

# *Usos de la historia en tiempos de coronavirus\**

*Josep Lluís Barona*

Instituto Interuniversitario López Piñero  
Universitat de València  
barona@uv.es

*Resumen:* La irrupción imprevisible de la pandemia de Covid-19 ha alterado profundamente la salud, la economía, los valores y la libertad de movimiento de la ciudadanía. Durante el medio año de estado de excepción, la pandemia ha tenido gran impacto en la opinión pública. El presente artículo analiza la participación de los historiadores y los usos de la historia en diversos ámbitos del debate público. Analiza su contribución al debate sobre las causas, el control social y la importancia de combinar la perspectiva de salud global con la eficiencia de los sistemas nacionales de salud.

*Palabras clave:* usos de la historia, pandemia de Covid-19, sistema de salud, control social.

*Abstract:* The unpredictable outbreak of the Covid-19 pandemic has deeply altered the health, economy, values and freedom of movement of citizens. The government declared a state of emergency for about a half a year, and the pandemic had a great impact on public opinion. This article discusses the participation of historians in the public debate and the uses of history at various levels. It analyzes the contribution of history to the debate on causes, social control, and the importance of combining the global health perspective with the efficiency of national healthcare systems.

*Keywords:* uses of history, Covid-19 pandemic, healthcare system, social control.

---

\* Este artículo es fruto del proyecto «Catástrofe sanitaria y cooperación internacional en tiempo de crisis. Europa 1918-1945» del Ministerio de Ciencia e Innovación [HAR2017-82366-C2-1-P].

## Una pandemia imprevisible

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión de Salud de Wuhan (Hubei, China) notificó los primeros casos de neumonía. Poco después se confirmó que estaban causados por un coronavirus al que se denominó SARS-CoV-2, cuya estructura genética fue secuenciada el 12 de enero de 2020. Aunque el brote parecía lejano, la expansión fue tan rápida que el 30 de enero la Organización Mundial de la Salud (OMS) aplicó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y declaró el brote de coronavirus Emergencia Sanitaria Internacional. En ese momento había 7.818 casos confirmados en todo el mundo, principalmente en China, y se habían detectado casos en una veintena de países. A finales de enero, China había confinado la ciudad de Wuhan y extendido el aislamiento a varias ciudades de la provincia de Hubei. A mediados de febrero empezaron las señales de alarma en Italia, donde se produjo el primer brote europeo y se tomaron las primeras medidas de confinamiento fuera de China. El 11 de marzo, la OMS declaró el estado de pandemia global. El 14 de marzo se decretó el estado de alarma en España. En dos meses y medio, la pandemia afectaba a toda Europa. Cuando escribí la primera versión de este artículo —septiembre de 2020—, seguían creciendo los casos registrados a escala global, que superando los 30 millones de contagios con más de 900.000 fallecidos. Las cifras han seguido creciendo. Además de su dimensión sanitaria y epidemiológica, la pandemia ha causado estragos en la economía mundial y ha alterado profundamente la movilidad y las condiciones de vida de la población.

Un aspecto relevante es el impacto mediático. Si en 2003, la Guerra del Golfo fue la primera guerra transmitida en directo, la pandemia de Covid-19 es la primera pandemia que se ha seguido en directo a través de los medios audiovisuales y las redes sociales. El gran impacto mediático ha generado un amplio debate público internacional y ha puesto en primera plana la salud pública, la importancia del sistema sanitario y las múltiples dimensiones de la catástrofe. Colateralmente ha resucitado también el interés por la historia y ha llevado a los medios a nuevos *expertos*, virólogos, epidemiólogos, periodistas y, también, historiadores.

## Un heterogéneo panorama historiográfico

Los usos de la historia al debate público sobre la pandemia están siendo múltiples y heterogéneos. Por una parte, los medios han promovido entrevistas, columnas y tribunas de opinión periodísticas; por otra, un grupo de historiadores ha aportado textos referentes a pandemias anteriores. El tono, en general divulgativo, ha contribuido a informar a la opinión pública sobre el impacto y la importancia histórica de la peste negra, la viruela, el cólera o la gripe de 1918. Tanto la información mediática como el periodismo han incorporado nuevos vocablos antes desconocidos o poco empleados: rastreador, cuarentena, confinamiento, escalada, portador, nueva normalidad. Al parecer, las tres palabras más buscadas durante el verano en el *Diccionario de la lengua española* de la RAE han sido «cuarentena», «confinamiento» y «pandemia»<sup>1</sup>. También se ha extendido el uso lingüístico de la metáfora bélica y la militarización del lenguaje con expresiones como «ganar la batalla al virus» o «el enemigo es el virus». Además de los especialistas clínicos y «de laboratorio» (genetistas, microbiólogos, virólogos), han ganado presencia mediática salubristas, demógrafos y epidemiólogos. Ante la incertidumbre provocada por una catástrofe inesperada, los medios de comunicación han buscado referentes en el pasado. Eso ha puesto en circulación reflexiones desde la historia, principalmente de periodistas e historiadores, quienes, desde la demografía histórica<sup>2</sup>, la historia económica<sup>3</sup> y la historia de la me-

---

<sup>1</sup> Bertha GUTIÉRREZ RODILLA: «El lenguaje, entre los efectos de la pandemia», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 20-24, y Fernando NAVARRO GONZÁLEZ: «El lenguaje en tiempos de Covid», *Diario Médico*, 25 de mayo de 2020.

<sup>2</sup> Enrique LLOPIS AGELÁN y Vicente PÉREZ MOREDA: «La pandemia actual a la luz de las grandes crisis de mortalidad españolas de los siglos XVIII al XX», <https://conversacionsobrehistoria.info/2020/07/04/la-pandemia-actual-a-la-luz-de-las-grandes-crisis-de-mortalidad-espanolas-de-los-siglos-xviii-al-xx/>, y Vicente PÉREZ MOREDA: «Epidemias de la historia: lo que consiguió el miedo», *Conversaciones sobre la Historia*, 6 de mayo de 2020.

<sup>3</sup> Jordi MALUQUER: «La «madre de todas las pandemias»: impacto demográfico de la gripe de 1918-1920», *Conversaciones sobre la Historia*, 2 de agosto de 2020,

dicina<sup>4</sup> han ganado presencia en la opinión pública<sup>5</sup>. Además de enfatizar la importancia del contagio y el impacto actual de las enfermedades infecciosas, la pandemia de Covid-19 pone a prueba la eficacia de las tecnologías sanitarias y los sistemas de salud y ha puesto patas arriba los modelos anteriores de *transición demográfica* y de las sucesivas transiciones epidemiológica, sanitaria, nutricional y de riesgos<sup>6</sup>.

