– para que la enfermedad tenga lugar (Aschengrau y Seage, 2003).

La puesta en escena de metodologías cuantitativas, al buscar medir relaciones causales, depende de la reproducibilidad de los resultados y de un rigor metodológico. Las relaciones causales estadísticas, *per se,* pueden ser aplicadas a casos que no necesariamente tienen una articulación real; los criterios estadísticos pueden satisfacer la relación entre diferentes variables sin que éstas, necesariamente, presenten una relación directa (Gravelle, 1998; Lynch y Smith, 2002). Estos procesos causales y estadísticos existen en un nivel en el cual la comprensión y el sentido de los problemas de salud y enfermedad no son la prioridad. Así, Smith en el editorial del *British Medical Journal* de 1996, al presentar el caso de la desigualdad de los ingresos y la mortalidad, cuestiona esta relación y sugiere que existen factores que, si bien demuestran algún tipo de asociación, necesitan una observación y análisis diferente para poder entender el problema en todas sus dimensiones:



> La existencia de estas asociaciones parece segura, pero ¿qué significan? Éstas parecen mostrar que la desigualdad en sí misma es negativa para la salud nacional y no toman en cuenta los estándares materiales de vida absolutos dentro de un país. Las razones han sido enmarcadas por el defensor principal de la hipótesis de desigualdad de ingreso en términos explícitamente psicológicos: la evidencia sugiere sólidamente que los efectos de la distribución de ingresos en la salud, involucran procesos comparativos sociales y cognoscitivos, en lugar de tener efectos directos en estándares materiales (Wilkinson, 1994).

La categoría riesgo está en función de dos niveles: el micro, individual, y el macro, grupal/social. Se fundamenta a través de la estadística, ya que pretende predecir tendencias comportamentales de la vida individual y social para determinar dentro de la cotidianidad la idea de peligro y, de esta manera, poder desarrollar medidas de intervención para controlarlo. Para la OPS (2003),

el riesgo está asociado al comportamiento, al estilo de vida, a lo genético y a lo ambiental; elementos que exigen acciones de prevención e intervención y que devienen un eje importante en salud pública, ya que desde allí se desarrollan diferentes propuestas teórico-prácticas en educación para la salud pública. En esta lógica, la educación resulta fundamental para el control del riesgo. La Organización Mundial de la Salud en 1969 sugirió una definición del ejercicio de la educación en el campo de la salud como una acción social ejercida sobre los individuos para alterar su comportamiento y lograr la integración, en la vida cotidiana, de un panorama de vida y un ideario moderno; es decir, un estilo de vida saludable. Además, esta idea permitió anclar la responsabilidad individual dentro de contextos equilibrados y la adquisición de conocimientos como elementos esenciales en el proceso de salud-enfermedad (Lupton, 1995).

En este sentido, existen modelos como el informacional, basado en el positivismo, donde la salud y la enfermedad son consideradas como entidades exclusivas de las ciencias básicas y, por ende, la relación con el individuo es una relación mediada por expertos que transmiten conocimiento a actores sociales percibidos como necesitados de ser educados en el buen vivir. Otros modelos reproducen la idea de transmisión activa del conocimiento pero desde una conceptualización conductista en donde el *outcome* final es el comportamiento saludable, minimizando el impacto de los factores de riesgo y realizando intervenciones para lograr, de nuevo, un estilo de vida saludable. Esta propuesta está centrada en el conductismo y en el cognitivismo, dentro de los cuales el comportamiento implica procesos de aprendizaje social mediante conocimientos, actitudes y prácticas. En este podemos citar a Bandura y Rosentock, cuyos modelos se centran en el aprendizaje y en una pedagogía resocializadora para cambiar comportamientos. Así mismo, otras perspectivas buscan la comprensión de los fenómenos contenidos en la experiencia de la vida humana y, desde la historia individual y social, realizar un trabajo de construcción de conocimiento y de intervención para el cambio social en cuanto a la reducción de las desigualdades sociales (Cabrera, 2004; Wiesner *et ál.,* 2006).



Estos modelos dan cuenta, de manera consistente, de los ideales de salud pública tradicional y moderna, en donde la disminución de los aspectos que implican amenazas para la salud y el bienestar de la población son susceptibles de ser intervenidos. Sin embargo, estos esfuerzos muchas veces se ven obstaculizados, ya que las propuestas pueden traducirse en programas de salud que carecen de coherencia en los contextos particulares de las comunidades, o de una visión práctica que le permita una aplicación viable dentro de las mismas.

Sobre esta base es entonces posible plantear cómo la perspectiva del riesgo que se ha presentado permite generar un mapa descriptivo de la situación, pero no conlleva a la posibilidad de dar cuenta de la lógica que subyace las prác-

ticas de los individuos. Al pensar en la implementación de programas de salud que pretendan la transformación de aspectos del comportamiento de la comunidad, es necesario explorar el riesgo desde una perspectiva que permita la comprensión de la racionalidad que sustenta las prácticas de riesgo dentro de un contexto de significados específico. Desde otra aproximación, la perspectiva social constructivista ha propuesto una aproximación al riesgo como un concepto que se construye socialmente, incluido el conocimiento experto (Lupton, 1999; Lupton *et ál.,* 2002). Así, los riesgos se construyen de acuerdo con un contexto social de significados definidos y con intereses particulares. Las denominadas por la salud pública "prácticas de riesgo", en este sentido, son el resultado de procesos cognitivos mucho más complejos, considerando los significados sociales y culturales que se le otorgan al riesgo y la lógica de las prácticas que se han etiquetado como tales (Joffe, 2003). De esta manera, lo que el conocimiento experto define como riesgo "real" y "objetivo", es muchas veces incompatible con las representaciones de riesgo que construye la gente local (Giddens, 1995; Joffe, 2003; Lupton, 1999; Lupton *et ál.,* 2002; Peretti-Watel, 2004).

Desde la perspectiva estadística, se ha considerado que las emociones y los elementos culturales constituyen "sesgos" que no permiten que haya una completa racionalización del proceso. Sin embargo, lejos de ser prejuicios, las emociones definidas culturalmente constituyen la manifestación de lógicas inherentes a los grupos sociales y juegan un rol fundamental en la transformación del conocimiento experto al local: la gente aprehende el sentido del riesgo anclándolo a ideas previas que tienen ya una significación cultural muy elaborada (Joffe, 2003).



## La visibilidad y la invisibilidad del riesgo: VIH y SIDA, y fiebres manchadas

Desde el discurso médico, las enfermedades infecciosas no pueden ser descritas como un grupo homogéneo, ya que, de manera general, hacen referencia a infecciones causadas por diversos tipos de agentes patógenos que varían desde virus microscópicos, intracelulares, hasta grandes y estructurados parásitos (Inhorn y Brown, 1997). Estas enfermedades pueden transmitirse de varias formas: directamente, es decir, un contacto con el agente patógeno; de huésped a huésped o por medio de vectores –agentes intermedios usualmente artrópodos o insectos–. Algo que tienen en común es que los contextos ecológicos, socioculturales y económicos en los que tiene lugar la experiencia de la vida cotidiana de las personas, pueden bien estimular la presencia de la enfermedad o controlarla.

El esfuerzo que se ha realizado desde la epidemiología por determinar factores de riesgo para las diferentes enfermedades infecciosas, aunque valioso en el intento por controlar dichas enfermedades, ha desconocido, en general,

la particularidad y cotidianidad de las diversas realidades de las comunidades. Así, aunque las herramientas de la epidemiología permitan identificar qué aspectos significan una amenaza a la salud de las personas, no permiten comprender el rol que dichos aspectos tienen en el mapa de significado de la comunidad. La discusión presentada a continuación expone los casos del VIH y SIDA, y de las fiebres manchadas como dos ejemplos que ilustran la manera en que el riesgo se elabora desde los saberes expertos y en las representaciones construidas localmente.

## Lo objetivo subjetivo del riesgo: "Pesando en la balanza del amor la ciencia y la conciencia"[4]

Tradicionalmente, la infección por VIH se ha incluido entre las enfermedades infecciosas, pues es causada por un agente biológico que ha sido clasificado como un virus (Inhorn y Brown, 1997). La infección por VIH no lleva a la enfermedad del SIDA necesariamente en todos los casos pues el virus puede permanecer latente por más de diez o quince años sin que la enfermedad –SIDA– se manifieste. Ésta es considerada una infección de transmisión sexual o ITS y se puede contraer por medio de contacto sexual con otro humano infectado (Onusida, 2005a).



Si bien esta enfermedad actualmente no tiene cura ni se han desarrollado vacunas para prevenirla, se dispone de terapias que pueden disminuir la progresión del SIDA gracias a un descenso en la carga viral en un cuerpo infectado, producido por la combinación de drogas antirretrovirales, ARV, lo que permite que la gente infectada con VIH pueda vivir más tiempo de forma saludable y productiva, aun cuando el tratamiento requiere de una disciplina particular y tiene efectos secundarios severos (Castro, 2005; Onusida, 2005a) En este sentido, la infección por VIH hoy en día comparte las características de las enfermedades crónicas. La cronicidad en esta condición de salud implica una reconceptualización del mundo vivido y una nueva orientación temporal en relación con su historia de vida (Adam y Herzlich, 1994).

