



**Universidad del
Rosario**

**Múltiples respuestas a un mismo fenómeno:
El covid-19, una mirada desde el Estado y la población
colombiana**

Autor

Luisa Fernanda Solano Milquez

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de: **Antropología**

Director, Tutor

Juan Thomas Ordoñez Roth Universidad del Rosario

Escuela de Ciencias Humanas

Antropología

Universidad del Rosario

Bogotá D, C. Colombia

2022

Agradecimientos

Agradezco a mis papás y mi hermana por su apoyo en este proceso. Esto es por ustedes y para ustedes, su esfuerzo fue mi motivación durante todo este tiempo. Gracias a cada una de las personas que creyeron en mí, a mis tías y mis abuelas que me apoyaron durante la carrera. Sin embargo, nada sería posible si el universo no me hubiese puesto en el camino de la antropología tantos aprendizajes y personas.

Gracias a mi director Thomas Ordoñez por acompañarme en este camino desde el primer momento y por estar siempre que lo necesite. Gracias por cada recomendación, por escucharme en los momentos de duda y por cada palabra que me hizo reír o confundir, sin su acompañamiento y apoyo esta tesis no hubiese sido posible. Gracias a Claudia Cortés por sus recomendaciones y su acompañamiento, sus aportes contribuyeron a mi tesis y a mi formación. Al igual quiero agradecer a Esteban, Julio y Héctor por sus enseñanzas durante la carrera contribuyeron a mi interés por seguir aprendiendo cada vez más.

Quiero agradecer al Semillero de Investigación Social de la Pandemia, Shara, Sara y Sergio su ayuda para hacer esta investigación de campo hace que este trabajo también sea de ustedes. También quiero agradecer a la Dirección de investigación quien financió este proyecto. En efecto, gracias a cada una de las personas que quisieron contar su experiencia durante esta pandemia, gracias a Guber, Alejandra y Andrés por ayudarme a formar esta red de contactos. Gracias a mi comunidad de conversación Omar, Luisa, Lucía, Lionel, Juan José, Carlos, Alirio y Leidy por querer aportar a esta investigación, por narrar sus historias, sus percepciones y querer involucrarme en su día a día durante todo este tiempo.

También quiero agradecer a mis amigas Camila y Mariana, la antropología me permitió compartir esta carrera y este proceso que sin ustedes hubiese sido un poquito más difícil. Gracias por su apoyo y que sea el primero de muchos logros juntas. Gracias a Camila, Laura, Sebastián y al ERH un placer compartir la vida universitaria con ustedes. Por último, gracias a cada una de las personas que contribuyeron en mi vida académica y personal, que se alegran por este logro, que me escucharon y me apoyaron para lograr concluir esta tesis.

Índice

Introducción	4
¿Es etnografía o estoy hablando por WhatsApp?	10
Capítulo 1:	21
Construcción social del covid-19 en Colombia	21
Tres temporalidades: las transformaciones del covid-19 en Colombia	24
El confinamiento	26
La reactivación	32
El tercer pico en medio de la vacunación	37
Covid-19 entre lo rural, lo urbano, la lejanía y la cercanía al contagio	42
El riesgo del covid-19: diagnóstico, pruebas y cifras	47
Una experiencia marcada por el rumor	51
Capítulo 2	59
Covid-19: Transformaciones entre la relación del Estado y la población	59
¿Un Estado presente o ausente?	66
Replicando el quehacer estatal	71
La vacunación una representación de la (d)eficiencia estatal	76
Medidas alternas: resistencias, reinterpretaciones y respuestas al covid-19 desde la población	84
Conclusiones	92
Bibliografía	98

Introducción

No había pasado un año desde que se conoció el primer caso de Covid-19 en Colombia cuando establecí mi primera charla con Lucía, profesora de un colegio rural en Santa Bárbara de Pinto, Magdalena. Era la primera persona con la que hablaba en una zona apartada del centro del país. Me cuestionaba cómo estaban viviendo la pandemia allá, si existía el mismo temor que teníamos en Bogotá mientras se salía del segundo pico de contagio a finales de enero del 2021 o si, por el contrario, las personas estaban más relajadas. Todas estas fueron preguntas que me surgieron mientras miraba la pantalla del computador, porque para entonces era el medio más seguro para hacer trabajo de campo. Para este primer encuentro fue la hija de Lucía quien le ayudó a conectarse con nosotros¹ a través de zoom, aunque nos hizo la advertencia de que el internet no era muy bueno por si la conexión se caía en algún momento.

Lucía empezó a hablar de su experiencia, diciendo que inicialmente en Pinto todas las personas eran muy caseras, pues procuraban no salir de sus casas a menos de que fuera necesario. No obstante, en septiembre del 2020 eso había quedado en el pasado, pues la gente había vuelto a retomar sus actividades y vivían como si el covid-19 ya no existiera. Durante los primeros meses de la pandemia se tomaron fuertes medidas para evitar que el covid-19 llegara al municipio. En un acuerdo, la población optó por adecuar el colegio para que quienes llegarán tuvieran una cuarentena allí, antes de tener contacto con sus familiares y vecinos. Adecuaron salones para que las personas durmieran allí e incluso utilizaron los tanques de agua del acueducto para que quienes estaban en cuarentena se pudieran bañar y tener lo necesario. No había excepciones, todo el que llegara de otra ciudad debía cumplir con esta medida si quería estar en Santa Bárbara de Pinto.

¹ Esta monografía surge en el marco del semillero de investigación social de pandemia de la Universidad del Rosario. Hice los primeros acercamientos a diferentes zonas de Colombia desde la virtualidad para conocer cómo se había vivido la pandemia en Colombia en el marco del proyecto “Conversaciones sobre la Pandemia” financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad del Rosario. El proyecto surgió de trabajo del semillero que incluyó a mis compañeras Shara Niño, Sara Martínez y Sergio Moyano y al profesor Thomas Ordóñez. Este proyecto IV-TSE024 fue financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad del Rosario

Adicional a esto, en Pinto la gente optó por poner candados en los portones de sus casas para evitar que otras personas entraran, algunos usaron tapabocas durante un tiempo y mantenían el distanciamiento social. Sin embargo, cuando hablé con Lucía cada una de estas medidas ya eran una cosa del pasado, las puertas ya estaban abiertas en cada casa, la gente se reunía y la pandemia al parecer había finalizado en febrero del 2021. Cuando Lucía relataba lo que había vivido y cómo estaba la situación en ese momento me sorprendí, pero lo que terminó por llamar mi atención fue cuando ella contó que entre la gente de Santa Bárbara había una noción del covid-19 en cierto sentido positiva.

El covid-19 en esta región no tenía las mismas connotaciones que a mi parecer tenía en el resto de Colombia. Por un lado, durante la cuarentena llegó el servicio de energía a la región, por lo que se pudieron crear negocios, se compraron más electrodomésticos, se podía ver la televisión e incluso se hacían más fiestas que antes de la pandemia. Sumado a eso, en la región el covid-19 no estaba muy presente, se contagiaron algunas personas en la primera ola, pero nadie había muerto a causa del virus, hasta ese momento. Por otro lado, como decía Lucía, no se sabía bien si era la comida porque la gente se alimenta con pescado, o si de pronto era la cercanía al río o los rayos de sol lo que hacían que la vida siguiera con normalidad, como si el covid-19 no existiera para estas personas o fuera un invento que no llegaba a esta región del caribe colombiano.

Allí el covid-19 se entendía más allá de la enfermedad, significó una ruptura en la cotidianidad de las personas que se debatían entre seguir con sus vidas en medio de la normalidad o establecer cuidados porque había un riesgo de contagio. Durante toda la charla con Lucía no pude dejar de pensar en lo diferente que estaban viviendo allí la pandemia. Y me cuestionaba la efectividad de sus cuidados, las ventajas de estar en una región en la periferia del país y por supuesto el rol que cumplía el Estado en todo esto. Lucía me dijo que en su región las personas seguían una que otra medida oficial de las que surgieron en el marco del estado de emergencia que declaró el gobierno, pero no al pie de la letra. Por ejemplo, algunos usaban tapabocas, gel antibacterial, pero no existía el distanciamiento social, lo que sí hacían era cuidarse de las personas que llegaban de afuera porque no se sabía si podían traer el virus consigo.

Las pocas medidas que se impartieron en la población eran acatadas por temor al contagio, pero el contexto de la región llevó a los habitantes de Pinto a pensar en otras formas de enfrentar la pandemia. Aun cuando acataron las normas que se impartieron para todo el país, allí miraban cómo mantenerse al margen de la gente porque si se enfermaban era difícil conseguir una prueba que les confirmara si estaban o no contagiados. Tal dificultad en parte se debía a las condiciones de acceso de la región y la insuficiencia en la infraestructura del centro de salud para poder realizar pruebas de detección.

En caso de que los habitantes de Pinto tuvieran la sospecha de tener covid-19 lo que hacían eran recurrían al médico de la región y en el momento en que se agravaba el asunto tenían que ir a otro corregimiento. De manera que contraer el covid-19 no era una opción en esta región. Sin embargo, este temor por el covid-19 con el pasar de los meses se transformó, los habitantes de allí siguieron con su vida relativamente normal luego de unos meses de confinamiento nacional. Incluso se decía que estaban más felices porque a raíz de la pandemia tenían subsidios como el que se otorgó en el programa de Ingreso Solidario² o la entrega de ayudas alimentarias dentro del PAE³ Programa de Alimentación Escolar). Adicional con la llegada la luz eléctrica se dio paso a la apertura de restaurantes, tiendas y heladerías.

Cuando hablamos con Lucía, la vacunación allí no se veía como una solución, la gente no creía que fueran a llegar “seño eso por acá no llega, y esas vacunas se la van a poner a los ricos” y con esto la gente prefería ver el covid-19 como un asunto lejano de su realidad. Y aunque Lucía era una de las personas que se encargaba desde su rol de docente de explicar

² Este programa surgió a partir del Decreto 518 de 2020 en el Gobierno Nacional del presidente Duque. El Ingreso Solidario fue una de las estrategias que se crearon para responder a los efectos sociales de la pandemia en los hogares colombianos. No era necesarios que las personas se inscribieran, solo debían pertenecer a Sisbén y si cumplían con las condiciones recibían una ayuda de \$400.000 bimensuales. (Departamento Nacional de Planeación, 2020)

³ El PAE es el Programa de Alimentación Escolar que se desarrolla en el marco de la ley 2042 de 2020. Con la pandemia este proyecto se tiene que ajustar y desde marzo del 2020 se crearon los elementos normativos que permitieron que el Programa de Alimentación Escolar continuará llegando a más de 5 millones de estudiantes a través de modalidades como ración para preparar en casa, bono canjeable o ración industrializada las cuales recibían como ayuda en la alimentación gran parte de las familias. (Ministerio Nacional de Educación)

la importancia del uso del tapabocas y el autocuidado, no era una persona ajena a las dinámicas locales. Allí la presencia del Estado⁴ era poca y con la vacunación la gente no esperaba que el asunto fuera diferente, en efecto, este no era el único lugar del país donde se dudaba de que llegarán las vacunas.

Luego de escuchar por una hora a Lucía a través de una video llamada por Zoom y entender parte de lo que sucedía en este corregimiento que se encuentra al lado del río Magdalena, donde los habitantes veían las altas temperaturas como una característica anti-covid y donde su población había vivido la pandemia de maneras muy diferentes a lo que vivíamos en la ciudad, decidí iniciar esta investigación etnográfica. Mi trabajo de campo consistió en contactar y discutir a través de WhatsApp la pandemia con personas en Cundinamarca, la Costa Caribe y el Amazonas. Mi propósito era comprender la idea de covid-19 que tuvieron las personas que conocí desde su experiencia y sus contextos locales que se vieron atravesados de diferentes formas por la presencia del Estado. Sumado a esto, me interesé por entender las diferentes acciones de cuidado que habían implementado estas personas en cada una de las regiones durante el primer año y medio de pandemia.

Así, esta investigación entiende el covid-19 como una experiencia social que trajo consigo efectos en la vida cotidiana de la comunidad, y que no se entiende sólo como un problema de salud pública, por lo cual me intereso en los relatos de las personas para identificar su noción sobre la enfermedad, teniendo en cuenta diversas perspectivas como la relación con el Estado, las ideas de cuidado que surgieron en su entorno y las transformaciones en sus creencias a lo largo del primer año y medio de pandemia. Para esto parto de un punto que denomino *las temporalidades de la pandemia*, que inician con *el confinamiento* que comprende de marzo a septiembre del 2020, sigue con *la reactivación* que se enmarca

⁴ Esta idea de la presencia del Estado la entiendo a partir de los planteamientos que se han hecho sobre la ausencia del Estado tal como lo entiende Margarita Serje en el texto *"Mito de la ausencia del Estado"* (2013). Aquí se hace referencia a la ausencia estatal que se enmarca en la institucionalidad, la infraestructura, la autoridad, los mercados y las posibilidades (644). Estos son aspectos que se vuelven relevantes para la población y que asocian a lo que debe garantizar el Estado a lo largo del territorio. En efecto, esta investigación no pretende entrar en el debate sobre la ausencia Estatal en Colombia, pero si quiere dar cuenta de algunos indicios que exponen una presencia baja o diferenciada frente a lo que esperaba la población durante el covid19 y en específico durante la vacunación.

desde el mes de octubre del 2020 al mes de febrero del 2021 y termina con *un tercer pico en medio de la vacunación* que se da entre los meses de marzo a julio del 2021.

Estas temporalidades las planteo en esta investigación como una manera para reconocer los ritmos de contagio, la transformación en las normas de cuidado, el conocimiento de la enfermedad y los cambios en la percepción del contagio. En efecto, también son periodos de tiempo que se hicieron evidentes en las conversaciones que tuve con la comunidad de conversación y que terminan por mostrar hechos importantes a la hora de definir cómo se vivió la experiencia durante el primer año y medio de pandemia. Estas temporalidades coinciden con los picos epidemiológicos en Colombia, que fueron determinante para comprender las medidas oficiales que se propusieron por parte de los expertos.

A lo largo de la pandemia, los habitantes de Santa Bárbara de Pinto, Barranquilla, Inírida, Garza Morichal, Leticia, Gachetá, Villapinzón y Agua de Dios se han encargado de hacer una construcción social del covid-19, y, a partir de ello, moldear conductas que se ven mediadas por la noción de riesgo sobre el contagio que se le atribuyó al virus desde la primera temporalidad. En efecto, esta idea del covid-19 que surgió en Colombia la analizo a partir de experiencias individuales y colectivas que se construyen teniendo en cuenta las particularidades de cada región, la ausencia o presencia de la enfermedad, el reconocimiento de los casos activos y los rumores que se intercambiaban con información acerca del covid19 en cada una de las temporalidades.

Es importante aclarar que mi interés por entender la relación entre el Estado y la población en Colombia a raíz de la pandemia del covid-19 radica en los efectos que tuvo el control social sobre la cotidianidad de las personas y que se justificó con el desconocimiento de la enfermedad. De manera que las personas no solo hacían referencia al virus como un riesgo inminente frente a la salud, sino que constantemente daban una explicación de sus creencias con relación a las medidas que acataban. Esto llevó a una transformación en la manera cómo se percibía al Estado y dio paso al cumplimiento o interpretación de lo que denomino medidas oficiales que son las normas, decretos y medidas de cuidado impuestas por el Estado a lo largo de la pandemia.

En la información recolectada en el trabajo de campo también surgieron comportamientos y cuidados híbridos que responden a otros aspectos diferentes a los contemplados por el

Estado para hacer frente a la enfermedad a partir de contextos más cercanos, esto es lo denominó *medidas alternas*. Con este término hago referencia a los tratamientos caseros, alimenticios, la automedicación, junto con los remedios naturales. Incluso estas medidas alternas también hacen referencia a la adaptación de las medidas oficiales a partir de los recursos de la población.

Por consiguiente, en esta monografía mi objetivo es analizar cómo la construcción social del covid-19 en estas tres regiones de Colombia expone las transformaciones temporales de la enfermedad, la relación entre el Estado y la población e incide en las prácticas implementadas para hacer frente a la pandemia. Para esto, identificaré los aspectos que caracterizan la noción de enfermedad a partir de los relatos individuales. Y discutiré la percepción que tienen los habitantes de las tres zonas sobre el Estado como actor que determina algunas medidas oficiales de cuidado en diferentes momentos de la pandemia. Sumado a esto, pretendo reconocer los itinerarios terapéuticos a partir de las medidas alternas que crea la población de manera autónoma y paralela a los cuidados propuestos por el Estado.

De esta manera, argumento que el covid-19, como experiencia social⁵, es producto de la relación entre el Estado y la población. Tal relación, por un lado, refleja la noción de la enfermedad que se ha construido en cada una de las regiones durante las tres temporalidades de análisis. Y, por otro lado, incide en las medidas alternas y oficiales de cuidado que se implementaron por parte del Estado y de la población frente al covid-19. Para lo anterior, afirmo que esta experiencia social no solo se construye cuando el contagio está presente, sino que también se construye antes, durante y después del contagio.

Es importante aclarar que con el término *medidas oficiales* hago referencia a las acciones que se promueven en el marco de la biomedicina y del control social que se ejerció sobre la población. Esto a partir del discurso sobre la enfermedad que es expuesto por profesionales e instituciones oficiales (Foucault, 1988). Tal categoría la apropio con la finalidad de tener un término que se refiera a todas las acciones promovidas por instituciones oficiales tengan

⁵ Por experiencia social hago referencia a la dimensión tanto biomédica como vivencial de las enfermedades. Para esto es importante entender que la experiencia de la enfermedad se basa en la manera cómo los individuos entienden, viven con la enfermedad y cómo afrontan las restricciones físicas y sociales que pueden tener. (Langdon & Wiik, 2010)

o no vinculación con el Estado. Con *medidas alternativas* me refiero a las acciones que surgen como una práctica autónoma por parte de la población, a partir de las creencias, las particularidades de cada región y los sistemas alternos. Esta categoría surge con el fin de agrupar todas a las acciones que apropió la población desde su autonomía y conocimiento de la enfermedad. Ambas aristas pueden dialogar o entrar en tensión a lo largo de las tres temporalidades de la pandemia que establecí para este análisis.

¿Es etnografía o estoy hablando por WhatsApp?

La pandemia del covid-19 se convirtió en un punto en común para establecer diálogos que reflejaron la respuesta de la población frente a la coyuntura, y, aunque estas personas no se encontraran en un mismo lugar, podían compartir su experiencia a través de plataformas como Zoom o WhatsApp. Esto me permitió identificar las nociones que surgieron sobre el Estado junto con las tensiones, contradicciones y cambios a la hora de querer prevenir o mitigar la enfermedad y sus efectos en diferentes lugares de Colombia como Santa Bárbara de Pinto, Barranquilla, Inírida, Garza Morichal, Leticia, Gachetá, Villapinzón y Agua de Dios.

Cada una de las ciudades o municipios que hicieron parte de esta investigación exponen las diferencias que atraviesa el sistema de salud y la presencia estatal en el país. Si bien, no existió un aspecto particular para elegir cada región, si era importante mostrar la diversidad que existe en Colombia para enfrentar un mismo fenómeno, que en este caso fue el covid19. Estas regiones eran diversas entre sí, lo me permitió mostrar similitudes o diferencias de las experiencias de algunas personas que concrete en una convocatoria a partir de conocidos que me refirieron a otras personas en el sur, centro y norte del país.

Con lo anterior, esta investigación tiene su origen en la respuesta que tuvimos compañeros y profesores frente a la dificultad de hacer trabajo de campo de manera tradicional durante la etapa de confinamientos y cuarentenas decretadas por el gobierno nacional. Así, la metodología que diseñé se dio inicialmente en el marco del Semillero de Investigación Social de la Pandemia donde contactamos a varias personas que habíamos conocido semanas antes del confinamiento y quienes empezaron a contarnos cómo estaban viviendo la pandemia en otras regiones fuera de Bogotá. Las primeras personas que contactamos

estaban en Agua de Dios, Cundinamarca. Algunos eran profesores y relataban las dificultades de implementar las medidas oficiales que se habían propuesto por parte del Estado debido a la falta de infraestructura y recursos. Estas personas se encargaron de facilitarnos el contacto con personas en otras regiones y así poder establecer más particularidades o similitudes respecto a su experiencia en pandemia.

Teniendo claro que la manera en qué quería realizar mi trabajo de campo para esta investigación era escuchando lo que estaba pasando en otras regiones de Colombia a donde no podía tener acceso de manera presencial, decidí hacer una muestra que se construyó de dos maneras. Por un lado, implementé la estrategia “bola de nieve” que fue lo que sucedió en Agua de Dios, esta consistía en hablar con alguien, luego esa persona me daba el dato de otra persona en otro municipio o ciudad y se contactaba a esta persona para saber si quería relatar su experiencia. Por otro lado, construí el resto de la muestra mediante contactos de conocidos en las zonas de Inírida, Barranquilla, Garza Morichal, Junín y Villapinzón, quiénes contaban con conectividad en sus celulares o computadores para poder hablar por WhatsApp o llamada telefónica para que me pudieran relatar lo que había pasado en estas regiones.

Al reconocer que estas personas no compartían nada en común más allá de estar atravesando la pandemia en Colombia, decidí apoyarme en el concepto de “Comunidades de conversación” que es planteado por Gudeman y Rivera (1991) para poder analizar y entender la red de contactos que había formado y los datos que había obtenido. Este concepto que es propuesto por estos antropólogos hace referencia a la agrupación de conversaciones que se centran en las voces y prácticas de diferentes personas en Colombia. Por lo general, estas personas comparten su conocimiento o experiencia en determinado tema y se encuentran en diferentes regiones a lo largo del país. Para el caso de esta monografía, este concepto me permite entender que había formado una comunidad de conversación sobre el covid-19 en Colombia, a partir de charlas virtuales y llamadas con personas que quisieron compartir su experiencia durante las diferentes temporalidades de la pandemia. Si bien esta comunidad de conversación se conforma con personas de las regiones de Cundinamarca, Amazonas y la Costa Caribe, lo único que las une directamente es su deseo por narrar sus vivencias en torno al covid-19.

Esta comunidad de conversación sobre el covid-19⁶ se formó a partir de la experiencia de Juan José, Lionel, Luisa, Omar, Lucía, Leydi, Alirio y Carlos, sin embargo, es importante resaltar que esta también es el resultado de los diálogos informales que surgieron durante el trabajo de campo presencial y virtual con otras personas. De manera que esta investigación es el resultado de las experiencias que me compartieron cada una de estas personas a través de Zoom, WhatsApp y llamada telefónica, lo que me permitió hacer un intercambio de información que se transformó en un diálogo entre personas de la misma región y personas de otras regiones



Imagen 1: Mapa de Colombia con las regiones que hacen parte de esta investigación. Por Luisa Solano

⁶ A lo largo de esta monografía voy a hacer referencia a los términos comunidad, grupo de personas o interlocutores para hacer referencia a la experiencia colectiva o las generalidades de la red de personas que hicieron parte de esta monografía. Sin embargo, también la experiencia individual de cada una de estas personas contribuye a construir un contexto regional a partir de lo que me contaron. Para hacer referencia a estos datos implementé el término población.

Al abordar las experiencias de esta comunidad de conversación es importante dar un breve contexto de cada una de las regiones. En la región de la Costa Caribe analizo la experiencia de Omar quien se encuentra en Barranquilla, una de las principales ciudades de la costa por ser un lugar en donde se desarrolla parte de la economía de la región. Y analizó la experiencia Lucía quien se encuentra en Santa Bárbara de Pinto, un municipio ubicado en el sur del Magdalena en donde limita con el departamento de Bolívar. Pinto no cuenta con vías de acceso para carro en óptimas condiciones. Por eso se considera una región apartada que depende del transporte por el río, además las casas o fincas de la región se encuentran bastante alejadas entre sí. De manera que es necesario el uso de burra⁷ como medio de transporte.

En la región de Cundinamarca está la experiencia de Leidy en Gachetá, un municipio que pertenece a la provincia del Guavio a una hora y media de Bogotá. Y la experiencia de Alirio en Villapinzón municipio que limita con el departamento de Boyacá. Ambos municipios se catalogan por tener una economía que depende del trabajo de campesino y cuentan con un porcentaje de la población que se enmarca en la categoría de rural⁸(DANE 2018). Dentro de este departamento también está Agua de Dios que se ubica hacia el sur, este municipio era conocido por ser un lugar donde se quiso alejar a la población que tenía lepra años atrás. De manera que sus habitantes son aproximadamente 10.000 personas de los cuáles un 20% se cataloga como rural (DANE 2018). Estas tres regiones se catalogan por tener dinámicas muy locales por la población que tienen y por el tipo de economía que manejan, pues dependen del uso del suelo y del turismo.

En la región amazónica está la experiencia de Juan José en Inírida, esta es la capital del departamento de Guainía, el principal motor económico de la región y limita con Venezuela. Esta al ser la ciudad principal es la más poblada, de manera que en su mayoría hay una población urbana, pero también por la ubicación y el acceso desde el resto del país

⁷ La burra es un animal de cuatro patas que se emplea como medio de transporte en esta región del país, porque las distancias son muy amplias y ayuda a que las personas puedan moverse de un lugar a otro de manera más rápida.

⁸ En Villapinzón al año 2018 la población rural era 13.838 de un total de 20.711 personas. En Gacheta para este mismo año la población rural era de 7464 de un total de 11.310. Estos datos corresponden a los datos territoriales de la gobernación de Cundinamarca. Fuente: DANE censo 2018.

comparte características de la periferia o ruralidad. De igual manera, está Lionel en Garza Morichal una región rural del área no municipalizada de Guainía, la cual se encuentra a tres días del río Inírida. En su mayoría cuenta con población indígena que limita con el Brasil. Por último, está Leticia que es la capital del departamento del Amazonas, también es una ciudad importante por su frontera con Brasil y porque su economía contribuye al desarrollo del sur del país.

Teniendo mayor claridad sobre las regiones que conforman la comunidad de conversación, quiero exponer cómo recolecté la información. Para esto hice algunas entrevistas abiertas y semiestructuradas, diálogos informales virtuales y presenciales, que quedaron registradas en notas de campo. En el caso de las entrevistas estas fueron grabadas en la virtualidad y contaron con un consentimiento previo por parte de las personas. Al igual, a partir de esta comunidad de conversación y de las herramientas virtuales se logró que cada uno de los actores tomarán un rol activo dentro de la investigación. A diferencia del trabajo de campo presencial, las actividades principales no se centraron en mí, como investigadora tomando fotos, haciendo entrevistas y hablando con la gente, sino que eran las mismas personas quienes enviaban material que les parecía pertinente y relataban lo que para ellos era representativo e importante.

La comunicación en cada uno de los casos fue diferente, en el caso del Amazonas mis charlas con Juan José, Lionel y Luisa eran en su mayoría a través de teléfono porque la conectividad a internet no era muy buena. Sin embargo, cada uno cuando tenía buena conexión me compartía cosas por WhatsApp. Por ejemplo, Luisa quien era una estudiante que se encontraba viviendo en Leticia durante la pandemia, cuando tuvo acceso a su comunidad Tikuna realizó unos videos dialogando con personas respectó a sus experiencias con el covid-19. En el caso de Lionel cuando podía conectarse me enviaba fotos de cómo estaban viviendo la transición entre la temporalidad del confinamiento y la reactivación en Garza Morichal, región donde él se desempeña como docente. Por su parte, Juan José, me compartió vínculos de Facebook sobre lo que hacían las entidades del gobierno en Inírida.