### ***History matters*: usos de la historia en tiempos de Covid-19**

En el mundo anglo-americano, el movimiento *history matters* ha puesto en valor la importancia de la historia no solo para comprender el presente, sino también para analizar y solucionar problemas actuales. Esta perspectiva ha contribuido al uso de la historia en el debate público de cuestiones que afectan, por ejemplo, a la salud, o incluso el peritaje judicial de casos de enfermedades laborales o de conflicto social. ¿En qué medida los historiadores españoles hemos contribuido en ese sentido al debate público sobre la epidemia?

Lo cierto es que la pandemia ha movilizado la presencia pública y la actividad de los historiadores. Además de esta amplia presencia periodística, también en el ámbito académico se han celebrado coloquios y debates con la participación de historiadores y expertos<sup>7</sup>.

---

y José Luis BETRÁN: «Coronavirus (I). El miedo a las epidemias. Una perspectiva desde la historia», *Conversaciones sobre la Historia*, 3 de marzo de 2020.

<sup>4</sup> Enrique PERDIGUERO-GIL y Rosa BALLESTER AÑÓN: «Las enfermedades infecciosas y su control: entre la esperanza y el fracaso», *Público*, 29 de agosto de 2020. Yo mismo he contribuido con artículos de prensa como: Josep L. BARONA: «Coronavirus», *ediarío.es*, 7 de febrero de 2020; íd.: «Covid-19: reflexiones desde la historia», *ediarío.es*, 23 de marzo de 2020; íd.: «Homo infectans y el neoliberalismo», *ediarío.es*, 28 de marzo de 2020, e íd.: «Lecciones de la pandemia», *ediarío.es*, 11 de abril de 2020

<sup>5</sup> «Pandemias e neoliberalismo. Un debate online entre José L. Barona y Marcos Cueto», moderado por Fábio Kühn y Jaqueline Brizola, Brasil, Universidad Rio Grande do Sul, 30 de julio de 2020.

<sup>6</sup> Enrique PERDIGUERO-GIL y Rosa BALLESTER AÑÓN: «Las enfermedades infecciosas...»; Enrique PERDIGUERO-GIL: «Sobre las ciencias y la Covid-19», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020.

<sup>7</sup> Col-loqui entre Ildelfonso Hernández, Enrique Perdiguero-Gil i Josep

Asociaciones de historiadores han creado *blogs* sobre la pandemia como los de la SEHM<sup>8</sup>, SCHCT<sup>9</sup> o «Conversaciones sobre la Historia», donde se han incluido varios textos y entrevistas a historiadores y demógrafos. Todas estas iniciativas han servido para difundir investigaciones previas y, en general, han dado relevancia a la idea de *history matters*, al uso de la historia como instrumento imprescindible para comprender y evaluar la pandemia actual. Me referiré a continuación a algunas de esas contribuciones.

## La reflexión histórica sobre las epidemias y sus causas

Los historiadores estamos familiarizados con la lógica aristotélica y con el galenismo. Ambos asumían la pluralidad causal al tratar de explicar los fenómenos naturales. Ante un brote epidémico los galenistas distinguían una causa cósmica que alteraba el equilibrio ambiental y acababa por influir en los individuos y corromper los humores corporales. Seguramente no es momento de aplicar modelos galénicos, pero hay que reconocer que hemos perdido perspectiva instalándonos en el reduccionismo de la causa eficiente: el virus. Habría que preguntarse si el coronavirus es la causa de la enfermedad o es la consecuencia de un ecosistema enfermo. Cuando al deterioro medioambiental se añade la pobreza, falta de higiene y marginalidad tenemos la tormenta perfecta para el estallido del proceso infeccioso. No solo se trata de producir vacunas, sino de establecer programas de salud global contra el deterioro medioambiental, el cambio climático y la destrucción del planeta<sup>10</sup>.

---

L. Barona: «Les lliçons d'una pandèmia», <https://www.uv.es/uvweb/university-institute-history-medicine-science/en/videos/col-loqui-les-llicons-d-una-pandemia-1285901090268/Rekurs.html?id=1286131059064>.

<sup>8</sup> Blog Epidemias y salud global, Reflexiones desde la historia (SEHM), <https://sehmevidemiasaludglobal.wordpress.com/>.

<sup>9</sup> «En temps de Covid-19, propostes de la SCHCT per pensar històricament el present», <https://blogs.iec.cat/schct/2020/08/01/en-temps-de-covid-19-propostes-de-la-schct-per-pensar-historicament-el-present-3/>.

<sup>10</sup> Stephen BACH: «Globalization and health», *Bulletin World Health Organization*, 85(11), (2007), pp. 897-899; *Climate change and infectious diseases in Europe*, European Academies Science Advisory Council, 2010, [https://www.interacademies.org/sites/default/files/2020-06/Climate\\_change\\_and\\_infectious\\_diseases\\_in\\_Europe.pdf](https://www.interacademies.org/sites/default/files/2020-06/Climate_change_and_infectious_diseases_in_Europe.pdf); Tedros Aghanom GHEBREYESUS: «Urgent health challenges for the next de-

Las epidemias no son meros fenómenos naturales derivados de la acción patógena de un microbio que inesperadamente aparece y provoca una infección que se transmite. Más bien son fruto de la interacción entre los humanos y el entorno con el que se relacionan. Por ello, las enfermedades infecciosas humanas son fenómenos de aparición relativamente reciente, si lo consideramos desde la larga perspectiva. La hominización se inició hace más de dos millones de años y tenemos constancia de que en el curso de la evolución, el *homo sapiens* y el *homo neanderthalensis* existían hace más de cien mil años y ambos se expandieron por el continente europeo hace unos cuarenta mil años. Hace unos veinticinco mil años que los neandertales, por razones que se discuten, se extinguieron y el *homo sapiens* pasó a ser la única especie humana sobre la tierra. La protohistoria humana es bien larga en el tiempo, pero las primeras epidemias humanas conocidas son mucho más recientes: surgieron en el contexto de la llamada *revolución neolítica* hace entre cuatro mil y diez mil años cuando se formaron las primeras sociedades urbanas, los primeros imperios, el comercio, la agricultura, la ganadería, la esclavitud y las guerras transformaron las interacciones entre los humanos y el entorno, creando las condiciones apropiadas para las infecciones y epidemias, incluyendo el salto a la especie humana de zoonosis. Por tanto, el inicio de la agricultura y la ganadería, la ciudad como espacio de convivencia y la mayor interacción entre humanos y animales son las claves del origen de las epidemias, según pone de manifiesto la geografía histórica de la enfermedad. Cuando nuestros antepasados humanos sobrevivían adaptándose a las condiciones del entorno no tenemos constancia de infecciones catastróficas. Las primeras epidemias surgieron cuando los humanos comenzaron a transformar el entorno para adaptarlo a sus necesidades.