Adicionalmente, esta infección constituye en la actualidad una preocupación global, pues se considera que socava dimensiones de la vida de un individuo tales como su salud, sus posibilidades económicas y sociales, su identidad individual y su capacidad de acción social dentro de la sociedad (Cook *et. ál,* 2003). El VIH y el SIDA, debido a su historia social, son una patología conformada por paradojas y contradicciones de sentido. El hecho de ser transmitida mediante fluidos como la sangre impacta su representación social, ya que in-

4 Mecano, *El fallo positivo*, 1991.

vita a pensar de manera diferente el ser y el estar en el mundo. Así mismo, el fatalismo inicial causado por la letalidad de la enfermedad marcó lo que significa ser VIH positivo y determinó las posibilidades existenciales de las personas infectadas (Crawford, 1994). El poder inicial del estereotipo sobre el VIH y el SIDA radicó en su capacidad de exagerar la dimensión de la enfermedad y, al mismo tiempo, reducir al seropositivo a una categoría de riesgo y de peligro social. El riesgo asociado a un diagnóstico positivo no sólo significó el ubicar a un individuo como un vector de contagio e infección, sino como mecanismo de reafirmación de valores sociales llamados tradicionales, que negaron las posibilidades de cambio social y se consolidaron fuertemente (Sontag, 1989) y que bajo un matiz religioso y político pueden ser considerados como eugenésicos. En este sentido, el riesgo de infección por VIH ha sido ampliamente documentado en razón de su capacidad de generar una enorme cantidad de interpretaciones y significaciones, que resultan muchas en la utilización de la categoría de riesgo y de la enfermedad misma como una manera de justificar ciertos juicios morales (Crawford, 1994; Lupton, 1995).



En primer lugar, la epidemiología clínica construye conceptualizaciones de riesgo con respecto al VIH, basadas en cálculos de probabilidades que identifican el primer estadio –la primo infección– y el sintomático como los periodos de mayor infectabilidad (Royce *et ál.,* 1997).

Por otro lado, en el nivel poblacional, la epidemiología ha descrito también el patrón de la enfermedad y del riesgo: Onusida (2004; 2005b) ha reportado que los sectores más vulnerables a escala mundial son las minorías étnicas, los inmigrantes, los refugiados y las mujeres. Se ha reportado una tendencia mundial de aumento en el número de casos, al igual que cada vez hay más mujeres infectadas (Onusida, 2005b). En Colombia, particularmente, se ha identificado que el patrón epidemiológico de la enfermedad ha venido cambiando desde la última década, pues desde la década de 1990 el mecanismo de transmisión más probable es el heterosexual (García *et ál.,* 2005), aun cuando existen otras vías en las cuales la posibilidad de transmisión es más alta (Royce *et ál.,* 1997).

Actualmente, se identifica el origen del SIDA hacia 1981, cuando en Estados Unidos se reportaron cinco casos de infección sintomática, todos en hombres homosexuales, cuyo estudio de caso reveló la presencia de un virus que se transmitía por vía sexual. Se le dio entonces a la enfermedad el nombre de Gay Related Immunodefiency, GRID. Sin embargo, desde la década de 1970, la enfermedad ya había sido descrita en la región de los grandes lagos en África (Garrett, 2005; Lupton, 1995; Shannon y Pyle, 1989) e incluso estudios serológicos revelan que ya estaba presente desde 1959 en Kinshasa (Shannon y Pyle, 1989). A partir de 1982, se identificaron en Estados Unidos nuevos casos en personas hemofílicas, politransfundidas, heterosexuales, usuarios de drogas intraveno-

sas y mujeres parejas sexuales de los infectados, lo cual evidenció la existencia de otras formas de transmisión aparte de la sexual en hombres homosexuales. Se le da entonces el nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA. La infección por VIH se ha establecido como el estado fisiológico que causa el SIDA, resultado de una progresiva supresión inmunológica[5] (Chamberland y Curran, 1990).

Para el CDC (1993) se diferencia entre la infección por VIH y el SIDA, correspondiendo el segundo a un cuadro clínico en donde se manifiestan síntomas específicos de acuerdo con un amplio espectro de enfermedad definido por el desarrollo de infecciones oportunistas, que pueden resultar en la muerte de la persona afectada. Al contrario, la infección por VIH no muestra síntomas inmediatos que puedan ser directamente relacionados con la ocurrencia de la enfermedad, por lo cual el diagnóstico se hace en el momento en el que la persona tiene un estado tardío de infección, cuando los síntomas son evidentes (Onusida, 2005a). Una mujer entrevistada[6], manifiesta que una vez que su esposo cae gravemente enfermo y finalmente diagnosticado, es cuando el médico ordena la prueba para la familia:

> Un día antes que le dieran la de alta, el médico infectólogo tratante me dio la orden para que fuera (...) y buscara una orden no normal sino como alto costo, y los exámenes todavía, supuestamente para mí no habían dado los resultados. Bueno, y cuando llevaba los papeles por ahí, a la altura de los Cuatro Vientos que iba hacia la ARS donde estoy ahora, (...), empecé a leer lo que llevaba en mis manos, y fue muy duro cuando yo leí: paciente VIH positivo más toxoplasmosis cerebral. Yo estaba a la altura de la avenida, había una carretera bien amplia para cruzar pero en ese instante sentía que el mundo se había caído a mis pies. Pero sin embargo le pedí fuerzas a Dios para continuar y llevar la orden allá. Cuando llegué (...) ahí empezaron... Iba también una fórmula de medicamentos antirretrovirales para que se la suministraran (...). Esa recuperación tardó cuatro meses. Pero ahí empezaba otro proceso que fue bastante duro: debía hacerme los exámenes, y no solamente debía hacérmelos yo, también mi hija (...) me mandaron a hacer la Elisa, la primera prueba, el



5 De acuerdo con las características físicas y químicas del VIH, la capa exterior del virus tiene una capacidad excepcional de acoplarse a los linfocitos T cooperadores –una categoría de células necesarias para la respuesta inmune humana–. El virus es entonces interiorizado por estos últimos. (El VIH puede usar el mismo mecanismo con todas las células compatibles a su cubierta, es decir, todas las células CD4, por ejemplo, los macrófagos que juegan un papel importante en la respuesta inmune humana). Dentro de la célula humana, el virus pierde su cubierta. La carga genética del virus definida por las moléculas de ARN se incorpora a los genes de la célula, en donde puede quedarse latente o en donde puede utilizar la maquinaria de duplicación de la célula para multiplicarse y destruir la célula (Chamberland y Curran, 1990; Curtis y Barnes, 1994; Shannon y Pyle, 1989).

6 Las personas entrevistadas que se citan hacen parte de una investigación en curso sobre la transmisión heterosexual del VIH y son habitantes de Cartagena de Indias en Colombia, ciudad reconocida por sus atractivos turísticos, el comercio informal que mueve las economías familiares y el creciente número de personas dedicadas a ejercer la prostitución como forma de vida.

> médico daba vueltas para entregármela. Eso fue más o menos a finales del mes de marzo. Y me dijo, véngase el otro miércoles y ahí hablamos. Le dije; doctor, ¿sabe qué? Le voy a decir, mis exámenes salieron positivos porque usted está dando muchos rodeos. Dígamelo, de una vez, no espere a que venga la sicóloga (Entrevista 1).

De acuerdo con la salud pública, se recomienda hacer un diagnóstico temprano, pues se asume que conocer el seroestatus es positivo (Onusida, 2005a), ya que existe un punto crítico en la historia natural de la enfermedad cuya antelación permite un mejor manejo y tratamiento de la misma (Chalco Orrego, 2002). En el caso de la infección por VIH, la manera de conocer el seroestatus es por medio de la prueba de Elisa, que detecta los anticuerpos producidos por el sistema inmunológico como resultado de la presencia del virus en la sangre (Onusida, 2005a). Usualmente, una prueba médica es vista como un procedimiento objetivo y científico, aislado de todo sesgo social, pero no se puede negar toda la ansiedad que genera (Lupton, 1995). A su vez, el diagnóstico define un cambio de identidad y constituye una herramienta de control social que permite detectar la desviación, en particular en los casos en los que la enfermedad puede convertirse en un estigma, como es el caso del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, ITS, por los juicios morales que suelen generar (Brown, 1995). Es por ejemplo el caso de una de las mujeres entrevistadas, quien ha tenido una historia de encuentros sexuales en monogamia serial. Sin embargo, a partir de su diagnóstico, ella misma se ha limitado en su expresión sexual, pues la revelación del seroestatus es una causa de ansiedad:



> Y cuando comenzamos en la fundación (...) nos enseñaron cómo ponerlo [el condón] y cómo quitarlo y todo. Y después..., como tampoco he tenido más la dicha de... Porque yo, desde que se murió este señor y todo eso, y que mi problema, yo he sido un poco apática, allá, a los hombres. No he tenido relaciones ni nada de eso. No quiero tener complicaciones ni nada de eso. Como dice mi hermana: es mejor así. De que ya tendría que contarle a él sobre lo sucedido, sobre la problemática (Entrevista 7).

De esta manera se evidencia que las representaciones que se hacen a raíz de un diagnóstico no generan reacciones neutrales, sino que se insertan dentro de un sistema de representaciones locales. Por lo anterior, aun cuando se tienen reportes epidemiológicos bastante detallados sobre la epidemia de VIH, se ha sugerido, tanto a escala internacional (Lupton, 1995, 1999; Royce *et ál.,* 1997; Trostle y Sommerfeld, 1996) como nacional (García Bernal *et ál.,* 2006; INS, 2003; Profamilia, 2005), que el conocimiento de las prácticas y las lógicas sociales y culturales locales que enmarcan la propagación del virus y la representación de la enfermedad es fundamental para la implementación de programas

de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que permitan disminuir de alguna manera la cadena de transmisión.