En el caso de Lucía hablábamos a través de WhatsApp, ella como docente de la escuela en Pinto me enviaba fotos, videos y me tenía al tanto de cómo estaban viviendo la pandemia desde el ámbito educativo, pero también, al ser un lugar muy pequeño, me relató las nociones colectivas que se compartían a través del voz a voz. Incluso ella, al tener que visitar las casas de los padres de familia, podía canalizar los rumores que estuvieron presentes en cada una de las temporalidades. De manera similar ocurrió con Omar con quien hablaba en las tardes luego de su jornada laboral a través de WhatsApp y vía telefónica. En ambos casos se hicieron entrevistas a través de Zoom. En la región de Cundinamarca el trabajo de campo fue híbrido, pues como el acceso cuando se dio la reactivación fue más sencillo me fue posible visitar Agua de Dios para establecer diálogos con más personas a parte de las que había contacto de manera virtual. Claro está que en Junín y Villapinzón solo realicé trabajo virtual que se apoyó en fotografías, chats y llamadas telefónicas.

Adicional a la recolección de información a través de las plataformas virtuales y llamadas, la metodología de esta investigación también implicó reconstruir el contexto nacional a través de medios como el Espectador, El Tiempo y medios televisivos como RCN, Caracol y City Tv que contribuyeron a la construcción de las temporalidades. Esta revisión de las noticias se daba con lo que salía en televisión, pero también por con la información que se encontraba en las páginas oficiales de los medios o en las redes sociales como Instagram o Facebook. En cuanto a los criterios de revisión, tuve en cuenta tres aspectos. Primero, las fechas de publicación pues fue lo que me permitió construir los principales cambios entre cada temporalidad. De manera que hice una primera revisión en junio del 2020, luego en enero del 2021 y por último de julio hasta septiembre del 2021. Segundo, las referencias que hacían las personas, entonces si afirmaban que veían cierto programa o se informaban a través de un medio en específico procuraba hacer revisión de ese medio. Y tercero, el acceso o preferencia que yo tenía por ciertos medios también fue un criterio a la hora de escoger qué medios incluí en esta metodología.

Para reconstruir el contexto regional tuve en cuenta la información que se compartía en redes sociales a partir de los grupos o las páginas oficiales de las alcaldías, las gobernaciones o los ministerios. Por lo cual, hice revisión de las publicaciones en

Facebook de la alcaldía de Agua de Dios, de la gobernación de Guainía y del grupo Santa Bárbara de Pinto. Con esto podía mirar cuáles eran las normas que estaban comunicando a la población, pues se compartían infografías o fotos de los decretos para que las personas estuvieran al tanto. Al igual en estos espacios virtuales también se podían identificar publicaciones sobre servicios u opiniones que tenía la población.

Tal revisión de contenidos en redes sociales contribuyó a rastrear la opinión de algunos usuarios en estos grupos, esto se puede enmarcar dentro de la *Netografía* por ser una manera de aplicar la etnografía en los contextos virtuales como los grupos de Facebook, para poder identificar el acontecer cotidiano, las características y prácticas de un grupo social (Turpo,2008). De manera que esta monografía no solo se hace a través de la virtualidad, sino que se apoya en datos que se pueden identificar en redes virtuales y que se enmarcan en lo que denomino trabajo de *campo*.

En los casos de las otras regiones o municipios donde la información que se compartía en Facebook era difícil de rastrear como el caso de Cundinamarca o de Garza Morichal, lo que hice fue hacer una revisión de documentos que informaban la normatividad. Estos documentos hacían parte de las normativas nacionales⁹ que se implementaron durante el primer momento de la pandemia y posteriormente hice una revisión de los decretos o normas regionales¹⁰ que operaron de manera particular. Por lo general, en este último grupo tenía en cuenta las normas que hacían referencia a los toques de queda, pico y género, pico y cédula, y normas que se aplicaban cuando había picos de contagio. En cuanto a la temporalidad del trabajo de campo para esta tesis se hizo entre los meses de junio a septiembre del 2021, pero existió un trabajo previo en el marco del semillero desde los meses de agosto del 2020.

Esta monografía al ser una apuesta metodológica por hacer trabajo de *campo* virtual o a distancia y recolectar información en diferentes zonas bajo las condiciones reducidas de contacto social por el riesgo de contagio que existía. Se enmarca en la etnografía virtual,

⁹ Algunos de los documentos que revisé de esas normativas nacionales fueron: Decreto 417 del 2020, Decreto 457 del 2020, Decreto 580 del 2021 y el Decreto 109 del 2021.

¹⁰ En el contexto regional hice una revisión de documentos por zonas. En Agua de Dios: Decreto 054 del 16 julio del 2020, Decreto 020 marzo 26 de 2021. En Santa Bárbara de Pinto: Decreto 20210211-02. En Garza Morichal y Guainía: Decreto 0437 y el Decreto departamental 0297 de 2020. En Gacheta: Decreto 027 del 12 mayo del 2021 y Decreto 037 del 23 abril de 2020. Y en Villapinzón el Decreto 180 para la Opinión Pública.

pues es el resultado de repensar la noción de que hacer trabajo de campo es moverse de un lugar a otro o tener una interacción cara a cara con las personas para hacer una investigación. En efecto, esto requirió una innovación teórica y metodológica sobre las aproximaciones con la comunidad, como lo afirma Miller (2020) la etnografía virtual trae consigo compromisos diferentes para cada población con la que se trabaja.

En el caso de esta monografía existieron limitaciones e incluso debates metodológicos respecto a si tener conversaciones por WhatsApp se podía considerar una forma de hacer trabajo de *campo* igual de efectiva que lo tradicional, decidí arriesgarme por mantener diálogos con la misma rigurosidad que implica ir a determinada zona, tomar notas de campo y mantener el contacto con las personas. Tal como existen ritmos de cercanía cuando llegamos a un lugar, con la metodología a través de WhatsApp o Zoom ocurre lo mismo, hay que mantener las relaciones, tratar de hablar todos los días o días de por medio con la gente, adecuarse a sus tiempos y entender que lo que ellos compartían a través de fotos o videos exponía una realidad que me permitía acercarme a su experiencia y tener la información suficiente para mi análisis.

Adicionalmente, esta idea de hacer trabajo de *campo* a partir de conversaciones por medio de estas plataformas también son una apuesta por repensar desde la teoría y la metodología lo que se ha considerado tradicionalmente por comunidad como objeto de estudio a pesar, y como consecuencia, de que es un procedimiento de investigación para el conocimiento antropológico (Trapaga,2018). Incluso al pensar en esta comunidad de conversación sobre el covid-19 a partir de los relatos en cada una de estas regiones, no solo se transformó la idea de comunidad sino también mi rol como investigadora. Me situé en un rol de interlocutora entre todas estas personas que no se conocen, pero que dialogan entre sí. Y desde este rol no solo me encargaba de escuchar, sino que también fui una creadora de conversaciones porque yo también tenía experiencias en la pandemia que podía compartir con quienes dialogaba. A mí también me cuestionaban o preguntaban de la misma manera como yo lo hacía con ellos, existía un intercambio de conocimiento en doble vía que facilitó la cercanía en medio de las herramientas virtuales.

Lo anterior, me permite plantear que esta investigación no solo es una apuesta desde la Netografía y la etnografía virtual, sino también cabe dentro de la etnografía participativa. Esta última se reconoce a partir de los mecanismos reflexivos que tienen los sujetos para analizarse por y para sí mismos, al tiempo se abarca la complejidad de la dualidad nosotros/otros (Berraquero et. al, 2016). En el caso de esta monografía tanto el trabajo de campo a través de Zoom y WhatsApp como la coyuntura del covid-19 hizo que las personas que decidieron participar hicieran ejercicios donde se analizaron tanto a ellos como a su población, a través de sus relatos daban cuenta de las experiencias que consideraban importantes para la investigación.

Teniendo en cuenta lo anterior, el aporte de esta investigación radica en la apuesta metodológica que responde a la necesidad de hacer un trabajo etnográfico en medio de la pandemia del covid-19 desde los primeros meses de confinamiento. Esto a partir del interés por hacer trabajo de *campo*, sin poder salir al *campo*. En efecto, no solo es mostrar cómo los antropólogos debemos adecuarnos a las circunstancias, sino también hay una pretensión por entender la coyuntura actual, en la cual nosotros también estamos inmersos y que nos sitúa en relaciones etnográficas particulares. Por esto, apuesto por hacer una investigación que cuente con la misma rigurosidad de la antropología presencial, que a su vez tenga en cuenta algunos aportes de las etnografías multisituadas.

No obstante, a lo largo de esta investigación también situó al lector en la propuesta metodológica en donde mi apuesta por la construcción de una red de actores en tres regiones de Colombia me lleva a cuestionar si hablar por WhatsApp es hacer etnografía o solo es chatear. En efecto, también reconozco los alcances de este método al poder hablar con personas que tienen en común el hecho de pasar por la pandemia del covid-19. De esta manera, la comunicación mediante WhatsApp o Zoom es lo que me permite comprender la realidad de sitios rurales y con dificultades para su acceso a partir de interacciones donde más que formular preguntas, promoví entrevistas epistolares e interacción de mapas y noticias entre quienes participaron en la investigación.

Es importante exponer que esta monografía hace aportes al complejizar el trabajo de campo a través de plataformas como WhatsApp o Zoom en zonas de Colombia que tienen

condiciones de acceso bajas. Si bien durante la pandemia se dio una producción masiva de artículos en Ciencias Sociales con la temática del covid-19 y con propuestas metodológicas tales como: *Etnografía Virtual em Alcoólicos Anônimos em Tempos de Pandemia: Desafios Teóricos e Metodológicos* (Campos, 2021). O *The covid-19 crisis: Social Perspectives* Lupton et al. (2020). Fue difícil encontrar una investigación que hiciera un ejercicio analítico de corte metodológico y temático en el país. A parte al hacer una comparación de diversas zonas se logra dar un sentido mayor a estas metodologías virtuales que se interpelan con la etnografía participativa y que dan voz a la comunidad que se conformó desde el diálogo de pares.

Cabe aclarar, que este es un primer acercamiento a un análisis no solo del trabajo de campo a través de plataforma, sino también de la información que está al alcance gracias a estas plataformas. De manera que las redes sociales no solo fueron un medio, sino también un objeto de estudio para entender las implicaciones del covid-19 en múltiples lugares y escalas en Colombia. Gracias al acceso a estas redes fue posible entender dinámicas en lugares donde yo no estaba presente, pero si estaba en los grupos de Facebook podía tener una idea de lo que estaban viviendo las personas en cada una de estas regiones. En efecto, esto puede llevar a un debate metodológico mayor que me gustaría abordar en futuros productos.

En esta investigación más allá de mostrar cómo hay una adaptación a las circunstancias también quiero evidenciar cómo se puede hacer antropología de la pandemia¹¹ o antropología de las epidemias (Lynteris & Poleykett, 2018), teniendo en cuenta los aportes de la antropología médica y de la antropología del estado, para así poder entender las nociones de la gente, creencias, comportamientos y las relaciones de control que resultaron tan particulares en las tres temporalidades de la pandemia. Al mismo tiempo, quiero mostrar las múltiples respuestas de la población que operan de manera simultánea a lo

¹¹ El término antropología de la pandemia o de las epidemias lo comprendo a la luz de los aportes del texto *The anthropology of endemics control* (2018). Donde se expone que las epidemias se contemplan como un problema contemporáneo que requiere de los aportes de la etnografía para entender que no es solo el estudio de una enfermedad en sí misma, sino la forma en qué configura las relaciones sociales. Al igual, es a través de este enfoque antropológico que se reconoce cómo las epidemias se convierten en un pretexto para extender el poder gubernamental en todas las formas de vida (Caduff, 2014, como se citó en Lynteris & Poleykett, 2018). Tal definición contribuye a entender los hallazgos de esta investigación.

estipulado por la biomedicina. Es así como a través de esta investigación se puede tener una perspectiva de las vivencias de la población en Colombia a lo largo del primer año y medio de pandemia, explorando relaciones de control y cuidado que resultan fundamentales para entender las enfermedades de contagio.

Con lo anterior, en el primer capítulo de esta investigación mostraré la construcción social del covid-19 por parte de las personas en la región de la Amazonía, Cundinamarca y la Costa Caribe. Para esto identifiqué las tres temporalidades el confinamiento, la reactivación y la vacunación en un tercer pico, las cuales estuvieron determinadas por los ritmos epidemiológicos, las transformaciones en las medidas y las características que la población le fue atribuyeron a la enfermedad. Luego doy cuenta de los comportamientos que surgieron durante estas temporalidades a partir de la noción de cuidado y riesgo que se construyó en cada una de las regiones. Y, por último, identifiqué la manera cómo las relaciones cercanas inciden en la percepción de la enfermedad a partir de los rumores y del intercambio de información con amigos, vecinos, familiares e incluso a través de redes sociales.

Así, en este capítulo argumento que la construcción social del covid-19 en Colombia estuvo en constante transformación debido a las temporalidades que atraviesan a la pandemia en el marco temporal de mi estudio, al conocimiento del covid-19 y los cuidados que fueron impuesto o apropiados por la población. Ante esto, las relaciones cercanas a las personas en cada una de las regiones contribuyen a que existan ideas colectivas del covid-19 dependiendo que tan cercana o lejana sea la noción de riesgo y contagio en la experiencia individual con la enfermedad. Cabe aclarar que por experiencia con la enfermedad se comprende el antes, durante y después del contagio debido al discurso de prevención que estuvo presente desde las instituciones oficiales y desde las personas mismas.

En el segundo capítulo de esta investigación expongo las transformaciones que surgieron entre la relación con el Estado y la población a partir de la pandemia del covid-19. Para esto, tengo en cuenta las percepciones que tiene cada una de estas personas sobre el Estado colombiano, esto a partir de su experiencia con las *medidas oficiales* incorporadas por este a nivel nacional y local, durante las tres temporalidades de la pandemia. Me intereso por

reconocer la incidencia que tiene el Estado en la cotidianidad de los individuos a partir del análisis de las *medidas alternativas*, que comprendo cómo prácticas autónomas o paralelas que surgen como una respuesta por parte de la población en cada una de las regiones. En efecto, para entender cómo se materializa esta relación entre el Estado y la población tengo en cuenta los itinerarios terapéuticos del covid-19 que incluyen la vacunación como la mayor medida de cuidado por parte del sistema biomédico y la alimentación y los cuidados caseros como la representación de los cuidados cotidianos o alternos en cada una de estas regiones.

Con esto, en este capítulo argumento que las creencias y comportamientos de este grupo de personas en cada una de las regiones son el resultado de la transformación en la relación de la población con el Estado durante la pandemia. Esto implicó que el Estado tuviera más presencia a partir del control social en las personas, al tiempo que estas cuestionaban si acatar tal control o apropiarse de medidas que encajaran en sus contextos. Lo anterior, lleva a que la construcción social del covid-19 también estuviera determinada por el control estatal y la cotidianidad en cada una de las regiones, de manera que, a la hora de enfrentar la enfermedad, la población recurriera a acciones híbridas entre el sistema biomédico y las medidas alternativas.

Capítulo 1:

Construcción social del covid-19 en Colombia

Las experiencias de la comunidad de conversación en Colombia con la pandemia del covid-19 se vieron atravesadas por múltiples aspectos que llevaron a que esta se pensara como una experiencia social, que iba más allá de los términos de salud. Aun cuando existió un temor por el contagio del virus, que se catalogó como peligroso porque era desconocido y amenazaba a los cuerpos, la inmunidad y las relaciones sociales (Hardy L.2020). En las vivencias y relatos de la comunidad de conversación se reconoce que su experiencia no se ve determinada por haberse contagiado o no, sino por los impactos generales que el covid-19 tuvo en su día a día desde el inicio de la pandemia hasta agosto del 2021. Este capítulo analiza las creencias y significados que le atribuyen mis interlocutores al covid-19 en diferentes regiones de Colombia a partir de experiencias individuales y colectivas que

reflejan las nociones que se han construido de la enfermedad entendiéndose, en este caso, como una experiencia social subjetiva.

Para comprender la construcción del covid-19 que tienen las personas con las que hablé es importante tener en cuenta tres aristas. Lo primero, son las temporalidades del covid-19 marcadas por el comportamiento epidemiológico, el aprendizaje sobre la enfermedad por parte de la población y los períodos de contagio colectivo. Lo segundo son las construcciones subjetivas de contagio, riesgo y los cuidados que surgieron en la Costa Caribe, la Amazonia y Cundinamarca debido a la presencia o ausencia de casos en los entornos locales. Y, por último, está la influencia de las relaciones cercanas y el intercambio de información sobre la enfermedad a partir de los rumores o de la información que circula en las redes sociales respecto al impacto de la enfermedad, los riesgos y el manejo por parte del sistema de salud. En efecto, cada una de estas aristas permiten entender la dimensión social de la enfermedad a partir de la experiencia individual y colectiva en el entorno regional.

Si bien esta investigación cabe dentro de la antropología de la pandemia, los aportes conceptuales de este apartado provienen de la antropología y la sociología médica. Uno de los conceptos es el de *construcción social de la enfermedad* con el cual se reconoce que todas las enfermedades tienen un carácter social a nivel de la experiencia y una dimensión simbólica que incluye los conocimientos, las percepciones y las funciones pautadas para que los individuos puedan entender, vivir, definir, clasificar y explicar la enfermedad (Conrad & Barker, 2010; Lejarraga A, 2004; Isiko & Acayo, 2021). Bajo esta definición, esta investigación adapta el término construcción social del covid-19 de manera individual y colectiva entre las personas que se contagiaron o quiénes no lo hicieron, pero que al igual apropiaron algunas lógicas de prevención.

Teniendo presentes las percepciones que construyeron las personas frente al covid-19 y las transformaciones de la enfermedad con relación a los picos de contagio, uso el concepto de *riesgo* para entender las interpretaciones del contagio en función de los cuidados y de la irrupción del quehacer de la vida cotidiana Suárez et al. (2006). Al tiempo que tengo en cuenta este concepto como parte de los instrumentos operativos de control social y de la salud pública que determinó las acciones de la población en Colombia. Este concepto

también me permite establecer la finalidad de determinados comportamientos con relación a lo conocido o cambiante del covid-19 en tres momentos claves del primer año y medio de la pandemia.

Por último, a lo largo de este capítulo tendré en cuenta la conceptualización de la triada *Illness, Disease and Sickness* (malestar, enfermedad y padecimiento) con la cual hago un análisis sobre los relatos del covid-19 con sus transformaciones e implicaciones en algunas regiones de Colombia. Por el término *illness* (malestar) hago referencia a la experiencia subjetiva¹², que se comprende a partir de las sensaciones de extrañeza o malestar. Por lo general, suele ser una experiencia introspectiva, que está mediada por la intuición y ante esto lo que se busca es lograr el alivio o el confort para quien tiene este malestar. En cuanto al término *disease* (enfermedad) me refiero a la enfermedad a partir de lo que se puede observar, medir y examinar. Suele ser una experiencia objetiva, porque hace referencia al hecho de que los profesionales puedan clasificar, controlar y tratar la enfermedad misma. Por último, está el término *sickness* (padecimiento) con el que hago alusión a las políticas, normas y roles sociales que se constituyen alrededor de la enfermedad. Esto se relaciona con las convenciones sociales y el estigma que puede haber tras una enfermedad (Hofmann B, 2016).

Cabe aclarar que los términos *illness, sickness and diseases* dan cuenta de las dimensiones que puede tener una enfermedad, sin embargo, en el idioma español se utiliza la misma palabra en este caso enfermedad para hablar del padecimiento y del malestar. No existe una distinción o traducción que dé cuenta de la diferencia que hay entre los términos. En cuanto al análisis de esta investigación a la luz de los términos malestar, enfermedad y padecimiento, es importante mencionar que resultan pertinente a la hora de entender el covid-19 como experiencia social y como enfermedad. Ya que en una persona pueden operar estas tres dimensiones al mismo tiempo. Es decir, alguien pudo tener el diagnóstico de positivo por covid-19, padecer la enfermedad y tener el malestar. También está el caso donde puede operar la enfermedad y el malestar, pero no hay un padecimiento. O puede haber un malestar, pero no hay una experiencia objetiva sobre el diagnóstico. Esto en el

¹² Por experiencia subjetiva hago referencia a una sensación que está determinada por el criterio de una persona. Por lo general, esta idea de lo subjetivo se construye a partir de factores como la intuición y está influenciado por ideas previas.

caso del covid-19 se hizo evidente con los casos asintomáticos y con la ausencia de testeos médicos en varias regiones.

Así en este capítulo quiero dar cuenta de la construcción social del covid-19 en algunas partes de Colombia, a partir de la experiencia social de la comunidad de conversación en cada una de las regiones durante tres temporalidades: el confinamiento, la reactivación y un tercer pico en vacunación. Los conceptos ya mencionados me permiten hacer un análisis del covid-19 como una experiencia social a partir de los relatos etnográficos de Lucía, Juan José, Luisa, Omar, Leydi, Carlos y Lionel, que reflejan sus comportamientos individuales y contribuyen a entender un contexto colectivo en sus poblaciones. Cabe resaltar que a lo largo del texto se exponen algunas tensiones o razones que conllevaron a reconocer el impacto del covid-19 de diferentes maneras con relación a la ubicación espacial, las relaciones cercanas y la presencia o ausencia de instituciones.

Dentro de la construcción social del covid-19 que surgió a partir de los diálogos con la comunidad de conversación, se hizo evidente la tensión sobre la existencia del covid-19 en cada una de las regiones. Pues constantemente existía la distinción entre quienes creían o no en la enfermedad y si sus efectos eran verdaderos. Sumado a eso, las transformaciones de las nociones en cada una de las temporalidades se marcaron por lo que se conocía de la enfermedad a nivel individual. Pero también existió una escala colectiva que incidía en la manera cómo una persona podía cambiar sus creencias dependiendo de lo que escuchaba en su entorno cercano. Pues al ser el covid-19 una experiencia social, cada una de las personas tenían algo que decir sobre la enfermedad, los cuidados y los mecanismos de prevención.

Tres temporalidades: las transformaciones del covid-19 en Colombia.

La experiencia del covid-19 en Colombia ha estado marcada por las transformaciones debido a los picos epidemiológicos, las normatividades oficiales y las percepciones que la gente iba construyendo del virus en su día a día. Desde marzo del 2020 hasta septiembre del 2021 en Colombia se generaron algunas rupturas que marcaron tres temporalidades que me interesan discutir: El confinamiento, la reactivación y un tercer pico en vacunación. En cada uno de estos momentos la percepción de la gente se vio mediada por el riesgo de

contagio, el conocimiento que se tenía acerca de la enfermedad y los mecanismos de prevención que propuso el Estado.

Al inicio de la pandemia en gran parte del mundo la gente solo deseaba tener información sólida y confiable respecto a las normas para evitar el contagio, pues lo que se conocía eran datos insuficientes y contradictorios. Incluso a medida que se fueron dando los contagios en Europa se creó una tensión respecto a cómo se contrae la enfermedad (Hardy L.2020). En Colombia la situación no fue muy diferente, pues desde que el gobierno de Iván Duque declaró emergencia sanitaria nacional¹³ desde el 17 de marzo de 2020 (Min Salud, 2020) las medidas oficiales como la cancelación de los eventos públicos de más de 500 personas, la suspensión de tránsitos de cruceros y la entrega de lineamientos para empresas y hoteles fueron acatadas por la gente, aun cuando pocos comprendían la información que se tenía del covid -19.

Como en los primeros días de confinamiento se sabía muy poco del virus, las medidas que plantearon apuntaban a un control general sobre la población tal como lo deja ver el Decreto 457 del 22 de marzo de 2020, donde se dio orden de aislamiento preventivo obligatorio a todas las personas habitantes de Colombia. De manera que se mantenían las actividades estrictamente necesarias para mitigar y atender la emergencia sanitaria, tanto alcaldes como gobernadores debían asegurar el acceso y abastecimiento de la población a bienes y servicios de primera necesidad (Presidencia de la república, 2020). Con el Decreto 457 se impidió la circulación por las carreteras entre ciudades o pueblos y la gente evitaba salir. En la noche no se veía gente y en las mañanas salían quienes estaban en las excepciones porque trabajan en el área de la salud o lo relacionado a las necesidades básicas como supermercados, farmacias y seguridad. Cabe resaltar, que estas personas que hacían parte de las excepciones con el tiempo fueron percibidas como personas que se asociaban a un mayor riesgo de contagio.

¹³ Tal como se evidencia en el Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 donde se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional por el término de treinta (30) días, con el fin de conjurar la grave calamidad pública que afecta al país por causa del nuevo coronavirus COVID19 (Función pública, 2020).

El confinamiento

Las cuarentenas estrictas, las restricciones de movilidad, el cierre del comercio y el control sobre la población, fueron parte de las medidas oficiales que se impusieron como parte de un simulacro en Bogotá el 19 de marzo del 2020. Esto se convirtió en el día a día de muchos colombianos hasta el día 11 de mayo del 2020 cuando el gobierno nacional dio paso a la apertura económica para 880 municipios que hasta la fecha no tenían covid-19 (El colombiano, 2020). Con estas fechas presentes identifiqué un primer momento de análisis que denominé como “el confinamiento”, temporalidad donde la incertidumbre, el temor y el control estatal estuvieron más presentes en la cotidianidad de la población. Al igual, fue en esta temporalidad donde se conocieron los primeros contagios en la mayoría de las regiones y donde fue evidente la incidencia de los medios de comunicación sobre el comportamiento de las personas, pues tal como lo afirmaba Leydi “uno escuchaba por radio y televisión lo que estaba pasando y daba miedo, teníamos que cuidarnos inicialmente” (Leydi, junio 2021).

Para este momento, como la información era incierta, algunos medios de comunicación, en especial los televisivos como RCN y Caracol, tomaron un rol fundamental en medio del encierro. En los noticieros se exponían los cuidados, los riesgos e incluso tenían titulares que alarmaron a las personas para que estas cumplieran las normas. Al tiempo que esto pasaba, el Estado tenía que dar declaraciones para guiar a la gente, entonces el presidente hacía alocuciones para explicar en qué consistían las medidas. No obstante, tres días después de que se declaró la cuarentena, apareció el programa de televisión “contagiémonos de solidaridad” protagonizado por el presidente Duque¹⁴. Este programa con el tiempo se convirtió en el medio para mostrar las ayudas que daba el gobierno, las particularidades de cada región e incluso llevaban a expertos que justificaban las normas oficiales. También era un espacio para compartirle a la población las proyecciones de

¹⁴ Este programa luego cambió su nombre a “Prevención y acción” que al igual se transmitía todos los días de domingo a domingo a las seis de la tarde en cabeza del presidente Iván Duque. Aquí tanto ministros, como empresarios y expertos de la salud exponían las implicaciones de cada una de las medidas y respaldan las decisiones por parte del gobierno. En el marco del tercer pico de contagio se realiza la última emisión el 6 de mayo del 2021.

riesgo que había durante este momento y que servían para advertir lo que pasaría si como población no cumplíamos las normas.

En el primer momento de esta temporalidad inicial, la gente en varias regiones de Colombia cumplió la mayoría de las medidas, salía una persona por casa para hacer compras y quiénes estaban en la calle era por cuestiones necesarias. Sin embargo, esto se hizo inviable con el paso de las semanas porque salieron a flote las dificultades económicas, educativas e incluso sociales que obligaban a reinterpretar o incumplir las medidas en algunos casos. Con esto en mente, en mi análisis identifiqué que la manera cómo mis interlocutores describen el covid-19 no solo hacía referencia a un tema de salud, sino a una confluencia de afectaciones en su vida cotidiana, que llevan a lo que yo denomino el covid-19 como experiencia social. De esta manera, entender el covid-19 como una experiencia social que afectó la vida de todos en Colombia y en el mundo, me permitió empezar a explorar aspectos que la gente creía hacía su experiencia particular o similar a la del resto de las personas. Entre esto, los ritmos por retomar la normalidad fueron un punto fundamental, pues muchas personas que salieron aun cuando había restricciones hablaban de una experiencia particular a la del resto del mundo, porque tuvieron que enfrentarse con la autoridad para poder buscar comida o dinero y poder sobrevivir frente a las restricciones. El confinamiento para una parte de la población no fue igual, pues el covid-19 era un asunto que iba más allá del contagio, por lo cual seguir las cuarentenas no era una opción.