Desde la Antigüedad, cada periodo histórico ha tenido su particular verdugo epidémico, asociado a crisis eco-sistémicas. Las epidemias, y en especial la peste, azotaban implacables en olas pandémicas a las poblaciones antiguas y medievales. Por eso adquirieron una dimensión alegórica; en los textos bíblicos se las representa

---

cade», *World Health Organization*, 13 de enero de 2020; Francesc PETERS: *Informe sobre canvi climàtic i salut a Catalunya*, Barcelona, IEC, 2019, y UNEP: *Global Environmental Outlook 2000 (Overview)*, <https://www.unenvironment.org/resources/global-environment-outlook-2000> (consultado el 30 de junio de 2020).

como el cuarto jinete del apocalipsis. Sus consecuencias demográficas y económicas eran devastadoras y el desastre provocado por la peste negra a mitad siglo XIV fue un importante factor de cambio social en Europa en un contexto de migraciones, guerras de religión y cruzadas.

Con la expansión colonial que se incrementó desde el siglo XVI y el cambio ecológico que provocó esa primera globalización, cuando los imperios europeos se expandieron por Asia, África, América y Oceanía, nuevas enfermedades y pandemias asolaron el mundo. Según estimaciones consistentes, la viruela causó más de ocho millones de muertos en Mesoamérica a raíz de la llegada de los españoles y el *cocoliztli* —apodado «venganza de Moctezuma» (hoy los biólogos moleculares lo identifican con alguna forma cercana a la salmonelosis)— superó los quince millones de muertos en varias oleadas epidémicas durante el siglo XVI, un tiempo en que el *treponema pallidum*, antes benigna causa del *mal de pinta* o el *pian*, se hizo más virulento y extendió la sífilis en todo el mundo. La viruela fue el verdugo de las poblaciones del Antiguo Régimen, devastando comunidades indígenas y poblaciones de todo el mundo con su punto álgido a lo largo del siglo XVIII.

Parece evidente, pues, que, desde la Antigüedad hasta el presente, la mayoría de las grandes catástrofes sanitarias se ha producido como consecuencia del contacto entre comunidades humanas que habían evolucionado aisladas entre sí. El colonialismo europeo expandió la viruela durante siglos; el cólera y la fiebre amarilla se extendieron con el comercio internacional desde las colonias de Asia y América con gran virulencia en el siglo XIX, propiciando las primeras cuarentenas y lazaretos marítimos y fluviales. Las perturbaciones que las pandemias de cólera causaban al comercio internacional con las colonias a lo largo de todo el siglo XIX (1833, 1856, 1885, 1896) dio impulso, desde mediados del siglo XIX, a una docena de congresos sanitarios internacionales para impulsar acuerdos de coordinación en el sistema de lazaretos y cuarentenas fluviales y marítimas, tratando de impedir un uso unilateral y político.

El cólera provocaba una mortalidad muy alta, por encima del 30 por 100. Una de las pandemias de cólera más mortíferas llegó a España en inicios de 1885 y afectó a unas 450.000 personas, de las que murieron un 35 por 100, unas 160.000. El País Valenciano fue la zona más afectada, unos 75.000 casos y la muerte de 33.681 per-

sonas, el 45 por 100 de los afectados. Fue entonces cuando Jaime Ferrán ensayó en las poblaciones de la Ribera del Júcar su controvertida vacuna.

Además del cólera, fueron la sífilis, el alcoholismo, la tuberculosis, el paludismo... las principales enfermedades sociales e infecciosas en el contexto de los cambios demográficos de la industrialización. Estas enfermedades estaban estrechamente relacionadas con las condiciones de vida de los hacinados barrios obreros y de la miseria industrial. La higienización de las ciudades y zonas rurales con sistemas de alcantarillado, separación de aguas limpias y sucias, lucha contra la contaminación, mejora higiénica de las viviendas obreras..., en definitiva, el desarrollo social, junto con las vacunas y los antibióticos hicieron mucho para neutralizar el efecto patógeno del entorno social: deterioro del medio ambiente humano condicionante de estas enfermedades (paludismo, tifus, fiebre tifoidea).

El referente contemporáneo más dramático, la pandemia de gripe de 1918, surgió en un contexto de profunda pobreza y crisis social, movimientos migratorios y de refugiados, posguerra y destrucción, con poblaciones afectadas por el tifus y el parasitismo. Esa catastrófica pandemia de gripe desveló la nueva amenaza: los virus, inaccesibles aún a las nuevas herramientas preventivas y terapéuticas. La gripe española de 1918 causó decenas de millones de muertes en todo el mundo, en torno a 2,5 por 100 de la población mundial. Se calcula que se contagió más del 40 por 100 de la población española, unos 8 millones de personas, causando unas 260.000 defunciones entre 1918 y 1920. Esa pandemia provocó una espectacular caída de la esperanza de vida media en España que era de cuarenta y cuatro años en 1916 y cayó hasta los treinta años en 1918. Aquella pandemia de gripe afectó sobre todo a zonas urbanas, y la sufrió el mismo monarca Alfonso XIII.

La segunda gran pandemia vírica de siglo xx coincidió precisamente con el inicio de la actual globalización: el SIDA. Después el Ébola y los coronavirus han causado brotes epidémicos graves: en 2003 explotó el SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) en China, afectando a más de 8.000 personas, con unas 800 muertes en 32 países (10 por 100 de mortalidad); también la epidemia de MERS (Middle East Respiratory Syndrom) en 2012, causado por un coronavirus en Oriente Medio, con 2.500 enfermos y 850 muertes en 27 países (35 por 100 de mortalidad).