La infección por VIH, a pesar de ser un virus que se transmite vía perenteral, es usualmente asimilado a la sexualidad. Desde que irrumpió en el panorama mundial ha sido asociado a conductas desviadas. En este sentido, la sexualidad puede ser aproximada como una interpretación que realizan los individuos de acuerdo con significados enmarcados culturalmente (Carpenter, 2001) y es un elemento constitutivo de la identidad individual y social (Giddens, 1992). Así, el riesgo en el campo de la sexualidad ha demostrado ser particularmente complejo, pues claramente no tiene la posibilidad de ser encajada en un modelo de escogencia racional como estrategia de prevención. La naturaleza inconsciente y emocional del placer y del deseo en la expresión sexual es contradictoria con una visión en la cual se pretende que las decisiones se toman de acuerdo con la información que se tiene. De esta manera, las emociones, que constituyen algo deseable en los encuentros sexuales, pueden ser antagónicas a la conciencia que se necesita para usar un condón (Lupton, 1995).

Las anteriores percepciones sobre la sexualidad buscan dar cuenta de la realidad de cómo los individuos experimentan o constituyen la sexualidad. Bajo este contexto, entonces, cuando se menciona desde la salud pública la idea de riesgo en ITS, nos están remitiendo a un marco analítico donde el individuo es percibido como un actor que depende de los determinantes sociales de la enfermedad (CB, 2002; Link y Phelan, 1995; Marmot, 2003), que se encuentra en situaciones de vida que permiten en diferentes grados ser vulnerables a adquirir la enfermedad.



Se ha demostrado que existe una infinidad de prácticas sexuales que varían de acuerdo con los contextos (Giddens, 1992; Haram, 2001) y que incluso son ambiguas en un mismo individuo que puede interpretar una misma práctica de formas diferentes (Carpenter, 2001; Lupton, 1995). Entonces, la comprensión de las dinámicas sexuales debe enmarcarse dentro de unas estructuras complejas que moldean la identidad individual y social. Por ejemplo, se ha propuesto que las desigualdades de género pueden enmarcar las prácticas sexuales cotidianas que condicionan diferencialmente la transmisión del virus (Wingood y DiClemente, 2000).

En Cartagena, si bien la mayoría de mujeres percibe los primeros encuentros sexuales como placenteros, éstos se dan dentro de un marco cultural dentro del cual la unión marital, el sexo y los embarazos se vuelven un solo evento. A la vez, perciben la sexualidad en su historia de vida como factor de sostenibilidad económica, social y emocional. La expectativa que estas mujeres tienen con respecto a su compañero es que sea él quien se encargue de la parte económica del hogar, en cuanto a la alimentación, los muebles de la casa y la manu-

tención de los hijos. Además, muchas mujeres esperan un beneficio emocional por parte del hombre, que en muchos de los casos no es alcanzado, pues aun cuando en la costa Caribe colombiana se permite que los hombres tengan varias parejas sexuales al mismo tiempo (Paternostro, 2001), las mujeres se ven decepcionadas cuando se evidencia este acontecimiento dentro de su unión:

> Siempre soñé con un hombre así, amoroso, cariñoso, paciente, y desafortunadamente me encontré con algo muy distinto... En principio era así (...) después cuando ya me fui con él, descubrí que había alguien más que me hizo la vida bastante imposible. Al poco tiempo quedé embarazada porque nunca me cuidé, me confié, hasta en eso fui tonta, de que él se estaba cuidando (...) y al cabo de dos meses ya estuve embarazada (...) él seguía andando con esa otra mujer, tanto que ella iba a buscarlo allá donde vivíamos con la excusa de que ella había sido primero. Ella iba, delante mío, y se lo llevaba (Entrevista 1).

Adicionalmente, se han documentado procesos cognitivos y sociales complejos que dificultan el uso consistente del condón, tales como la posibilidad económica de acceder a ellos (Sunmola, 2005), la tensión entre seguridad y fertilidad cuando se es seropositivo y se desea tener hijos (Chen *et ál.,* 2001; Farmer, 1997), y las representaciones que tiene la gente local sobre los preservativos. Por un lado, una vez las parejas alcanzan un cierto nivel de confianza, dejan de usarlos pues este hecho marcaría el inicio de "una relación real" (Watson y Bell, 2005: 319). Una de las mujeres más jóvenes del grupo de entrevistadas, que no ha sido diagnosticada como VIH positiva, dice lo siguiente:



> ... porque al principio que nosotros empezamos a tener relaciones sexuales, él siempre usaba sus condones. Ya después hubo un momento en el que yo me inyectaba. Porque él me propuso que si ya éramos pareja estable por qué nos íbamos a estar cuidando así, con condón. Si él confiaba plenamente en mí, yo tenía que confiar plenamente en él. Y entonces tomamos la decisión (Entrevista 8).

La misma mujer, no obstante, admite saber que su pareja tiene relaciones sexuales con otras mujeres. Sin embargo, es con "las otras" con quienes debe usar condón, marcando la diferencia entre la relación estable y las relaciones casuales, permitidas solamente en el caso del hombre:

> Bueno, como yo no lo veo, no siento nada. Yo lo único que le digo es que se cuide. Protección ante todo. Si yo allá donde él está no le voy a brindar porque no estoy al lado de él y si otra le brinda, yo le digo que se cuide (...) como hay tantas enfermedades, no me la va a traer a mí cuando regrese (Entrevista 8).

De este modo, aquí también vemos un fenómeno que se ha documentado anteriormente: las personas no utilizan el condón cuando tienen una relación con alguien que consideran su igual (Skidmore y Hayter, 2000). Esto quiere decir que las personas evalúan el riesgo de acuerdo con la percepción

del "otro" como cercano o como extranjero, y éste último es el que se califica como riesgoso, desviado, peligroso o contaminado (LeClerc-Madlala, 2001; Lupton, 1999). En este sentido, desde la perspectiva de la salud pública a escala mundial también se ve que ese "otro" es un objeto privilegiado de intervención: los inmigrantes –africanos o haitianos, en particular– (Farmer, 2003; Lewis, 1998; Santana y Dancy, 2000; Shannon y Pyle, 1989), las mujeres (Haram, 2001; LeClerc-Madlala, 2001; Onusida, 2004; Scorgie, 2002), los jóvenes (Laub *et ál.,* 1999) y los pobres (Onusida 2004; 2005a; 2005b).

En el caso de las mujeres entrevistadas en Cartagena, se hace una diferenciación entre las mujeres que son "serias" y las que no lo son, categoría de la cual se excluyen las mujeres entrevistadas. Se han descrito fenómenos similares en África, en donde las mujeres son representadas como poseedoras de contaminación y de un posible peligro para los hombres, y por tanto, deben estar "bajo control" (Haram, 2001; LeClerc-Madlala, 2001). La cadena de transmisión, por lo general, tiene como inicio una mujer, y las mujeres que transmiten el virus son mujeres que intercambian sexo por bienes y por dinero –sin que sea explotación sexual o prostitución– (Haram, 2001). Una de las mujeres entrevistadas dice lo siguiente:



> Yo tengo compañeras de 21 años. Son unas pelás jóvenes, buenas mozas. Cualquier pelao se enamora de una pelá de esas y (…) si ella no le dice, él nunca sabe y ¿quién va a creer que ellas están infectadas? Ninguno (…). Hay pelás que no son serias. Porque por hacerle la maldad a un hombre, lo infectan. Hace quince días, un amigo de mi hermana, un pelao de 28 años, se murió. Se enamoró de la pelá, la pelá estaba infectada y no le dijo. Y ella sabía. Eso es una maldad que le hizo. Que ella le dijo que ella no se iba a quedar con eso (…). Hay pelás que porque el hombre les regala un buen *jean*, una buena blusa, se acuestan sin saber de dónde viene ese hombre (…). Pelás que se visten bien a costillas de los hombres. De los tres o cuatro, ¿cuál está infectado? (…). Mi hermana, por ejemplo, su único novio, se casó con él, tiene sus dos hijos de él. Entonces como ella dice: si yo mañana o pasado aparezco con un VIH, ¿quién me lo pudo haber transmitido? Él. Y ¿quién se lo pudo haber transmitido a él? Fue porque estuvo con una mujer por ahí (Entrevista 6).