Las medidas a nivel nacional poco a poco se fueron incumpliendo, pues dependiendo de la región que se observará, se evidenciaba que la gente salía más o menos en comparación a otras regiones que aún eran estrictas con su población. De manera que según lo identifique en mi análisis, en los municipios el incumplimiento a las normas se tardó un poco más que en las ciudades grandes. En lugares como Barranquilla, Guainía y Leticia el reconocer gente en la calle, incumplir las normas y retomar las actividades económicas fue un hecho que se hizo evidente de manera más temprana. Como lo afirma Omar “Acá en Barranquilla, la gente estuvo encerrada unas semanas, pero luego tuvieron que exponerse al contagio, porque no tenían para comer y las ayudas del gobierno acá no llegaban”.

Mientras que Agua de Dios, Garza Morichal, Junín, Santa Bárbara de Pinto y Villapinzón la población duró más meses cumpliendo normas estrictas de confinamiento, según la experiencia de la comunidad de conversación. Por ejemplo, Carlos afirmó que en Agua de Dios la gente fue muy juiciosa cuando se impuso el confinamiento y las personas que necesitan ayudas no salían, porque se gestionaron mercados con tal de que las personas no salieran y se quedaran en su casa cuidándose. En efecto, cuando hice la revisión de las páginas oficiales como la de la alcaldía pude reconocer que el cumplimiento era efectivo tal como se puede evidenciar en la imagen 2.



Imagen 2: Publicación del Facebook oficial de la Alcaldía de Agua de Dios durante el confinamiento. Junio 2020. Tomada por Luisa Solano

Esta distinción entre las regiones o municipios que tuvieron normas más estrictas y ayudas que cubren las necesidades de la población con relación a los que no tuvieron esto. Me llevó a plantear que la percepción de riesgo y el contagio fue algo que se dio de manera diferente porque al no haber ayudas en estas grandes ciudades, se dio una reactivaron de la economía informal antes de que el gobierno levantara las normas. En efecto, esto también llevó a que en las regiones pequeñas la noción de cuidado fuera algo que estaba más presente en el día a día de las personas. Por ejemplo, en la provincia del Guavio en la

región de Cundinamarca, según relato Leydi durante los primeros meses de la pandemia las personas le temían al virus y parecía un pueblo fantasma “la gente en Gachetá fue juiciosa y si no veían en la necesidad de salir no lo salían, hacían mucho caso con respecto a las medidas” (Leydi, junio 2021). Aunque para ella en esta región habían metido mucho miedo por el contagio, sabiendo que el virus llegaría tarde que temprano y solo tenían que enseñarles a cuidarse.

Al igual, Leydi reconoce que al inicio sí había tenido una idea del covid-19 que la llevó a poner en práctica las recomendaciones y cuidados que decía tanto el gobierno como los medios de comunicación como periódicos o noticieros. Como ella estaba viviendo con sus padres, quienes entraron dentro de la categoría de población vulnerable, decidió cuidarlos antes y durante el primer pico epidemiológico que empezó entre finales de abril e inicios de mayo del 2020. Evitaba que ellos salieran o tuvieran contacto con otras personas, pues para entonces se creía que si se contagian había un alto riesgo de muerte. Frente a estas nociones que Leydi construyó sobre el covid-19, pude reconocer que algunas respondieron al hecho de que el riesgo se percibía de manera subjetiva y cambiante a medida que se conocía más sobre la enfermedad. Tal como lo afirma Alaszewski (2005) la información a la que acceden las personas para cuidarse responde a mecanismos de cuidado que se enmarcan en la medicina preventiva y se asociaron al desconocimiento y el temor, de manera que Leydi lo que hacía en un comienzo era producto del desconocimiento sobre el covid-19.

En este caso catalogar o cuidar a determinado grupo de personas del covid-19 por encima de otros era un efecto de las políticas de prevención. Así como pasó en Gachetá, en Villapinzón según lo relató Alirio, también estuvo la idea desde los primeros días de cuidar más a los adultos mayores, esto porque uno de los primeros casos que más tuvo eco en el país, fue el de una pareja de abuelos campesinos que vivían en el pueblo y fallecieron luego de dar positivo para covid-19.¹⁵ Con esto en mente y al haber sido una muerte tan

¹⁵ Como se registró en RCN radio: *Dos campesinos murieron por Covid-19 en Cundinamarca, confirma el gobernador* Este caso tuvo lugar el 4 de abril del 2020 y en la intervención en donde se confirmó la muerte de esta pareja de adultos, el gobernador aprovechó para hacer un llamado a que las personas a que respetaran la cuarentena “No nos permitamos morir en soledad y víctimas de una enfermedad que se puede prevenir. Quedémonos en casa” (Brand, 2020)

cercana a los habitantes de Villapinzón, el virus allí se situó como algo real y por ende tuvieron más cuidados en la vereda durante esta temporalidad del confinamiento.

El asunto en Santa Bárbara de Pinto fue diferente en la medida que el pico de contagio nunca fue alto, porque el registro de casos para ese momento allí no existió. Aunque probablemente sí pudieron tener una que otra persona contagiada, según cuenta Lucía allí el temor duró menos tiempo que en el resto del país. Sin embargo, durante el tiempo que se cuidaron estuvo presente esta idea de cuidar más unos que a otros, incluso en la experiencia de Lucía existieron múltiples versiones sobre a quién se debía cuidar.

En los primeros seis meses se cuidaban a los niños porque eran temerosos, luego había un pánico en las familias entonces cuidaban más a los adultos de la tercera edad, luego que, a los mayores de 60 años, entonces ahí los niños eran los que hacían los mandados. Incluso al inicio las familias en general medio se cuidaban, la gente era muy casera, pero luego la gente se relajó y se estaban desordenando mucho (Lucía, febrero 2021).

La idea de cuidado y luego de “relajo”¹⁶ respondió a las transformaciones en las medidas oficiales, pero también a los cambios en la percepción del riesgo sobre el contagio. En zonas como Agua de Dios, por ejemplo, el relajo se tardó un poco más porque la población allí era más estricta entre sí, lo que significaba que había un mayor control social y estatal sobre quienes salían de sus casas y exponían al resto de personas, entonces allí no solo habían cerrado por completo el ingreso al pueblo y evitaban tener contacto con gente externa, sino que tenían claro si alguien cercano salía o no.

De esta manera, dentro de esta primera temporalidad se reconoce que había un temor por parte de la población, el cual se fue transformando ante la necesidad de salir y retomar algunas actividades. Por ejemplo, en Agua de Dios las primeras personas en salir eran quienes vendían de manera informal en la plaza, porque argumentaban no tener cómo sobrevivir. Lo anterior, es lo que lleva a impulsar una apertura económica que

¹⁶ Este término se implementa para hacer referencia a la acción de estar relajado frente a un tema o situación. Cuando alguien está preocupado/a por un asunto y luego cambia se dice que se relajó, es una frase común en la Costa Caribe.

inicialmente, fue informal, pero que se terminó formalizando con el Decreto 749 del 28 de mayo de 2020¹⁷. En este se propuso el retorno del comercio determinado por las medidas de bioseguridad en el marco de la Emergencia Sanitaria.

Ante la apertura económica, también se hace evidente las deficiencias en la efectividad del control social por parte del Estado en la mayoría de las regiones. Eso desencadenó que muchas personas con el tiempo dejaran de temer al virus e incumplieran las normas tal como las había planteado el Estado. Sin embargo, es importante reconocer que durante varias semanas la gente sí acató las normas y medidas que se impusieron para mitigar el contagio en el país. Y se reconoce que durante este inicio de la pandemia la información que se tenía llevó a tener múltiples nociones sobre el cuidado, porque no se sabía mucho sobre el covid19 como enfermedad. Dentro de esta temporalidad también estuvieron los primeros casos de contagio en cada una de las regiones, lo que hizo que la gente empezara a tomar decisiones individuales sobre su cuidado y estableciera cierto juicio sobre quiénes llegaban o salían de la región.

Con las transformaciones en las medidas y en el discurso sobre el riesgo en cada una de las regiones, las autoridades locales y habitantes tomaron la decisión de tener controles autónomos sobre el cumplimiento de las normas que se impusieron con la reactivación económica. Como lo pude evidenciar en la revisión documental, con los Decreto 180 de Villapinzón y el Decreto 054 del 16 julio del 2020 de Agua de Dios, donde estas regiones expusieron la autonomía local para controlar el aforo de lugares, la adecuación del espacio y los sectores que podían atención al público. Esto coincidía con los discursos que daba Iván Duque en los que afirmaba que poco a poco el país estaba intentando retomar las actividades económicas de manera gradual, pero que se debía prevalecer la vida de los colombianos.

¹⁷ En este Decreto se ordena el Aislamiento Preventivo Obligatorio e incluye 43 excepciones donde se contempla la apertura del comercio al por mayor y al por menor, incluido el funcionamiento de centros comerciales. Tal norma dio lugar a que algunas actividades económicas se retomaran en el marco de lo que estaba permitido. Sin embargo, también se dio lugar para que algunas actividades que no entraban en las excepciones empezaran a funcionar.

Es importante aclarar que tras la necesidad de las personas por retomar algunas de sus actividades económicas y los discursos de apertura con medidas de Bioseguridad que daba el gobierno, también había tensiones y disputas sobre la noción de riesgo. Pues es justo en flexibilización de las cuarentenas entre mayo y agosto del 2020 que se da el primer pico epidemiológico que puso a prueba el sistema de salud en cuanto a las cifras de hospitalizados y muertos. (As.com,2020). Si bien para este momento ya se conocía un poco más de la enfermedad y esto contribuyó a que los expertos pudieran tomar algunas decisiones, en la cotidianidad de las personas aún había dudas sobre la efectividad de estas normas en los lugares de cuidado y las cifras no resultaban ser el mejor indicador para dar vía libre a las normas que sugería el gobierno nacional. Es justamente entre junio y agosto se registran altas cifras de mortalidad en todo el país y posterior a esto se pone fin a las cuarentenas estrictas.

La reactivación

Para inicio de septiembre del 2020 se marca una ruptura y la mayoría de los lugares empiezan abrir. Algunas zonas como Agua de Dios o Gachetá siguen manteniendo controles en sus zonas fronterizas limitando el paso de vehículos o carros que no permitieran el paso de personas externas a la región. Siguen imponiendo algunos toques de queda y limita la libre circulación en su territorio como se puede ver en el decreto 054 en Agua de Dios donde se extendieron las medidas transitorias para garantizar el orden público. No obstante, frente a esto, algunos habitantes exponen a las autoridades la necesidad de ser flexibles con la gente que llega de otras zonas para promover la reactivación económica. Pues antes de estos meses tanto las autoridades, como la población misma habían sido inflexibles a la hora de hacer excepciones para que las personas ingresaran a la región. Bajo este panorama, posterior al primer pico de contagio, es que doy paso a la segunda temporalidad de este análisis que es la reactivación. Esta temporalidad abarca (de junio hasta diciembre de 2020), durante este tiempo se dio la reactivación comercial en gran parte del país y el segundo pico epidemiológico de contagio.

En esta temporalidad el riesgo siguió estando presente, y aún más porque fue legitimado por pruebas epidemiológicas que determinan una relación de causalidad directa en la que el efecto resulta ser la enfermedad. Para este momento la gente tenía mayor acceso a las pruebas de contagio y se conocía un poco más los efectos a corto plazo del covid19, de manera que mis interlocutores evitaban su contagio porque ya habían tenido una experiencia colectiva o individual de la enfermedad. Así a diferencia de la primera temporalidad que había estado marcada por la incertidumbre, en la segunda ya había legitimación médica y social que hablaba de la enfermedad de manera objetiva a partir de la relación con el contagio.

Para este momento las cuarentenas pasaron a ser una decisión autónoma de la población o en algunos casos de las instituciones oficiales regionales, las medidas de prevención apuntaban a mecanismo de bioseguridad que mitigaran el riesgo. A diferencia de la primera temporalidad, la población ya empezaba a salir para retomar sus actividades, de manera que para sentirse seguros se implementó el uso de guantes, trajes antifluido, desinfección de zapatos y lavado de todos los alimentos o envases con el fin de evitar que el virus “entrara” a las casas. Incluso dentro de esas medidas de bioseguridad que se implementaron estaba la desinfección de carros en las calles y había alcohol o gel antibacterial en las entradas de las tiendas o en las estaciones de transporte público.

Con relación a estas medidas, las opiniones estaban divididas y había tensiones sobre lo efectivo que resultaban estas normas de bioseguridad que había propuesta el gobierno y que también habían surgido desde la población. Por ejemplo, Omar en Barranquilla consideraba que no era muy efectivo usar todo esto, si la gente se aglomeraba o se relajaba en sus casas. En el caso de Agua de Dios y Gachetá los domicilios tomaron fuerza, porque aún había pánico a la hora de salir, era mejor asomarse y recibir lo que uno necesitara a tener que salir a las tiendas. Aunque epidemiológicamente no había una certeza sobre la relación entre transmisión y contagio del covid-19 para este momento, estas prácticas resultaron estar respaldadas por creencias populares que la misma población se encargó de divulgar entre sí. Tales eran las creencias que incluso los domicilios pasaban por procesos de desinfección con cloro y alcohol.

Para diciembre del 2020 estas medidas se cuestionaron más porque los contagios estaban subiendo debido a las reuniones familiares y sociales. En el caso de Alirio en Villapinzón este momento llevó a que hubiese confusión en las veredas, “acá las personas se reunían, pero no sabía si alguno podía estar con el virus o no” (Alirio, junio 2021). Para entonces, a lo largo de las diferentes regiones, la población volvió a tener dudas respecto a quiénes se debían cuidar o quiénes eran las personas que transmitían el virus. También seguía estando el debate sobre los grupos que más podían estar en riesgo en caso de contagiarse, al punto que las reuniones familiares pasaron a ser un punto de riesgo en la política de cuidado. En efecto, para este momento de la pandemia fue evidente de nuevo la tensión que existía entre lo rural y lo urbano o la noción de cuidado en la ciudad con relación a los pueblos. Por ejemplo, Lucia, explicaba que en Santa Bárbara de Pinto se tenía la idea de que en diciembre del 2020 habría más contagios a la región por la gente que llegaba de otros municipios. Por lo que el alcalde era enfático en que debían cuidarse más.

En esta temporalidad de la reactivación, por ejemplo, para Leydi se transforma el significado del virus. “Empecé a tener amigos de Bogotá a quienes les daba el virus, por eso me cuidaba más, pero a la vez estaban mis papás quienes tenían un hotel y estaban más expuestos porque debían trabajar” (Leydi, junio 2021). Así, el virus significaba algo que realmente era difícil de esquivar, pero que al conocerse un poco más sobre la enfermedad la gente podía relajarse o percibirse como menos afectada. De manera similar en Villapinzón durante los meses de la reactivación la gente no se cuidaba mucho porque la noción de riesgo en el campo estaba menos presente que en la ciudad “los primeros en ir a las tiendas a tomarse sus cervezas fueron los adultos mayores, como no tenían nada más que hacer y cómo sólo tenían contacto con algunas personas no había riesgo como en Bogotá” (Alirio, junio 2021)



Tasas de Incidencia y Mortalidad por Municipio

Gráfica 1: casos diarios segundo inicio de síntomas. Fuente Instituto Nacional de Salud.

Ahora ese segundo pico llega en un momento donde las medidas de bioseguridad resultan poco efectivas frente a la forma de contagio que se dio entre diciembre del 2020 y enero del 2021 como se evidencia la gráfica 1. Pues la noción de riesgo se transformó y pasó asociarse a las relaciones cercanas producto de viajes o traslados entre ciudades que responden a la época de vacaciones, reuniones familiares. Por consiguiente, el cuidado o riesgo frente al covid-19 empezó a depender de las relaciones familiares o cercanas en donde la gente creía que no debía cuidarse tanto. Un ejemplo de esto es Santa Bárbara de Pinto, pues “En diciembre vino mucha gente, yo pensé que iban a haber contagios, pero no llegó el contagio sorprendentemente porque acá estaba lleno” (Lucía 4 de febrero 2021).

Con esto se reconocía que los comportamientos de las personas en este momento de la pandemia estaban determinados al control epidemiológico que confirmaba o no la presencia de casos en Colombia. Por consiguiente, en zonas como Santa Bárbara de Pinto, donde los registros no eran efectivos, la dimensión médica de la enfermedad no era tan fuerte como en otras zonas donde sí hacían pruebas masivas. Gran parte de las normas que impuso el gobierno durante esta época retomaron esta noción de prevención, pues hacia finales de diciembre e inicios de enero del 2021 las cuarentenas, los toques de queda o los pico y cédula volvieron a estar presente en gran parte del país. En las zonas que hacían testeos había altas cifras, y en las zonas donde ni siquiera había la infraestructura para estas pruebas también se tomaron estas medidas para evitar el colapso del sistema de salud.

Tales medidas duraron menos tiempo y hacía finales de enero del 2021 Colombia estaba saliendo de su segundo pico de contagio, por lo cual, existía más conocimiento sobre los síntomas o cuidados en el caso de tener contacto, pero ser asintomático. De nuevo las normas oficiales se transformaron y no solo le apuntaban a un control del riesgo a partir del confinamiento general o las medidas de bioseguridad, sino de un reconocimiento del cuidado a partir de cercos epidemiológicos donde si una persona había estado en contacto con un positivo debía guardar un aislamiento aún si su prueba no había salido positiva. Aunque cada una de las personas que me contó su experiencia dentro de esta temporalidad tiene múltiples puntos de vista acerca de cómo se debió enfrentar el contagio, si existió un punto en común que era el pensar que a todos nos tocaba contagiarnos y si no pasaba esto era por algo muy raro, un milagro o una cuestión de suerte.

Es importante aclarar que, durante este pico, la experiencia en cada región también fue diferente por la existencia de cepas o mutaciones del virus que llevaron a establecer más normas en unas regiones que en otras. Y aunque sí se sabía más del covid-19, el Estado tuvo que imponer medidas estrictas de nuevo. Por ejemplo, en el Amazonas Juan José me contó que hubo un momento muy duro a inicios del 2021, porque llegó una cepa de Brasil “Se confirma el caso de una mujer colombo-brasileña que adquirió la nueva cepa y consultó los servicios de salud en Leticia. La paciente se recupera en Tabatinga” (Ministerio de salud, enero 2021) entonces se dio la orden de cancelar vuelos y tener a la región alejada. Esto hizo que de nuevo la población se enfrentará al desconocimiento de la enfermedad, con términos que incluso eran más difíciles de entender.

Así en esta temporalidad es cuando se reconocen la mayoría de las transformaciones en los comportamientos de la población, porque se tienen que adecuar a la realidad de convivir con el covid-19. En efecto, la cantidad de personas en un espacio incide en la manera cómo se percibe el riesgo, pues si salían pocas y seguían los cuidados la posibilidad de contagio era menor. Adicional a esto, esta idea del riesgo también se ve atravesada por la noción de confianza, de ahí que muchas personas en esta temporalidad determinen sus cuidados dependiendo de con quién van a interactuar o que actividad tengan que hacer.

El tercer pico en medio de la vacunación.

Para finales de enero e inicios de febrero del 2021 baja la segunda ola de contagios y el gobierno nacional empezó hablar del plan de vacunación en el decreto 109 de 2021. Este fue plateado con fases de priorización por edad, comorbilidad y/u ocupación para así lograr disminuir el riesgo entre quiénes más expuestos estaban al virus. Para el 15 de febrero del 2021 llegaron las primeras 50 mil dosis al país y de nuevo el desconocimiento e incertidumbre vuelven a ser parte de lo que significaba el covid-19. El rumor sobre los posibles efectos y su distribución era lo que se discutía entre vecinos, amigos y familiares. El covid-19 ya no era la enfermedad que tenía una alta posibilidad de transmisión, sino que pasó a ser una enfermedad que tenía cura para algunos o con la que nos querían controlar.

Con el proceso de vacunación en Colombia emerge mi tercera temporalidad, durante esta llegaron múltiples interrogantes respecto a cómo se haría para vacunar a las personas que estaban en regiones apartadas, cuándo sería el turno de cada persona, sí sería efectivo o seguro vacunarse. En la Costa Caribe, Cundinamarca y el sur del país existieron rumores acerca de la vacuna. En cada una de las poblaciones existían personas que dudaban, por ejemplo, en Santa Bárbara de Pinto algunos papás decían “con la vacuna nos van es a poner un chip 5G, eso es peor el remedio que la enfermedad” (Lucia, febrero 2021). Aun así, el proceso se empezó a llevar a cabo y las vacunas llegaron a diversas regiones de Colombia y por consiguiente la gente cambió su percepción sobre la enfermedad como tal.

Durante los meses de febrero a junio del 2021 que son los que contempló para el análisis de esta temporalidad, las transformaciones fueron evidentes. El gobierno era enfático en decir que con esto el covid-19 no se acabaría, pero que si todos accedían a la vacunación se lograría la inmunidad de rebaño¹⁸. En la mayoría de las regiones ya no existía ningún tipo de restricción, había una reactivación al 100% y la noción de cuidado se había reducido al uso de tapabocas y desinfección de manos. En apariencia la vacunación iba muy bien tanto en las cifras que brindaba el Estado, como en la experiencia de las personas. Casi todas las personas de mi comunidad de conversación habían podido acceder al menos una dosis

¹⁸ La inmunidad de rebaño o colectiva se conoce como la protección indirecta a un porcentaje alto dentro de un grupo de personas. En el caso de Colombia era necesario lograr que al menos, el 70% de los habitantes del territorio nacional se vacunaran.

hasta el mes de junio, porque la distribución en sus regiones fue relativamente rápida y algunos estaban en las poblaciones priorizadas, esto hacía que en estuvieran tranquilos y tranquilas. Quienes no habían podido acceder eran personas como Lionel quien no lo veía necesario porque no tenía contacto con gente externa a su comunidad y porque el gobierno tampoco llegaba allá con las vacunas.

En gran parte del territorio había una estabilidad epidemiológica, lo que hacía que la reactivación económica funcionara y se estaba procurando que con la vacunación se consiguiera el retorno a las aulas. Sin embargo, en abril de 2021 ocurrió el pico más mortal de la pandemia hasta el momento, las cifras de muertos y personas en UCIs sobrepasaron lo que Colombia había vivido y todo esto en pleno plan de vacunación (Semana 2021). En simultáneo a que el Estado daba un discurso de inmunidad a través de las vacunas, hacían una invitación al cuidado porque el sistema de salud no tenía la capacidad en infraestructura y no había personal para atender a los contagiados. Lo que exponía una tensión entre la realidad de las políticas públicas de salud a través del plan de vacunación, las medidas que tomaron alcaldes y lo que creían las personas en ese momento respecto al covid-19.

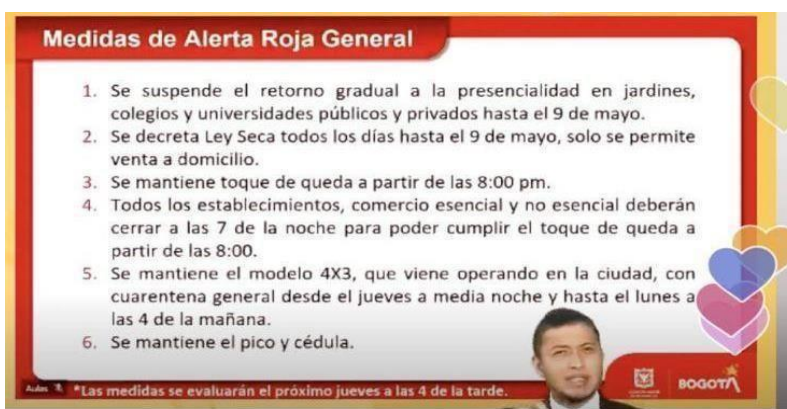


Imagen 3: Publicación en Twitter con las medidas oficiales en Bogotá. 26 de abril 2021. Tomada por Luisa Solano

Con este pico se retomaron algunas medidas de control que estuvieron presentes en el primer pico y en el segundo, porque de alguna manera se creía que esto contribuía a que las personas evitaran el contacto y con esto el contagio como se evidencia en el caso de

Bogotá. No obstante, la situación del país en medio del paro social¹⁹ llevó a que estas medidas no se acatan en su totalidad y se pensará en el covid-19 a partir de otros aspectos como la circulación del aire para mitigar el riesgo de contagio o re-contagio, porque para entonces se sabía que una persona que se había contagiado era inmune por un tiempo, pero luego se podía volver a contagiar. Al igual que si se tenía la vacuna también podría existir contagio, por consiguiente, lo único que resultaba efectivo era el testeo masivo en las zonas que se podía. Este pico también evidenció que algunas regiones nunca estuvieron preparadas para informarle a sus habitantes a tiempo si tenían o no el virus tal como pasó en Santa Bárbara de Pinto o Inírida

A finales de julio y agosto del 2021 bajó el pico epidemiológico, en simultáneo a que avanzó el plan de vacunación en el país. En efecto, este plan en cada una de las regiones se dio de manera diferenciada o incluso ni siquiera se inició como pasó en la Amazonía. No obstante, con la vacuna se marcó una transformación en la percepción de la enfermedad y del riesgo, el conocimiento sobre cómo funcionaba el covid-19 era mayor y la manera en que la población lo vive, pues su cotidianidad también era diferente a la de los primeros meses. Por supuesto, el rol del Estado y sus discursos también se transformaron siendo la vacunación lo primordial dentro de las políticas preventivas.

De esta forma estas tres temporalidades que han atravesado la experiencia social del covid19 en Colombia me permitieron hilar un análisis que expone las transformaciones y tensiones a la hora de experimentar la enfermedad. Esto sin desconocer que en cada una de las regiones existieron unos ritmos propios de contagio y riesgo, los cuales podían coincidir o no con los picos declarados a nivel nacional. Así mismo, este apartado deja ver cómo los cambios en las normas, el conocimiento de la enfermedad y la cercanía de casos hacen que la gente cambie su comportamiento a lo largo de la pandemia.

Como no hay una idea de covid-19 que haya sido homogénea, se reconoce que en la experiencia de una persona o de una región pueden existir tensiones entre lo que se cree de la enfermedad, los riesgos de contagio y las nociones de cuidado. En el caso de Santa

¹⁹ El paro social fue un periodo de tiempo entre el abril y junio del 2021 donde se dieron protestas sociales contra el mandato presidencial de Iván Duque y las reformas que se estaban planteando en el momento. Estas protestas tuvieron lugar en diferentes regiones de Colombia y fue un momento coyuntural donde se tenían debates respecto al cuidado y el covid-19 en estos espacios de protesta.

Bárbara de Pinto, aunque Lucía creía en el covid-19, su experiencia se vio atravesada por lo que pasaba en su región. Entonces cuando los medios y el Estado decían que debía haber un mayor cuidado en los meses de junio y agosto del 2020 en el primer pico de contagio la situación en Pinto era muy diferente. Al corregimiento, durante la pandemia, llegó el servicio de luz para toda la población, la gente colocó estaderos, heladerías, neveras “Nos ha ido lo más de bien durante la pandemia (...) ha sido felicidad para todo mundo” (Lucía, febrero 2021).

