

## Cultura de rebaño e inmunidad de rebaño

### Herd culture and herd immunity

Roberto Briceño-León (<https://orcid.org/0000-0002-8882-7787>)<sup>1</sup>

**Abstract** *Although communicable diseases affect our bodies, they occur in a society that interprets and gives them meaning. Herd immunity provides the body protection; however, long-term protection requires shifts in the way people interpret and respond to disease, cultural transformation that enables the development of the knowledge, habits and skills that make herd immunity feasible and sustainable. Herd culture allows individuals to protect themselves and restrict their liberty in order to protect others; it is a form of exercising positive liberty and a necessary complement to herd immunity in a democratic society.*

**Key words** *Herd immunity, Herd culture, COVID-19, Liberty, Cultural change*

**Resumen** *Aunque las enfermedades transmisibles afectan nuestros cuerpos, ocurren en una sociedad que las interpreta y dota de significado, y cuyos individuos causan o evitan. La inmunidad de rebaño permite lograr una protección del cuerpo, sin embargo, para su sustentabilidad, se requiere de cambios en la manera cómo las personas interpretan y responden a la enfermedad, de transformaciones culturales que permitan desarrollar conocimientos, hábitos y destrezas que hagan factible y sostenible la inmunidad de rebaño. La cultura de rebaño permite a los individuos protegerse y restringir su libertad para proteger a los demás, es una forma de ejercicio de la libertad positiva y el complemento necesario de la inmunidad del rebaño en la sociedad democrática.*

**Palabras clave** *Inmunidad de rebaño, Cultura de rebaño, COVID-19, Libertad, Cambios culturales*

---

<sup>1</sup> Laboratorio de Ciencias Sociales, Universidad Central de Venezuela. Los Chaguaramos, Caracas 1040 Venezuela. roberto.bricenoleon@gmail.com

En la entrada de una agencia bancaria en el norte de Brasil, dos carteles se juntan sobre la gruesa puerta de vidrio blindado. Uno, recién colocado y de colores brillantes, advierte que está prohibido el ingreso sin la mascarilla que cubra el rostro. A su lado, otro cartel antiguo, indica que está prohibido entrar con el rostro cubierto, con gorra deportiva o el casco de motorizado... ¿Qué hacer?

### La mirada social de la enfermedad

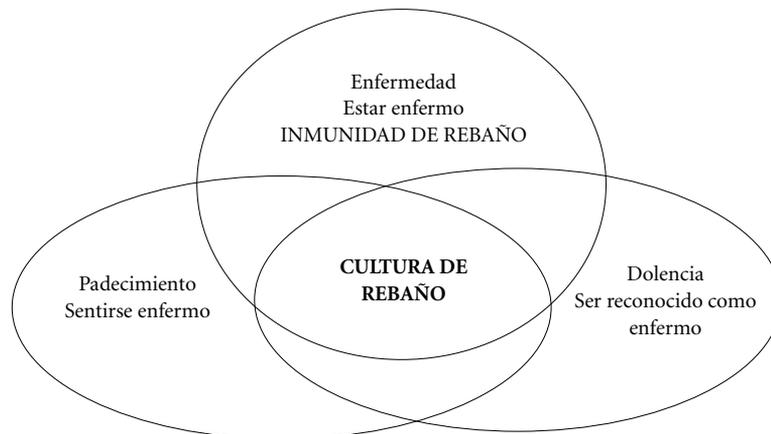
Las enfermedades que padecemos los humanos afectan nuestros cuerpos, pero ocurren en una sociedad que las interpreta, las dota de significado, y cuyos individuos realizan acciones que las puede causar o evitar. Para entender la dinámica entre esas dimensiones, se ha buscado diferenciar entre la enfermedad como la vive el cuerpo y la enfermedad como la interpretan los individuos y los demás miembros de la sociedad<sup>1</sup>.