La argumentación anterior es un ejemplo que nos permite ver cómo las representaciones de la enfermedad y del riesgo se insertan en un sistema social, de manera que los individuos construyen clasificaciones y categorías de acuerdo con ciertos significados previos. Y con mayor razón, en el caso del VIH/SIDA, a escala mundial, la epidemia ha sido denominada, más allá de una epidemia como tal, "una epidemia de significados" (Crawford, 1994; Haraway, 1991), en razón de la enorme cantidad de interpretaciones que realiza la gente local con respecto a la enfermedad misma y a los llamados "grupos de riesgo". El hecho de que la infección por VIH sea transmitida sexualmente o por vía sanguí-

nea, hace que los comportamientos asociados sean percibidos como inmorales o ilegales, particularmente desde que la epidemiología denominó la homosexualidad, la prostitución, el uso de drogas intravenosas y el tener parejas sexuales múltiples como comportamientos de riesgo (Chamberland y Curran, 1990). En la epidemia de la infección por VIH, la creación de "un otro" externo que corresponde a esos grupos de riesgo se representa en estereotipos negativos. En este contexto, tanto las representaciones de contagio como de sexualidad están asociadas con la violación de ciertos límites morales (Crawford, 1994; Douglas, 1966) que, de acuerdo con las interpretaciones locales, resultan en una infección por VIH. Las mujeres con un diagnóstico positivo para VIH que fueron entrevistadas, manifiestan haberse sentido discriminadas en alguna ocasión, en particular en circunstancias que involucran fluidos, como beber en un mismo vaso, cuando el hielo se derrite y ellas lo han tocado, o cuando comparten el baño con alguien:

> En el barrio me miran extraño, me miran raro. Yo les digo: ¿por qué me miran así si yo no les he hecho nada? Será que andan diciendo que yo tengo una enfermedad. Muchas saben que [mi primer marido] murió de eso. Después dicen que uno está podrido por dentro, que uno está infectado por dentro. No quieren hablar con uno y entonces no le dan agua en el mismo vaso, porque dicen que eso se pega (…). El otro día, mi sobrino me dijo: x, se van a mudar. ¿Quién? La señora de al lado. ¿Por qué, si yo no le he hecho nada? Es que andan diciendo que tú estás enferma (…) ella mandó trapear. Como uno entra en el mismo baño, que se le puede pegar, que la enfermedad y que ustedes están podridos por dentro (Entrevista 3).



De este modo, podemos ver que el riesgo, lejos de ser un hecho objetivo y neutral, constituye una dimensión emocional de una trasgresión (Douglas, 1966) y, por tanto, es expresada en términos de rabia, miedo y ansiedad (Lupton, 1999), develando una representación del contagio que involucra el rompimiento de reglas morales dentro de una organización social determinada (Caprara, 1998).

Así, los esfuerzos que se invierten en el establecimiento de los límites entre "yo" y "el otro", desde los conocimientos expertos, son el reflejo de la dificultad que esto implica en un contexto en el cual la sexualidad cambiante, de acuerdo con los contextos, cobra un peso tan importante en el control de la epidemia. El efecto que ha tenido el hecho de clasificar al otro como peligroso tiene como consecuencia que, a pesar de la gran cantidad de información sobre la infección por VIH, exista una reelaboración del riesgo, conceptualizado desde un saber experto con una metodología particular por parte de la gente local. Muchas de las campañas sobre riesgo ponen a disposición de la gente la información necesaria para que el individuo mismo se clasifique en una categoría

de riesgo (Lupton, 1995). Sin embargo, cuando las prácticas cotidianas responden a una serie de funciones lógicas, no es evidente la clasificación por parte de los individuos mismos "como comportamientos de riesgo", por su imputación moral y dada la naturalidad con la que ellos mismos representan estas conductas. Éstas deben ser entonces comprendidas dentro un marco social específico en donde esta clasificación cobra significados morales (Crawford, 1994; Lupton, 1995), de manera que se pueda evidenciar la función de los comportamientos calificados como riesgosos, en la cohesión y los vínculos sociales, elementos que permiten que los individuos se sientan miembros de una misma sociedad (Durkheim, 1928). De este modo, la representación del riesgo local permite una forma de cohesión social (Crawford, 1994; Lupton, 1995).

## ¿La invisibilidad del riesgo o el riesgo de la invisibilidad? Fiebres manchadas en Villeta-Cundinamarca

Desde la salud pública, las enfermedades infecciosas transmitidas por vector –ETV– han sido clasificadas como aquellas entidades patológicas que hacen parte de la categoría de "enfermedades infecciosas" y que son transmitidas por vectores (Inhorn y Brown, 1990). Las ETV, en tanto enfermedades, son construidas desde diferentes esferas que implican clasificaciones y significados distintos. La medicina, por su parte, ha generado unas clasificaciones y la comunidad, en el nivel local, ha construido otras. En el caso de las ETV, la construcción de la nosología, en las dos esferas, es compleja, pudiendo incluso significar la invisibilidad[7] social de ciertas enfermedades; por una parte, las manifestaciones de las ETV son en muchas ocasiones de difícil clasificación y pueden ser asociadas a muchas enfermedades o a ninguna en particular (Cao *et ál.,* 2004; Méndez, 1993; Suárez *et ál.,* 2003); y, por otra parte, debido a los contextos socioculturales, económicos y ecológicos en los que tiene lugar la experiencia de la vida cotidiana de los individuos, la relación entre riesgo y vector puede no ser directa o específica (Mawby y Lovett, 1998; Suárez *et ál.*, 2005).

En este contexto, las rickettsiosis transmitidas por garrapatas han sido clasificadas como enfermedades infecciosas del grupo de las fiebres manchadas causadas por bacterias intracelulares –rickettsias– (Parola *et ál.*, 2005), que aunque pueden ser tratadas con antibióticos de bajo costo –tetraciclinas (Harden, 1990; Holman *et ál.*, 2001)–, son causantes de un gran porcentaje de muertes debido, principalmente, a la no identificación y a la falta de claridad en el

7 Al referirnos a invisibilidad social queremos decir que hay enfermedades que aunque es posible afirmar por pruebas serológicas que están presentes, y que incluso han sido reportadas históricamente en una región, no existe ni una sospecha clínica ni una local de dicha enfermedad.

diagnóstico de la enfermedad (Childs y Paddock, 2002; Walker, 2002). Estas bacterias están distribuidas a escala mundial y su impacto ha sido subestimado (Walker, 1995); de allí que en el caso de Suramérica la ocurrencia de brotes con una alta tasa de mortalidad la señala como un problema de salud pública que, probablemente, es mucho más grave de lo que se piensa en la actualidad (Moreira, 2004).

Aunque Colombia fue el tercer país en América Latina en reportar un foco de fiebres manchadas (Patiño-Camargo *et ál.,* 1937; Patiño-Camargo, 1941), éstas han sido documentadas de manera ocasional, implicando una situación de desconocimiento en cuanto a su presencia e impacto real en el país. Sin embargo, se sabe que las fiebres manchadas que existen en Colombia son del tipo de las "Fiebres Manchadas de las Montañas Rocosas", FMMR, y que a comienzos del siglo XX un brote, conocido como "fiebre de Tobia" entre los médicos y la comunidad, tuvo lugar en Tobia, Cundinamarca, con una tasa de mortalidad superior al noventa por ciento (Patiño-Camargo *et ál.*, 1937; Patiño-Camargo, 1941). Aunque actualmente su situación es de invisibilidad, algunos casos han sido reportados recientemente en Necoclí, Antioquia, por el Ministerio de Protección Social (2006) y existe una investigación en curso en Villeta, Cundinamarca, que permite afirmar, debido a pruebas de serología[8] (2005) realizadas en las veredas del municipio, la presencia de la bacteria en el país. En este artículo trataremos exclusivamente el caso del municipio de Villeta, el cual está localizado al noroccidente del departamento de Cundinamarca, a una altura de 842 metros sobre el nivel del mar, con una temperatura de 26°C y con una economía que se basa principalmente en el turismo, la panela y la ganadería.



A pesar del referente histórico y de los resultados preliminares de serología de los que ya se habló, al día de hoy la situación de las FMMR en Colombia, y en Villeta en particular, es de invisibilidad: ninguno de los agentes sociales en la comunidad tiene una memoria viva sobre la enfermedad o ha construido una representación social sobre ella. En el control y prevención de esta enfermedad, desde la salud pública, se ha señalado la importancia de varios aspectos que pueden significar una amenaza para la salud –riesgo– de las personas que viven en una zona donde la enfermedad esté presente. Dos de ellos son la ausencia de diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad, y las prácticas alrededor de las garrapatas (Childs y Paddock, 2002). Para empezar, en el caso de Villeta, debido a que no es posible hablar de la representación social de la enfermedad debido a su invisibilidad, antes de hablar de diagnóstico y trata-

8 Esta información es un avance técnico de la investigación en curso "Las rickettsias como agentes etiológicos de entidades febriles no diagnosticadas en Colombia".

miento oportuno es necesario entender cómo la comunidad, y en especial los habitantes de las veredas, entienden aquellas manifestaciones que han sido señaladas por el discurso médico como manifestaciones primarias de las FMMR. En este contexto, la fiebre, en tanto manifestación sentida y experimentada por las personas, es un aspecto fundamental al hablar de las FMMR, pues, como ya se dijo, un tratamiento adecuado puede llegar a significar el control oportuno de la enfermedad.

En este sentido, la comunidad entiende la fiebre de diversas maneras. De hecho, en los saberes locales no tiene un significado fijo; puede ser conceptualizada como síntoma o como enfermedad (Méndez, 1993), puede ser una condición momentánea que desaparece sin tratamiento o con medicamentos como las aspirinas (Winch *et ál.,* 1996). Para empezar a abordar la manera en que quienes viven en las veredas de Villeta entienden la fiebre, es pertinente comenzar por señalar cómo muchos eventos en salud-enfermedad, más allá de ser considerados por ellos como "irregularidades" en su salud, son entendidos como parte de su normalidad, de su propia constitución y de la experiencia de la vida cotidiana, la cual está estrechamente relacionada con el trabajo en el campo:



> Cuidarse…, no, eso si uno se enferma, se enferma. Eso sí que depende de la constitución de cada uno. Uno ve por ejemplo con mi esposo que tiene reumatismos y eso duele mucho, pero uno lo ve y él está trabajando ahorita. Ahora no está tomando nada para el dolor; él aguanta y uno ve, y lo que lo mantiene no tan enfermo es eso: ir a trabajar, que él no se queda en la casa quieto. Y es que cuando uno trabaja en el campo es muy difícil que uno se enferme totalmente (Entrevista junio 2005).