Para ella y la gente en Pinto, aunque sí hubo miedo al inicio de la pandemia, con el tiempo lo que prevalecía eran otras cosas, en este caso contar con un servicio público. Esto hacía que la perspectiva del riesgo sobre el contagio se entendiera también a partir de lo subjetivo y de lo que se construye socialmente respecto a la enfermedad. En este caso el riesgo estaba incrustado en situaciones y relaciones sociales específicas (Alaszewski,2005) del día a día donde si las personas estaban felices por tener luz, pues no les iba a importar mucho contagiarse o no dimensionaba el riesgo de la misma forma.

Frente al poco temor que había con respecto al contagio en Pinto la gente se relajó con la enfermedad, incluso en el segundo pico para febrero la gente no creía ya en el virus, pero para el mes de mayo del 2021 cuando se dio el tercer pico de contagio, la perspectiva cambió un poco. Como había más casos y hasta algunas personas fallecieron, entonces el comportamiento y la percepción frente al riesgo era como al inicio de la pandemia, Lucía se contagió, e incluso, ella ya no hablaba sólo del covid-19, sino también de las cepas, pues según ella estas eran la causa para que quienes no se enfermaron antes, ahora si estuviesen expuestos.

Con lo anterior, puedo reconocer que el comportamiento de las personas a lo largo de las tres temporalidades no solo está mediado por el riesgo en el marco de la prevención, sino también por la presencia o ausencia de la enfermedad en el día a día. De manera que cuando prevalecía el miedo la gente se cuidaba hasta que los casos disminuían, cuando ya no había muchos contagios la población se relajaba con los cuidados. Adicional a eso, el riesgo se percibía como un asunto externo que llegaba afectar a una población. Por ejemplo, para Lucía el covid-19 era algo que llegaba de otras ciudades, pero cuando se dio el segundo pico y fue tanta gente al pueblo, dejó de pensar que esto era así, hasta que ella

se contagió y expresó que se habían enfermado porque la enfermedad llegó de afuera, no era algo que estuviera cercano a ellos “nosotros nos enfermamos porque un amigo de mi hijo que vino de Valledupar nos trajo una cepa, que da más duro” (junio, 2021).

El asunto en la parte sur del país no era muy diferente, allí en Inírida desde la experiencia de Juan José se reconocía que durante los primeros meses la gente era muy juiciosa y creía en la enfermedad porque usaban tapabocas. Pero en el día a día como no existía ningún caso en la zona, algunas personas optaron por seguir con su cotidianidad, ignorando el hecho de que la pandemia continuaba. En el caso de Leticia, según lo relata Luisa, sucedió lo mismo inicialmente existió miedo, luego la gente se relajó y cuando en el mes mayo del 2020 llega el primer caso a la región, la gente decidió retomar algunos cuidados e incorporar otros que podían resultar un poco más efectivos, ya que involucran el conocimiento popular o medidas propias de la población.

No obstante, hacia el mes de julio del 2021 cuando hablé con Lionel y Juan José existía un común denominador, la gente ya no creía en la enfermedad, estaban relajados y por eso ya no usaban el tapabocas. Aunque semanas después Juan José me escribió contándome que estaban preocupados en su población porque se había muerto un líder por covid-19, el temor de nuevo había vuelto. Con esto, la enfermedad en cada una de estas regiones mostraba la multiplicidad de visiones que se pueden tener durante un periodo de tiempo, la población se cuidaba frente al virus porque sabían que existían casos cercanos que los ponía en riesgo. No obstante, luego olvidaban los cuidados y las normas de bioseguridad hasta que llegaba un nuevo pico epidemiológico.

Con estas temporalidades no solo fue posible reconocer la percepción de riesgo que se tuvo del covid-19 como una construcción individual, sino también colectiva que es el resultado de ese mensaje de control que transmite el Estado. A través de actores oficiales y expertos que guían la toma de decisiones respecto a lo riesgoso que pueden ser determinados comportamientos cómo lo son las aglomeraciones, el no uso del tapabocas e incluso la socialización de los individuos. No en vano existen diferentes representaciones de la enfermedad y del riesgo que se insertan en un sistema social, de manera que los individuos construyen clasificaciones y categorías de acuerdo con ciertos significados Suárez et al. (2006). En este caso me refiero a las representaciones de cuidado y prevención frente al

covid-19, que resultan determinantes para entender que el virus más que una enfermedad es una experiencia social.

Teniendo claridad sobre las tres temporalidades de análisis que permiten reconocer las principales transformaciones durante este año y medio de pandemia, quiero dar pasó a aspectos más puntuales que contribuyen a entender la manera cómo las personas construyen una idea del covid-19. En este caso, cómo se evidenció en las descripciones de las temporalidades cuando mis interlocutores se enfrentaban a cambios en su región o entorno más cercano, su percepción sobre la enfermedad se transformaba. En efecto, por el tipo de muestra que construí este análisis parte de distinciones que se hicieron evidentes como la experiencia entre lo rural y lo urbano, la vivencia del contagio con relación al diagnóstico y el rumor como fuente de información en comparación a la información oficial.

Covid-19 entre lo rural, lo urbano, la lejanía y la cercanía al contagio.

La construcción social de la enfermedad, para este análisis, la entiendo como esa dimensión social que tienen todas las enfermedades a partir de la experiencia o vivencia de los individuos. (Lejarraga.2004; Conrad P & Barker K. 2010). En este caso, el covid-19 fue construido socialmente de formas que van más allá de quiénes se contagiaron y abarca a la población en general porque hay una interpretación para su prevención. Es decir, todas las personas a partir de su experiencia tienen una idea sobre el covid-19 y a partir de esta moldean sus conductas para convivir con esta idea del virus en su cotidianidad. Tal como lo exponen mis interlocutores, desde el momento en que preguntó por los efectos de la enfermedad cada uno le otorga características para luego pensar en los mecanismos de cuidado.

Esta noción se va transformando a medida que hay mayor relación con la enfermedad. “Cuando yo escuchaba que el virus estaba en la China y luego cuando llegó a Bogotá yo lo veía lejos de mí”, pensaba Lucía días antes de que el gobierno nacional declarara

emergencia sanitaria en todo el territorio el 22 de marzo del 2020²⁰. Al igual que ella, Lionel estaba impartiendo sus clases en el Colegio Antonio Forero que se encuentra en Garza Morichal, cuando tuvo que suspender clases el 18 de marzo del 2020, porque era la orden que había llegado desde el gobierno debido al virus. Allí donde estaba Lionel el riesgo de contagio ni siquiera provenía del primer caso que se registró en Colombia, sino de los casos que se venían registrándose en Brasil desde el 26 de febrero del 2020 (Mundo, 2020). Al escuchar que el covid-19 ya estaba presente y un poco más cercano en su entorno cotidiano, Lionel, Lucía y muchos más colombianos tuvieron que tomar decisiones en medio de la confusión. Existió un temor inminente en donde el asunto dejó de ser un tema de otros países, como algo lejano para llegar a irrumpir con las actividades de todos.

Dependiendo de la ubicación geográfica se consideraba que el riesgo era mayor o menor, pues para quienes estaban en Bogotá, la cercanía al virus ocurrió en un lapso más corto y por consiguiente la idea de “evitarlo” era cuestión de pensar rápido. Tal como lo hizo Luisa quién escuchó el rumor de que cerrarían aeropuertos y tomó el primer vuelo que encontró a Leticia, antes de que prohibieran la entrada desde las grandes ciudades, pues estas eran las que tenían conexiones con el resto del mundo donde ya había un contagio mayor. De igual manera, lo hizo Leydi quien estaba en Bogotá, pero decidió irse para Gachetá mientras hacía el simulacro que propuso Claudia López⁶, porque pensaba que solo sería por ese fin de semana, como muchos, ella no creía que lo del virus fuera algo tan grave.

Hasta entonces no se conocía mucho de la enfermedad, pero el debate se centraba en que su propagación era rápida. Este era un virus que provenía del exterior y ya había llegado a Bogotá, por consiguiente, iba a llegar al resto de ciudades. Luisa, Leydi y Lucía, desde entornos rurales muy diferentes entre sí, coincidieron en que el covid-19 en Bogotá y en las principales ciudades iba a tener un desarrollo diferente. Desde ese momento, cada una de

²⁰ Esta norma se dio a conocer a través del Decreto No. 457 del 22 de marzo de 2020 el cual fue derogado por el presidente Iván Duque para atender la emergencia sanitaria por la pandemia del Covid-19 en Colombia. El 19 de marzo del 2020 la alcaldesa de Bogotá anunció un simulacro de cuarentena al cual se adhieren más lugares del país. En el caso del departamento de Antioquia la gobernación decretó “una cuarentena por la vida”; Norte de Santander decretó “como acción y medida transitorio de policía para prevención y riesgo de contagio y/o propagación del covid 19” un toque de queda; y el valle del cauca decretó el “toque de queda en todo el territorio del departamento” (Decreto 457 de 2020).

ellas ya había construido una idea de que el contagio o el riesgo estaba más presente en lugares urbanos donde habitaban más personas, por lo que se sabía hasta entonces de la propagación del virus en otros países.

En este momento la idea de covid-19 que se estaba construyendo en la población estaba basada en la incertidumbre y en las reacciones e interpretaciones de lo que se vivía en otros países. Sin embargo, cuando la enfermedad se hace presente en el país y el contagio aumenta, la mayoría de las personas en las distintas regiones empiezan a entender el impacto en la salud por el tipo de transmisión. De manera que cada persona en su cotidianidad empieza a construir categorías y significados sobre cuáles son las condiciones que hacen más probable el riesgo de contagio. Con esto en mente, en lugares con una población reducida, lejanos de las grandes urbes y con una posibilidad de acceso difícil eran más seguros para llevar a cabo la cuarentena y evitar el covid-19.

En Santa Bárbara de Pinto las primeras semanas de confinamiento toda la población cumplió la cuarentena y aun cuando no había ningún caso, los habitantes optaron por limitar la entrada y el contacto con todas las personas externas al municipio. Así como lo relata Lucía en nuestras conversaciones, la gente en las fincas mandó a echarle candado al portón, todo tenía llave y nadie podía entrar. Creían que entre menos contacto existiera entre ellos, más seguros estaban. Esto al igual, hacía parte de las características colectivas que se estaban asociando al covid-19, cero contactos con los demás era la idea principal por el confinamiento. Solo así se evitaba el virus, aunque no se tuviera claridad de cómo se transmitía este.

La construcción social del covid-19 en el sur del país como lo muestran los relatos de Luisa, Lionel y Juan José, también se determinó por el aislamiento social para evitar que el virus que ya estaba presente en otras ciudades llegara hasta allí. Esto hizo que en esta región entendieran la enfermedad como algo externo que podía afectarlos y no como eso que podía surgir entre ellos mismos. Entonces a partir de ello, quienes vivían allí moldearon sus conductas por la particularidad del contexto y por la incidencia que esto tuvo en el sentido común de sus relaciones (Olarde, 2018). Así las características del covid-19 partían de una alteración en su cotidianidad que sirvió como medida preventiva frente al

contacto con personas de otras regiones y que resignificó la confianza entre ellos para establecer un vínculo en espacios como el supermercado, droguería o la calle misma.

La confianza o desconfianza en el accionar o cuidado de las demás personas hizo que la comunidad construyera algunas nociones del covid-19 que se asociaban a la limitación del espacio. Las comunidades indígenas limitaron su contacto con el resto de la población, pues su ubicación geográfica les permitió cerrar el acceso de sus fronteras y establecieron un fuerte aislamiento. Tal fue la restricción que Luisa no pudo entrar a su comunidad Santa Sofía donde se encuentra la etnia Tikuna e incluso todos en estas regiones las personas externas sabían que no podían acercarse a las comunidades. Juan José contó que Inírida, en medio del confinamiento, sabía que las comunidades indígenas habían prohibido la entrada de quienes iban por el río Inírida, ya que no aceptaban a nadie que hiciera paradas para comer o para dormir.

Se podría afirmar que las comunidades sí creían que el contacto con más personas aumentaba el riesgo porque podían estar cercanos al virus al ser algo que provenía de afuera. Sin embargo, dentro de sus nociones se incluían otras concepciones respecto a cómo podían contraer el virus según lo relata Leonor en un video que Luisa me compartió. Para ellos “ese virus no llega por los humanos, sino que llega por el viento” (Luisa, agosto 2020). En efecto, esto marcaba una diferencia e incluso una tensión con las nociones que podrían llegar a tener el resto de las personas de la región, porque exponía otras lógicas sobre la manera en que el mismo virus podía ser entendido. Así, la construcción social del covid-19 en Colombia también responde a una experiencia social cultural en donde hay un diálogo desde las explicaciones de la enfermedad, los síntomas físicos y las relaciones que significan para los individuos en el territorio (Lejarraga,2004).

En la costa caribe, la Amazonía y Cundinamarca hasta este momento había una idea compartida que podía ser una característica importante para analizar la experiencia social del covid-19. Este se entendía como algo externo que afectó la noción de salud de un grupo de personas por el riesgo de contagio y que en el proceso de prevención interrumpió su cotidianidad. Por consiguiente, características como estar en un lugar lejano o apartado de las grandes ciudades se convirtieron en sinónimo de menor exposición al virus durante el confinamiento. En la experiencia de Lucía, Luisa, Lionel y Juan José el miedo porque el

contagio llegaría estuvo muy presente, e incluso provocó un escepticismo cuando se vio la necesidad de habilitar la entrada de algunas personas que expresaron su deseo por retornar a sus casas ante la incertidumbre de la duración de las medidas.

Quienes fueran de Bogotá, Cali o Medellín, representaban un riesgo y generaron tensión entre la población receptora, en este caso, tanto en Pinto como en Inírida se habilitó el ingreso de jóvenes que estudiaban en estas ciudades a través de las excepciones de movilidad. Incluso en Inírida el primer caso se reportó cuando la población gestionó el ingreso de quienes se habían quedado en las grandes ciudades para que pudieran entrar mediante un vuelo humanitario. Esta idea de cómo podía llegar el virus a las regiones y las limitaciones de contacto que se establecieron entre fronteras regionales y nacionales, también fue el resultado de las nociones de la enfermedad que construyó el Estado a partir de las políticas públicas de control y prevención. Por consiguiente, el covid-19 en la noción cotidiana de las personas llevó a determinar lo urbano como un foco de riesgo y de contagio.

En Santa Bárbara de Pinto quienes llegarán al municipio debían someterse a cuarentenas de quince días antes de tener contacto con sus familias o de frecuentar lugares donde estaba el resto de la población. Así la población sentía seguridad frente al riesgo que se asociaban a la enfermedad, aunque partían de nociones propias, pues para ese momento no había un diagnóstico médico que asegurara que este tipo de confinamientos resultaban efectivos para evitar el virus.

En el caso de Leydi, quien vive en Bogotá, también tomó la decisión de irse a Gachetá pensando que estaría mejor en un lugar donde había menos habitantes. Allí, por más cercanía que hubiese con Bogotá que está tan solo a una hora y media de Gachetá, también había un profundo miedo por quien llegaba desde la ciudad. Gachetá, que pertenece a la provincia del Guavio, cuenta con una parte rural y una parte urbana. En la primera, la gente del campo, es decir de las veredas y de los otros municipios cerraron todo porque se sabía que el contagio iba a llegar de Bogotá. Al tener un contacto más directo con la ciudad, el cuidado debía ser mayor y por ende el temor de las personas los llevó a pensar en el covid-19 como algo que se podía mantener afuera con el cierre de las fronteras municipales. De esta manera, la noción de frontera que resultó de utilidad estatal para el control de la

población también empezó a tener un significado importante porque estuvieron más presentes dentro de las nociones de prevención de la población. No en vano, las mismas personas sentían seguridad si había un retén o unas piedras que limitaban el acceso.

Por consiguiente, el covid-19 para mi comunidad de conversación significó que se acentuaron las ideas de adentro- afuera para mantener bajos los niveles de riesgo que existía frente a la enfermedad. Así, como pude reconocer que en las características que le otorgaban al covid19, la noción de cercanía a las ciudades significaba un mayor riesgo. Las limitaciones espaciales se convirtieron en un sinónimo de tranquilidad porque el covid-19 se percibía como una enfermedad que se desarrollaba y transmitía en donde había muchas personas. Por esto, cuando llegaban personas que se habían relacionado con alguien externo, la población las asociaba inmediatamente al riesgo. Frente a esto, la experiencia del covid-19 parte de la idea de poco contacto y esto es posible en lugares apartados de las urbes, de ahí esta idea de pensar en la ubicación espacial se convirtiera en un aspecto fundamental para mi análisis.

Cabe aclarar que esta idea de que el desarrollo del contagio era menos probable en lugares apartados de la ciudad, fue cambiando porque a finales de la primera temporalidad y en las siguientes el contagio ya había llegado a casi todo el país. Sin embargo, siempre estaba la idea de que en estos lugares igual la probabilidad era baja y que el contagio era algo externo que llegaba cuando había muchas personas. La percepción de que la delimitación geográfica reducía el contagio también era una idea que se retoma en varios lugares cuando los picos de contagio llegaban, en tiempo de vacaciones o festividades.

El riesgo del covid-19: diagnóstico, pruebas y cifras.

En los diálogos que tuve a lo largo del trabajo de campo reconocí que el control, a partir de las cifras o pruebas en cada una de estas regiones, también había sido algo determinante para que las personas construyeran una idea del covid-19. Por lo general, en estas regiones apartadas los registros oficiales de contagio no eran exactos frente a la cantidad de casos positivos que había. Esto generaba una dualidad frente al riesgo de contagio, estaban quienes no creían en el virus, porque no confiaban en las cifras de contagio y no habían evidenciado los síntomas de la enfermedad en ellos o en alguien cercano. Y estaban

quienes habían padecido la enfermedad, pero no hacían parte de los registros oficiales. Lo anterior, era una muestra de cómo, en la cotidianidad, la infraestructura institucional incidía en la percepción que se tenía de la enfermedad.

Tal dualidad también era muestra de cómo el covid-19 se podía entender a partir de la triada de padecimiento, malestar y enfermedad. Por un lado, estaba el covid-19 con diagnóstico médico, es decir las personas que a partir de una prueba médica de laboratorio podían afirmar que eran positivas para Sars-CoV-2 tuvieran o no síntomas, esto es lo que voy a entender como enfermedad. Por otro lado, estaban las personas que tenían síntomas como fiebre, pérdida del olfato o el gusto, dificultad para respirar, dolor de cabeza y malestar general. Quienes tenían uno o varios síntomas se atribuían la enfermedad aún si no había una prueba que diera certeza de esto, esto lo entiendo como padecimiento.

Por último, está el covid-19 como la mala salud o enfermedad social que son los problemas de salud definidos por otros y que no se limita a los síntomas, sino a una “segunda enfermedad” que son las reacciones del entorno social como el estigma (Pool & Geissler, 2005. p 53) Con esto claro, se podía entender que, aunque no hubiera registros de casos positivos había personas con la enfermedad. O había personas con un diagnóstico de la enfermedad, pero sin ningún tipo de malestar. No obstante, en ambos casos se creaba un estigma social sobre la enfermedad porque había una posibilidad de contagio.

Teniendo en cuenta las variaciones y que en muchos casos las personas esperaban tener un diagnóstico médico que certifica la enfermedad al tiempo que había un desarrollo de los síntomas, cuando esto no pasaba se empezaba a dudar de la enfermedad y, por ende, de su existencia. Incluso estaban quienes creían que el covid-19 era un invento para ejercer un control, idea que tomó bastante fuerza en Santa Bárbara de Pinto o Inírida, donde las poblaciones decían que había sido el Estado el causante.

En el caso de Leticia, al igual que en las otras regiones, estaban quienes no creían en el virus, según lo cuenta Luisa “La gente se confió de que el covid-19 no existía y siguió con su vida normal, sin cuidados ni nada (..) hasta que llegó el primer caso con síntomas y con prueba positiva, eso se empezó a expandir y ahí sí empezaron a creer en el virus”. Aun cuando algunas personas no creían en la enfermedad las normas de control sobre el

territorio siguieron operaron porque se quería mantener un control epidemiológico. Es decir, al tiempo que había cuidados para evitar que llegará el virus a estas zonas, había personas incrédulas sobre la existencia de la enfermedad.

En cada una de las regiones la noción que se tenía del covid-19 no era generalizada ni homogénea. En una misma región pueden operar múltiples nociones porque hay procesos culturales, sociales, políticos, económicos e históricos que sitúan a la salud y a la enfermedad en diferentes contextos (Pool & Geissler, 2005.) Entonces estaban quienes tenían un temor por el riesgo que implicaba contagiarse, al tiempo, que estaban quienes no creían que el virus. Esto sucedía también porque el desarrollo de la infraestructura en hospitales o centros de salud para hacer una prueba y dar un diagnóstico se demoraba mucho tiempo. Durante el primer y segundo pico muchas personas no recibieron su diagnóstico a tiempo porque los laboratorios quedaban en las principales ciudades y con la demanda de casos nunca les dijeron si eran positivos o negativos.

La falta de registros médicos y la ausencia de casos con síntomas o con una prueba positiva, llevó a que la gente significará el covid-19 a partir de la incredulidad, es decir, cuando se preguntaba por el covid-19 era común escuchar un relato que hablará desde las posibilidades del contagio “dicen que tal persona se contagió, pero no le dio nada o yo creo que tuve el virus porque tuve síntomas, pero nunca llegó la prueba” (Juan José, julio 2021). Sin embargo, en ambos casos socialmente sí existieron implicaciones porque cuando se reconoce la enfermedad en una persona, los demás individuos moldean sus conductas frente a ella y en esto van modificando su propia subjetividad (Lejarraga, 2004.p 273). Por consiguiente, pueden existir múltiples nociones sobre una misma enfermedad condicionando el desarrollo del covid-19 en región o en un momento determinado.

En efecto, esto lleva a que la noción de riesgo se transforme a un plano individual, donde la personas que cree tener el virus o haber estado en contacto con un caso positivo tome la decisión de entrar en cuarentena o hacerse una prueba para comprobar si puede estar o no contagiado. Esto lleva a tener que entender que el *sickness* puede resultar un factor determinante ante la ausencia del *disease* pues cuando no hay un diagnóstico o una examinación es el estigma el que pasa a ser fundamental para que una persona decida o no

cuidarse. No obstante, esto no aplica para todos los casos y muchas veces solo cuando se tiene una prueba se asume que esta la enfermedad.

Para las personas con las que hablé, creer o no en la existencia del covid-19 se relacionaba con la coherencia de las cifras, la infraestructura en el sistema de salud para tratar a los posibles contagiados y el reconocimiento colectivo de la enfermedad. De manera que cuando existía un rumor de que había muchos contagios, las UCIs estaban llenas o habían conocidos que estaban contagiados, la noción de la enfermedad cambiaba. Esto sucedía porque en los picos de contagio cuando se hizo uso del sistema de salud, la población adquirió un conocimiento a partir de la experiencia propia o cercana a la enfermedad y este cobró más relevancia en la manera de entender la enfermedad con respecto a lo que se decían expertos.

Esta experiencia colectiva no erradicó la incredulidad que se tiene de la enfermedad, por lo que hasta el momento pueden existir tensiones entre lo individual y lo colectivo de la enfermedad. Por más que existan patrones de contagio, si una persona no ha vivido la experiencia, fue asintomática o nunca aseguró que tuvo covid-19 va a tener una visión diferente en la construcción colectiva. Por consiguiente, el contacto directo con el covid-19 como enfermedad que se certifica con un diagnóstico y unos síntomas es percibida por la biomedicina como objetiva e incluso se cree que es más real que cuando solo hay una experiencia (Pool & Geissler, 2005.)

En la realidad de las poblaciones que representan mis interlocutores para esta investigación, se reconoce que en la práctica de la salud pública en Colombia contar con un diagnóstico acertado y a tiempo, puede llegar a ser un privilegio. Por lo cual, creen en la existencia de la enfermedad se convierte en una decisión propia del individuo que se apoya en experiencias previas. En regiones como la Amazonia catalogarse como enfermo de covid-19 era una elección, por ejemplo, una mujer de la comunidad Tikuna quien le contó Luisa que ella había estado muy enferma, se sentía muy cansada y con un dolor como si tuviese un bebe, pero que no creía que fuera el virus (Luisa diciembre, 2020). De ahí que reconocer o no la enfermedad responda a un proceso individual y colectivo en donde la

persona identifica unos síntomas, decide vincularlos con el covid-19 y cuidarse, aun cuando no tenga un diagnóstico que lo certifique.

Cabe resaltar que, en regiones como Pinto, Inírida y Gachetá, la cantidad de contagios en general fue baja tanto en cifras oficiales como en experiencias reconocidas por mis interlocutores. De manera que el covid-19 allí no se asocia a la noción de mortalidad, pues se percibe como una enfermedad contagiosa, pero no tan mortal. Ahora, mi análisis hasta este momento expone que la noción del covid-19 se construye a partir de factores como la ubicación geográfica, la infraestructura en el sistema de salud y la efectividad del diagnóstico. Sin embargo, tal percepción está en constante transformación. Por consiguiente, depende de la experiencia que tenga la población con la enfermedad que se establecen algunas ideas colectivas al momento que el virus se vuelve más cercano. Su significado está determinado por lo visible y lo real dentro de la experiencia individual para cobrar un reconocimiento dentro del colectivo, por esto cuando la enfermedad representa un riesgo, pero a veces este no es “evidente” es que se crean tensiones entre creer o no.

Cada una de las percepciones que se asocian al covid-19 están en constante transformación, esto corresponde al hecho de que en cada región el ritmo es particular, porque a pesar de que Colombia ha atravesado picos de contagio estos no se dieron igual en todas las regiones y no tuvieron el mismo efecto. Al igual, dependiendo de la temporalidad esta dualidad entre creer o no el covid-19 era algo que se hacía más evidente, pues en esos picos de contagio a nivel nacional una persona duda del contagio, mas no de la enfermedad. Mientras que cuando había pocos casos, algunas personas dudan de la enfermedad por la ausencia del contagio en su día a día.

Una experiencia marcada por el rumor

Para definir o comprender la manera cómo mis interlocutores entendían el covid-19 en su cotidianidad, tuve que dar una mirada al contexto de sus regiones, a las dinámicas del sistema de salud y a las relaciones sociales. Estas últimas resultan relevantes porque es mediante las relaciones cercanas que se determinan las creencias y el significado que

puede tener la población sobre la enfermedad a partir de información oficial o de rumores. Tanto el círculo cercano conformado por familiares, vecinos o amigos, como la difusión de información a través de las redes se convirtieron en un factor determinante a la hora de afrontar y entender el covid-19. En efecto, el momento y las circunstancias de encierro dieron lugar a que el impacto del internet en la experiencia fuera mayor, pues se crearon sitios web y grupos de difusión que se encargaron de hacer el covid-19 una experiencia pública. La información acerca de qué era el virus, qué cosas funcionaban para prevenirlo y qué seguiría después empezó a ser fundamental en las conversaciones de todos y todas.

De esta manera, este apartado pretende dar cuenta de cómo el rumor incide en la idea que tienen mis interlocutores sobre el covid-19. Dependiendo de la temporalidad por la cual les preguntaba, la información variaba, pues en la primera temporalidad lo que se decía o se especulaba era respecto a la existencia de la enfermedad o la creación de esta. Con el tiempo esto se transformó y lo que se decía ya era en torno a los cuidados, el manejo del sistema de salud y, por último, lo que se hablaba era respecto a los supuestos en la vacunación. En cada uno de estos momentos el rumor había sido fundamental para intentar dar una explicación a lo que se estaba enfrentando el país y que no era muy claro para todas las personas. Así expertos o profesionales hablarán del tema, muchas veces la información era difusa frente a lo que vivía la población.