Desde la segunda mitad del siglo xx, las campañas de vacunación generaron grandes expectativas y difundieron el concepto de «enfermedad evitable». Parecía posible controlar las enfermedades infecciosas. Hubo estrategias de «erradicación» contra la anquilostomiasis, el paludismo o la fiebre amarilla que, valoradas con perspectiva histórica, fueron poco eficaces. Solo la viruela fue oficialmente erradicada en 1980<sup>11</sup>. El programa para su erradicación se inició en 1966, cuando su incidencia disminuía y el reservorio humano era el único existente. Luego la OMS planteó la erradicación de la polio y en una fecha tan reciente como el 25 agosto de 2020 la región de África fue declarada zona libre de polio. Pero la idea de *erradicación* de enfermedades infecciosas ha sido muy cuestionada, ya que las enfermedades se producen en un sistema de interacción entre el medio y las poblaciones humanas<sup>12</sup>. De ahí que exterminar el microbio y la enfermedad implica la ruptura del equilibrio entre los gérmenes que actúan en una determinada población, y eso favorece nuevas enfermedades por patógenos que antes tenían escasa incidencia. Y es que la enfermedad infecciosa representa una pérdida del equilibrio microbiano entre el individuo y su entorno. El *microbioma* es parte esencial de nuestra identidad biológica y del sistema inmunitario. Por eso, toda epidemia es una ruptura del equilibrio microbiano con el medio y representa una crisis ecológica a escala individual y colectiva<sup>13</sup>.

A mediados de los años 1980, el optimismo acerca del control de las enfermedades infecciosas entró en crisis. Las razones para el optimismo estaban fundamentadas en la caída de la mortalidad infecciosa desde mediados del siglo xx y el descenso drástico de la mortalidad infantil gracias a la higiene, los antibióticos y la inmunoterapia (sueros y vacunas). Las epidemias habían dejado de ser una amenaza. Ese optimismo hizo minusvalorar la aparición de nuevos gérmenes y nuevas enfermedades: las llamadas *enfermedades emer-*

---

<sup>11</sup> Enrique PERDIGUERO-GIL y Rosa BALLESTER AÑÓN: «Las enfermedades infecciosas...».

<sup>12</sup> Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA: «Pandemias y mundialización de la salud», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020.

<sup>13</sup> Josep L. BARONA: «Catàstrofe sanitària i sistema de salut. Les lliçons de la història», *L'Espill. Revista fundada per Joan Fuster*, 63-64 (2020), pp. 25-35.

gentes, que aparecían por primera vez o que, habiendo sido controladas, experimentaban un rápido crecimiento y una amplia expansión geográfica. Entre 1973 y 1995 se identificaron diecisiete nuevas enfermedades, entre ellas la fiebre hemorrágica por Ébola, la enfermedad de los legionarios, el síndrome urémico-hemolítico y el SIDA<sup>14</sup>. Se describieron nuevos patógenos: rotavirus, parvovirus, virus ébola, legionella, VIH, helicobacter pylori, vibrio Cholerae O139. Ya en el siglo XXI aparecieron los virus Hendra y Nipah, y los coronavirus SARS, MERS y Covid-19<sup>15</sup>.

La mayoría de las enfermedades *emergentes* estaban relacionadas con tecnologías industriales, en muchos casos asociadas a las infraestructuras urbanas o a la producción de alimentos. Las enfermedades de mayor impacto fueron la *legionelosis*, relacionada con los sistemas de refrigeración y el uso industrial del agua; la encefalitis espongiiforme o *mal de las vacas locas*, vinculada a la productividad cárnica del ganado vacuno tras cambiar su alimentación vegetariana por otra con proteínas animales; el síndrome urémico-hemolítico, relacionado con la transformación de la ganadería y la industrialización cárnica en Estados Unidos y la concentración de las explotaciones ganaderas, también nuevos hábitos alimentarios asociados a la comida rápida, lo que ha favorecido el tráfico y aumento de microorganismos<sup>16</sup>.

Las enfermedades transmisibles son fruto de una crisis ecológica entre especies que cohabitan en un medio determinado, por eso se han incrementado las zoonosis. Derivan de cambios en el equilibrio ecológico o de técnicas y procesos industriales. El salto de especie requiere la adaptación de la estructura genética del microorganismo infectante a la nueva especie como estrategia de supervivencia, lo que implica mutaciones o cambios genéticos. El éxito de ese salto depende de la capacidad de infectar a una nueva especie y perpetuarse en ella. Eso ocurrió en el pasado con el sarampión, la

---

<sup>14</sup> Juan Fernando MARTÍNEZ NAVARRO: «La Covid-19, una enfermedad emergente», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 154-158.

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> *Ibid.*

gripe, la viruela o la tuberculosis. La supervivencia del microorganismo infectante depende de su virulencia, de los cambios ambientales que favorecen la transmisión y de la inmunidad de grupo, que puede frenar la difusión de la enfermedad.

La pandemia de Covid-19 tiene que explicarse con ese modelo. El salto de especie se produce desde animales silvestres a explotaciones intensivas. La adaptación con éxito al nuevo huésped y la transmisión a la especie humana por vía aérea son la base biológica de la pandemia, junto a la especificidad etiológica —virulencia y transmisibilidad— e inmunológica. El incremento de la población, la creciente necesidad de alimentos y la pobreza son los factores determinantes de la transformación de un pequeño foco epidémico en una pandemia. Como ya ocurrió en la epidemia del SARS en 2003, en la génesis del brote epidémico de Covid-19 se encuentran los llamados mercados húmedos, espacios que reúnen condiciones medioambientales para la transmisión del virus y el salto de especie<sup>17</sup>. Son mercados como el de Wuhan, donde a las deplorables condiciones higiénico-sanitarias se suma el hacinamiento de personas y animales, agravado por el hecho de que mucha gente vive y pernocta en el propio mercado o su entorno.

Todos estos argumentos ponen de relieve la importancia de los ecosistemas. El cambio climático entraña una serie de riesgos para la salud humana que derivan del calentamiento global, provocando episodios extremos de olas de calor con cambios en el régimen de precipitaciones, el nivel de los mares, inundaciones e incendios, que inducen enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, mentales e infecciosas<sup>18</sup>. El congreso de Greisfswald (Alemania, 2009) sobre «Climate change and Infectious diseases» identificó una serie de enfermedades infecciosas que pueden afectar a humanos como consecuencia del cambio climático. Una investigación publicada en *Proceedings of the National Academy of Sciences* estima que entre 7 y 8 millones de personas pueden morir al año por causas asocia-

---

<sup>17</sup> Josep BERNABEU-MESTRE y María Eugenia GALIANA SÁNCHEZ: «La perspectiva histórica de la dimensión social de las epidemias en la lucha contra Covid-19», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 98-103.

<sup>18</sup> Francesc PETERS: *Informe sobre canvi climatic...*

das y agravadas por la contaminación atmosférica<sup>19</sup>. Es así porque las poblaciones de los huéspedes primarios (animales que sufren una enfermedad que secundariamente puede afectar a humanos) o de los vectores (animales que no sufren la enfermedad, pero la transmiten) se desplazan hacia latitudes más templadas con el incremento de temperatura, pudiendo sobrevivir durante las estaciones más frías.