La medicina parte de una idea ilustrada del cuerpo humano en la que éste se entiende como un sistema que funciona de manera armónica e independiente del resto de la persona en su condición "natural" (Porter, 2003). Así, interpreta como anormalidades lo que aquí se ha llamado eventos en la salud-enfermedad del cuerpo humano. Tal es el caso de la fiebre (Bickley, 2003; Freilich, 1947; Simon, 1993). Sin embargo, los habitantes de las veredas de Villeta, al entenderse a sí mismos de manera integral, no piensan su cuerpo como un sistema que funciona de forma armónica en su estado natural y que existe separado del resto de "aquello que los hace personas". La representación social que ellos han construido de sí mismos maneja de manera conjunta el cuerpo, las emociones, la manera de comportarse y la forma de vida. Este último punto es de suma relevancia ya que las personas se identifican directamente con el trabajo en el campo. Así, han generado una asociación entre el trabajo en el campo y un tipo de persona con unas características específicas en su constitución –en tanto persona–. Esta manera de entenderse a sí mismo implica unas prácticas de cuidado en salud-enfermedad que, más allá de referirse a la prevención o el tratamiento, se re-

lacionan con el trabajo y con el desarrollo de su vida en el campo: "lo único que uno puede hacer es seguir. Para conservar la salud uno sigue trabajando. Y vea, uno lo que hace es tener paciencia" (Entrevista junio 2005).

Teniendo esto como marco, la manera en que las personas entienden y aprehenden la fiebre en el nivel local en las veredas de Villeta no puede ser leída bajo un significado único, ya que es posible encontrar más de una manera de pensarla localmente. Por un lado, está la fiebre relacionada directamente con la enfermedad, bien como una de las manifestaciones físicas de la enfermedad o bien como un aviso de enfermedad. En este caso, las personas sí asocian la fiebre con una anormalidad. Por otro lado, está la fiebre como "cotidianidad". Acá, la fiebre no es entendida en términos de enfermedad, ya que no se considera que haga referencia, de manera directa, a una anormalidad en el funcionamiento del cuerpo.

Una de las maneras en que la comunidad entiende la fiebre tiene una relación directa con las representaciones locales de enfermedad en general, ya sea como un aviso de ésta o como parte de su nosología. Así, la fiebre puede ser considerada como una alerta de que algo no está funcionando bien, es decir, como una señal de enfermedad sin importar cuál sea ésta:



> Cuando uno se enferma, lo primero casi siempre es que le da una fiebre…, también dolor de cintura, un dolor por acá [muestra la cintura]… Sí, siempre es fiebre (…) Es que la fiebre avisa que uno se está enfermando, que uno se enfermó (Entrevista junio 2005).

Cuando las personas sí asocian la fiebre con una enfermedad, está acompañada por otras dolencias o padecimientos que, en conjunto, significan un impedimento en el normal desarrollo de la cotidianidad.

Un aspecto que puede influir en que la fiebre sea entendida como una alarma es que la persona tenga una enfermedad crónica; hablar de una enfermedad ya existente, con la cual la persona "aprende a convivir", implica unos conocimientos específicos por parte de la persona acerca de sí mismo, de su enfermedad, su cuerpo y de las posibilidades de sus actividades. Una señora entrevistada, al hablar acerca de su hijo de ocho años que tiene asma, dice:

> Al niño siempre le digo que no se llovizne que eso le da fiebre por el asma, y como él no se puede serenar pues es fijo que le da, y ahí es cuando nos toca correr pa'l hospital. Cuando hace frío también le digo que se entre pa'que no le de nada, pa'que no le de fiebre (Entrevista junio 2005).

En el caso de una enfermedad ya existente, es posible ver cómo las personas entienden la fiebre como una señal de alerta; significa que lo que se encontraba bajo control ya no lo está.

Por otro lado, la fiebre no sólo es una señal de alerta, ya que también ha sido entendida y aprehendida localmente como parte de la nosología de di-

ferentes enfermedades. Incluso es posible decir que su presencia, cuando se percibe relacionada con una enfermedad no preexistente y permanente, está estrechamente relacionada con la gripa y con el dengue: "cuando uno siente fiebre, mucho desgano, eso es que le está dando gripa" (Entrevista junio 2005). La relación entre dengue, gripa y fiebre ha sido tan fuertemente construida en la representación local de enfermedad que incluso en muchas ocasiones se toman por dadas. Una de las señoras entrevistadas, familiar de una niña de seis años quien murió por causa de las FMMR, como lo comprobaron las pruebas de laboratorio, y a quien los médicos del hospital le contaron acerca de la enfermedad, dijo al referirse a la historia de la niña:

> … dijeron [en el hospital] que habían sido las garrapatas que le habían dado la fiebre…, para mí, eso fue cosa del hospital, que si le hubieran puesto atención al dengue de la niña no se muere, no se pone tan malita, es que se demoraron mucho (Entrevista junio 2005).

Por último, otro nivel en que la comunidad también puede entender la fiebre es en tanto inherente a su propia constitución. Es decir, la fiebre es algo que no se puede prevenir y que, a pesar de ser identificada como "algo extraño" al cuerpo, no tiene la carga de anormalidad:



> … yo, por ejemplo, llevo como un mes levantándome todos los días con fiebre y desaliento, la cosa está es en no ponerle atención. Yo me levanto y me voy a trabajar y se me pasa. Yo ya sé que es sólo cosa de por la mañana. Esa calentura ya es normal (Entrevista junio 2005).

En este caso, es posible ver que aunque la fiebre está relacionada con el desaliento, la manera de afrontar la situación es asumiéndola como parte de la vida cotidiana. Es decir, en la medida en que no interfiera con el desarrollo de la vida cotidiana, no se le da más importancia de la que tendría cualquier aspecto relacionado con el transcurso del día de la persona. Otro aspecto que es pertinente señalar es que el señor pasa de hablar de *fiebre* a hablar de *calentura*, y se refiere a la calentura cuando la presenta como "normal". Así mismo, este señor más adelante en la entrevista contó que su hijo no había ido al colegio esa semana porque estaba muy enfermo: "tiene una fiebre y un malestar que no lo dejan parar, y es que ya le hemos dado de todo y no deja de vomitar". En el caso del hijo, el señor asocia fiebre con enfermedad y, en este caso, la fiebre viene acompañada de vómito y desaliento, lo cual interfiere en la normalidad de la vida cotidiana del niño.

Cuando la medicina se refiere a un aumento anormal de la temperatura del cuerpo, para la comunidad puede significar una reacción propia de su constitución; un evento en su salud-enfermedad que no implica anormalidad en tanto no interfiere con el desarrollo de la vida cotidiana. Es decir, los eventos en salud-enfermedad no sólo actúan sobre el cuerpo sino que también se hacen evidentes en

otros aspectos que involucran la integridad –en tanto *un todo*– de cada persona. Una de las señoras entrevistadas, al referirse a su hijo de 16 años dijo:

> Con Jason es fácil porque es que él es siempre burlas y chistes y es sólo ánimo, y cuando uno lo ve así como achicopalado, uno ya sabe que algo le está pasando, entonces yo le pongo el termómetro y fijo tiene fiebre (Entrevista junio 2005).

En este sentido, es posible ver cómo en este nivel local, más allá de pensar la fiebre como lo hace la medicina, es decir, como un aumento anormal en la temperatura del cuerpo humano, las personas que habitan las veredas de Villeta la entienden como algo que involucra todos los aspectos de su vida cotidiana y de lo que los constituye a ellos como personas. Así, es posible señalar que las personas se refieren a la fiebre dándole distintos significados dependiendo de cómo la presencia de la fiebre medie su experiencia.

El segundo aspecto que ha sido señalado por la epidemiología como fundamental en el control y prevención de las FMMR, y que en este artículo se considera importante abordar desde la representación social que los habitantes de las veredas de Villeta han construido, es el relacionado con las garrapatas –vector–. Para quienes viven en las veredas de Villeta las garrapatas son parte de su cotidianidad, conviven con ellas desde su infancia; las garrapatas y sus picaduras hacen parte de la experiencia del día a día de las personas que viven en el campo: las encuentran en sus labores, en sus casas, en sus animales e incluso, a lo largo de los recorridos que deben hacer para desplazarse de un lugar a otro –los pastizales–. De esta manera, teniendo en cuenta la invisibilidad de las FMMR en Villeta, así como los contextos socioculturales, económicos y ecológicos en los que se desarrolla la vida de las personas, uno de los presupuestos con el que se contaba al inicio de la investigación era que la comunidad no relacionaba las garrapatas con enfermedad en humanos. Es decir, el presupuesto era que la comunidad percibía la picadura de las garrapatas como una de las causas de fiebre en el ganado pero no de la fiebre en humanos.



Esta suposición no sólo fue desmentida sino que se volvió más compleja, ya que para las personas las garrapatas sí pueden causar fiebres en humanos, lo que no hacen es enfermarlos hasta tal punto de ocasionarles la muerte:

> Las garrapatas, eso sí que por acá hay muchísimas, muchísimas, muchísimas. Apenas llegamos acá, a la finca, yo estaba en los pastizales de allí y me engarrapaté toda… ¡me dio una fiebre! Es que eso estaba toda picada: ¡acá sí es que hay mucha garrapata! (Entrevista 2005).