Esta idea del rumor²¹ aparte de estar presente en la información que se tenía sobre la enfermedad como tal, también estaba presente en la manera cómo la gente se relacionaba con el covid-19. Es decir, existían rumores respecto a la forma en que la población se podía contagiar y a los cuidados que apropiaban. Incluso, durante la primera y segunda temporalidad existían rumores sobre quién se había contagiado, ya que había una carga moral y muchas personas preferían no decir que tenían el virus, por temor o rechazo social. Por ejemplo, algunos de mis interlocutores contaban que, en sus regiones, si estaba el rumor de que una persona tenía covid-19 había pánico durante los 15 días de contagio que fue lo estipulado por los médicos, pero también había las personas temían los días posteriores, porque no se sabía si aún podía contagiar o no.

²¹ Por rumor hago referencia a la difusión de ideas que se da en un grupo de personas a otra, las cuales no tienen un fundamento verídico, pero que inciden sobre la noción o percepción que tiene sobre determinada cosa. En este caso los rumores hacen parte de la construcción que hay sobre el covid-19.

“En Gachetá y en los pueblos cercanos no se podían enterar de que de pronto uno tenía covid-19, porque la gente lo juzgaba a uno, lo veían como un pecado y pensaban que el contagio venía si o si de Bogotá, la culpa era de Bogotá”. (Leydi, julio 2021)

Con la carga moral que había por el contagio en las regiones, las personas prefirieron ocultar que salieron positivos o que tuvieron los síntomas para que no exista una tensión en la comunidad. Cabe resaltar, que esta idea se dio durante la temporalidad del confinamiento, pues cuando los contagios fueron masivos las personas no ocultaban el contagio. Por el contrario, contaban que ya habían tenido la enfermedad como una manera de mostrar que ya estaban inmunes o que no había sido tan grave como decían. Lo anterior no resulta algo nuevo dentro del manejo que tienen los individuos cuando se enfrentan a los problemas de salud pues por lo general suelen haber una construcción cultural de la enfermedad donde la identificación de enfermo o no enfermo tiene una carga moral (Lejarraga, 2004). Así, cuando se conocía que alguien tenía el virus podía ser porque esa persona lo divulgaba o porque las personas lo habían dejado de ver debido a las cuarentenas

Frente a lo anterior, es importante tener en cuenta que en el ámbito de la salud pública esta carga moral responde un discurso que advierte sobre los riesgos para la salud y que se basa en el conocimiento o conciencia del peligro en ciertas actividades. Esto lleva a plantear una distinción moral entre los que están en riesgo y los que suponen un riesgo, pues puede que el daño se produzca por causas externas o se dé por uno mismo (Lupton.1993). En el caso del Covid-19 hay una transformación de la carga moral dependiendo de la temporalidad, como lo mencione antes durante el confinamiento había mayor temor porque el riesgo se diera por uno mismo. Sin embargo, cuando el contagio se da de manera masiva la carga moral para a ser por causas externas, que se comunican a través de las campañas patrocinadas por el Estado.

Cuando Lucía se contagió en el mes de junio del 2021 en la región se enteraron de que ella estaba contagiada porque en el pueblo el virus había sido una cuestión del voz a voz²². Incluso la gente se contaba entre ellos cuando había salido un positivo en la región o cuando creían que tenían el virus porque las pruebas nunca llegaban o si llegaban eran muchos días después. Sin embargo, como lo relata Lucía, aunque ellos hicieron el debido aislamiento la gente los considera el caso más grave de la región. Cómo recurrieron a otros médicos e incluso uno de los hijos de Lucía tuvo que ir a cuidados intermedios, en el rumor colectivo que se construyó en Pinto, el caso de ellos fue excepcional.

De esta manera, se logra reconocer que las representaciones que tenía la población a raíz del diagnóstico no generan reacciones neutrales, sino que se insertan dentro de un sistema de representaciones locales como lo expone Hormiga et al. (2020.p134). Por consiguiente, en el trabajo de campo logro reconocer que cuando se difunde el rumor acerca de una persona que tuvo la enfermedad a partir de un diagnóstico o de un padecimiento de los síntomas, las personas tomaron posturas dependiendo del momento de la pandemia. En el momento en que había más conocimiento de expertos como epidemiológico sobre el covid-19 la gente tenía menos temor, pero igual existían rumores entre los vecinos del contagiado, los familiares o las fuentes de información informal como los farmacéutas o empleados de las droguerías.

El rumor, al hacer parte del covid-19, no se construye únicamente desde la experiencia cercana, sino también desde los casos lejanos que contribuyen a referenciar otros cuidados, actores e instituciones que inciden en el significado que se construye sobre la enfermedad. Por ejemplo, los rumores en torno al sistema de salud también estuvieron presentes en la primera temporalidad, pues como no se conocía el tratamiento médico que se impartía, entonces las personas hablaban de los que se les hacía a las personas en los hospitales cuando llegaban por covid-19. Cuando dialogaba con Leydi me contaba a manera de anécdota que

“recién comenzó la pandemia un muchacho murió de covid-19, él manejaba volqueta, porque en Gachetá hay una mina de hierro, dicen que él se contagió y se murió. Hay

²² Este término hace parte de la categoría de rumor, pues hace referencia a la difusión de información sobre la enfermedad a partir de experiencias o supuestos. En este caso el voz a voz es la manera cómo decido nombrar a la información no oficial sobre los casos de contagio o sobre los cuidados que se apropian en la población.

quienes afirman que esto no fue así, pues lo que pasaba era que en el hospital se inventaban los casos de covid19 para cobrar la plata que daban por los muertos de covid-19, ya nadie creía en el hospital” (Leydi, junio 2021).

Sumado a eso, con los protocolos que se establecieron en el sistema de salud el manejo en hospitales fue motivo de cuestionamiento. Como me contaba Omar, él había escuchado que “Quien era hospitalizado por contagio y se moría sus familiares no lo volvían a ver, incluso decían que los familiares no tenían ni siquiera la posibilidad de sepultarlo” (Omar, julio 2021). Por esto, existía una desconfianza respecto a la manera cómo el sistema de salud intervenía en el tratamiento de los pacientes, lo que también generó rumores sobre las cifras de contagiados en hospitales y las muertes que realmente se habían dado por covid-19. Con lo anterior, la construcción social del covid-19 se hace de manera colectiva, porque existen rumores generales, en este caso, era común escuchar cosas sobre el manejo del sistema de salud. Lo que era determinante a la hora de definir cómo afrontar el contagio. Si había un rumor sobre el cobro por pacientes covid-19, muy rápidamente llegaba a oídos de la población y por eso preferían cuidarse en casa, antes que ir a los centros de atención.

Adicional a esto, también existió un rumor respecto a que tan cuidadosas o no eran las personas en cada una de las regiones. Por ejemplo, tanto en Santa Bárbara de Pinto como en Barranquilla, los efectos del covid-19 fueron asociados a los rumores que se fundamentaron en regionalismos. En este caso desde otras regiones o incluso desde la misma experiencia de ellos se afirmaba que los costeños eran relajados y no tenían los mismos cuidados que el resto del país. Como lo relató Lucía “acá la gente fue muy relajada, como buenos costeños no se preocuparon y siguieron normal”. En efecto, Omar, un docente en Barranquilla, también se refirió a esto señalando que si había una noción de la idiosincrasia costeña al momento de caracterizar el Covid-19. “yo creo que los medios disfrazaron eso... nos echaron la culpa a nosotros, pero yo al defendiendo que somos alegres, pero no somos desordenados... pero por esa idiosincrasia” (Omar, julio 2021). Tales rumores daban cuenta de las lógicas que estaban presentes en la población respecto a cómo creen que opera el contagio. Si había un mayor número de contagios, es porque la gente en

determinada región no se cuida, son irresponsables y no son conscientes de la gravedad del virus.

Estos rumores llegan a oídos de las personas no solo porque los comparten entre familiares, amigos o vecinos. Sino también porque durante este año y medio de pandemia las redes sociales tomaron un rol fundamental, pues contribuyeron al significado y experiencia que las personas le otorgaron al covid-19. La difusión de mensajes por Facebook y WhatsApp se convirtió en el principal medio de interacción y difusión acerca de lo que se sabía de la enfermedad. Lo que resultaba válido para algunas personas, se reenviaba y así las personas terminaban hablando de teorías de conspiración, cuidados con medicamentos que habían funcionado en otros países e incluso rumores acerca de ayudas que daba el gobierno. Tal como se evidencia en la imagen 4.

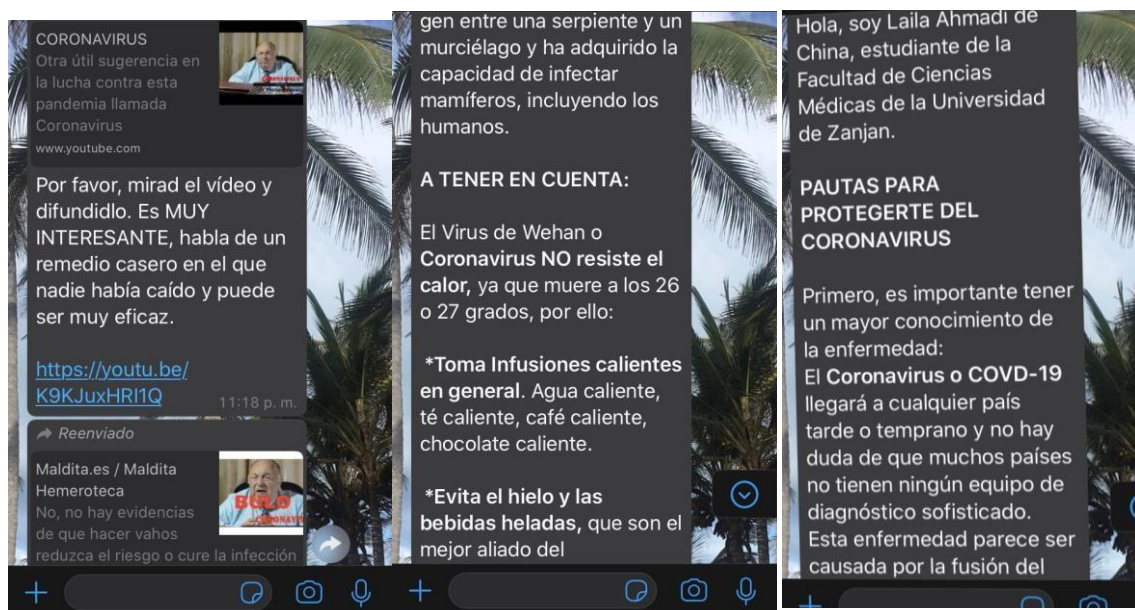


Imagen 4: Cadena de WhatsApp donde se difundía un video con información para enfrentar el covid-19

Era tal el exceso de información que El Espectador en su portada del 30 de marzo del 2020 habló respecto a la desinformación como parte esencial de esta pandemia e hizo la explicación del término “infodemia” que hacía referencia a la desinformación sobre el covid19. Así mismo, hizo un artículo en donde recopilaba parte de la información que había sido catalogada como noticias falsas, aquí incluyeron audios y cadenas de WhatsApp. Algo similar hizo el canal City Tv quien dedicó un espacio en sus noticias del 3

de marzo del 2020 para desmentir información respecto a las ayudas que estaba otorgando el gobierno. Por su parte, el gobierno a través de su espacio televisivo es enfático en que la información veraz se encuentra en las páginas oficiales dispuestas para el COVID-19

Ante esto, las redes sociales se convirtieron en el escenario para que tanto fuentes oficiales, como no oficiales informaran cuántos casos había en la región, los servicios que se estaban prestando y cómo las instituciones estaban afrontando el virus. Sin embargo, mediante algunos grupos en WhatsApp y Facebook se difundió rumores sobre el riesgo de contagio. Un ejemplo de esto sucedió en Agua de Dios según lo relató una de sus habitantes en la visita que hice a la plaza de mercado, mientras desayunaba dijo que la gente apenas se enteró del primer caso “por redes, por WhatsApp decían que tocaba lincharlo y yo si dije no que tal fuera un familiar de ellos, la mamá de ellos, que iban hacer”. (Vendedora plaza de mercado Agua de Dios. Septiembre, 2021)

Al igual en redes circulaba información o rumores sobre medidas que podían tomar las personas para hacer frente al covid-19, de manera que la información que se recibía no era verificada e incidía en las primeras ideas que tenían las personas sobre la enfermedad. Así este análisis reconozco el rumor en una escala un poco más amplia, pues en regiones pequeñas la gente concibió en su Facebook y su WhatsApp un medio efectivo de información, por encima de los medios de comunicación tradicionales

De esta manera, es como la construcción del covid-19 en algunas regiones de Colombia estuvo atravesada por diversos factores como la ubicación geográfica, las dinámicas del sistema de salud para reconocer el contagio y el rumor en los mecanismos de cuidado. Cada uno de estos aspectos lo he podido identificar en los diálogos con la comunidad de conversación, quienes han dejado ver que el covid-19 es una experiencia social. Esta experiencia se ve atravesada por sus vivencias en zonas rurales o apartadas de las grandes urbes, las cuales hicieron que sus nociones a lo largo de las tres temporalidades fueran diferentes respecto a quienes pasaron la pandemia en las grandes ciudades. Sumado a esto, su relación con el contagio estuvo marcada por el contagio como algo lejano o ausente debido al funcionamiento del sistema de salud durante el confinamiento y la reactivación.

El rumor resultó ser fundamental para entender que más allá de su experiencia en cada una de sus regiones, había un flujo de información sobre la enfermedad que había estado en su cotidianidad y había incidido en la manera cómo entendían la enfermedad. Para estas personas el covid-19 tenía definiciones y percepciones cambiantes porque cada vez que había un rumor su idea frente al cuidado y el riesgo se transformaba. Existieron momentos donde la población se cuidaba más porque el rumor de que el riesgo era mayor estaba presente. Pero cuando el rumor dejaba de estar presente la gente reducía sus cuidados. Ante el desconocimiento de los cuidados y los efectos, la idea de la enfermedad para la población y para mis interlocutores dependía de lo que podían evidenciar. Por esto, creer o no en la enfermedad era una decisión propia que dependía en muchos casos de la infraestructura y el tratamiento que otorga el sistema de salud frente a la posibilidad de contagio.

Sumado a eso, la experiencia colectiva frente a esta enfermedad está atravesada por las transformaciones a partir de los rumores y la confianza en los mecanismos de bioseguridad. De ahí, que las temporalidades que implemento para mi análisis sean un marcador de las principales transformaciones. Sin embargo, a partir de estas delimitaciones temporales es que puedo reconocer como a la hora de entender la enfermedad tensiones y acciones que no se fundamentan en el conocimiento de expertos. Definir y entender la enfermedad es algo que se hace desde las creencias más comunes y cotidianas que se delimitan por las nociones de riesgo, las ideas de cuidado individuales y colectivas, junto a la experiencia misma de vivir el covid-19 como un padecimiento, una enfermedad o un malestar.

Capítulo 2

Covid-19: Transformaciones entre la relación del Estado y la población

Los relatos que mantuve con la comunidad de conversación me permitieron reconocer el covid-19 como una experiencia social que se relacionaba con algunas características que incidían en la manera cómo era percibida la enfermedad. Tal como lo mencioné en el primer capítulo, la ubicación espacial frente a la percepción del riesgo, la gestión del diagnóstico y los rumores eran aspectos claves a la hora de caracterizar el covid-19 en Colombia. Sin embargo, a medida que tenía estos diálogos me di cuenta de que no podía entender la construcción social del covid-19 si no tenía en cuenta el rol del Estado. En cada diálogo se hablaba del Estado desde los discursos y normativas que estaban presentes en las experiencias de la población. Me encontré que con personas que referenciaban al Estado desde el acato, pero también desde resistencia porque en varias regiones este no era efectivo en su rol de cuidado y prevención. En definitiva, pensar el covid-19 en Colombia sin entender las dinámicas entre el Estado y la población no era posible.

Así, el argumento de este capítulo es que la relación entre el Estado y la población en Colombia se transformó durante la pandemia, debido a las medidas de control oficial que operaron para mitigar el contagio. Esto causó que el Estado a partir de las instituciones y normativas se percibiera más en el día a día de las personas en cada una de las regiones que analizo en esta investigación. Sin embargo, esta presencia del Estado dio paso a respuestas alternas por parte de la población como muestra de una apropiación o una resistencia²³ a las medidas oficiales impuestas. Para efectos de lo anterior, en este capítulo pretendo, por un lado, reconocer la percepción que tiene la comunidad de conversación respecto al Estado a raíz de su experiencia con las medidas oficiales y los mecanismos de cuidado propuestos para enfrentar el covid-19. Por otro lado, dar cuenta de las respuestas que nacen desde la población en la Costa Caribe, la Amazonía y Cundinamarca frente al covid-19 a partir de los mecanismos alternos o de resistencia a las medidas oficiales que se implementaron durante el confinamiento, la reactivación y el tercer pico.

A lo largo de este capítulo hago referencia a las medidas de control que propone el gobierno como *medidas oficiales*. Aquí tengo en cuenta las normativas de control social que limitaron las actividades del día a día a través de decretos, las normativas de bioseguridad que se sugerían por parte de expertos y las normas de prevención de salud pública. Ahora, para hacer referencia a las acciones de cuidado y prevención de covid-19 creadas por parte de la población uso el término *medidas alternas*. Estas medidas, aparte de dar cuenta de la creatividad y resistencia de la población, también contribuyen a entender los itinerarios terapéuticos del covid-19 que relataron mis interlocutores y que resultan importantes dentro de la construcción social de la enfermedad.

En este capítulo tengo en cuenta los aportes de la antropología del Estado con relación al control social y de la antropología médica frente a temas de salud pública y de sistemas de salud. Para efectos de lo anterior, quiero dar claridad de lo que entiendo por *Estado* para lo que tengo en cuenta los aportes de Foucault donde lo plantea como una representación que se reproduce en formas cotidianas visibles en canales ambiguos y sutiles de poder (2009). En efecto, esta idea de Estado se entiende a partir de un conjunto de actores, instituciones, procedimientos, análisis y las reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica de poder, pero no únicos ni dominantes en los procesos específicos Arroba et al. (2011). De esta manera, el Estado se entiende desde la multiplicidad de interacciones que tiene con los individuos a partir de algunos actores o instituciones que siempre han estado presentes, pero que con el covid-19 ejercieron mayor control y fueron más visibles para cada individuo.

Sumado a esto, utilizo el concepto de *biopolítica*, entendido como una técnica de intervención con efectos sobre la población a partir del control en las políticas de salud donde las enfermedades se entienden como un problema político y económico (Foucault,2009). En el caso del covid-19, la biopolítica, resultó ser un concepto útil para entender las medidas oficiales y la manera cómo funcionaba la relación entre el Estado y la población. Desde que se conoce el primer caso de covid-19 en Colombia el Estado opta por tomar medidas que ayudarán a mitigar el contagio, esto implicó que se crearan políticas públicas que regularan la salud de la población a partir de la prevención. El lavado de manos, el distanciamiento social, las cuarentenas estrictas, el uso del tapabocas y la

vacunación fueron estrategias que se plantearon como voluntarias, pero terminaron siendo de carácter obligatorio.

Estas medidas oficiales, se convirtieron en medidas biopolíticas que permitieron la instalación de nuevas formas de control y vigilancia en la población. De manera que cuando hablaba con mis interlocutores solían asociar al covid-19 con un Estado que los controlaba más a través de estas regulaciones. Las medidas de control que surgieron de manera especulativa frente a lo que se conocía del covid-19, dieron paso a que la población construyera una percepción sobre el accionar del Estado, frente a lo acertadas o lo inadecuadas que eran sus políticas y protocolos. Al mismo tiempo, causó que cada uno de mis interlocutores estableciera una relación con el Estado a partir de su experiencia en su región, la cual se adaptaba a cada una de las tres temporalidades.

Teniendo en cuenta que este análisis respecto al covid-19 desde la biopolítica se puede abordar a partir de múltiples aspectos, quiero dar una mirada a lo que se denominó *biopolítica informacional* (Costa, 2012). Este concepto hace referencia a la idea de que para tener un mayor control sobre la enfermedad es necesario que la población esté informada acerca de los cuidados que debe apropiarse. En efecto, esto propone que sean individuos autónomos, que no dependan de las infraestructuras materiales de atención que son responsabilidad del Estado. Así bajo esta idea, la biopolítica con el covid-19 estuvo más presente en la cotidianidad de las personas, a partir de las medidas de regulación y de la información que se impartió de manera oficial. En efecto, esta biopolítica informacional se hizo más evidente cuando se propuso una reactivación en el área de la educación y en la implementación de las normas de bioseguridad.

Otro concepto que empleo en este capítulo es el de *itinerario terapéutico*. Este lo voy a entender cómo los caminos que definen a las personas para restablecer o mantener su condición de salud. En el caso del covid-19 se tiene en cuenta que se conforman respuestas híbridas a partir de cuidados caseros, prácticas alimenticias y religiosas. En este caso, los itinerarios se aplican antes, durante y después de la experiencia con la enfermedad e incluyen también lo que las personas evitan hacer, a donde acuden y los tratamientos que realizan Hormiga et al. (2020). Este concepto toma lugar en este análisis como muestra de las respuestas alternas que toma la población frente a las biopolíticas del Estado. En efecto,

estos itinerarios terapéuticos también son una muestra de la relación entre el Estado y la población, que termina por incidir en cómo se entiende el covid-19 en la cotidianidad de mis interlocutores en estas regiones de Colombia.

Es así como en este capítulo a partir de la percepción que tiene mi comunidad de conversación sobre el Estado puedo analizar su relación con este a raíz del covid-19. Esto implica reconocer que la construcción social de la enfermedad surge a partir de las medidas que propone el Estado, las medidas que crea la población, junto con todo el contexto individual y colectivo de la persona. De esta manera, esas relaciones más cotidianas con instituciones y personas que representan una noción de control se convierten en un punto de análisis estatal que es de interés para entender el covid-19 en Colombia. Cabe aclarar, que, si bien esta noción de Estado abarca múltiples esferas de la sociedad, para esta investigación me voy a limitar a entenderlo a partir de las normas de control oficiales y de instituciones como la policía, los ministerios, la presidencia, las alcaldías y gobernaciones. Adicional a esto, mi interés por las medidas alternas también surge de entender esa contraparte en la relación estatal, la cual se hizo evidente en mi trabajo de campo.

El Estado colombiano: Medidas oficiales una respuesta frente al covid-19 desde la biopolítica y la biomedicina.

El covid-19 dio lugar a entender los efectos que podía tener el Estado en la cotidianidad de la población. Esto llevó a que con el paso de las temporalidades se identificará un cambio entre la relación del Estado con la población. Ante el riesgo existió un mayor control sobre lo que hacíamos como individuos, se sugirieron normas oficiales de prevención que con el tiempo se convirtieron en obligatorias para convivir colectivamente. Desde mi experiencia en Bogotá, instituciones como la Policía o la Secretaría de Salud hicieron que yo tuviera la idea de un Estado más presente durante el confinamiento. Esto se reforzó aún más cuando empecé a ver que el presidente Iván Duque apropió un discurso de presencia estatal a través de su programa *Contagiamos de Solidaridad* que se presentaba todos los días a las seis de la tarde en canales privados y públicos. Aquí él explicaba cómo se estaba enfrentando la coyuntura a nivel nacional, las medidas que se estaban implementando y las ayudas que otorgaba el Estado

Cuando empiezo hacer mi trabajo de campo me encuentro con que mi comunidad de conversación también hacía referencia al rol del Estado, por las medidas de control que se impusieron. Estas medidas eran estrategias de carácter disciplinario con las que se quería promover el encierro o el aislamiento de la población y sus efectos se sintieron en gran parte de las actividades cotidianas donde el Estado repentinamente empezó a tener mayor control. Durante el confinamiento las medidas de prevención se justificaron frente al desconocimiento que se tenía del covid-19, como no se sabía la manera de actuar del virus, era mejor tomar muchas medidas para evitar lo inevitable, un contagio masivo. Los expertos²³ optaron por imponer normas desde el sistema biomédico, lo que llevó a que el manejo de la enfermedad implicara limitar acciones que iban más allá de las afectaciones en la salud.

Como medida principal del control estatal estuvo el confinamiento o la cuarentena general en todo el país, con esto, se quería que gran parte de la población estuviera en casa para evitar el contacto y la propagación del virus. Juan José quién vivió la pandemia en Inírida relató que allí se acataron los toques de queda, evitaban salir durante la cuarentena estricta y le parecía que gran parte de la población había seguido las normas. En el caso de Luisa, en

Leticia, el asunto fue muy similar “durante los primeros meses de la pandemia la gente que salía era muy poca” (Luisa, junio 2021). Para ella, en Leticia se cumplió la orden de no salir y lo único abierto eran los supermercados. Este lugar, al ser zona de frontera, contaba con la particularidad de que su población no solo debía acatar las medidas oficiales de Colombia sino también las de Brasil. Por ende, existían excepciones a la medida de aislamiento social como que solo quienes trabajaban en Tabatinga podían pasar y estar entre ambos países. En

²³ El concepto de experto responde a la frontera objetiva que se ha marcado entre la ciencia y el dominio público de un tema particular, tal termino entra a debatir el flujo de la influencia cognitiva en un sentido. Sin embargo, de manera más práctica este término expone la experiencia al acceso de conocimiento que se asemeja al conocimiento tácito y que suele asociarse a los estudiosos de la ciencia (Wynne,2004). En el caso de esta investigación tendré en cuenta que este término para hacer referencia a las personas que pueden tener experiencia en asuntos pertinentes validado por la ciencia, en este caso particular por médicos y epidemiológicos que validan su conocimiento sobre el covid-19.

Barranquilla el asunto fue muy similar, como lo relata Omar el temor estuvo muy presente y la población cumplía con todas las medidas, todo mundo se encerró cuando lo ordenaron.

Como se expone a través del dialogo con mi comunidad de conversación el temor había hecho que la gente se limitara a cumplir lo que ordenaban el Estado. En Villapinzón, por ejemplo, “en el pueblo cerraron todo por un tiempo, aunque la gente seguía trabajando, se aplicó la cuarentena para que no salieran de sus fincas (...) las personas no salían por el miedo que había frente al virus” (Alirio, junio 2021). Esta idea de cumplir las medidas por temor al contagio, era un efecto de la manera como se había planteado las medidas de prevención, pues existía una estrategia de gobernanza donde el individuo era responsable de evitar el contagio, si cumplía con lo que se le sugería (Brown & Zinn, 2021) Así, detrás de cada una de estas medidas propuestas por el Estado para enfrentar el covid-19 existieron discursos que crearon y mantuvieron las barreras entre lo normal y lo anormal que se definieron desde los expertos.

En este caso el Estado, con sugerencia de médicos, implementó normas sobre el comportamiento de las personas, de manera que cuando se conoció el primer caso tanto el gobierno nacional, como las alcaldías y gobernaciones establecieron normas que apuntaban a un control sobre toda la población. Junto con el confinamiento se propusieron más medidas, como el uso del tapabocas, los toques de queda, los cierres de departamentos, ciudades o pueblos; el pico y cédula o pico y género; la restricción del número de personas que salían a hacer compras por casa. Ante esto, el control por parte de la policía o del ejército se convirtió en un aspecto fundamental, pues estas instituciones eran las encargadas de vigilar el cumplimiento de quienes salían de la casa; existieron retenes de control vehicular y en caso de que no se cumplieran las medidas imponían comparendos.