Por eso en las ciencias sociales hablamos de que hay tres situaciones distintas: una realidad es estar enfermo, otra sentirse enfermo y, una tercera es ser considerado enfermo (Gráfico 1). La primera se refiere a estar fisiológicamente afectado, la llamamos enfermedad (*disease*), es una condición que reduce la capacidad física o la esperanza de vida, que puede ser asintomática y ocurre con independencia de la experiencia subjetiva del paciente o de la interpretación de la sociedad<sup>2</sup>. La segunda es sentirse enfermo, y a esta la llamamos padecimiento (*illness*), y ocurre cuando la perso-

na puede reconocer e interpretar subjetivamente un malestar y, eventualmente, buscar atención médica<sup>3</sup>. Una tercera categorización es la dolencia (*sickness*), que se refiere a la manera como la enfermedad y el padecimiento que tiene una persona son reconocidos e interpretados por la sociedad y se produce una aceptación social de esa afección, lo cual le permite al paciente ser reconocido como doliente por las demás personas, sea su propia familia o el jefe de personal de la empresa donde trabaja<sup>4</sup>. Las tres dimensiones –la médica, la subjetiva y la social– pueden coincidir en un momento histórico, pero también cada una puede tener autonomía propia y existir de manera aislada y con independencia de las otras<sup>5</sup>.

Aunque en buena parte de los estudios antropológicos ha existido una connotación negativa del padecimiento (*illness*) al considerar que la interpretación popular de la enfermedad (*disease*) podía ser una deformación de la realidad científica, o que la dolencia (*sickness*) pudiera implicar un estigmatización de los pacientes, como ocurre con la lepra, yo considero que ambas categorías pueden tener un papel importante en la prevención de las enfermedades y deben ser calificadas de manera positiva<sup>6</sup>. La incorporación del padecimiento y la dolencia como formas de vivir la enfermedad son las palancas que puede actuar como complemento en la formación de la inmunidad de rebaño.

La protección ante las enfermedades transmisibles requiere de una inmunidad del cuerpo, pero para que esto pueda lograrse y hacerse sustenta-



**Gráfico 1.** Cultura de rebaño e inmunidad de rebaño.

ble, es necesario también una protección de la sociedad, unos conocimientos, hábitos y destrezas, que permitan a los individuos reaccionar y saber cómo protegerse, se requiere que esos saberes científicos se conviertan en una cultura cotidiana. Las intervenciones no farmacéuticas propuestas durante el año 2020, mostraron unos resultados importantes en la contención de la pandemia del COVID-19 meses antes de las vacunas<sup>7</sup>, y los modelos matemáticos usados para la prospección muestran que la “*vaccine alone is insufficient to contain the outbreak*”<sup>8</sup> (p. 793). Por eso, así como se requiere de una inmunidad del rebaño, se requiere también de una cultura del rebaño que lleve a la sociedad a protegerse (Grafico 1).

### Nuestro lugar en la naturaleza

La cultura contemporánea con su engrimiento ha despreciado la naturaleza y restado la importancia de nuestra siempre frágil y minúscula condición de seres vivos de un planeta. En ese contexto cultural, las amenazas de los virus, parásitos y bacterias se habían convertido en una lejana intimidación, alentada apenas, y con fines pecuniarios, por la industria del cine. La epidemia del COVID-19 nos recordó brutalmente que somos parte de la naturaleza. Nos regresó a nuestra condición contingente y en pocos meses hizo trizas la prepotencia que por décadas había construido nuestra cultura. La pandemia acabó con nuestra idea sobre socializada del control del mundo, una perspectiva que presumía que con antibióticos e insecticidas se tenía un control completo sobre los virus, parásitos, bacterias y hongos.

El COVID-19 acabó además con la representación del futuro en la sociedad. De una semana para otra, el futuro dejó de ser lo que iba a ser. Los planes, los viajes, las vacaciones, los negocios... todo cambió. Nosotros creíamos que controlábamos el futuro, y de pronto, el mañana se convirtió en una incertidumbre. Las seguridades de los candelarios y las agendas se tornaron en perplejidad. Las reservas de las aerolíneas y cruceros, los programas de los campeonatos deportivos y los centros de convenciones internacionales, todo se esfumó. La pandemia nos regresó a nuestro lugar contingente en la naturaleza.