En la experiencia de la vida cotidiana, la percepción de las garrapatas, de las fiebres y, en general, de la salud-enfermedad no identifica el riesgo de enfermarse directamente en la picadura de la garrapata. En este sentido, aunque la garrapata sí puede llegar a causar fiebre a las personas, esta fiebre se entien-

de como parte de la cotidianidad, ya que su picadura no es la causa directa de una posible enfermedad o muerte. En otras palabras, no son un factor de riesgo directo.

Sin embargo, por otro lado, quienes viven en las veredas de Villeta sí pueden llegar a establecer una relación entre la picadura de la garrapata y la fiebre asociada con la enfermedad; allí es cuando surge otro concepto que nos muestra un camino para entender cómo y bajo qué circunstancias la picada de la garrapata se percibe como factor de riesgo. Este concepto es el de infección. La picadura de la garrapata puede ser la causa de una "fiebre cotidiana", pero si la persona se enferma puede ser que la garrapata "estuviera infectada":

> … y lo que nos pasó hace nada fue que nos picaron unas garrapatas a los dos [a ella y al hermano], pero a él le dio mucho más duro que a mí, y eso nos dio muchísima fiebre y hasta granos nos salieron. Entonces es que resulta que las garrapatas estaban infectadas y nos pasaron la infección (Entrevista 2005).

La experiencia de la vida cotidiana es en este caso fundamental para comprender la manera de entender las garrapatas y su picadura; antes de atribuirle riesgo a la cotidianidad es preferible ubicarlo en aspectos externos a ella, aspectos que difícilmente se puedan controlar. En este sentido, tanto la idea del "azar" como la de una ruptura de la vida cotidiana, por así llamarla, son fundamentales. Ser picado por una garrapata es parte del día a día; lo que se sale de "lo normal" y donde podría decirse que interviene el azar es en el hecho de ser infectado, de que la garrapata esté infectada. Este aspecto es importante, por ejemplo, en el momento de pensar en prácticas preventivas, ya que si la relación entre garrapata e infección está mediada por el azar, la idea de prevención no tiene lugar.



En este sentido, cuando una persona que vive en las veredas se enferma debido a la picadura de una garrapata es porque de alguna forma su cuerpo "reaccionó a la cotidianidad". Es decir, que aunque la vida cotidiana esté clasificada, conceptualizada y ordenada en el día a día, una ruptura es posible. En el caso de la salud de las personas, una de las formas en que se puede pensar una "ruptura" gira en torno a la idea de "alergia", la cual implica que el cuerpo de una persona reacciona de manera inadecuada a "algo" a lo cual no debería reaccionar:

> … dijeron [en el hospital] que sí habían sido las garrapatas que le dieron la fiebre al señor (…); la viuda nos mostró unos papeles y todo. Igual, eso es lo que dicen, de todas formas uno nunca sabe, es que como hay personas que son alérgicas a las garrapatas…, uno no sabe igual, hay gente que dice que no fueron garrapatas sino abejas…, uno no sabe (…) y como le decía, como hay personas que son alérgicas a las garrapatas… por ejemplo él [señala al

> esposo] nunca se ha enfermado y acá llega cundido de garrapatas a veces (Entrevista 2005).

Tal como con el azar, esta idea de alergia, como un aspecto que se encuentra fuera de la experiencia de la vida cotidiana y que no se puede controlar, hace complicado el pensar en unas prácticas preventivas que sean coherentes con la forma en que la comunidad aprehende su entorno, su realidad.

En este contexto, al pensar en programas en promoción de la salud y control de la enfermedad, diferentes niveles deben ser tenidos en cuenta en el caso de una enfermedad invisible como las fiebres manchadas. Para poder proponer puntos en educación en salud en torno a los factores que han sido señalados como riesgosos desde la salud pública que sean coherentes con la realidad de la comunidad, es necesario comprender cómo la comunidad está construyendo dichos factores, ya que es la comprensión de esto lo que permitirá abordar la situación desde una perspectiva que presente los potenciales y las limitaciones de una futura intervención. De esta forma, se podrá no sólo identificar factores de riesgo sino buscar comprender las prácticas y coherencias sociales que subyacen a los contextos en los que tienen lugar, es decir, en los que viven las poblaciones que, desde la salud pública, se pretenden intervenir.



## Conclusiones: entonces, ¿qué hacer con la categoría "riesgo"?

Sin lugar a dudas el riesgo ha adquirido un rol central en la gestión de la salud pública. Pero a pesar de la importancia de la categoría, de la visibilidad extrema que se ha logrado mediante los *mass media* y la legitimidad social de la evidencia estadística, el riesgo sigue siendo una categoría difusa para la población. Esto hace que, desde la antropología médica, al cuestionar el riesgo surja la pregunta sobre los fundamentos epidemiológicos, en particular, la definición del riesgo y su función desde y para la salud pública. Al ser analizado este concepto como una categoría determinada por un grupo social que la define y la delimita al mismo tiempo, en cuanto a lo que es "lo desviado", lo anormal para la sociedad y cómo los individuos deben ser y estar en el mundo, la categoría se torna difícil de operacionalizar en la vida cotidiana, ya que no necesariamente coincide con los horizontes cognitivos de esta última.

El problema del riesgo en enfermedades transmisibles se encuentra en función de la idea de contagio, de interrupción del quehacer de la vida cotidiana, percibida como natural y evidente. El peligro y las posibilidades que surgen para adquirir una enfermedad, para contagiarse, es un hecho que se encuentra asociado con la cognición cotidiana que permite entender la salud y la enfermedad dentro de lógicas asociadas al destino, a la historia de vida, y no a la idea de estilo de vida o a comportamientos riesgosos o desviados. El riesgo, como he-

cho social para la salud pública, es representado y definido como situación y acción de peligro de la salud de las poblaciones, irrumpiendo en la vida cotidiana sin necesariamente comprender lo local y las racionalidades que lo sustentan. Para determinar qué es un hecho riesgoso, se generan estudios probabilísticos sobre lo social que frecuentemente entran en conflicto con la realidad sentida y vivida de las comunidades. Es decir, la salud pública constantemente se ve confrontada con disonancias cognitivas entre el saber experto que él produce y administra, y la cognición cotidiana de la población. Sobre esta base, entonces, podemos preguntarnos ¿cómo se pueden construir programas tendientes a manejar, a intervenir sobre un hecho o una práctica social, sobre una cultura? O, ¿cómo pensar la intervención biopsicosocial en salud y enfermedad cuando el objetivo de intervención es inexistente o incoherente para la población?

Si bien en las diferentes aproximaciones teóricas de la salud pública encontramos que los modelos de intervención buscan controlar la enfermedad, los factores y los determinantes que la definen, dependiendo de la orientación profesional del investigador y su membresía institucional, estos pueden llegar a ser usados como comodines ideológicos para justificar su quehacer. En este sentido, resulta importante preguntarse bajo qué preceptos se están identificando y definiendo los determinantes sociales –a veces referidos como "prosperidad" o "bienestar"– que enmarcan los factores de riesgo y éstos últimos, y cuáles estamos dejando de lado o no especificando, de acuerdo con los valores propios de los principios que guían la indagación científica y epidemiológica.



Un denominador común en los modelos de intervención es que todos buscan lograr cambios individuales o grupales, bien sea a través de la intervención del comportamiento o a través del empoderamiento de las personas. Es decir que aproximaciones como la del *rational choice* o la del empoderamiento se diferencian en cuanto al telón de fondo teórico, pero ambas se encuentran en la finalidad de transformación social. Así, cada modelo se justifica bien sea a través de la información en salud o a través de la conciencia social e incluso moral, y usan la educación como una plataforma desde donde el individuo adquiere capacidad de acción social. Es en la idea de cambio social y de control del riesgo en donde la educación emerge como categoría necesaria y como un escenario privilegiado para la intervención. Sin embargo, esta acción social, que en términos idearios debe ser "libertaria", se fundamenta en la ruptura o transformación de las historias de vida. Es en este punto donde debemos repensar qué es intervención en factores de riesgo y sobre qué se busca intervenir.

La identificación y la intervención sobre los factores de riesgo, y en esa instancia, los determinantes de la enfermedad, no pueden ser separados de su carga sociopolítica, ya que intervenir sobre la salud y la enfermedad de una población implica visibilizar lo ausente en la cultura de una población. El riesgo

como probabilidad numérica, en esta medida, es un término guía para reproducir modelos de intervención que no dan cuenta de la complejidad de la salud y la enfermedad, y ayuda a explicar por qué pocos programas de control de enfermedades transmisibles han sido exitosos y han producido resultados magros (ver el caso de las ETV e ITS).

Es en este escenario donde la antropología médica encuentra su lugar para poner en evidencia el rol de la cultura y la importancia de "lo social". Las aproximaciones culturalistas articuladas a corrientes de apoyo social pretenden reubicar al individuo en el centro del campo de salud y enfermedad, relativizando y apoyando procesos tendientes a entender la cultura y así permitir operacionalizarla dentro de la salud pública. Sin embargo, ¿qué significa articular la cultura en salud pública?; ¿implica apoyo a procesos sociales?, ¿implica un desarrollo teórico sobre lo social? o ¿significa poder participar en procesos de empoderamiento social? Consideramos que ninguna de las preguntas anteriores da cuenta del impacto de la antropología médica para la salud pública, ya que su aporte no radica en el acompañamiento social o en la producción de metateorías. Su importancia radica en la capacidad de contribuir a la comprensión global del problema y a reubicar al individuo y al grupo social dentro de la complejidad del entramado de la salud y la enfermedad, dejando de lado la pretensión mesiánica de ofrecer soluciones que resultarán, sin lugar a dudas, en una versión unidimensional de un problema.