La microbiología explicó a finales de siglo XIX que las infecciones están causadas por microorganismos vivos. La lógica reduccionista condujo inicialmente al objetivo de erradicar los patógenos, es decir, exterminar o matar los gérmenes que provocan las infecciones, la caza de microbios. Hoy sabemos que la estrategia de erradicación y exterminio de virus y bacterias es absurda y errónea. El éxito inicial de antibióticos, sueros y vacunas llevó durante los años optimistas de la Guerra Fría a vaticinar que esta caza de microbios acabaría con las infecciones humanas. Pero la naturaleza siempre es más poderosa que la tecnología y hoy sabemos que exterminar un ser vivo rompe equilibrios naturales muy complejos. El historiador de la medicina de origen croata Mirko Grmek propuso entonces el concepto de *patocenosis* para indicar que cada enfermedad no es un ente aislado, sino que forma parte del sistema dinámico de enfermedades que afectan a una comunidad humana en cada momento.

Por todo ello, es necesario asociar el brote de Covid-19 al deterioro de los ecosistemas, el cambio climático y los efectos perniciosos de la globalización neoliberal y la explotación mercantil de los recursos naturales. La explosión demográfica, la pobreza extrema y las hambrunas son factores asociados. El origen remoto de la pandemia es un planeta enfermo y la prevención debe enfocarse en el contexto de políticas y acuerdos internacionales sobre salud global.

---

<sup>19</sup> Richard BURNETT, Hong CHEN y Mieczyslaw SZYSKOWICZ *et al.*: «Global estimates of mortality associated with long-term exposure to outdoor fine particulate matter», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(38), (2018), pp. 9592-9597. Citado por Francisco GARRIDO PEÑA: «¿La bolsa o la vida? Doce enseñanzas de urgencia sobre la pandemia», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 178-182.

## Sobre miedo, libertad y control social

El estado de alerta ha confinado al conjunto de la población mediante la aplicación de leyes de excepción. La libertad, valor supremo de la modernidad, ha sido puesta en cuarentena en condiciones tan duras como en las epidemias de peste, en instituciones cerradas como asilos psiquiátricos o lazaretos. Hemos vivido días de cuarentena con pérdida absoluta de la libertad de movimiento y expresión. Esta vez no ha sido un acto de represión política. Ha sido en nombre de la salud, con la autoridad de los expertos, el uso estratégico del miedo al contagio y la idea de protección. En guerra, las medidas de confinamiento y toque de queda son impuestas por el enemigo; ahora en cambio es el Estado el que lo impone contra el enemigo. La segunda reflexión tiene que ver con la naturaleza del adversario: en una guerra es visible, ahora el enemigo es invisible<sup>20</sup>. La crisis sanitaria ha transformado la realidad y los valores. Hemos pasado de ser ciudadanos libres a ser portadores potenciales de infección. El concepto de «portador asintomático» resume la idea de miedo y culpa. Se planteó a comienzos del siglo XX en los debates internacionales sobre la sífilis y dio lugar a regulaciones sancionadoras para el control de enfermedades venéreas y también a la cautela frente a la lactancia mercenaria y las amas de cría<sup>21</sup>.

En consecuencia, hemos interiorizado normas de clausura, sumisión y rituales de distanciamiento. Hace un siglo, en torno al higienismo se articuló un amplio programa de transformación social basado en el urbanismo, la vivienda, los espacios públicos y la higiene rural. ¿Qué modelo se creará en torno al «hombre infectante»?<sup>22</sup> La amenaza de infección no nos hará avanzar en libertad y derechos, más bien acentuará el control social, una noción procedente de la sociología funcionalista. Aunque con diferencias teóricas, cabe destacar en este tipo de reflexiones la teoría del «pro-

---

<sup>20</sup> Edgar MORIN: «Entrevista sobre la crisis del coronavirus», *El País*, 11 de abril de 2020, y Carlo CIPOLLA: *Contra un enemigo mortal e invisible*, Barcelona, Crítica, 1993.

<sup>21</sup> Josep L. BARONA: «Enfermedades venéreas: un problema sanitario internacional en 1900», *Medicina e Historia*, 4 (2016), pp. 4-20.

<sup>22</sup> Josep L. BARONA: «Homo infectans...».

ceso civilizatorio» de Norbert Elías, quien analizaba los procesos de interiorización como esencia de formas persuasivas y no coercitivas de control social<sup>23</sup>.

La presente pandemia es un excelente estudio de caso para un análisis crítico del higienismo, no solo como eje fundamental de la prevención, sino también como instrumento de dominación en el sentido crítico de Michel Foucault. Él lo llamó *biopoder* y sus *biopolíticas* pusieron la salud en el centro de la gobernanza<sup>24</sup>. Sin embargo, hay que reconocer que ha sido precisamente esa *biopolítica* la que impulsó el derecho a la salud y acabó generando un contrato implícito entre el Estado y los ciudadanos para garantizar la salud y la protección como derecho constitucional. Ahora el neoliberalismo rompe el compromiso social del Estado con la ciudadanía y transforma al paciente en cliente, reduciendo la atención sanitaria a un contrato entre el individuo y la compañía de seguros médicos.

El estado de alarma, en nombre de la salud, ha causado formas colaterales de patología social y eso obliga a plantearse en qué términos cabe definir la salud de una sociedad. ¿Puede ser sana una sociedad atrapada por el miedo, la violencia, la pobreza, pero con indicadores epidemiológicos aceptables? Hay que reflexionar y debatir profundamente el concepto de *salud social*. La pandemia es una «prueba de estrés» que ha trastocado los derechos civiles y el relato neoliberal. Ha revelado que sin salud no hay economía ni estabilidad social, pero también que el autoritarismo sanitario como medio de control social genera formas de patología. Después de la Gran Guerra, la pandemia de gripe, el tífus, las migraciones, los millones de refugiados, el hambre, las infecciones y la miseria hicieron reaccionar a la comunidad internacional. La recién fundada Sociedad de Naciones creó un Comité de Higiene con comisio-

---

<sup>23</sup> Rafael HUERTAS: «La cara B de las epidemias: a propósito del control social», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 164-168.

<sup>24</sup> Salvador CAYUELA SÁNCHEZ: «Reflexiones biopolíticas en torno a la Covid-19», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 159-163.

nes internacionales de epidemias y creó un Servicio de Inteligencia Epidemiológica Internacional en Ginebra y en Singapur. Las potencias internacionales eran conscientes de que el polinomio hambre-pobreza-infección impedía la reconstrucción y la estabilidad del orden internacional. Hoy las organizaciones internacionales son débiles y el liderazgo internacional carece de perspectiva global.