En el caso de Cundinamarca, aunque había unas medidas generales, cada pueblo tenía cierta potestad sobre los pormenores de las medidas en la práctica. En Gachetá y Agua de Dios la Policía creó retenes en donde se encargaron de controlar el acceso al municipio pues adecuaron piedras en las entradas para evitar que pasaran vehículos y en algunos casos peatones. Esta misma institución en ambos municipios era la encargada de controlar quién salía de cada casa a hacer mercado, a qué se dedicaba cada persona y en caso de que

alguien incumpliera las normas la policía aplicaba comparendos. Es posible que la potestad de estas regiones cercanas a Bogotá estuviera determinada por los discursos del riesgo que se asociaba las cifras epidemiológicas como un lugar con mayor riesgo de contagiarse, por consiguiente, quienes vinieran de esta zona también representaban un riesgo. De igual forma, en Villapinzón la Policía también tenía un control sobre los habitantes de las veredas y cuando hacían las rondas pasaban más que todo por las tiendas en donde vendían cerveza, porque era donde menos se ponían en práctica las normas de bioseguridad. Según lo que me contó Alirio en “un inicio solo mandaban a la gente para la casa, pero luego si los sancionaron por no cumplir y hasta cerraron varios negocios” (Alirio, junio 2020).

En el caso de Santa Bárbara de Pinto, sucedió que la Policía estuvo presente durante el confinamiento, pero empezaron a rondar más por orden del alcalde cuando a la gente ya se le había quitado el pánico y se estaban desordenando mucho frente a los toques de queda y la ley seca; por esto la policía tenía que estar controlándolos. En Inírida, el rol de la Policía era parecido, pero, quizá, por la cantidad de habitantes en Inírida el control se dio en otras dimensiones. Desde la experiencia de Juan José, a todo el que estuviese por fuera incumpliendo los toques de queda la Policía le ponía un comparendo. De esta manera, sí había un control, aunque después daban opciones para que las personas no pagaran ese comparendo. Inicialmente, proponían limpiar la calle para evitar la sanción e incluso en un momento que hicieron muchos comparendos optaron por ignorar las sanciones o en otros casos otorgaron un 40% de descuento por pronto pago.

La existencia de estas medidas llevó a un incremento de burocracia en la relación entre el Estado y la población llevó a que algunos aspectos como la movilidad, los horarios laborales, el acceso a algunos servicios dejaran de ser una decisión personal a estar interpelada por normativas donde el Estado tenía un mayor control sobre las acciones individuales. Se hizo evidente que el control del Estado era un asunto que estaba más presente y esto implicó más tramites o permisos en diversos aspectos. Por ejemplo, en Agua de Dios quien quisiera salir del municipio durante la temporalidad del confinamiento debía solicitar un permiso a la alcaldía y firmar un documento en donde aseguraban que no iba a volver. Hasta acá en mi análisis pude reconocer que, a partir de la experiencia de mis interlocutores, se exponía una percepción del Estado como controlador o con más

regulaciones. Es decir, había una experiencia donde las instituciones oficiales estaban mucho más presentes en la cotidianidad de la población, a partir de los decretos que les daban más potestad para poner sanciones, prohibir la circulación libre y limitar lo que hacían las personas en cada región.

¿Un Estado presente o ausente?

La idea inicial de instaurar políticas de salud pública que decían cómo debíamos comportarnos, cuándo debíamos salir o qué se permitía hacer, apuntaron a un contexto nacional homogéneo que entró en disputa con la realidad de las regiones y con la efectividad de las normas. En zonas donde prevalecía el trabajo informal, las personas empezaron a solicitar ayudas económicas y mercados para poder quedarse en casa. Tal como lo relataba

Omar, la idea de que íbamos a cumplir estas normas de manera indefinida no era posible, “al cabo de unas semanas, cuando se comenzaron a agotar los recursos, la gente que vivía de la informalidad se volcó a la calle, hubo mucho enfrentamiento e incluso la misma gente los juzga, cuestionado cómo iban a salir y no se iban a quedar en sus casas” (Omar, julio 2020). Tal reacción no fue exclusiva del sector informal, sino también de empresas formales que requerían de sus trabajadores para continuar sus labores.

Durante la segunda temporalidad, las políticas de prevención y el control social se empiezan a transformar debido a las exigencias que se le hacían al Estado colombiano. Y como respuesta surgen dos escenarios, por un lado, se refuerza un discurso de apoyo a la población mediante el programa televisivo de Iván Duque donde muestra los mercados y subsidios que llegan a quienes más lo necesitan. Por ejemplo, en Santa Bárbara de Pinto se entregó el subsidio de la pandemia y los estudiantes del colegio contarán con el PAE (Programa de Alimentación Estudiantil) para que les llegaran mercados a las casas, lo que hizo que se percibiera más esas representaciones del quehacer estatal.

Por otro lado, se empiezan a transformar las medidas oficiales dándole mayor autonomía a los gobiernos locales y mayor responsabilidad a las personas para gestionar el riesgo frente al covid-19, lo que da paso a la biopolítica informativa. De manera que el Estado sugería

no salir de casa, pero si alguien decidía hacerlo era bajo su responsabilidad, pues cada persona sabía cuáles eran los mecanismos de prevención y cuidados que habían sido compartidos por expertos. Y para quienes se quedaban confinados aparentemente había apoyos para que no les faltará nada y cumplir con la campaña “me quedo en casa” que la promovían medios de comunicación, médicos e instituciones oficiales. Con esto, la percepción que se empieza a construir es la del Estado que le otorga autonomía a la población a partir de las medidas de bioseguridad.

Frente a esto, algunas personas seguían cumpliendo con las medidas, pero también estaban quienes creían que el uso del tapabocas, el alcohol, o gel antibacterial y el distanciamiento social no serían medidas efectivas, y en la práctica realmente había muchos lugares en donde la gente optaba por cumplir algunas de las normas, pocas veces se cumplían todas las normas.

Tal como como sucedía en Barranquilla “yo creo que el cuidado respecto a las normas de bioseguridad de pronto era con el tapabocas, pero el distanciamiento era muy poco (...) creo que algunos llevaban antibacterial o el alcohol o la agüita, pero no era una gran proporción” (Omar, julio 2021).

Así, en el trabajo de campo empecé a reconocer que tras esta idea de cuidado²⁴ que se propuso por el Estado había unos campos de disputa que daban cuenta de que esa noción de una maquinaria organizada, con un mandato central y un impacto claro de las políticas públicas no funcionaba en lugares como la costa caribe o la Amazonía. Tal noción de efectividad que quería comunicar Duque respecto al manejo adecuado del covid-19 se apoyó a partir de los altos funcionarios del gobierno quienes, desde sus oficinas, afirmaban casi siempre con contundencia la idea de una actuación unívoca y ordenada. Los boletines de prensa y los discursos eran también retomados por algunos medios, impresos y audiovisuales, para ser expuestos ante el público amplio, produciendo la imagen de un aparato centralizado y coherente (Escalona,2011. p66).

²⁴ Que defino como una finalidad que hace parte de una organización social que supone prestar atención al rol de las políticas sociales en la provisión, regulación, actividades de cuidado asignadas por las distintas organizaciones. En efecto estas actividades de cuidado se encuentran moldeadas por vínculos interpersonales que, necesariamente, obligan a pensar tales arreglos en su mutua dependencia (Esquivel et al. 2012). En este caso el arreglo se da entre la población y el rol de control estatal que se asocia a las instituciones.

Sin embargo, la comunidad de conversación que establecí contribuyó a entender que cuando el Estado impuso normativas de cuidado y estableció un discurso de control social sobre los individuos, lo que realmente sucedió es que empezó a surgir un cuestionamiento que le hacían las personas al Estado desde sus regiones. Cada uno de mis interlocutores reconocía que en su cotidianidad la noción de un Estado coherente y presente no era tan fuerte, pues con la pandemia se hicieron evidentes las deficiencias institucionales del sistema de salud y en las instituciones del control. A pesar de que ellos reconocían al Estado en su día a día, sus efectos eran menos contundentes y prácticos de lo que decían los discursos o las cifras.

Esto también me llevó a identificar que había una percepción del Estado que estaba marcada por la percepción de su ausencia o presencia en cada una de las regiones. Es decir, a partir de la autonomía que se le estaba otorgando a las personas para que se cuidaran, era posible reconocer que la intención de control sobre la población era insuficiente si no se tenían recursos para aplicar esos mecanismos de cuidado que proponía el Estado. En las distintas zonas del país la población intentó cumplir con los puntos de desinfección y distanciamiento social con lo que tenía disponible.

Entonces en la costa caribe ante la dificultad de tener agua disponible para los lavamanos, las personas adecuaron unos con implementos plásticos y agua estancada para poder cumplir con esas medidas y que el gobierno les diera permisos para abrir restaurantes o activar el turismo. Si bien esto no aseguraba que la propagación de la enfermedad se mitigará o que las personas realmente se lavaran las manos, fue la única opción que encontraron estas comunidades para cumplir con las solicitudes estatales. Tal como se evidencia esta fotografía tomada en un municipio aledaño a Barranquilla donde apropiaron estas medidas para poder cumplir con las políticas de bioseguridad.

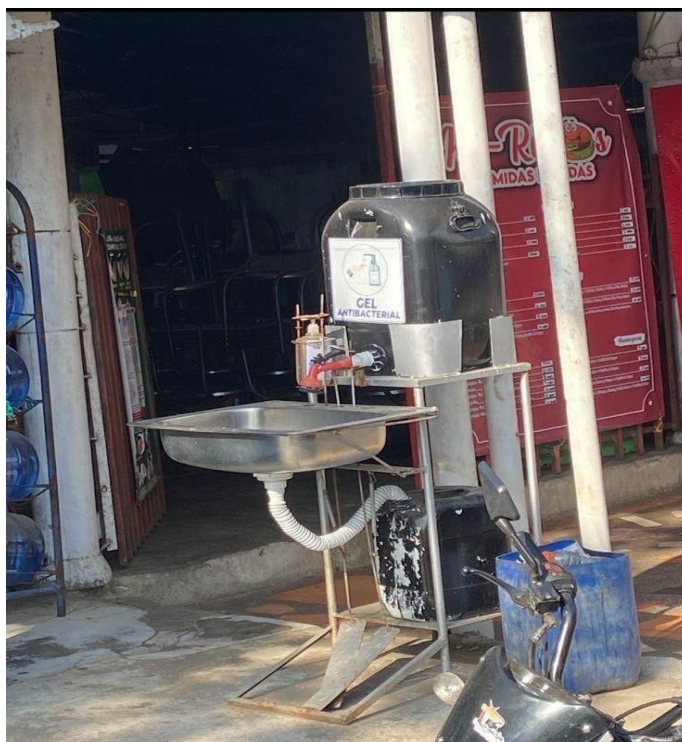


Imagen 5: Lavamanos creado por la población para poder reactivar un Restaurante. Tomada por Omar Gutiérrez

Aunque la ausencia del Estado se hizo evidente en otras zonas, el covid-19 también fue un precedente para que llegaran ayudas o beneficios. Lucía relató que, en Pinto, por ejemplo, con lo del covid-19 el Estado tuvo más presencia en la zona. A pesar de que estaba el alcalde y la policía, no había servicios públicos como la luz eléctrica e incluso la gente vivía con el dinero que conseguían trabajando como jornales. Con la pandemia primero llegó el servicio de luz a la región lo que permitió un desarrollo comercial, ya que fue posible poner negocios como heladerías o bares.

Con lo anterior se puede pensar que en la cotidianidad de las personas la percepción del Estado se construyó desde múltiples aspectos. Entre ellos, la puesta en marcha de medidas que mitigaran el riesgo, pero también desde el control oficial donde la población reconocía qué se tenía permitido hacer y qué no. Sin embargo, en ningún caso el Estado opera de igual manera para todo mundo, de ahí que algunas personas construyan una noción de Estado ausente por falta de garantías para cumplir con las medidas oficiales de prevención. Pues tal como afirma Farfán et al. (2012) el interés de las políticas públicas no es proporcionar beneficios a la población en general, sino que se procede de forma selectiva.

En el caso del covid-19 esto se hace evidente en la medida que pensar en puntos de desinfección, lavamos y espacios con distanciamiento social, fue posibles en contextos donde la población tenía los recursos económicos para efectuar estos cuidados. Al tiempo, las primeras personas que tuvieron que salir y enfrentarse a la posibilidad del contagio eran personas que no habían recibido algún tipo de ayuda para mantenerse en casa. A pesar de que se pensarán en mecanismos de distanciamiento e incluso se promoviera el uso de trajes anti fluidos o mascarillas, las personas que estaban más expuestas resultaban ser trabajadores que debían escoger entre trabajar aun cuando se exponían o quedarse en casa pasando necesidades. Finalmente se había convertido en una responsabilidad individual enfrentar el contagio y los ritmos de reactivación.

Cuando se empieza a plantear políticas públicas para retornar espacios colectivos de trabajo o de educación a finales del 2020 e inicio del 2021 esta ausencia del Estado vuelve a ser un asunto de debate entre mis interlocutores y en sus poblaciones. Tales políticas de retorno partían de la noción de igualdad de recursos para implementar las medidas de bioseguridad como lavamanos, distanciamiento social de dos metros entre personas y ventilación en espacios cerrados. Tales requerimientos resultaban difíciles de cumplir en zonas como Santa Bárbara de Pinto o en Garza Morichal porque si bien era necesario volver a las aulas porque no había infraestructura de conexión a internet, tampoco los colegios contaban con la básico para que fuera un retorno seguro.

Ante la necesidad de volver a la normalidad hay una petición por parte del gobierno, el retorno a las aulas, para ellos es fácil que volvamos al colegio, porque eso es lo que quieren, pero no nos aseguran la bioseguridad de los niños ni de nosotros. Estamos peleando que nos lleven el agua, al menos para el lavado de manos, nosotros queremos arrancar a dar clase y vamos a tratar de cuidarnos lo que más podamos, porque igual no hay esa cantidad de contagio. (Lucía en Santa Bárbara de Pinto. febrero, 2021)

En el caso de Garza Morichal el retorno a las aulas se hizo bajo la responsabilidad del colegio, allí no contaban con todo lo que requerían porque al funcionar también como internado se necesitaban cumplir más normas. Sin embargo, adecuaron algunos mecanismos de distanciamiento apenas retornaron a las aulas en octubre del 2020, tenían algunos lavamanos y contaban con ventilación en las aulas. Pero todo esto lo asumieron

docentes y directivos, el Estado no contribuyó lo necesario para que fuera un lugar bioseguro. Así que la noción de cuidado allí fue pasajera, por lo que el contacto entre la población externa era poca y en su mayoría los espacios eran abiertos. “Con la medida que sí contamos es que son espacios con buena ventilación” (Lionel, junio 2021).

La dualidad entre la presencia o la ausencia del Estado en gran parte de Colombia se debe porque previo a la pandemia, existía una ambigua e incluso contradictoria presencia institucional en las regiones alejadas de los centros de poder nacional Arroba et al. (2011. P 18). Y con la pandemia esta presencia ambigua se agudizó porque a través de instituciones, programas e intervenciones el Estado aparentaba estar presente, pero en realidad en zonas de norte y del sur del país poner en práctica las políticas públicas en el sistema de salud no era posible y tampoco se materializaba un apoyo efectivo frente a las necesidades básicas.

Replicando el quehacer estatal



Imagen 6: Zona de desinfección en la Costa Caribe. Marzo 2021. Tomada por Omar Gutiérrez

Ante la ausencia estatal o la poca efectividad de las instituciones una de las dinámicas que cobró relevancia fue suplir algunas necesidades o medidas a partir de la misma comunidad. Durante los diálogos que mantuve con la comunidad de conversación, pude identificar que existieron acciones que replicaron el quehacer estatal dependiendo de la presencia de

instituciones y recursos que existía en cada región. Esto implicó adecuar de lo que disponían para cumplir o complementar acciones colectivas para mitigar el riesgo de contagio. En efecto, esta iniciativa era resultado de la creatividad de la población que surge en medio de la necesidad de enfrentar una enfermedad desconocida. Así que optaron por reinterpretar algunas medidas oficiales y cumplirlas a su manera. Se crearon normativas propias dentro de la población para mantener el control a pesar de que no había una presencia del Estado tan fuerte como en otros contextos.

En una playa cercana a Barranquilla la reactivación dependía del turismo, allí tenían que cumplir con algunas medidas para poder permitir el ingreso de las personas a la playa. De manera que las personas que vivían de las actividades en la playa se dieron a la creación de este punto de desinfección. Tomaron algunos palos y formaron una estructura que imitaba un cubículo junto con un lavamanos, para proveer el agua tomaron un pequeño tanque que ellos mismo llenaban y tenían algunos letreros sobre el distanciamiento social, el uso del tapabocas y la desinfección de las manos. Aunque en la práctica las personas realmente no implementaban este punto, fue la única manera para que las autoridades permitieran la reactivación en esta región



Imagen 7: Carteles con las medidas de bioseguridad que eran obligatorias en el punto de desinfección. Marzo 2021. Tomada por Omar Gutiérrez

Otra de las réplicas sobre lo que hacía el Estado, fue la creación de retenes a lo largo del país. En varias de las regiones la población se encargó de crear retenes con una infraestructura artesanal, las piedras se convirtieron en el elemento principal para evitar el

paso de carros o personas por las vías principales. En algunos casos era un trabajo híbrido con la policía, pero en su mayoría fueron iniciativas que surgieron entre los habitantes que tenían temor durante la primera temporalidad. Uno de los casos que más me impactó fue en el sur del país en el departamento del Cauca. Allí la población se encargó de ubicar el punto de acceso a su vereda, pusieron un palo con la bandera de Colombia y el palo se mantenía abajo para que no pudiera pasar ningún vehículo.

Dos metros antes del paló había unas sillas en donde se hacían las personas a las que les tocara la guardia. Como esta zona del país está conformada por comunidades indígenas y campesinas, ellos mismo se organizaron para asignar a quiénes las tocaba cada turno. De esta manera, quienes estaban ahí eran los que se encargaban de controlar el ingreso y la salida, e incluso cuando llegaba un carro las personas encargadas tenían a su disposición una especie de fumigador con alcohol y agua para desinfectar el vehículo antes de que siguiera. Al lado de estas sillas, unos metros más atrás, había una especie de cuarto que construyeron las personas de la comunidad con palos y lonas verdes. En este cuarto se llevaba a cabo el proceso de desinfección que debían hacer las personas que quisieran ingresar tal como se puede evidenciar en la imagen 7.



Imagen 7: Retén para controlar el acceso de la población en el Cauca. Tomada por: Leonardo Bejarano

Aunque lo sugerido en las normas de bioseguridad era el uso del alcohol y el gel antibacterial en esta región del país las medidas se reinterpretaron y las adaptaron. La desinfección se realizaba en el cuarto que se construyó y no se hacía con alcohol sino con un sahumero de varias yerbas, así que la persona entraba y se desinfectaba con el vapor. Aparte, había fabricado un jabón con productos y hierbas que para ellos desinfectaba mejor que el resto de los jabones. Luego de este proceso la persona si podía seguir su camino, pues para ellos quien lo hiciera ya había pasado por un proceso de desinfección que evitaba que el virus llegará.

En efecto, esta reinterpretación de las normas se puede analizar a la luz de los aportes teóricos de los Estudios en ciencia, tecnología y sociedad. Donde se da una mirada a los fenómenos que conlleva una interconectividad entre la naturaleza y la sociedad con una visión coproductorista. En este el covid-19 llevó a que en esta región del país se establecieran nuevos objetos y fenómenos que tuvieron un nombre y significado diferentes a los establecidos por expertos, pero que estuvieron permeados por una portabilidad del conocimiento. Esto según lo deja ver Jasanoff en su texto *State of knowledge* (2004) corresponde a las prácticas y procesos que conlleva a que un conjunto de ideas tenga cierta supremacía sobre otras, estas en efecto tienen mayor credibilidad porque se sustentan desde los expertos y lograr transportarse a través de las diferentes culturas. En el caso de esta comunidad la creación de estos nuevos objetos y fenómenos como la desinfección a partir de sahumeros y de jabones que para ellos tenían mayor efectividad que el alcohol conlleva entender la producción como practica de conocimiento que responde a las creencias y prácticas culturales que reflejan esa coproducción en los discursos y las representaciones del covid-19.

Al crearse los retenes, el cierre de vías o los límites de circulación dentro de cada una de las regiones, según lo relatan mis interlocutores, se tenía como fin imitar el control del quehacer estatal y sus efectos en la población. Por lo general, estos espacios colectivos importantes al tener un control terminan representando la soberanía y se experimenta una idea de seguridad frente al peligro aun si “nada sucede” (Das & Poole, 2008). En este caso del covid-19, las nociones que tenía la población hacían que este mecanismo de control era algo efectivo, para evitar la propagación de virus. Aparte, representaban la reinterpretación

de las medidas oficiales en donde se mantenía algunos cuidados, pero adaptados a los recursos que se tenían y a lo que se creía. La desinfección de vehículos y personas fue parte de las medidas biopolíticas que propuso el Estado, pues frente al tratamiento de otras enfermedades como las transmitidas por Aedes la fumigación había sido de utilidad frente a la idea de mitigar transmisiones a partir de la higiene del espacio y la desinfección aérea. No obstante, esta región del Cauca es el claro ejemplo de que las personas apropiaron algunas cosas en la medida que lo podían cumplir y regular.

Adicional a estos espacios de control colectivo, se ejerció un control puntual por parte de los individuos en cada una de las regiones. En Leticia una de las dinámicas de control era que la misma población se encargaba de regular la salida o el ingreso de personas a sus casas. De manera que existía un control entre la propia población, en lugares donde la presencia del Estado no era muy evidente. Por lo general, cuando alguien salía mucho era una especie de alerta para las personas, porque existía un riesgo de contagio. Había un control o vigilancia que recaía ahora sobre la población y situaba a los individuos en una posición que se asociaba a lo moral porque se creía que quien sí cumplía las medidas a pesar de que no había un comparendo, no iba a ser la persona que contagiara a los vecinos.

En mi análisis, gracias a los aportes de la comunidad de conversación, pude reconocer que durante la temporalidad del confinamiento había una percepción de un Estado con más normativas que apuntaban al control sobre el cuerpo y la salud a partir de medidas radicales de confinamiento. En la segunda temporalidad de la reactivación, está la noción de un Estado que delegó la responsabilidad del cuidado en la población, llevó a que se cuestionara su presencia o ausencia en cada una de las regiones, a la hora de pretender que las personas cumplieran con las medidas oficiales que se había propuesto a nivel nacional. Por último, en esta tercera temporalidad que sitúa a un Estado en la dualidad entre lo eficiente y lo deficiente, el Estado le otorga la responsabilidad de prevención al individuo, al tiempo que presenta el mecanismo de vacunación como la medida más eficiente para combatir la enfermedad en todo Colombia.

La vacunación una representación de la (d)eficiencia estatal.

El Estado colombiano durante el 2021 intentó seguir con las medidas oficiales de prevención que había planteado. En ciudades como Bogotá, con la llegada del segundo pico, fue necesario volver a tener toques de queda, cuarentenas sectorizadas y se puso de nuevo una pausa a algunas actividades. Hasta ese momento, se percibía un Estado intermitente que aparecía con mayor fuerza cuando las condiciones epidemiológicas lo requerían. Hacia el mes de febrero se conoce la medida de salud pública más importante, la vacunación sería un hecho en el país. El ministerio de salud que había trabajado de la mano con el sistema biomédico expuso lo que sería el plan de vacunación. Esto con el fin de proteger primero a la población más propensa a contagiarse por factores de edad, por ocupación o por tener alguna comorbilidad de salud.

Tal como se habían planteado las políticas de prevención, se propuso un mecanismo de vacunación que funcionaría de igual manera en todo el territorio nacional. No obstante, en las conversaciones que sostuve con mis interlocutores pude identificar que la eficacia del plan de vacunación podría estar entre dicho. “Todavía no nos hemos vacunado, pues están por llegar los vacunadores, pero nos tienen con ese cuento hace como dos meses”. Esto fue lo que me contó Lionel cuando hablamos el 14 de agosto del 2021. Le pregunté si él como docente ya había sido vacunado o si la población con quien él compartía, que en su mayoría son comunidades indígenas, estaban en proceso de vacunación. Casi dos meses después, para el 5 de octubre le volví hacer la misma pregunta ¿Cómo va la vacunación, ya te vacunaste? Y su respuesta no cambió mucho “no, mira que no ha llegado nada de las vacunas, ni ha llegado la comisión médica. Los rumores dicen que llegan este mes, pero yo no creo que vengan”.

Ese mismo día había hablado con Juan José y le pregunté qué sabía de las vacunas en las poblaciones que están en el río Inírida. Me dijo que no sabía pero que ya me averiguaba, una hora después me llegaron algunos mensajes reenviados de una conversación que él estaba teniendo. El primer mensaje era una imagen del ministerio de salud que alertaba que algunos delincuentes estaban llamando a pedir datos para agendar la dosis de vacunación. Luego de esto, llegaron los mensajes que había enviado una trabajadora de la secretaría de salud departamental quien le contó que para vacunar a las poblaciones más alejadas varias

comisiones ya habían salido por el río, y que habían ido con el apoyo de la fuerza pública. Sin embargo, le dijo que si quería más información debía tener que hablar directamente con la secretaria.

A pesar de que la mayoría de las comunidades que había cerca al río son indígenas y frente al Covid-19 tuvieron lineamientos diferentes a de prevención, detección y manejo diferentes al resto de la población colombiana. Sin embargo, cuando se planteó una política colectiva de mitigación como lo era el plan de vacunación, se mantuvo la potestad de las poblaciones étnicas, pero también se llevó a cabo un proceso de socialización sobre las ventajas que habría si se vacunaban. Las diferentes instituciones en Guainía tenían estrategias de divulgación sobre la importancia de la vacunación con el fin de lograr que las comunidades aceptaran de manera voluntaria. Esto llevó a que la población generara una expectativa sobre la posibilidad de que el Estado hiciera presencia a través de estos mecanismos de protección, estaba el rumor de que irían hasta allá a vacunarlos, pero no había mayor claridad de cuándo sucedería eso.

La vacunación, así como la mayoría de las medidas que fueron implementadas por el Estado colombiano están enmarcadas dentro del sistema biomédico. Desde el momento que se conocieron los primeros contagios médicos epidemiólogos trabajaron de la mano con el gobierno para saber qué medidas debía apropiar la población y mitigar el riesgo de contagio. En el programa Contagiamos de Solidaridad, Iván Duque estaba acompañado de médicos que argumentaban los cuidados y respaldan las medidas que se estaban comunicando a través de este programa Esto por supuesto respondía al desconocimiento que tenía la población en general sobre el covid-19 y al hecho de que la biomedicina contribuyera, desde su experiencia con otras pandemias, a entender las enfermedades que pueden invadir los límites de los cuerpos individuales tales como infecciones o virus (Pool & Geissler 2005).

Con esto en mente, la inseguridad global por la covid-19 situó el conocimiento de los médicos y de las instituciones estatales en un punto donde la población seguía sus sugerencias. Es así como a lo largo de la primera temporalidad la población empieza a implementar un lenguaje técnico sobre la enfermedad, que era desconocido y con el tiempo

se hizo familiar. Entonces entender y hablar de términos como cerco epidemiológico, contagio, transmisión del virus, medidas de bioseguridad e incluso entender la existencia de variantes epidemiológicas como Alpha, Delta y hasta ómicron se convirtió en el reflejo de cómo los expertos comunicaban a la población la información del covid-19.