**REFERENCIAS**

**Adam, Philippe y Claudine Herzlich**
1994 *Sociologie de la Maladie et de la Médecine,* Paris, Nathan.
**Alaszewski, Andy**
2005 "Risk, Communication: Identifying the Importance of Social Context", en *Health, Risk and Society*, Vol. 7, No. 2, pp. 101- 105.
**Aschengrau, Anne y George Seage**
2003 *Essentials of Epidemiology in Public Health*, Sudbury Mass, Jones and Bartlett.
**Beaglehole, Robert, Ruth Bonita y Tord Kjellström**
2003 *Epidemiologia Básica,* Washington, OPS.
**Bickley, Lynn S.**
2003 *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking,* Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
**Brown, Phil**
1995 "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness", en *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 35, No. Extra Issue, pp. 34-52.
**Cabrera, Gustavo Alonso**
2004 "Teorías y modelos en la salud pública del siglo xx", en *Revista Colombia Médica,* Vol. 35, No. 3, pp. 164-168.
**Calman, Kenneth, Peter Bennett y David Coles**
1999 "Risks to Health: Some Key Issues in Management, Regulation and Communication", en *Health, Risk and Society,* Vol. 1, No. 1, Londres, Carfax Publishing Ltda, pp. 107-116.
**Cao, Xuan Thanh, Thi Ngo, Rachel Kneen, Thi Thu Pham, Van Thien Chu, Thi Thuy Nguyen, Than Tran, Tom Solomon, Kasia Stepniewska, Bridget Wills, The Dong Nai Study Group**
2004 "Clinical Diagnosis and Assessment of Severity of Confirmed Dengue infections in Vietnamese Children: Is the World Health Organization Classification System Helpful?", en *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* Vol. 70, No. 2, pp.172-179.
**Caprara, Andrea**
1998 "Cultural Interpretations of Contagion", en *Medicine and international health,* Vol. 3, No. 12, pp. 996-1001.
**Carpenter, Laura**
2001 "The Ambiguity of «Having Sex»: The Subjective Experience of Virginity Loss in the United States", en *The Journal of Sex Research*, Vol. 38, No. 2, pp. 127-139.
**Castro, Arachu**
2005 "Adherence to antiretroviral therapy: merging the clinical and social course of AIDS", en *PLos Medicine,* Vol. 2, No. 12, pp. 0001-0005.
**CB, Committee on Assuring the Health of the Public in the 21 Century**
2002 *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, Washington D.C., National Academies Press.
**CDC Atlanta**
1993 *Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults,* Documento electrónico, http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/m0018871/m0018871.asp, recuperado el 26 de enero de 2006.
**Chalco Orrego, Juan Pablo**
2002 "Diagnóstico Temprano", en *Paedriática*, Vol. 4, No. 3, pp. 63-65.
**Chamberland Marie y James W. Curran**
1990 "Epidemiología y prevención del SIDA y la infección por VIH", en *Enfermedades Infecciosas: Principios y Práctica,* pp. 1084- 1102, Buenos Aires, Editorial Panamericana.
**Chen, James L, Kathryn A. Phillips, David E. Kanouse, Rebecca L. Collins y Angela Miu**
2001 "Fertility Desires and Intentions of HIV-Positive Men and Women", en *Family Planning Perpectives*, Vol. 33, No. 4, pp. 144-152; 165.

**Childs, James y Cristopher Paddock**
2002 "Passive Surveillance as an Instrument to Identify Risk Factors for Fatal Rocky Mountain Spotted Fever: Is There More To Learn?", en *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene,* Vol. 66, pp. 450-457.
**Coreil, Jeannine, Carol A. Bryant y J. Neil Henderson**
2001 *Social and Behavioral Foundations of Public Health,* Thousand Oaks, Sage Publications.
**Cook, Rebecca, Bernard Dickens y Mahmoud Fathalla**
2003 *Salud reproductiva y Derechos Humanos: integración de la medicina, la ética y el derecho,* Bogotá, Profamilia.
**Crawford, Robert**
1994 "The Boundaries of the Self and the Unhealthy Others: Reflections on Health, Culture and AIDS", en *Social Science and Medicine*, Vol. 38, No. 10, pp. 1347-1365.
**Curtis, Helena y N. Sue Barnes**
1994 [1989] *Biología,* 5ª edición, Buenos Aires, Editorial Panamericana.
**Díaz, María del Pilar**
2002 *El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto,* Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
**Douglas, Mary**
1966 *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollutin and Taboo,* London, Routledge & Keagan Paul.
**Durkheim, Emile**
1928 *La división del trabajo social,* 2ª edición, Madrid, Biblioteca Científico-Filosófica.
**Duff, Cameron**
2003 "The Importance of Culture and Context: Rethinking Risk and Risk Management in Young Drug Using Populations", en *Health, Risk and Society,* Vol. 5, No. 3, pp. 285-299.



**Farmer, Paul**
1997 "Ethnography, Social Analysis, and the Prevention of Sexually Tranmitted HIV Infection Among Poor Women in Haiti, Kenya", en Marcia C. Inhorn y Peter J. Brown (eds.), *The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives*, pp. 413- 438, Amsterdam, Gordon and Breach Publishers.
**Farmer, Paul**
2003 "Pestilence and Restrain: Guantánamo, AIDS and the logic of quarantine", en *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*, pp. 51-90, Berkeley, University of California Press.
**Freilich, Ellis y George Coe**
1947 [1941] *Manual of Physical Diagnosis,* Chicago, The Year Book Publishers.
**García Bernal, Ricardo, Ricardo Luque Núñez, Jorge McDouall Lombana y Luis Ángel Moreno Díaz**
2006 *Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte 2000-2005,* Bogotá, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Grupo Temático para Colombia y Ministerio de la Protección Social de Colombia, Dirección de Salud Pública.
**Garret, Laurie**
2005 "The Lessons of HIV/AIDS", en *Foreign Affairs,* Vol. 84, No. 4, pp. 51-64.
**Giddens, Anthony**
1995 *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea,* Barcelona, Ediciones Península.
**Giddens, Anthony**
1992 [2000] *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas,* 3ª edición, Madrid, Cátedra.
**Goldstein, Bernard**
2005 "Advances in Risk Assessment and Communication", en *Annual Review of Public Health*, Vol. 26, pp. 141-163.
**Gravelle, Hugh**
1998 "How Much of the Relation Between Population Mortality and Unequal Distribution of Income Is a Statistical Artifact?", en *BMJ,* Vol. 316, pp. 382-385.
**Guerrero, Rodrigo, Carlos Luis González y Ernesto Medina**
1981 *Epidemiología,* Bogotá, Fondo Educativo Interamericano.

**Haram, Liv**
2001 "'In Sexual Life Women Are Hunters': AIDS and Women Who Drain Men's Bodies. The Case of the Meru in Northern Tanzania", en *Society in Transition*, Vol. 32, No. 1, pp. 47-55.
**Haraway, Donna**
1991 "The Biopolitics of Postmodern Bodies: Constitution of Self in Immune System Discourse", en *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature,* London, Free Association Books.
**Harden, Victoria**
1990 "Spotted Fever Therapy, from Sage Tea to Tetracycline", en *Rocky Mountain Spotted Fever. History of a Twentieth-Century Disease*, pp. 197-218, Maryland, The John Hopkins University Press.
**Holman, Robert, Chistopher Paddock, Aaron Curns, John Krebs, Jennifer McQuiston y James Childs**
2001 "Analysis of Risk factors for Fatal Rocky Mountain Spotted Fever: Evidence for Superiority of Tetracyclines for Therapy", en *The Journal of Infectious Diseases,* Vol. 184, pp. 1437-1444.
**Inhorn, Marcia C. y Peter J. Brown (eds.)**
1997 "The Anthropology of Infectious Disease", en *The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives*, pp. 31-67, Amsterdam, Gordon and Breach Publishers.
**Instituto Nacional de Salud, INS**
2003 *20 años del VIH en Colombia,* Documento electrónico, disponible en http://www.onusida.org.co, recuperado en septiembre 4 de 2005.
**Joffe, Hélène**
2003 "Risk: From Perception to Social Representation", en *British Journal of Social Psychology*, Vol. 43, pp. 55-73.
**Krieger, Nancy**
1994 "Epidemiology and the Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider?", en *Social Science and Medicine*, Vol. 39, No. 7, pp. 1075-1087.
**Krieger, Nancy**
1999 "Sticky Webs, Hungry Spiders, Buzzing Flies, and Fractal Metaphors: On the Misleading Juxtaposition of "Risk Factors" Versus "Social Epidemiology"", en *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 53, pp. 678-680.
**Laub, Carolyn, Donnovan M. Somera, L. Kris Gowen y Rafael M. Díaz**
1999 "Targeting "Risky" Gender Ideologies: Constructing a Community-Driven, Theory-Based HIV Prevention Intervention for Youth", en *Health, Education & Behavior*, Vol. 26, No. 2, pp.185-197.
**LeClerc-Madlala, Suzanne**
2001 "Demonising Women in the Era of AIDS: On the Relationship between Cultural Constructions of Both HIV/AIDS and Femininity", en *Society in Transition*, Vol. 32, No. 1, pp.38-45.
**Lewis, Jill**
1998 "Visualizing Desire: HIV Prevention Dilemmas for Women's Sexual Safety", en *NORA*, Vol. 6, No. 2, pp.122-132.
**Link, Bruce y Jo Phelan**
1995 "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease", en *Journal of Health Social Behavior*, Vol. 35, Extra Issue, pp. 80-94.
**Lupton, Deborah**
1995 *The Imperative of Health: Public Health and The Regulated Body,* London, Sage Publications.
**Lupton, Deborah**
1999 *Risk,* London, Routledge.
**Lupton, Deborah y John Tulloch**
2002 "'Life Would Be Pretty Dull without Risk': Voluntary Risk-Taking and Its Pleasures", en *Health, Risk and Society*, Vol. 4, No. 2, pp. 113-123.
**Lynch, John y George Davey Smith**
2002 "Commentary: Income Inequality and Health: The End of the Story?", en *Internal Journal of Epidemiology,* Vol. 31, No. 3, pp. 549-551.