La sociedad contemporánea ha tenido extrema confianza en que podía dominar las enfermedades trasmisibles, y buenas razones sustentan esa pretensión, pues se han logrado avances importantes. Las tradicionales formulas de la cuarentena, las vacunas y el control de vectores

habían funcionado. La reducción de la malaria, la fiebre amarilla, esquistosomiasis, la leishmaniosis, la enfermedad de Chagas, oncocercosis y la lepra son una prueba. Aunque todas esas enfermedades siguen presentes en el mundo contemporáneo, han quedado confinadas a espacios distantes, a los países pobres de África, Asia o América Latina, o incluso, a los territorios pobres de esos países, a sus áreas rurales y distantes del mundo urbano. Su persistencia se considera que es el resultado de fallas de la sociedad, pues han sido descuidadas, pero científica y tecnológicamente sí se pueden controlar y tratar<sup>9</sup>. La confianza en su prevención y control permanece en el conocimiento científico y profesional, pero para que pueda hacerse realidad se requiere de cambios en la conciencia de las personas, en sus hábitos y en la organización en la sociedad. Eso fue lo que sucedió en 2003 con las epidemias de SARS en Asia, entre el 2014 y 2016 con la de ébola en África Occidental y con el virus de zika Suramérica en 2015-2016. Y es lo mismo que sucede con el dengue o con la enfermedad de Chagas endémicos, mientras no se incorpore a la cultura el buen almacenamiento del agua o la forma adecuada de construcción de las viviendas, no se podrá avanzar<sup>10</sup>. Se requiere que la enfermedad se convierta en padecimiento y que la sociedad las trabaje como dolencia.

En la filosofía alemana del siglo XIX se discutió sobre la relación que existía entre la naturaleza y la historia, y se afirmaba que en la naturaleza se encontraba el reino de la necesidad, mientras que la historia había aportado la libertad, pues le había permitido a los seres humanos superar las limitaciones que nos impone la naturaleza. Esa libertad la hemos construido con la cultura, con conocimientos, hábitos y destrezas que nos permiten represar las aguas y canalizarlas para la irrigación o consumo distante, controlar la fecundidad con anticonceptivos o volar por los cielos. La cultura nos permite liberarnos de los yugos de la naturaleza.

### El padecimiento como libertad positiva

Construir esa cultura no es un proceso sencillo ni fácil, pues implica cambios en las interpretaciones del mundo y en el comportamiento, y presenta retos importantes a la idea de libertad individual de la sociedad democrática. Cuando luego de un periodo desconocido de tiempo, el virus llegó a los humanos en China y comenzó a propagarse, en tanto que enfermedad que atacaba los cuerpos, ni los médicos ni los pacientes sabían

cómo las personas podían protegerse, pues no existía diagnóstico del virus, ni certeza sobre los medios de contención. Luego de la confirmación de la forma de transmisión del virus, se difundieron los mensajes de aislarse, lavarse las manos, no tocarse la cara y usar las mascarillas y se mostraron evidencias<sup>11</sup>. Muchas personas se quedaron en casa y las adoptaron, pero otros no solo no las acataron, sino que las consideraron un atentado contra su libertad, y se desencadenaron protestas en su contra en las calles de diversas ciudades en el mundo y se propagó una gran desinformación sobre los riesgos y la situación epidemiológica<sup>12</sup>.

Sin embargo, los conocimientos sobre la enfermedad y los modos de protegerse ya habían pasado a la conciencia colectiva. Quién podía prever que iba a desaparecer el apretón de manos como el saludo principal de amistad y se iba a substituir por un choque de puños que, aunque ligero, era más bien la expresión de una batalla, de un repudio que una amable aceptación del otro. El lavado de las manos dejó de ser una práctica sugerida a la salida de los sanitarios, a una exigencia continua y repetida en cualquier ambiente. La lejanía del otro se convirtió en la cercanía amable, y la calidez corporal del abrazo o el beso se volvieron amenazantes y peligrosos.

El COVID-19 obligó a generar nuevas respuestas médicas para tratamientos y vacunas. La velocidad de los logros alcanzados ha sido impresionante, pero desde antes las vacunas se empezaron a generar unas transformaciones en los comportamientos destinados a prevenir, convivir o superar la enfermedad.