## Salud global y sistema sanitario

El elemento central para la gestión política de la pandemia es el sistema nacional de salud. Conviene recordar que los sistemas o servicios nacionales de salud son fruto de las políticas públicas del Estado de bienestar que se extendieron a partir del keynesianismo tras la Segunda Guerra Mundial. Antes no puede hablarse propiamente de sistemas nacionales, ni siquiera de una administración sanitaria estatal, capaz de hacer frente a la gestión coordinada de grandes pandemias. Ese es un factor diferencial ineludible al comparar la pandemia actual con otras del pasado. La Sociedad de Naciones impulsó las primeras iniciativas y entre 1950 y 1970 se extendió la vigilancia epidemiológica. Una nueva institución, el Communicable Disease Center se fundó en Atlanta y en 1970 se convirtió en Center for Disease Control and Prevention, un modelo que la OMS extendió a escala global<sup>25</sup>. El objetivo subyacente era la vigilancia internacional de enfermedades transmisibles. Diversos informes e intervenciones públicas de científicos e intelectuales impulsaron finalmente a la OMS a crear una División de Vigilancia de Infecciones Emergentes, que en 1998 pasó a Communicable Diseases Cluster o Programa contra las Enfermedades Transmisibles. Su misión era reforzar la vigilancia epidemiológica, coordinarla y fortalecer la respuesta frente a las nuevas infecciones<sup>26</sup>. Todo ello condujo a un nuevo Reglamento Sanitario Internacional aprobado por la 48 Asamblea General de la OMS en 2005, tras el impacto del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), primera *emergencia sanitaria mundial de salud* del siglo XXI. Desde entonces hasta el

---

<sup>25</sup> Karel RASKA: «Vigilancia nacional e internacional de las enfermedades transmisibles», *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, 20 (1996), pp. 359-365.

<sup>26</sup> Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA: «Pandemias y mundialización...».

30 de enero de 2020, cuando se declaró la del Covid-19, hubo otras cinco. El Reglamento de 2005 marca las directrices de la vigilancia epidemiológica, que es responsabilidad de los gobiernos nacionales. Se considera una *emergencia mundial de salud pública* cuando la expansión internacional de una enfermedad pone en riesgo la salud global y requiere una respuesta coordinada internacionalmente. Es un instrumento que conecta la lucha contra las enfermedades emergentes y la preparación estratégica frente a las crisis sanitarias. Fue actualizado en 2016 por la 59 Asamblea General de la OMS.

Un ejemplo de la vigilancia epidemiológica son las pruebas de seroprevalencia, las encuestas serológicas y el registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Se trata de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica operativos desde la segunda mitad del siglo XX, cuyo objetivo es determinar el nivel y distribución de la inmunidad inducida por infección natural o la vacunación. El serodiagnóstico se inició a finales siglo XIX mediante la detección de anticuerpos en el suero de enfermos por reacciones de aglutinación (tifoidea, sífilis) y desde los años 1940 empezó a aplicarse a la poliomielitis<sup>27</sup>.

Nuestros sistemas sanitarios se configuraron como instrumento de políticas nacionales para hacer efectivo el derecho a la salud reconocido en la Constitución de los países democráticos. La crisis de 2008 sometió a muchos países —entre ellos el nuestro— a políticas de austeridad que deterioraron el sistema sanitario público. En la actualidad, la financiación de la sanidad española es marcadamente inferior a la de 2009. Un ejemplo de ello es el número de plazas de que dispone el sistema sanitario español en unidades de cuidados intensivos (UCI). Al estallar la pandemia de Covid-19 disponía de 4.400 plazas en UCI, cuando Alemania, con un 40 por 100 más de habitantes, disponía de 29.000<sup>28</sup>. El que muchos han calificado como el «mejor sistema sanitario del mundo» ha atravesado una

---

<sup>27</sup> María Isabel PORRAS, María José BÁGUENA y Rosa BALLESTER: «A vueltas con las encuestas sobre seroprevalencia: cuándo, cómo y por qué se iniciaron», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 124-128.

<sup>28</sup> Josep Maria COMELLES: «La pandemia y la crisis de una cultura sanitaria», en Ricardo CAMPOS, Enrique PERDIGUERO-GIL y Eduardo BUENO (eds.): *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 2020, pp. 197-202.

profunda crisis de financiación en manos de los gobiernos del Partido Popular en beneficio de la privatización.

El deterioro sirvió de argumento para la privatización en beneficio de los fondos de inversión y las compañías de seguros médicos. Esa estrategia ha hecho más vulnerable el sistema público en situaciones de gran estrés como la actual. Además, los sistemas de salud de corte occidental no se concibieron para hacer frente a grandes alertas sanitarias como la actual, consideradas reminiscencia del pasado, propias de países pobres y poco desarrollados. Habrá que revisar muchos planteamientos y pensar la salud como fenómeno global, reforzar la cooperación internacional, el papel de la OMS y flexibilizar el sistema sanitario para adaptarlo a situaciones y demandas cambiantes. La rigidez del modelo de especialización profesional y la compartimentación de la asistencia hospitalaria son un obstáculo. La pandemia ha demostrado la importancia de un modelo eficaz de atención primaria, la labor de los servicios de urgencias y las UCI, y se impone la adaptabilidad de otras especialidades a demandas urgentes.

Los especialistas en gestión de la salud señalan la necesidad de adaptar el modelo a las demandas cambiantes de la sociedad<sup>29</sup>. Es necesario que el sistema sea capaz de separar a los grupos vulnerables y protegerlos, integrando la atención primaria en el marco de los servicios sociales; y eso requiere sistemas de información para detectar alertas entre servicios sociales, residencias de mayores y atención primaria<sup>30</sup>.

En el caso español, la coordinación de los sistemas de vigilancia e información sanitaria entre comunidades y el Estado tendría que conducir a la creación de una agencia estatal de calidad y salud pública enfocada a tomar decisiones técnicas no solo en momentos de epidemia, sino también para la gestión ordinaria de las enfermedades sociales dominantes. El salubrista Rafael Bengoa considera que tenemos un sistema de salud a la medida de las enfermedades agudas, pero no adaptado al enfermo crónico. Un enfermo de diabetes desde los veinte hasta los noventa años necesita un sistema que acompañe su enfermedad incurable. El sistema sanitario no está

---

<sup>29</sup> Rafael BENGEO RENTERÍA: «Una oportunidad para mejorar el sistema de salud», *El País*, 22 de abril de 2020.