**Marmot, Michael**
2000 "Multilevel Approaches to Understanding Social Determinants", en Beckman F, Kawachi I (eds.), *Social Epidemiology,* New York, Oxford University Press, pp. 349-367.

**Marmot, Michael**
2003 "Introduction", en Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (eds.), *Social Determinants of Health,* Oxford University Press.

**McIntyre, Lynn**
1992 "The Evolution of Health Promotion", en *Probe,* Vol. 26, No. 1, pp. 15-22.

**Méndez, Alfredo**
1993 "La malaria: implicaciones salubristas", en Roberto Briceño-León y Joao Días (eds.), *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*, pp. 169-186, Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana y Consorcio de Ediciones Carriles.

**Moreira, Márcio**
2004 "Rickettsiosis como un problema de salud pública en América del Sur", en *Consulta de expertos OPS/OMS sobre rickettsiosis en las Américas. Informe final*, pp. 15-18, Minas Gerais, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.

**Noguera, Carlos Ernesto**
2003 *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia,* Medellín, EAFIT.

**Organización Mundial de la Salud, OMS**
2002 *The World Health Report,* Ginebra, The World Health Organization.

**ONUSIDA**
2004 *Situación de la epidemia del SIDA: diciembre de 2004,* Ginebra, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

**ONUSIDA**
2005a *Fast Facts about AIDS,* Documento electrónico, disponible en http://www.unaids.org, recuperado en septiembre 4 de 2005.

**ONUSIDA**
2005b *Situación de la epidemia del SIDA: diciembre de 2005,* Ginebra, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

**Oppenheimer, Gerald M.**
1988 "In the eye of the storm: the epidemiological construction of AIDS", en Elizabeth Fee y Daniel M. Fox (eds.), *AIDS: the burdens of history*, pp. 267-300, Berkeley, University of California Press.

**Parola, Philippe, Christopher Paddock y Didier Raoult**
2005 "Tick-Borne Rickettsioses around the World: Emerging Diseases Challenging Old Concepts", en *Clinical Microbiology Reviews*, Vol. 18, No. 4, pp. 719-156.

**Paternostro, Silvana**
2001 *En la tierra de Dios y del hombre: hablan las mujeres de América Latina,* Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

**Patiño-Camargo, Luis, A. Afanador y J. H. Paul**
1937 "A Spotted Fever in Tobia, Colombia", en *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 17, pp. 639-653.

**Patiño-Camargo, Luis**
1941 *Un tercer foco de fiebre petequial en el hemisferio americano (nuevas observaciones),* Bogotá, Instituto Nacional de Epidemiología e Investigaciones Médicas.

**Peretti-Watel, Patrick**
2000 *Sociologie du risque,* Paris, Armand Colin.

**Peretti-Watel, Patrick**
2004 "Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites á risque", en *Revue Française de Sociologie*, Vol. 45, No. 1, pp. 103-132.

**Porter, Dorothy**
1999 *Health, Civilization and the State: A History of Public Health Form Ancient to Modern Times*, New York, Routledge.
**Porter, Roy**
2003 *Flesh in the Age of Reason,* New York, Norton & Company, Inc.
**Porter, Theodore**
1996 *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton, Princeton University Press.
**Profamilia**
2005 *ENDS, Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva en Colombia,* Bogotá, Documento electrónico, disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/12sida/01vih_sida.html, recuperado en diciembre 3 de 2005.
**Rockhill, Beverly**
2001 "The Privatization of Risk", en *American Journal of Public Health*, Vol. 91, No. 3, pp. 365-368.
**Royce, Rachel, Arlene Seña, Willard Cates y Myron Cohen**
1997 "Sexual Transmission of HIV", en *The New England Journal of Medicine*, vol. 336, No. 15, pp. 1072-1078.
**Santana Marie-Anne y Barbara L. Dancy**
2000 "The Stigma of Being Named "AIDS Carriers" on the Haitian- American Women", en *Health Care for Women International*, Vol. 21, pp. 161-171.
**Scorgie, Fiona**
2002 "Virginity Testing and the Politics of Sexual Responsibility: Implications for AIDS Intervention", en *African Studies*, Vol. 61, No. 1, pp. 55-75.
**Shannon, Gary W. y Gerald F. Pyle**
1989 "The Origin and Diffusion of AIDS: A View from Medical Geography", en *Annals of the Association of American Geographers*, Vol. 79, No. 1, pp. 1-24.
**Shim, Janet K.**
2002 "Understanding the Routinised Inclusion of Race, Socioeconomic Status and Sex in Epidemiology: The Utility of Concepts from Tecnosciences Studies", en *Sociology of health and Illness,* Vol. 24, No. 2, pp.129-150.
**Shy, Carl M.**
1997 "The Failure of Academic Epidemiology: Witness for the Prosecution", en *American Journal of Epidemiology*, Vol. 145, No. 6, pp. 479-484.
**Skidmore, David y Emma Hayter**
2000 "Risk and Sex: Ego-centricity and Sexual Behaviour in Young Adults", en *Health, Risk and Society*, Vol. 2, No. 1, pp. 23-33.
**Simon, Harvey**
1993 "Hyperthermia", en *The New England Journal of Medicine,* Vol. 329, pp. 483-487.
**Smith, George**
1996 "Income Inequality and Mortality: Why Are They Related?", en *British Medical Journal,* Vol. 312, pp. 987-988.
**Smith, George Davey y Ebrahim, Shah**
2001 "Epidemiology. It Is Time To Call It A Day?", en *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, pp. 1-11.
**Sontag, Susan**
1989 *AIDS and its Metaphors*, New York, Farrar, Strauss and Giroux.
**Suárez, Roberto, Ana María Forero y María Fernanda Olarte**
2003 *El dengue en Villavicencio: entre la realidad biológica y la realidad social,* Bogotá, Uniandes.
**Suárez, Roberto, María Fernanda Olarte, Ana María Forero y Catalina Uribe**
2005a "Is What I Have Just a Cold or Is It Dengue? Addressing the Gap between the Politics of Dengue Control and Daily Life in Villavicencio-Colombia", en *Social Science & Medicine*, Vol. 61, pp. 495-504.

**Suárez, Roberto, Carolina Wiesner y María Fernanda Olarte**
2005b "Medicina y discursos 'culpabilizantes': el caso del control del cáncer", en Carolina Wiesner (ed.), *Encrucijadas epistémicas de la medicina. El problema del cáncer,* pp. 83-106, Serie III, Cuadernos del CIDS, Bogotá, Universidad Externado de Colombia.

**Sunmola, Adegbenga M.**
2005 "Evaluating the Sexual Behaviour, Barriers to Condom Use and its Actual Use by University Students in Nigeria", en *AIDS Care,* Vol. 17, No. 4, pp. 457-465.

**Susser, Mervyn**
1998 "Does Risk Factor Epidemiology Put Epidemiology at Risk? Peering into the Future", en *Journal of Epidemiological Community Health*, Vol. 52, No. 10, pp. 608-611.

**Susser, Mervyn**
2001 "Glossary: Causality in Public Health Science", en *Journal of Epidemiological Community Health*, Vol. 55, pp. 376-378.

**Trostle, James A. y Johannes Sommerfeld**
1996 "Medical Anthropology and Epidemiology", en *Annual Review of Anthropology*, Vol. 25, pp. 253-274.

**Walker, David**
1995 "Rocky Mountain Spotted Fever: A Seasonal Alert", en *Clinical Infectious Disease*, Vol. 20, pp. 1111-1117.

**Walker, David**
2002 "Rickettsia Rickettsii: As Virulent as Ever", en *American Journal of Tropical Medicine*, Vol. 66, pp. 448-449.

**Watson, Wendy K. y Nancy J. Bell**
2005 "Narratives of Development, Experiences of Risk: Adult Women's Perspectives on Relationships and Safer Sex", en *British Journal of Health Psychology,* Vol. 10, pp. 311-327.

**Wiesner, Carolina, Claudia Cortés García, José Miguel Nieto y Carol Pavajeau Delgado**
2006 *Modelo de comunicación educativa para el control del cáncer en Colombia,* Bogotá, Ministerio de la protección social, Instituto Nacional de Cancerología, ESE.

**Winch, Peter J., Ahmed M. Makemba, S. R. Kamazima, I. M. Lurie, George K. Lwihula, Zul Premji, Japhet N. Minjas y Clive J. Shiff**
1996 "Local Terminology for Febrile Illnesses in Bagamoyo District, Tanzania and Its Impact on the Design on a Community-Based Malaria Control Programme", en *Social Science and Medicine,* Vol. 42, No. 7, pp. 1057-1067.

**Wingood, Gina y Ralph Diclemente**
2000 "Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors and Effective Interventions for Women", en *Health Education and Behavior,* Vol. 27, No. 5, pp. 539- 565.