Las terrazas de restaurantes y cafés, que se habían convertido en áreas estigmatizadas que servían sólo para recibir a los fumadores, se volvieron en los únicos espacios posibles de usar, donde se competía por las sillas sin importar el humo del tabaco. La extrañeza y resistencia que al inicio se vivió hacia las máscaras se convirtió en hábito, y ya es un recuerdo pasado los tiempos cuando los occidentales comentaban con extrañeza que en las calles de Tokio circulaban personas con máscaras faciales. Nos acostumbramos todos y quienes ahora sobresalen y deslumbran en los grupos y las fotos son aquellos que no las llevan puestas. Se construyó una cultura del padecimiento y la gente cambio por voluntad propia en un ejercicio de su libertad positiva.

### Los límites de la libertad negativa

Cuando en 1958, Isaiah Berlin presentó sus dos conceptos de libertad, la positiva y la nega-

tiva, en una clase inaugural de la Universidad de Oxford, causó sorpresa en sus colegas. Berlin afirma que sólo nos restringe la libertad lo que nos impone otra persona, que los límites de la naturaleza no cuentan. Así que la libertad negativa existe cuando no hay coerción por parte de los otros, cuando se supera la imposición de otros. Mientras que en la libertad positiva las restricciones se las impone el individuo a si mismo en un ejercicio de responsabilidad con el otro<sup>13</sup>.

La cultura del rebaño implica una resiliencia comunitaria por la cual una colectividad resiste a la adversidad y se reinventa y crea mecanismos que le permitan avanzar y recuperarse después de los desastres<sup>4</sup>. Y se funda esencialmente en la construcción de una libertad positiva.

Pero su logró en la sociedad democrática no es fácil y el rechazo persistente hacia la cuarentena, la máscara o las vacunas enfrenta a la sociedad democrática a unos dilemas de la libertad que no tuvo el régimen dictatorial de China<sup>15</sup>. Aunque la vacunación haya tenido una aceptación masiva en la población, y fue causa de alegría y esperanza generalizada, y en los centros de salud las personas aplaudían a los vacunados como victoriosos, y los propios inmunizados se tomaban selfis que enviaban a los amigos como si fuese una hazaña, las amenazas se mantienen.

Presidentes de naciones, médicos, enfermeros y gente común se han opuesto a la vacunación, su número es reducido, pero simbólico. Lo hacen con argumentos o sin ellos, pero siempre en el ejercicio de su libertad individual. Y es una libertad que como ejercicio individual se debe respetar; pero esa decisión puede poner en riesgo a los demás personas por ser una enfermedad transmisible. Hace ya casi dos siglos, J.S. Mills, en su ensayo *On Liberty*, sostenía que la autoridad no debe intervenir cuando la conducta de una persona no afecta a más nadie que a esa misma persona<sup>16</sup>. Sin embargo, la libertad debe tener un límite y es cuando una acción pueda causar daño a otra persona. Ese es el camino que usó la sociedad contemporánea para lidiar con el tabaquismo: a las personas no se les prohíbe fumar, pero se impide que lo hagan en espacios públicos. De igual modo, las personas pueden ingerir la cantidad de alcohol que quieran, pero no pueden conducir vehículos después de hacerlo. Se protege a los demás.

En el caso de las enfermedades transmisibles es más complejo y más riesgoso, pues el potencial daño es difuso. Aun así, no es factible en la sociedad democrática obligar a las personas re-nuentes a vacunarse. Y eso implica que no se podrá obtener la vacunación de la totalidad de la

población o quizá no la cantidad necesaria para la inmunidad de rebaño<sup>17</sup>. Lo que sí es posible es impedirle su participación en la vida social, en las oficinas, hospitales o lugares públicos de diversión. Se produce entonces una construcción cultural de la dolencia que trata a la población vacunada y no vacunada de manera diferencial. Y eso implica segregación y nos colocamos en el campo de la libertad negativa.

### **La cultura del rebaño**

La construcción de una cultura del rebaño permite la libertad positiva. La conciencia de la enfermedad y de unos hábitos y prácticas generalizadas en la población son el camino para el control sostenible a largo plazo del CONVID-19, cuando la epidemia en tanto que “exceso” de muertes y casos se supere, y se convierta en una endemia normal<sup>18</sup>.