<sup>30</sup> *Ibid.*

bien organizado para atender enfermedades crónicas, cardiovasculares, diabetes, hipertensión, asma, que suponen el 91 por 100 de la mortalidad en España<sup>31</sup>.

### Breve comentario final

La actual pandemia de Covid-19 ha sometido a escrutinio las fortalezas y debilidades de los sistemas nacionales de salud. La experiencia marca una secuencia clara: se produce un salto de especie en la infección de un virus virulento; los sistemas de registro e información operan tarde y la OMS tarda en lanzar la alerta sanitaria internacional; no hay experiencia previa en la prevención ni el tratamiento; se produce una controversia en la opinión pública y, en algunos casos, la estrategia de los expertos y la política no se han coordinado. La catástrofe sanitaria, a comienzos de 2021 superaba los 30 millones de contagios y más de 900.000 fallecidos. La explicación no radica en que una organización o gobierno hayan llegado tarde, sino en que el modelo de control global de pandemias no ha sido capaz de responder con eficacia a la amenaza. En el proceso de análisis de la pandemia la historia ha cumplido una labor de referente y también ha aportado modelos, algunos impugnados por la crisis actual. Por ejemplo, los modelos de transición demográfica y sanitaria, que tendrán que reconstruirse de acuerdo con el concepto actual de salud global. La actual pandemia pone de relieve la importancia de la salud ambiental del planeta, ya que es fruto de una crisis profunda del sistema de explotación de los recursos naturales y de la amenaza a la salud ambiental. Sin duda, la internacionalización —el concepto de salud global— y la transformación de los sistemas de salud son los factores esenciales para hacer frente a futuras crisis.

---

<sup>31</sup> *Ibid.*

## PRESENTACIÓN DE ORIGINALES

1. La revista *Ayer* publica artículos de investigación y ensayos bibliográficos sobre todos los ámbitos de la Historia Contemporánea escritos en castellano.
2. Los autores/as se comprometen a enviar artículos originales que no hayan sido publicados con anterioridad, ni estén siendo considerados en otros medios. Una vez publicados en *Ayer*, los artículos no podrán ser reproducidos sin autorización expresa de la Redacción de la revista. Sí podrá hacerse mención a la edición digital, disponible en el Portal de Revistas de Marcial Pons (<http://revistas.marcialpons.es>) y en la página web de la Asociación de Historia Contemporánea (<http://www.ahistcon.org>).

No se aceptarán para su evaluación trabajos que hayan sido publicados o estén a punto de serlo en cualquier otro medio, en su totalidad o parcialmente, ni los que reproduzcan sustancialmente contenidos ya publicados por el autor/a en libros, artículos o capítulos de libros ya aparecidos o de aparición inmediata. Los artículos deberán presentarse acompañados de una declaración expresa que garantice su plena originalidad, con firma manuscrita del autor/a o autores/as, conforme al modelo que figura en la página web de la revista.

Excepcionalmente, el Consejo de Redacción de *Ayer* podrá considerar la edición por primera vez en castellano de artículos ya publicados en otras lenguas.

3. Tanto los artículos de investigación como los ensayos bibliográficos serán informados al menos por dos evaluadores/as externos a los órganos de la revista y a la Junta Directiva de la Asociación de Historia Contemporánea que la edita, mediante un sistema doble ciego (anónimo tanto para el evaluador/a como para el autor/a del texto). Los artículos que integran los dossiers serán evaluados de la misma forma. Todos los textos deberán recibir posteriormente la aprobación del Consejo de Redacción.
4. La revista se compromete a adoptar una decisión sobre la publicación de originales en el plazo de seis meses. Se reserva el derecho de publicación por un plazo de dos años, acomodando la aparición del texto a las necesidades de la revista.
5. Los autores/as remitirán su texto a la dirección institucional de la revista ([revistaayer@ahistcon.org](mailto:revistaayer@ahistcon.org)) en soporte infor-

mático (programa MS Word o similar). Igualmente enviarán un resumen de menos de 100 palabras en español y en inglés; el título, igualmente en español y en inglés; cinco palabras clave, también en los dos idiomas; una breve nota curricular, que no debe superar las 100 palabras; y el compromiso de originalidad firmado, que puede escanearse para su envío por correo electrónico (en formato PDF o similar). No será enviado a evaluación ningún artículo que no incluya todos estos complementos.

6. Los trabajos enviados para su publicación han de ajustarse a los siguientes límites de extensión: entre 7.000 y 9.000 palabras para los artículos (notas de pie de página incluidas), tanto si van destinados a la sección de Estudios como si forman parte de un dossier; y de 4.000 a 5.000 palabras (todo incluido) para los Ensayos bibliográficos y las colaboraciones en la sección Hoy.
7. En los dossiers, las presentaciones de los coordinadores no podrán exceder de 3.000 palabras. El título del dossier y el texto de cubierta no deberán superar las 70 palabras.
8. Sistema de citas: las notas irán a pie de página, procurando que su número y extensión no dificulten la lectura.

Por ejemplo:

**Libros:** De un solo autor: Santos JULIÁ: *Hoy no es ayer. Ensayos sobre la España del siglo XX*, Barcelona, RBA Libros, 2010.

Dos autores: Mary NASH y Gemma TORRES (eds.): *Feminismos en la Transición*, Barcelona, Grup de Recerca Consolidat Multiculturalisme i Gènere, Universitat de Barcelona-Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales (Ministerio de Cultura), 2009.

Tres autores: Carlos FORCADELL ÁLVAREZ, Pilar SALOMÓN CHÉLIZ e Ismael SAZ CAMPOS (coords.): *Discursos de España en el siglo XX*, Valencia, Universidad de Valencia, 2009.

Cuatro o más autores: Carlos FORCADELL ÁLVAREZ *et al.* (coords.): *Usos de la historia y políticas de la memoria*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2004.

**Capítulos de libro:** Antonio ANNINO: «México: ¿Soberanía de los pueblos o de la nación?», en Manuel SUÁREZ CORTINA y Tomás PÉREZ VEJO (eds.): *Los caminos de la ciudadanía. México y España en perspectiva comparada*, Madrid, Biblioteca Nueva-Editiones de la Universidad de Cantabria, 2010, pp. 37-54.

**Artículos de revista:** Pilar FOLGUERA: «Sociedad civil y acción colectiva en Europa: 1948-2008», *Ayer*, 77 (2010), pp. 79-113. Si la referencia es a una/s página/s concreta/s del artículo, se indicarán éstas a continuación del siguiente modo: Pilar FOLGUERA: «Sociedad civil y acción colectiva en Europa: 1948-2008», *Ayer*, 77 (2010), pp. 79-113, esp. pp. 101-102.

**Citas posteriores:** Santos JULIÁ: *Hoy no es ayer...*, pp. 58-60. Pilar FOLGUERA: «Sociedad civil...», pp. 100-101.

Si se refiere a la nota inmediatamente anterior: *Ibid.*, pp. 61-62. En cursiva y sin tilde.

Cuando se citan varias obras de un mismo autor en el mismo pie de página: Ismael SAZ CAMPOS: «El primer franquismo», *Ayer*, 36 (1999), pp. 201-222; íd.: «Política en zona nacionalista: configuración de un régimen», *Ayer*, 50 (2003), pp. 55-84; e íd.: «La marcha sobre Roma, 70 años: Mussolini y el fascismo», *Historia* 16, 199 (1992), pp. 71-78.

La ausencia de los datos relativos a la ciudad de edición, la editorial o imprenta, el año o el número en caso de revistas, se indicarán respectivamente con las abreviaturas siguientes:

- s. a. = sin autor
- s. d. = sin data
- s. e. = sin editorial
- s. l. = sin lugar de edición
- s. n. = sin número

Estas abreviaturas irán seguidas, si es necesario, de una atribución de ciudad, editorial o año, que irán entre corchetes.

Los datos sobre el número de edición, traducción, etc., se pondrán, de manera abreviada, entre el título de la obra y el lugar de edición.

**Artículos de periódico:** Emilia PARDO BAZÁN: «Un poco de crítica. El símbolo», *ABC*, 22 de febrero de 1919. En caso de que resulte relevante indicar la ciudad de edición del periódico, se señalará a continuación del título; por ejemplo: José ORTEGA Y GASSET: «El error Berenguer», *El Sol* (Madrid), 15 de noviembre de 1930.

**Tesis doctorales o Trabajos de fin de Máster:** Miguel ARTOLA: *Historia política de los afrancesados (1808-1820)*, tesis doctoral, Universidad Central, 1948.

**Síntesis de internet:** Matilde EIROA: «Prácticas genocidas en guerra, represión sistémica y reeducación social en posguerra», *Hispania Nova*, 10 (2012), <http://hispanianova.rediris.es/10/dossier/10d014.pdf>.

Cuando el documento citado tenga entidad independiente, pero haya sido obtenido de un sitio de internet, esta circunstancia se señalará indicando a continuación de la cita bibliográfica o archivística la expresión «Recuperado de Internet» y la URL del sitio entre paréntesis. Ejemplo: Rafael ALTAMIRA: *Cuestiones Hispano-Americanas*, Madrid, E. Rodríguez Serra, 1900. Recuperado de Internet (<http://bib.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=35594>).

**Documentos inéditos:** Nombre y APELLIDOS del autor (si existe): Título del documento (entrecomillado si es el título original que figura en el documento (ciudad, día, mes y año si se conoce la fecha), Archivo, Colección o serie, Número de caja o legajo, Número de expediente. Ejemplos: Carta de Juan Bravo Murillo a Fernando Muñoz (22 de julio de 1851), Archivo Histórico Nacional, *Diversos: Títulos y familias (Archivo de la Reina Gobernadora)*, 3543, exp. 9; «Diario de operaciones de la División de Vanguardia» (1836), Real Academia de la Historia, *Archivo Narváez-I*, Caja 1; Juan Felipe MARTÍNEZ: «Relación de lo sucedido en el Real Sitio de San Ildefonso desde el 12 de Agosto de 1836 hasta la entrada de S.M. en Madrid el 17 del mismo mes», Archivo General de Palacio, *Reinado de Fernando VII*, Caja 32, exp. 13.

En el caso de los ensayos bibliográficos o de artículos de carácter teórico, las citas pueden incluirse en el texto (BERNAL GARCÍA, 2010, 259), acompañadas de una bibliografía final.

9. Las aclaraciones generales que deseen hacer los autores/as, tales como la vinculación del artículo a un proyecto de investigación, la referencia a versiones previas inéditas discutidas en congresos o seminarios, o el agradecimiento a personas e instituciones por la ayuda prestada, figurarán en una nota inicial no numerada al pie de la primera página, cuya llamada será un asterisco volado al final del título. Tal nota no podrá exceder de tres líneas.
10. Divisiones y subdivisiones: los epígrafes de los artículos irán en negrita y sin numeración. Conviene evitar los subepígrafes; en el caso de que se incluyan, aparecerán en cursiva.
11. Los artículos podrán contener cuadros, gráficos, mapas o imágenes, aunque limitando su número a los que resulten imprescindibles para apoyar la argumentación, y nunca más de diez en total.

En todos los casos, los autores/as se hacen responsables de los derechos de reproducción de estos materiales, sean de elaboración propia o cedidos por terceros, cuya autorización deben solicitar y obtener por su cuenta, aportando la correspondiente justificación.

Estos elementos gráficos irán numerados correlativamente en función de su tipología (Cuadro 1, Cuadro 2, Cuadro 3...; Gráfico 1, Gráfico 2, Gráfico 3...; Mapa 1, Mapa 2, Mapa 3...; Imagen 1, Imagen 2, Imagen 3...). A continuación del número llevarán un título que los identifique. Y al término de la leyenda o comentario, irá entre paréntesis la palabra *Fuente*; seguida de la procedencia de la imagen, mapa, gráfico o cuadro.

Los mapas y las imágenes se enviarán separadamente del texto y en formato de imagen (tiff, jpg o vectorial) con una resolución de 300 ppp y un tamaño mínimo de 13 x 18 cm. En el texto se indicará el lugar en el que se desea insertarlos, mediante la mención en párrafo aparte del número entre corchetes [Imagen 1]. Los cuadros y gráficos, en cambio, pueden situarse directamente en el lugar del artículo en el que se quieren insertar.

12. La revista recomienda a los autores de artículos aceptados para su publicación, tanto de la sección de Estudios como de los dossieres, que colaboren con la plataforma Geocritiq de difusión de la producción académica en Ciencias Sociales y Humanidades en el ámbito hispanohablante. Se trata de enviar a esta plataforma un texto divulgativo de un máximo de 5.000 caracteres (con espacios), en el que se resuman los contenidos del artículo publicado, acompañado de una ilustración y de una foto del autor a [director@geocritiq.com](mailto:director@geocritiq.com). Para más información, véase: <http://www.geocritiq.com/>.