Al igual, tener síntomas o ser asintomático también fue un resultado de esa noción biomédica que se construyó del covid-19. Llevó a las personas a tener que adquirir un conocimiento para reconocer la enfermedad, entonces si tenían fiebre, falta del sentido del gusto o del olfato, dolor de garganta y dolor muscular era porque existía una alta posibilidad de tener covid-19 y, por consiguiente, de contagiar a quienes estuvieran cerca. Así que las personas debían pasar por un proceso de certificación a través de prueba que ofrecía el sistema de salud y en caso de acceder debían tener unos cuidados en casa sugeridos por los médicos.

Con lo anterior se puede reconocer que a lo largo de la pandemia el sistema biomédico determinó el accionar del Estado para prevenir la enfermedad. Así, se identificó un régimen político y discursivo respecto a cómo se presentó el covid-19 para los colombianos. Sin embargo, la mayor influencia de la medicina dentro del control político se hizo evidente con el proceso de vacunación, ya que esta era una representación de las estrategias biopolíticas y de la noción de salud o enfermedad planteada por la biomedicina. Razón por la cual en este apartado quiero exponer cómo para mi comunidad de conversación la vacunación es una representación de la eficiencia o deficiencia del Estado en sus regiones.

Para ello, en mi análisis parto del hecho de que la vacunación es un mecanismo que representa al Estado porque cabe dentro de las políticas de salud pública para enfrentar la enfermedad. Adicional al hecho de que la vacunación tuvo un carácter de obligatoriedad que se impuso en gran parte del país, a partir de discursos y acciones donde las personas de alguna u otra manera si tenían el acceso a la vacuna debían aplicársela. Además, el discurso de protección que apropió el Estado a partir de la disposición de las vacunas hace que la comunidad de conversación percibiera la vacuna como una representación de la eficacia del accionar del Estado.

El proceso de vacunación en Colombia inicia en medio de la reactivación y el tercer pico de contagio. Tras gran expectativa, el 15 de febrero del 2021 llegaron 50.000 vacunas de Pfizer, el gobierno afirmaba que se tenía uno de los planes de vacunación más completos y que de esta manera pronto se lograría la inmunización al trabajar con las EPS e IPS. En los lugares con menor número de habitantes se dio la orden de pasar por las etapas²⁵ de manera más rápida que en las grandes ciudades. El fin único de esta política era lograr que la mayor parte de la población tuviera una de las vacunas que llegaban al país para así reducir las cifras de contagios y de muertes, pues se debía lograr la inmunidad del rebaño vacunando al 70% de la población. Con esto, la experiencia de la población en cada una de las regiones que analizo en esta investigación se divide entre quienes tuvieron un acceso fácil a la vacuna porque confiaban en las vacunas, hacían parte del sistema de salud y vivían en lugares de fácil acceso; entre quienes tuvieron la “obligación” de recibir la vacuna aun cuando no estaban muy seguros; y entre quienes hasta cuando se hizo este trabajo de campo no se habían vacunado porque no habían tenido acceso.

Entre quienes accedieron de manera voluntaria y rápida a la vacuna estaban los habitantes de Gachetá, pues cuando hablé con Leydi durante la primera semana de julio del 2021, me contaba que allí ya todo el mundo estaba vacunado, hasta los jóvenes de 19 años. Y que para entonces estaba llegando la vacuna de Johnson que era la que estaban aplicando hacía 15 días en el municipio. Agregó que la vacunación estaba funcionando con éxito, al igual que lo relató Omar en Barranquilla quien contó que fue en el mes de Julio que mejoró el proceso, pues muchos de sus amigos y compañeros de trabajo que por ser docentes entraban en fase 3 del plan de vacunación propuesto por el Estado, ya estaban vacunados. Su esposa también lo estaba con las dos dosis y desde su experiencia ya no había trámite para agendar la vacuna, incluso en la caja de compensación que quedaba cerca a su casa ya vacunaban a todo el mundo que estuviera en el rango de edad que se tenía permitido hasta el momento.

²⁵ El gobierno diseñó un plan que estaba dividido en cinco etapas. La primera etapa estaba dirigida para los trabajadores de la salud, quienes apoyaban en la atención del covid-19 y mayores de 80 años. La segunda etapa incluía al resto de personal de salud y personas entre 79 y 60 años. En la tercera etapa estaban las personas entre 50 y 59 años, docentes, fuerzas militares, policía, guardias indígenas y cimarronas. En la cuarta etapa estaban las personas entre 40 y 49 años, reclusos, cuidadores institucionales, bomberos y socorristas. Y, por último, estaba la etapa 5 que incluía a la población mayor de 16 años no priorizada (Ministerio de salud, 2021).

Aunque la experiencia de Omar en particular si estaba marcada por los rumores sobre la efectividad de estas vacunas. Él no quería vacunarse porque consideraba que esto lo que estaban inyectando no encajaba en el significado de lo que es una vacuna para él, porque no prevenía ni neutralizaba los antígenos que causaban la enfermedad. Su percepción era que la vacuna mejoraba el sistema inmune, pero no hacía mayor cosa.

“Cuando fueron a vacunar a mi esposa le dijeron que le iban a poner esa vacuna pero que no evitaba que le diera covid-19 o que se contagiara, entonces ¿para qué la vacunan? (...) Además, tengo varios casos, por ejemplo, un señor con doble vacuna y dio positivo para covid-19 y murió, podríamos pensar que es uno en millones” (Omar, 2021)

Él consideraba que la vacuna debía funcionar como lo hacían las otras, pues desde su experiencia con una vacuna ya no daba la enfermedad. No obstante, no descartaba hacerlo en algún momento, porque estaban quienes le decían que él era “el hijo de menos mai” es decir que le reclamaban que por qué no se vacunaba y le preguntaban si acaso tenía algo de diferente a los demás. En el caso de Lucía la situación no dista mucho, el proceso iba muy bien, se estaba cumpliendo a cabalidad lo que el gobierno estaba ordenando y como Pinto es un municipio con menos de seis mil habitantes allí también habían estado vacunando a toda la población que tuviera de 12 años en adelante.

Así cada uno desde su experiencia cercana daban cuenta de un proceso muy completo porque habían tenido un acceso rápido a la vacunación. Sin embargo, a través de WhatsApp, Lucía me contó que la gente era muy temerosa porque había una mala información sobre las vacunas “estaban quienes creían que le iban a poner un chip y que la segunda dosis era una recarga”. Existían una cantidad de mitos sobre lo que pasaría si se vacunaban, incluso desde que el presidente dijo que iniciaba el proceso de inmunización por redes sociales los papás del colegio donde trabaja Lucía rotaban videos de gente que hablaba diferente a raíz de la vacuna como una manera de mostrar que ellos no se vacunarán porque iban a terminar así.

En la Amazonía, sucedió algo particular porque es una de las regiones en donde operan los sistemas de salud alterno o adaptados, en los cuales prevalece el conocimiento indígena para enfrentar la enfermedad. Este caso no fue la excepción, a pesar de que la concepción del covid-19 en las comunidades indígenas era particular, la construcción social del covid-19 en esta zona se determinó por lo que se decía a partir de la biomedicina. De manera que la vacunación se presentó como una medida que sí o sí debía cumplirse. Las comunidades indígenas que se ubicaban en cerca de Inírida, según lo relata Juan José, no creían en la existencia del virus como lo decían las instituciones, por lo cual percibían la vacuna como un mecanismo de control sobre ellos y en general sobre la gente. Ante esto, la secretaría de salud tuvo que iniciar campañas desmintiendo los rumores y aclarando que el virus sí era real, no obstante, las campañas en su mayoría tenían información desde la biomedicina y la información que se daba en lengua era muy poca, casi toda era en español.

En el caso de Inírida, para finales de julio una parte de la población ya se había vacunado con Sinovac que era la vacuna que estaba disponible, sin embargo, la gente en esta región era escéptica a vacunarse o le tenían temor por el tipo de secuelas que pudiera dejar. Existían rumores que hablaban de que unas vacunas eran mejor que otras, incluso había personas que desconfiaban porque creían que podían generar alteraciones como trombos en el cuerpo. Por ejemplo, Juan José relataba que él se había escuchado que Sinovac no era tan buena porque podía causar trombos, pero pues que igual era lo que había, aunque algunas personas sí tenían miedo” (Juan José, junio 2021). Frente a esto, en la última semana de julio del 2021 la Secretaría de Salud de la región decidió rifar un computador entre quienes accedieran a vacunarse, para incentivar el proceso de vacunación masiva. De esta manera, la mayoría de mis interlocutores consideraban que el Estado había sido eficiente en la implementación de las vacunas, para ellos y ellas su distribución había sido efectiva y en sus entornos más cercanos las personas a pesar de la duda habían aceptado la vacuna.

En zonas como Garza Morichal, también en el Amazonas, el asunto era diferente, pues no se sabía cuándo se iba acceder a la primera vacuna. Según lo expresaba Lionel no existía una intención de inmunización pronta. Para él la logística misma del Estado hacía complejo el acceso a las vacunas, porque para llegar al lugar donde él estaba y a las comunidades cercanas era necesario un trayecto de dos días por el río Inírida. Así, la forma como se

planteó la vacunación hacía que fuera inviable vacunar a las personas allí por la falta de infraestructura. En Agua de Dios, aunque es un lugar que sí tiene infraestructuras para la distribución de vacunas también existía una deficiencia en la estrategia de inmunización, pues vacunarse era un asunto de suerte o de palanca.

Al hacer el trabajo de campo de manera presencial identifiqué, que, a pesar de que Carlos uno de mis interlocutores me había dicho que el proceso había sido muy exitoso, en la práctica parte de la población no opinaba lo mismo. Cuando dialogué con las mujeres que trabajan en la plaza de mercado su experiencia parecía ser muy diferente. “no, yo no me he vacunado porque no hay segundas dosis, entonces para qué me vacuno (...) igual así estoy bien”. En el caso de Martha que también trabaja allí, no estaba tan escéptica e incluso nos contó que ella ya había pedido la cita para que le aplicaran la primera dosis pero que por ejemplo ese día habían llegado 96 vacunas de Pfizer y ya se habían acabado: “Me dijeron que estaba entre los primeros para vacunar cuándo llegan más vacunas, entonces toca esperar a ver qué” (Martha, septiembre 2021).

Con lo anterior, en esta investigación pude reconocer que la vacunación había sido un mecanismo de salud pública que se veía atravesado por la percepción de eficacia o ineficacia²⁶ del Estado para hacer que toda la población pudiera acceder a esta. Si bien, se reconoce que la mayoría de mis interlocutores hicieron parte del proceso de inmunización de manera efectiva, en varias regiones esto no fue así. La vacunación de una u otra manera es una representación de la presencia o ausencia que puede tener el Estado en la zona, como lo es el caso de Garza Morichal. Al igual, la vacunación también se convirtió en una representación de la burocracia estatal en pequeñas escalas. Por ejemplo, en Agua de Dios identifique que quienes estaban vacunados y hablaban del éxito de este proceso eran en su mayoría personas que tenían algún vínculo laboral con la alcaldía o la gobernación. No quiere decir que el resto de la población no tuviera acceso, pero su experiencia reflejaba diversas dificultades que no se visualizaba desde algunos relatos.

²⁶ Entender al Estado en términos de eficacia o ineficacia es una propuesta analítica que responde a las expectativas que se asocian al Estado por parte de la población cuando empieza a estar más presente a partir de normativas, controles y regulaciones.

Bajo esta lógica la vacunación tal como fue planteada por las instituciones estatales se contempló como la opción principal para poder salir de la pandemia del covid-19. Sin embargo, la experiencia de las personas estuvo marcada por rumores respecto a su aplicación, una distribución mediada por la ausencia estatal, ya que en la mayoría de las zonas periféricas el acceso a la vacuna no era posible y si se lograba era solo una dosis. Esto muestra un desencuentro con los discursos y las cifras brindadas por el Estado. En efecto, la percepción del Estado a partir de la experiencia de mi comunidad de conversación en esta tercera temporalidad estaba mucho más fragmentada debido a las diferencias que surgieron con la vacunación.

Con lo anterior, y retomando las diversas percepciones que identifiqué sobre el Estado: como regulador o controlador a partir de medidas oficiales, delegativo respecto al cuidado autónomo de la población y eficiente o deficiente según el proceso de inmunización, pude establecer una relación entre las percepciones que se construyeron sobre el quehacer estatal a lo largo de las tres temporalidades y la noción de covid-19 que tenían las personas. En efecto, esto se da porque en la relación entre el Estado y la población hay un cambio donde las personas perciben más el control oficial en su cotidianidad. En la caracterización sobre covid-19, lo principal que hacen mis interlocutores es referenciar cada una de las medidas que impuso el Estado.

A su vez, cada uno de mis interlocutores describe la relación de su población con el Estado a partir de los mecanismos de ayuda que otorgaron o no para enfrentar el confinamiento. Así, el covid-19 no era algo que se entendía sólo desde el ámbito de la salud, sino también desde la experiencia social que tuvieron por las medidas biopolíticas que se impusieron. Cabe resaltar, que la relación entre la población y el Estado fue cambiante a la par que cambiaba lo que se conocía de la enfermedad, los cuidados y la noción de riesgo. De ahí que existan múltiples percepciones sobre el Estado a partir de acciones que se tomaban y dependían de los ritmos de contagio a nivel local y nacional.

Si bien la vacunación hizo que la población percibiera un Estado con matices, heterogéneo, dividido y con un discurso de cuidado un poco diferente a la realidad. Es importante pensar en que esta noción de Estado también se construye desde la resistencia de la población, pues, así como el proceso de vacunación no es efectivo porque no llegan las vacunas,

también puede no ser efectivo por la población se resiste a vacunarse en medio de su desconfianza por el quehacer del Estado. Recordemos que en varias ocasiones estos mecanismos de salud propuestos por los expertos han sido producto de críticas e inconformidades por parte de la población, debido a los efectos secundarios de otras vacunas como fue el caso del VPH en la Costa Caribe. (BBC News, 2015)

Hasta este momento mi análisis expone que parte de las transformaciones entre la relación del Estado con la población surgieron por el control social que existió a raíz de las medidas oficiales. No obstante, es importante reconocer que las transformaciones también son efecto de la respuesta que la población tuvo a estas medidas. Si bien se reconoce una población que cumplía gran parte de las medidas propuestas, cuando mantuve algunos diálogos en la comunidad de conversación pude reconocer que había resistencias y reinterpretaciones de tales medidas. Lo anterior, también incidió en los cambios de la relación Estado y población, porque exponía otra noción de la comunidad frente al manejo que se le dio al Covid- 19 desde la salud pública.

Medidas alternas: resistencias, reinterpretaciones y respuestas al covid19 desde la población

La experiencia con las cuarentenas estrictas, el uso del tapabocas, las limitaciones en la movilidad, los toques de queda y el pico y cédula fueron medidas que se aplicaron a toda la población. El Estado estuvo presente a través de cada una de estas y de las instituciones que se encargaron de regular a la población durante cada una de las temporalidades. Sin embargo, esto no era lo único que estaba presente en los itinerarios de cuidado o terapéuticos de la comunidad de conversación. Cada uno en su experiencia relató medidas alternas que había implementado para enfrentar el covid-19 en su cotidianidad. Algunos tenían estas medidas como un modo de resistencia o reinterpretación a las medidas oficiales que proponía el Estado. Otros simplemente complementaban los cuidados “sugeridos” que se habían vuelto obligatorios con los cuidados caseros y cercanos a su noción de covid-19.

De esta manera, en este apartado mi objetivo es mostrar las medidas alternas que conforman el itinerario terapéutico o preventivo del covid-19 que implementó la

comunidad de conversación junto con la población en la Costa Caribe, Amazonas y Cundinamarca. Para esto, es importante aclarar, que por medidas alternas contemplo la automedicación, los cuidados caseros, la medicina alternativa, las prácticas de alimentación e incluso las creencias religiosas. Con cada una de estas medidas quiero exponer las acciones por las que optaron en la comunidad de conversación para restablecer o mantener su condición de salud y que terminaron por afectar la relación en la relación del Estado con la población.

El covid-19 como experiencia social estuvo atravesada por las prácticas de cuidado y terapéuticos que el Estado le comunicó a la población a través de la biopolítica informativa que hacía referencia al antes y al durante de la enfermedad. Esto tuvo efectos en la cotidianidad de las personas, de manera, que cuando existía una cercanía a la enfermedad durante los picos de contagio, las personas querían ir un paso más allá de lo que decía el Estado en términos de cuidado y de tratamientos. Para estos momentos, había exceso de información sobre el covid-19, pero en realidad también era incierto porque seguía existiendo un desconocimiento sobre el contagio y sus efectos, de tal forma que el Estado en el primero y segundo pico imponía ciertas normas, pero las poblaciones tenían una serie de recursos adicionales que apropiaron para afrontar la enfermedad.

Como principal recurso para afrontar una enfermedad está la automedicación, luego de intentarlo si no funcionaba estaban los tratamientos tradicionales (Pool & Geissler.2005). La automedicación estuvo presente en algunas regiones, pues las personas la implementan antes y durante el contagio. Por ejemplo, según las personas con las que hablé en Cundinamarca, se “sabía” que lo único que se podía tomar en caso de ser positivo para covid-19 era el acetaminofén, por consiguiente, si las personas sentían algún malestar optaron por tomarse una o dos pastillas porque con eso se evitaban enfermarse o adquirir el virus. Al igual, en los lugares donde las personas tenían fácil acceso a las farmacias recurrieron a medicamentos como la azitromicina que a mediados de abril del 2020 tuvo cierta popularidad porque se realizaron estudios en otros países donde se quería identificar si con este medicamento se reducía la carga viral del covid-19.

En la primera temporalidad, durante el confinamiento, cuando llega el primer pico de contagio, en las farmacias existió escasez de estos medicamentos, aunque los médicos y las

instituciones sugerían no auto medicarse o no creer en información que no estuviera respaldada por un médico. Pero las personas preferían tratar de evitar afectaciones tomando estos medicamentos. Como los síntomas de esta enfermedad se podían confundir con los de una gripe normal, el rol de los farmacéutas resultó fundamental, porque era más cercano a las personas, de manera, que, si el farmacéuta recomendaba tomar algún antigripal, pues las personas lo hacían. De igual manera, si había un síntoma como el dolor de garganta o la congestión nasal se recomendaba algún medicamento, mientras la persona no confirmara que era covid-19 o estuviera estable.

Teniendo en cuenta que la búsqueda de la salud se puede catalogar como un proceso creativo que responde a la invención, la innovación y el desorden (Pool & Geissler 2005), el covid19 en regiones muy apartadas generó mucha creatividad entre las personas. Aunque la automedicación estuvo presente lo que más marcó su experiencia fueron los tratamientos tradicionales. Esta era la segunda opción o el complemento en caso de que no se cumplieran las medidas oficiales o que la automedicación no fuera efectiva. En el caso de Luisa y Juan José en la región de la Amazonía la mayoría de los cuidados se derivaron del sistema de medicina tradicional indígena.

Por ejemplo, en Leticia y en Santa Sofía los remedios más comunes eran el Té de botoncillo y de Yambú, pero tras de estas bebidas también existía una cuestión de fe. Tal como lo dejó ver Luisa en el video con Leonor donde ella explicaba que habían usado en el resguardo para protegerse. Para ella el covid-19 se entendía a partir del conocimiento ancestral, allá no se concebía la enfermedad como lo habían planteado los médicos expertos. De manera que apropiaron remedios como la manteca de gallina negra junto con la limón toronja en el pecho, esto luego se remojaba para hacer un purgante que bebían las personas, pues allí creían que el virus al estar dentro del cuerpo, si se expulsaba dejaría de afectar a quien lo tuviera. Cuando los casos eran graves no recurrían a los especialistas de la medicina occidental, sino que calmaban los dolores o el malestar con la hoja de malva y orégano, para ellos esto se consideraba como santo remedio

En cuanto a las medidas alternas implementadas en Inírida, como en muchas otras partes de Colombia, se encontraba el jengibre y la moringa porque era lo que se decía debía consumirse para evitar los efectos negativos del virus. Cabe resaltar, que estos productos

no fueron de uso exclusivo en esta zona del país, incluso en Agua de Dios uno de los remedios que resultó más efectivo fue esté. Inicialmente el INPEC (instituto nacional penitenciario y carcelario) llegó a la plaza de mercado del municipio y fue en el puesto de Martha donde encontraron moringa, estaba en su búsqueda porque este remedio natural había funcionado en la cárcel de Villavicencio. Desde entonces, todo mundo estaba en búsqueda de la moringa en el pueblo y se tomaba con agua panela, Martha incluso les explicaba a las personas cómo debían tomar este remedio, pues debía beberse manera progresiva, por ejemplo, una semana por un día, a la semana siguiente por dos días y así sucesivamente. En este caso eran remedios que funcionan antes, durante y después de que se tenía el covid-19.

En Agua de Dios este no fue el único remedio o medida alterna, por ejemplo, el agua de guayabo también era un ingrediente que estaba dentro del agua panela. Al igual, el jugo de cebolla morada se convirtió en uno de los alimentos que aporta vitaminas al cuerpo, por ende, ayudaba a evitar el contagio o sube las defensas del cuerpo en caso de que se adquiriera la enfermedad. En el caso de Barranquilla, la moringa y el jengibre en el agua de panela también fueron protagonistas, sin embargo, allí también utilizaron el bicarbonato de sodio porque creían que neutralizaba en virus en la garganta. Y como lo relató Omar “empleamos una matica que se da en el interior el eucalipto, para vender porque muchas personas la consumían en sus bebidas calientes”

En cada uno de estos casos los recursos naturales o remedios caseros se habían convertido en una opción de cuidado que resultaba más efectiva en sus contextos. Si bien, en muchos casos no hablaban de una oposición directa a lo que proponía el Estado, tales medidas sí eran el reflejo de los recursos que tenía la población a la mano para evitar el contagio o en caso de que se contagiaran no les diera tan duro. Sumado a esto, tales remedios también exponían que había una popularización para enfrentar el covid-19, de manera que se implementaron conocimientos propios de la población para definir la enfermedad y su tratamiento. Un ejemplo de esto lo conocí en el sur del país, en el Cauca, donde el sector popular se enfrentó a la tradición médica profesional por el remedio conocido como interferón. Aunque este no se creó para enfrentar el covid-19, se adecuó a esta enfermedad

y estuvo respaldado por la experiencia de población que lo implementó para mitigar los efectos del covid-19.

Tal popularización del covid -19 llevó a que la enfermedad no se tratará únicamente desde los medicamentos o los remedios para tratar algún malestar. Así, la alimentación también se convirtió en un aspecto indispensable en la cotidianidad de la comunidad de conversación. Poco o nada hablaba el Estado de la buena alimentación para evitar la enfermedad, sin embargo, en las conversaciones más cotidianas las personas siempre se referían a la comida como un mecanismo de cuidado. La alimentación era sinónimo de defensas, de manera que si alguien no se alimentaba bien era más factibles que se contagiara.

Así, mis interlocutores construyeron una percepción de cuidado, en donde el riesgo se mitigaba si las personas consumían ciertos alimentos. Por ejemplo, Omar contó que en Barranquilla no hubo una familia del estrato 1 al estrato 7 que no les dieran a los pacientes que tuvieran algún síntoma la famosa sopa de la patita de pollo, porque subía las defensas. Allí, a partir de este alimento se reforzaba una idea de cuidado que iba más allá de lo que decían los médicos. Se consideraba que con esta sopita las personas tenían una vitalidad que los hacía más fuertes o les ayudaba a recuperarse más rápido en caso de tener el covid-19.

De forma similar sucedió en Santa Bárbara de Pinto en donde el alimentarse con pescado se consideraba la manera más efectiva para evitar el contagio. Por su cercanía al Río Magdalena, el acceso a este alimento es sencillo y por esto se cree que como gran parte de la población lo consumé hay una inmunidad colectiva. Ahora esta idea del pescado como una fuente de vitamina no solo se ha aplicado para el covid-19, sino en general se considera que este alimento tiene aportes importantes al sistema inmunológico. Incluso, los derivados del pescado también fueron considerados como una medida de protección alterna a las establecidas específicamente para el covid-19, tal es el caso del aceite de tiburón, este se entiende como una “terapia” que las personas toman cuando tienen problemas respiratorios, lo que se considera un agravante en caso de contagiarse de covid-19. Cada una de estas medidas alternas de alimentación no se crearon específicamente para el covid-19, sino que fueron interpretadas por experiencias anteriores de prevención que

funcionaron frente a otras enfermedades, lo que llevó a las personas a otorgarle cierta credibilidad en esta oportunidad. Esto también se puede reconocer como una complementariedad de los sistemas médicos que operan en un territorio.

A pesar de que ninguno de los tratamientos tradicionales o de los alimentos mencionados había sido certificado por su efectividad, fue el voz a voz entre la población lo que llevó a que fueran conocidos y apropiados por las personas en cada una de las regiones. Al igual, su adaptación era el reflejo de que para la persona el covid-19 no era solamente un tema de salud. Esta experiencia social, está atravesada por comportamientos y creencias que surgían de la manera cómo caracterizaban el covid-19. Así, mi comunidad de conversación aparte de implementar estos cuidados, relataron que habían recurrido a otras acciones ante el riesgo de contagio.

En el caso de Santa Bárbara de Pinto el médico del pueblo cumplió la función de ayudar a quienes se contagiaron y no estuvieron muy graves. Él desde su conocimiento con la homeopatía o las hierbas naturales les recomendaba a las personas qué tomar, incluso daba una receta médica para que las personas tuvieran instrucciones más claras. Aunque él no encajaba en lo que representa un médico en el sistema biomédico, resultó ser una figura importante en el municipio cuando llegaron algunos contagios: “él nunca usaba ningún implemento de bioseguridad cuando tenía contacto con las personas que probablemente estaban contagiadas, aunque siempre daba un diagnóstico correcto (..) era mejor confiar en lo que él dijera” (Lucía, febrero 2021).

Ante la deficiencia de las pruebas de detección para saber si una persona estaba o no contagiada, figuras como la del médico fueron la opción más inmediata. Las personas preferían consultarlo en lugar de esperar un resultado que tardaba más de 15 días o incluso a veces ni llegaba. Esto al igual que los mecanismos que ya he mencionado, estaba certificado por la experiencia de la población y era un acto de fe tomar los remedios que dijera este médico. En efecto, estas experiencias exponen una realidad en cada una de estas regiones, donde las personas ven la enfermedad desde la perspectiva biomédica, pero también como el resultado de múltiples factores.

Por ejemplo, en lugares como Santa Bárbara de Pinto las personas creían los pocos contagios en la región respondía a las altas temperaturas. Como hacía mucho calor, los rayos del sol evitaban que el virus llegara a la región, además como estaban cerca al río pues había una especie de protección en el entorno. Sumado a lo anterior, en esta región y en general en la experiencia de las personas la fe y devoción fue determinante a la hora de relacionarse con la enfermedad.

Por un lado, la creencia en la protección de Dios frente al contagio salió a la luz en los relatos de Lucía y de Omar. Según ellos no se habían visto muy afectados porque habían pedido con devoción que no pasará nada. Por otro lado, la mayoría de los remedios alternativos tenían una eficacia que dependía de la fe que se le tuviera “gracias a Dios que no ha permitido que el virus afecte mucho, porque no hay una explicación de por qué el virus no llega tan duro acá” (Lucía, febrero 2021). Para las personas no servía implementar yerbas o bebidas si la persona no estaba segura de que esto le serviría, aun cuando existía un voz a voz sobre la moringa o el jengibre era la voluntad que le tuviera la persona lo que hacía que esto funcionara o no.

Cabe aclarar que estas medidas no son una oposición a lo que exponía el Estado porque incluso en los discursos oficiales también se hablaba de la ayuda de Dios para que el país enfrentara esta situación. Pero si son una muestra de otra manera de entender la enfermedad, una perspectiva que no se contempla en las políticas públicas de prevención. Por lo general, se cree que estas medidas oficiales funcionan igual en todo lado, pero con este ejemplo de la inmunidad por las altas temperaturas se puede entender algunos de los motivos que tiene la gente para no usarlo. Sumado al hecho de que comprar tapabocas a veces era un privilegio, pues el valor del tapabocas muchas veces no estaba contemplado en los presupuestos familiares y preferían recurrir a mecanismos que para ellos ya habían sido efectivos en su experiencia.

De esta manera, en el análisis de este capítulo muestro la manera en que las medidas oficiales y las medidas alternativas que fueron implementadas para enfrentar el covid-19 en Colombia, terminaron por transformar la relación entre la población y el Estado. Esto, se reconoce a partir de las percepciones que tuvo la población sobre la manera cómo el Estado actuó durante el primer año y medio de la pandemia, los controles oficiales sobre lo

qué hacen o no las personas y las medidas de salud pública que resultaban poco viables en varias regiones. Si bien, la experiencia de cada uno de mis interlocutores resulta diferente por aspectos como su ubicación geográfica, su relación individual con el Estado e incluso su ocupación, a lo largo de este análisis puedo reconocer algunas generalidades de su experiencia.

En la comunidad de conversación, en su mayoría durante la primera temporalidad apropiaron y sintieron el control oficial con mayor rigurosidad. Esto porque el rol de las instituciones era fuerte, pero también por los discursos que se comunicaban que lograban mostrar un

Estado homogéneo y estructurado para enfrentar la enfermedad. Tanto expertos de la salud, como de las políticas públicas se encargaron de dar un respaldo a las medidas biopolíticas que se implementaron para intervenir sobre la población. Sin embargo, con los cambios y la autonomía que se otorgó a la población durante la reactivación la percepción del Estado estaba atravesada por la burocracia, la falta de recursos y una idea de cuidado que aplicaba para algunas personas, no para todas.

En efecto, esto llevaba a que se empezará a crear una noción de la enfermedad diferenciada y una relación con el Estado heterogénea, de manera que si una persona puede cumplir con las medidas oficiales su percepción y afinidad con las instituciones será buena. Pero cuando a una persona o una población se le dificulta cumplir con las medidas del Estado y recurre a las medidas alternas su idea de Estado será diferente. Su noción del quehacer estatal estará mediada por la ausencia y la persona le otorgará credibilidad a las medidas alternas en donde apropian y adaptan los recursos que tienen.

Conclusiones

La construcción social del covid-19 en la Costa Caribe, la Amazonía y Cundinamarca es el resultado de una experiencia social que refleja las transformaciones temporales de la enfermedad, la noción de riesgo a partir de la cercanía al contagio y las relaciones sociales entre el Estado y la población. Esto implica reconocer que para mis interlocutores el covid19 tiene múltiples características que se fueron transformando a medida que se conocía más de la enfermedad. Durante el confinamiento, la construcción social de la enfermedad estaba encaminada al temor y el desconocimiento respecto a cómo afrontar la enfermedad. Al tiempo que se dudaba si existía o no esta enfermedad, esto da lugar a un control estatal que se hace evidente a partir de las normas oficiales que son impuestos para mitigar el riesgo de contagio.

Para la temporalidad de la reactivación la idea que se tenía del covid-19 se transforma luego de que el país había pasado por el primer pico de contagio. La población durante esta temporalidad reconoce las afectaciones en cuanto a enfermedad, pero entra en tensión con las normas del Estado, porque cuestionaron si son efectivas a la hora de evitar el contagio. De esta manera, para mis interlocutores hay una idea del covid-19 como algo que existe y nos va a tocar a todos. Sumado a esto, en esta temporalidad el covid-19 se entiende a partir de la percepción de confianza y cuidado que se construye durante las interacciones sociales en donde el individuo se vuelve responsable de su cuidado y el de quien lo rodea. En efecto, esto también lleva a que exista una noción de diferencia moral sobre el cuidado, porque había una construcción de que el contagio era algo que surgía porque la otra persona no se cuidaba, no por un descuido propio.

Para la tercera temporalidad la percepción que se tiene del covid-19 sobrepasaba la noción de la enfermedad, el contagio y los cuidados. Aquí el covid-19 para mi comunidad empieza a entenderse a partir de la experiencia diferenciada, que se asoció al acceso a la vacunación. Sin embargo, durante este momento el covid-19 pasó a representar una idea de riesgo que podía estar ausente o presente dependiendo del desarrollo epidemiológico. Por lo cual, las personas se cuidaban cuando había muchos casos y se relajaban cuando los vacunaban o cuando pasaba el pico de contagio.

Identificando las principales nociones y percepciones sobre el covid-19 que existieron en la comunidad de conversación, quiero dar lugar a los aspectos particulares que también incidieron en la manera cómo ellos vivieron la enfermedad y generaron los cuidados que implementaron. Concluyo que existieron unas transformaciones temporales que se delimitaron por los picos de contagio, por la necesidad de reactivar la economía y las medidas de cuidado. No obstante, en medio de estos tres momentos existieron factores particulares que llevaron a una construcción diferenciada sobre lo que era el covid-19.

El primer factor es la ubicación geográfica, una parte de la comunidad de conversación vivió la pandemia en zonas rurales, periféricas o apartadas de las grandes urbes. Esto me permitió identificar que para ellos había una diferencia entre vivir con el covid-19 en la ciudad y las regiones en donde ellos estaban. Para mis interlocutores el covid-19 se significó a partir de la seguridad que tenían por estar lejos de los epicentros de contagio, lo que llevó a lo pensaran como un enemigo omnipresente e invisible del cual debían protegerse de ahí su idea de cerrar fronteras. Así, se construyó una idea de que el covid-19 se desarrollaba con más rapidez en la ciudad en donde había más personas y quienes tenían contacto con los lugares más grandes era quienes llevarían el virus. Porque el covid-19 se entendía como algo externo, esto aplicó para los primeros contagios y para siguientes picos de contagio, donde se hablaba de cepas y mutaciones.

El segundo factor que incide en la construcción social del covid-19 es el riesgo de contagio, si bien este determinó la experiencia colectiva. Para esta comunidad de conversación marcó una particularidad porque expuso la representación de la enfermedad como tal. Con los sintomáticos y asintomáticos los mecanismos de detección como las pruebas fueron fundamentales. De manera que la experiencia del covid-19 desde el padecimiento, malestar o la enfermedad llevó a que existieran personas que partieran de la incertidumbre para definir si habían tenido o no covid-19. Aquí cobran importancia las dinámicas del diagnóstico que marcan una diferencia, porque cuando la persona tenía la enfermedad y tenían síntomas, su idea de covid-19 era totalmente diferente por el trato burocrático que se le otorgaba. En el caso de mis interlocutores el diagnóstico era tardío en sus regiones, porque no existían infraestructuras institucionales efectivas. Para mí

población, el covid-19 se entiende a partir de la experiencia del diagnóstico, porque esto trae consigo una responsabilidad tras la posibilidad de un contagio colectivo.

El tercer factor importante en la construcción social de la enfermedad tiene que ver con la información que se comparte entre vecinos, amigos y familiares. Durante todas las temporalidades existió una saturación informativa sobre la población. No obstante, en esta investigación pude reconocer que a lo que más le prestaba atención mis interlocutores y su círculo cercano era a los rumores. Para estas personas resultaba mucho más efectivo creer en la información que se compartían entre ellos, resultaba ser una experiencia más cercana porque había una experiencia de por medio o una fuente que generaba confianza. Ahora, este rumor también respondió a dinámicas locales en donde había una carga moral sobre el contagio entonces se crearon medidas de cuidado a raíz de los rumores. Esto resultó estar muy presente en la comunidad de conversación, porque para ellos al estar en regiones pequeñas la información se difundió con mayor facilidad.

Estos tres factores contribuyen en la construcción social del covid-19, la cual es diferente para cada una de las personas que conformaron esta comunidad de conversación. No obstante, encontré en estos aspectos un punto en común para poner a dialogar su experiencia. Cada uno desde su experiencia en su región, sus relaciones cercanas y su relación con la enfermedad en caso de haber contagiado o no le otorga múltiples características al covid-19. Para Lucía fue una enfermedad que se tardó en llegar a Pinto por su lejanía, algo similar a la percepción que tenía Lionel. Por otro lado, para Leydi era una enfermedad que tarde que temprano iba a llegar. En el caso de Lucía a y Juan José, su experiencia está marcada por que en sus regiones la población dudaba de la existencia del virus, allí había una incredulidad sobre algo que no veían y se había convertido en un peligro.

Ahora, para entender la construcción social del covid-19 en Colombia también fue necesario dar una mirada a la relación entre el Estado y la población, a partir de la apropiación de las medidas oficiales y de la creación de las medidas alternas. De esta forma, puede entender la manera de afrontar el covid-19 por parte de las personas que conforma la comunidad de conversación en su cotidianidad. Las características o la manera de entender el covid-19 no se limita únicamente a la percepción que tenemos, sino

también a las acciones más cotidianas que hacen parte de la experiencia social del covid-19, la cual se comprende desde el ámbito colectivo y el ámbito individual.

Ante la necesidad de regular a la población el Estado colombiano transformó su relación, imponiendo medidas oficiales tras la justificación de mitigar los efectos negativos de la pandemia. Esto llevó a que se transformarán los comportamientos de mis interlocutores en cada una de regiones y percibieran una Estado más cercano por las medidas biopolíticas que se habían impuesto. Cuarentenas estrictas, control sobre la movilidad, uso obligatorio de tapabocas y limitaciones para salir fueron parte de las normas que transformaron el día a día de las poblaciones.

En efecto, esto generó que las personas con las que hablé desarrollaran tres percepciones sobre el Estado a partir de las acciones que tuvieron que apropiarse. La primera una Estado controlador por las normas restrictivas que propuso durante la temporalidad de confinamiento, aquí las estrategias de carácter disciplinario generaron más burocracia y control sobre las acciones individuales. Debido a que mi población tuvo que cumplir con cuarentenas estrictas, salía una persona por casa, se mantenían en sus casas y tuvieron que adaptar sus labores al trabajo desde casa.

La segunda percepción es la de un Estado ausente o presente dependiendo de la zona del país. Si bien esta presencia diferenciada surge previo a la pandemia, durante este momento se hace más evidente a partir de las medidas de bioseguridad. Esto llevó a que el covid-19 reflejara los campos de disputa que hay tras las nociones de salud pública en lugares donde no se cuenta con la infraestructura para llevar a cabo los cuidados que proponía el Estado. Aquí las personas apropiaron las medidas de bioseguridad que propuso el Estado, pero de manera diferenciada, pues dependiendo de la zona tenían la posibilidad de acceder a un lavamanos, mantener el distanciamiento social y utilizar el tapabocas siempre.

La tercera percepción hace referencia a un Estado que se entiende desde la eficiencia o deficiencia de implementar la vacunación como la medida más eficaz para mitigar el impacto del covid-19. En efecto, dependiendo de la región, se podía tener una percepción sobre esta medida que estaba relacionada directamente con las creencias que se habían construido sobre el covid-19. Esto llevó a que entre mis interlocutores estuvieran unos que

accedieron más rápido a la vacunación, otros que no estaban seguros de hacerlo porque no creían en su efectividad y, en el caso de Lionel, quien se quería vacunar, pero no tenía acceso en donde estaba porque las vacunas no habían llegado.

Cada una de estas percepciones también llevó a que mi población cumpliera con lo que proponía el Estado, pero también tuvieron respuestas que podían ser reinterpretaciones de las normas o resistencias a su cumplimiento total, las cuales también estaban relacionadas con los factores que resultaban determinantes para la construcción social del covid-19. De manera que, podría pensar que algunas de las zonas en donde surgieron algunas medidas alternas, probablemente la experiencia social de la enfermedad había estado atravesada por la ausencia estatal, la deficiencia del diagnóstico y eran zonas periféricas donde los recursos de cuidado era otros. Ante esto, los remedios caseros, hierbas, alimentos, automedicación y médicos de la medicina alternativa daban cuenta de que hacer frente al covid-19, implicaba reconocer contextos regionales e individuales que no se contemplaban en las políticas de salud pública y de control oficial.

Cuando se percibió el control estatal, la respuesta de apropiación de la población fue alta según las cifras y las noticias. Sin embargo, detrás de cada una de estas normas había implicaciones económicas que hacía que estos mecanismos propuestos por la biopolítica fueran inviables. Recurrir a productos naturales o cuidarse con alimentos eran el reflejo de que la enfermedad significaba muchas cosas para la población y había afectado en sus ámbitos más cotidianos. Mis interlocutores preferían cuidados que fueran cercanos y coherentes a su noción de la enfermedad.

La construcción social del covid-19 es el resultado de la presencia del Estado, de los recursos de cada región, de su ubicación geográfica y de la efectividad de un diagnóstico. También es el resultado de relaciones sociales que le otorgaron una carga social al contagio, de los rumores sobre la vacunación y de la experiencia propia de contagio. Para Lucía, Luisa, Juan José, Lionel, Omar, Alirio y Leydi el covid-19 se convirtió en un punto en común, que les permitió dialogar sobre su experiencia. Pero también fue un momento en donde construyeron percepciones sobre el quehacer estatal y pudieron evidenciar un poco más las instituciones o los discursos del Estado. El covid-19 fue una experiencia social que

narraron a partir de su experiencia individual y del contexto de cada una de sus poblaciones.

Para finalizar es importante mencionar que los aportes de esta tesis se enmarcan en la metodología que permitió acceder a información específica de diferentes regiones de Colombia al tiempo. Si bien el covid-19 fue un momento coyuntural donde la producción académica desde las ciencias sociales fue masiva al punto que se publicaron números especializados como *An Anthropology of the COVID-19 Pandemic* en la revista *Anthropology Now* o se hicieron publicaciones especializadas en metodologías como *Doing Fieldwork in a Pandemic* de Deborah Lupton, en Colombia no se hizo un abordaje con relación al trabajo de campo y el covid-19 al mismo tiempo. De manera, que esta tesis logra apoyarse en los análisis de covid-19 que se hicieron en muchas regiones del mundo, pero tiene el reto de mostrar las similitudes y diferencias de lugares apartados en Colombia los cuáles en un contexto normal hubiese sido difícil acceder.

Cabe aclarar que durante la producción de esta tesis encontré análisis sobre el control estatal desde el Biopoder y la Biopolítica durante la pandemia que fueron de apoyo en el resultado final. Al igual, encontré producción que hablaba de las diferentes medidas que se tomaron en diferentes regiones de Latinoamérica para afrontar el covid-19. No obstante, en su mayoría las investigaciones se daban con metodologías como encuestas virtuales o llamadas, no exponían un proceso de trabajo de campo que tuviera una larga duración con la población. Aspecto que contribuyo a reconocer la importancia de exponer los alcances y las implicaciones de la etnografía participativa y el trabajo de campo por WhatsApp. De esta manera, es que resulta de mi interés para futuras rutas de investigación seguir explorando estas transformaciones metodológicas que se adaptan a las coyunturas sociales a las que nos enfrentamos y no podemos ser ajenos en el planteamiento de la teoría y la práctica antropológica.

Bibliografía

Alaszewski, A. (2005). Risk communication: identifying the importance of social context. *Health, risk & society*, 7(2), 101–105.
<https://doi.org/10.1080/13698570500148905>

Antunes de Campos, E. (2021). Etnografía Virtual em Alcoólicos Anônimos em Tempos de Pandemia: Desafios Teóricos e Metodológicos. *En Investigação Qualitativa em Ciências Sociais: Avanços e Desafios // Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales: Avances y Desafíos* (Vol. 9, pp. 102–109). Ludomedia.

Arroba, E. H., Sanchíz, A. A., & Saavedra, M. E. (2012). Alejandro Agudo Sanchíz y Marco Estrada Saavedra, (eds.). (Trans)formaciones del Estado en los márgenes de Latinoamérica: imaginarios alternativos, aparatos, inacabados y espacios transnacionales. México: El Colegio de México: Universidad Iberoamericana, 2011. 509 p. *Estudios sociológicos* (Mexico City, Mexico), 30(89), 567–574.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6164614>

As.com. (2020, agosto 21). Coronavirus Colombia: ¿Qué dijo el ministro Salud sobre los datos de muertes de COVID 19? AS Colombia.

https://colombia.as.com/colombia/2020/08/22/actualidad/1598061218_795859.html

Bazzo, J., & Balsa, C. (2020). NOTAS SOBRE A PANDEMIA: Como conduzir uma etnografia durante o isolamento social. Blog SocioFilo.

https://www.academia.edu/43144634/NOTAS_SOBRE_A_PANDEMIA_Como_conduzir_uma_etnografia_durante_o_isolamento_social

BBC News Mundo. (2015, enero 22). ¿El fin del misterio de las niñas colombianas desmayadas? BBC.

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/01/150122_colombia_informe_ninas_desmayadas_aw

BBC News Mundo. (2020, febrero 26). Coronavirus: Brasil confirma el primer caso en América Latina. BBC. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina51641436>

Berraquero-Díaz, L., Maya-Rodríguez, F., & Escalera Reyes, F. J. (2016). La colaboración como condición: la etnografía participativa como oportunidad para la acción. *Revista de dialectología y tradiciones populares*, 71(1), 49–57. <https://doi.org/10.3989/rntp.2016.01.001.04>

Brand, C. (2020, abril 4). Dos campesinos murieron por COVID-19 en Cundinamarca, confirma el gobernador. RCN Radio. <https://www.rcnradio.com/colombia/regioncentral/dos-campesinos-murieron-por-covid-19-en-cundinamarca-confirma-elgobernador>

Brown, P., & Zinn, J. (2021). Covid-19, pandemic risk and inequality: emerging social science insights at 24 months. *Health, Risk & Society*, 23(7–8), 273–288. <https://doi.org/10.1080/13698575.2021.2016288>

Campos, E. A. (2021). Etnografía virtual em alcoólicos anônimos em tempos de pandemia. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 9(21), 468-485.

Censos y Demografía, D.-D. (2019 8). Censo Nacional 2018. Gov.co. https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#!/cua_som

Colombiano, E. (2020, mayo 6). Lo que viene con esta nueva etapa covid en Colombia. <https://www.elcolombiano.com/colombia/lo-que-viene-con-esta-nueva-etapa-covid-en-colombia-FO12942531>

Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>

Costa, F. (2012) Biopolítica informacional. Apuntes sobre el gobierno de los públicos en las sociedades de control. *Estudios de Biopolítica*, 138-153. ISSN 1669-8517

Das, V., & Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes: etnografías comparadas. *Cuadernos de antropología social*, (27), 19-52.

Decreto 417 de 2020 [Ministerio del Interior]. *Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional*. 17 de marzo de 2020.

Decreto 518 de 2020 [Ministerio de Hacienda y Crédito Público]. *Por el cual se crea el Programa Ingreso Solidario para atender las necesidades de los hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad en todo el territorio nacional, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica*. 4 de abril de 2020.

Decreto 020 de 2021. [Alcaldía del Municipio De Agua de Dios]. *Por medio del cual se adoptan unas medidas transitorias para garantizar el orden público y prevenir la propagación del covid-19 en el municipio de Agua De Dios*. 26 de marzo de 2021.

Decreto 054 de 2020. [Alcaldía del Municipio De Agua de Dios]. *Por medio del cual se extienden unas medidas transitorias para garantizar el orden público en virtud a la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus Covid-19*. 16 de julio de 2020.

Decreto 20210211-02. [Alcaldía del Municipio de Santa Barbara de Pinto Magdalena]. *Por el cual se decreta toque de queda y ley seca en el Municipio de Santa Barbara de Pinto Magdalena y se dictan otras disposiciones*. 11 de febrero de 2021.

Decreto 0297 de 2020. [Alcaldía Municipal de Inírida]. *Por el cual se crea la Mesa de Coordinación Institucional y Comunitaria Indígena para el análisis y resolutivez de los aspectos misionales del SGSSS en el marco de la emergencia Sanitaria por el Covid-19, en el Departamento del Guainía*. 01 de julio de 2020.

Decreto 0437 de 2020. [Gobernación de Guainía]. *Por el cual se establecen medidas transitorias con el fin de garantizar el bajo riesgo de transmisión del COVID19, en el desarrollo de la fiesta de Halloween" y días subsiguientes, en el Departamento del Guainía, y se dictan otras disposiciones*. 28 de octubre de 2020.

Decreto 037 de 2020. [Alcaldía Municipal de Gachetá]. *Por medio del cual se establece transitoriamente en el municipio de Gachetá el sistema de pico y cédula por covid- 19.* 23 de abril de 2020.

Decreto 27 de 2021. [Alcaldía Municipal de Gachetá]. *Por medio del cual se adoptan medidas transitorias de orden público para prevenir la propagación del covid-19 en el municipio de Gachetá Cundinamarca y se dictan otras disposiciones.* 12 de mayo de 2021.

Decreto 180 para la opinión pública de 2021. [Alcaldía Municipal de Villapinzón- Cundinamarca]. *Por medio del cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID – 19, y el mantenimiento del orden público en relación con el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable y la reactivación económica segura en el municipio de Villapinzón – Cundinamarca.* 1 de junio de 2021.

Decreto 457 de 2020. [Presidencia de la República]. *Por medio del cual Ordenar el aislamiento preventivo obligatorio de todas las personas habitantes de la República de Colombia, a partir de las cero horas (00:00 a.m.) del día 25 de marzo de 2020, hasta las cero horas (00:00 a.m.) del día 13 de abril de 2020, en el marco de la emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19.* 22 de marzo de 2020.

Decreto 749 de 2020. [Presidencia de la República]. *Por medio del cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.* 28 de mayo de 2020.

Decreto 109 de 2021. [Presidencia de la República]. *Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID - 19 y se dictan otras disposiciones.* Enero 29 de 2021.

Escalona, J. (2011). “El incompleto imaginario del orden, la inacabada maquinaria burocrática y el espacio de lucha. Antropología del estado desde el suroeste de México” En. Agudo Sanchíz, Alejandro, y Marco Estrada Saavedra. 2011. *(Trans)formaciones del estado en los márgenes de Latinoamérica:*

imaginarios alternativos, aparatos inacabados y espacios transnacionales. México, D.F.: Colegio de México, pp. 45-86.

Gebera, O. W. T. (2008). La netnografía : un método de investigación en Internet. *Educar*, 81–93. <https://raco.cat/index.php/Educar/article/view/142550>

Gudeman, S y A. Rivera (1990) *Conversations in Colombia. The Domestic Economy in Life and Text* Cambridge: Cambridge University Press, pp 30-45

Farfán, F, Vizcarra, I, & González, N. (2012). Políticas de salud: Estrategia biopolítica para controlar a los migrantes mexicanos en Estados Unidos. *Migración y desarrollo*, 10(19), 3-32. Recuperado en 12 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187075992012000200001&lng=es&tlng=es.

Foucault, Michel (2008). La política de salud en el siglo XVIII>>, en *Estrategias de poder, Obras esenciales*, volumen II, Barcelona, Paidós. 327-342.

Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)* (Vol. 283). Ediciones Akal. 110-135

Hardy, L. J. (2020). Connection, contagion and COVID-19. *Medical Anthropology*, 39(8), 655-659. Isiko, Alexander Paul & Acayo, Olanya. (2021). Anthropological Narratives of Nodding Disease among the Acholi of Northern Uganda. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*. 8. 238-259. 10.18415/ijmmu.v8i4.2554.

Hofmann, B. (2016). Disease, illness, and sickness. *En The Routledge Companion to Philosophy of Medicine* (1st Edition, pp. 30–40). Routledge.

Hormiga, C. S., García, C. C., Fajardo, Y. B., Abril, J. A., Forero, D. G., & Afanador, L. C. (2020). Significados de las fiebres del dengue, chikungunya y zika e itinerarios terapéuticos en un municipio endémico de Colombia. *Saúde e Sociedade*, 29(3), e190093. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190093>

Jasanoff, S. (Ed.). (2004). *States of Knowledge: The Co-Production of Science and the Social Order* (1st ed.), 1- 13 Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203413845>.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459–466. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000300023>

Lejarraga, A. (2004). La construcción social de la enfermedad. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(4), 271-276. Recuperado en 08 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752004000400007&lng=es&tlng=es.

Ley 2042 de 2020. *Por medio de la cual se otorgan herramientas para que los padres de familia realicen un acompañamiento eficaz con el fin de cuidar los recursos del PAE. 27 de julio de 2020.* (Colombia).

Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 23(3), 16–28. <https://doi.org/10.4324/9781315720739.ch2>

Lupton, D., & Willis, K. (2021). *The COVID-19 crisis the COVID-19 crisis: Social perspectives* (D. Lupton & K. Willis, Eds.; 1a ed.). Routledge.

Lynteris, C., & Poleykett, B. (2018). The anthropology of epidemic control: Technologies and materialities. *Medical Anthropology*, 37(6), 433–441. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1484740>

Ministerio de Salud. (2021, 30 de enero). *Colombia mantiene vigilancia de cepa brasileña de covid- 19* [Comunicado de prensa].

Ministerios de Salud y Protección social. (2020, 12 de marzo). *Presidente Duque declara Emergencia Sanitaria frente a covid-19.* [Comunicado de prensa].

<https://minsalud.gov.co/paginas/presidente-duque-declara-emergencia-sanitariafrente-a-covid-19.aspx>

Ministerios de Salud y Protección social. (2021, 30 de enero). *Colombia mantiene vigilancia de cepa brasileña de covid-19*. [Comunicado de prensa].

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-mantiene-vigilancia-de-cepabrasilena-de-covid-19>.

Olarte-Jaramillo, M^a. del Rosario. (2018). Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Biosalud*, 17(1), 67-79.

<https://doi.org/10.17151/biosa.2018.17.1.7>

Pool, R., & Geissler, W. (2005). *Medical Anthropology*. Open University Press, pp 35-98.

Saavedra, M & Sanchiz, A. (2011). (Trans)formaciones del estado en los márgenes de Latinoamérica: imaginarios alternativos, aparatos inacabados y espacios transnacionales. México, D.F.: Colegio de México, pp. 11-42.

Serje, M. (2017). El mito de la ausencia del Estado: la incorporación económica de las “zonas de frontera” en Colombia. *Cahiers des Ameriques latines* (Paris, France: 1985), 71, 95–117. <https://doi.org/10.4000/cal.2679>

Semana. (2021, junio 13). Informe especial. Revista Semana.

<https://www.semana.com/especiales-editoriales/articulo/covid-en-colombia-el-picomas-mortal/202147/>

Suárez, Roberto, Beltrán, Elsa María, & Sánchez, Tatiana. (2006). El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), 123-154. Retrieved April 11, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190054072006000200007&lng=en&tlng=es.

Susser M Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk. Peering into the future. *Journal of Epidemiology & Community Health* 1998; 52:608-611.

Taylor-Gooby, P. (Ed.). (2004). *New risks, new welfare: the transformation of the European welfare state*. OUP Oxford

Turpo Gebera, O. W. (2008). La netnografía: un método de investigación en Internet. *Educar*. <https://www.redalyc.org/pdf/3421/342130831006.pdf>

Trapaga, I. (2018). La Comunidad, una revisión al concepto antropológico. *Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES*, 20(2), 161-182. DOI: 10.17151/rasv.2018.20.2.9.

Wynne, B. (2004). ¿Pueden las ovejas pastar seguras? Una mirada reflexiva sobre la separación entre conocimiento experto - conocimiento lego. *Revista Colombiana de Sociología*, (23), 109–157. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/recs/article/view/11274>