Los cambios han sido rápidos. En los años 2019 e inicios del 2020 el COVID-19 fue apenas una infección que existía en los cuerpos, pero no

se sabía de su existencia hasta que se identificó el virus y convirtió en enfermedad. Luego, se tuvo conciencia, y el mundo después de quedar estupefacto, la interpretó y con gran miedo reaccionó y supo lo que se debía hacer. No fueron intervenciones farmacéuticas, sino eran apenas hábitos y prácticas sencillas: lavarse las manos, no tocarse la cara, mantener distanciamiento... y la población las adoptó, y la enfermedad se transformó en padecimiento.

El reto ahora está en lograr que sea dolencia, para que pueda sostenerse el control de la enfermedad en el tiempo. Ciertamente, “*We should not simply put our faith in the immunity of our herd*”<sup>19</sup> (p. 811), pues esta funciona exclusivamente en la dimensión de la enfermedad, y está restringida por el tiempo limitado de protección que ofrecen las vacunas. Por eso es necesario una cultura del rebaño, pues agrega los comportamientos individuales y la organización de la sociedad y expande su vigencia en el tiempo. La cultura del rebaño es el complemento necesario de la inmunidad del rebaño.

## Referencias

1. Parsons T. Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. In: Jaco, EG. *Patients, physicians and illness: sourcebook in behavioral science and medicine*. New York: Free Press; 1958. p. 165-187.
2. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philo* 2002; 27(6):651-673.
3. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press; 1980.
4. Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Annu Rev Anthropol* 1982; 11:257-285.
5. Hofmann B. Disease, illness, and sickness. In: Salomon M, Simon J, Kincaida H. *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*. Abingdon: Routledge; 2016. p. 16-26.
6. Briceño-León R. A cultura da enfermidade como fator de proteção e de risco. In: Peixoto R, Veras M, Barreto M, Almeida Filho N, Barata R. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 121-131.
7. Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, Bhatia S, Boonyasiri A, Cucunubá Z, Cuomo-Dannenburg G, Dighe A, Dorigatti I, Fu H, Gaythorpe K, Green W, Hamlet A, Hinsley W, Okell LC, van Elsland S, Thompson H, Verity R, Volz E, Wang H, Wang Y, Walker PGT, Walters C, Winskill P, Whittaker C, Donnelly CA, Riley S, Ghani AC. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. *Imperial College London* 2020. DOI: 10.25561/77482.
8. Moore S, Hill EM, Tildesley MJ, Dyson L, Keeling MJ. Vaccination and non-pharmaceutical interventions for COVID-19: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis* 2021; 21(6):793-802.
9. Pan American Health Organization (PAHO). *Neglected infectious diseases in the Americas: success stories and innovation to reach the neediest*. Washington, DC: PAHO; 2016.
10. Briceño-León R, Méndez J. The social determinants of Chagas disease and the transformations of Latin América. *Mem Instit Oswaldo Cruz* 2007; 102(1):109-112.
11. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ; COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020; 395(10242): 1973-1987.
12. The Lancet Infectious Diseases. The COVID-19 infodemic. *Lancet Infect Dis* 2020; 20(8):875.
13. Berlin I. Dos conceptos de libertad. En: Berlin I. *Cuatro ensayos sobre la libertad*. Madrid: Alianza; 1988. p. 187-243.
14. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Community Psychol* 2008; 41(1-2):127-150.
15. Manderson L, Levine S. COVID-19, risk, fear, and fall-out. *Med Anthropol* 2020; 39(5):367-370.
16. Mills JS. *On Liberty*. Kitchener: Batoche Books; 2001. p. 69.
17. John TJ, Samuel R. Herd immunity and herd effect: new insights and definitions. *Eur J Epidemiol* 2000; 16(7):601-606.
18. Pelling M. "Bosom vipers": endemic versus epidemic disease. *Centaurus* 2020; 62:294-301.
19. Jones D, Helmreich DS. A history of herd immunity. *Lancet* 2020; 396(10254):810-811.

---

Artículo presentado en 03/02/2022

Aprobado en 07/02/2022

Versión final presentada en 09/02/2022

---

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva