

## Capítulo 9.

### Sanar la enfermedad más profunda

*Es importante para nosotros recordar qué tanto poder tenemos...*

*Humanos hacen el sistema; humanos pueden cambiar el sistema*

- Ingrid La Fleur, fundadora del Instituto Afrofuture Strategies

AHORA QUE TU MENTE ESTÁ PROFUNDAMENTE DESPEGADA —AHORA QUE ESTÁS listo para creer que casi cualquier cosa puede ser diferente en el futuro— la pregunta clave no es “¿Qué *puede* cambiar en la siguiente década?”, sino “¿Qué *debe* cambiar?”.

El shock causado por la pandemia ha creado una especie de ruptura psíquica en la sociedad, un espacio para que las ideas radicales se arraiguen en nuestro consciente colectivo y echen raíces. Como escribió la activista Christine Caine, “A veces cuando estás en un lugar oscuro piensas que has sido enterrado, cuando realmente has sido plantado”<sup>1</sup>.

Ahora que estamos saliendo de la oscuridad de la pandemia, tenemos la oportunidad de crecer juntos hacia algo nuevo. Pero primero tenemos que enfrentarnos a la verdad de lo que nos ha sucedido.

Durante casi tres décadas, los psicólogos han estudiado un fenómeno llamado *crecimiento postraumático*. Se trata de algunos casos en los que sucede una especie de transformación personal positiva tras sufrir un trauma, cuando cambiamos radicalmente luego de enfrentarnos a retos y dolores que antes nos parecían impensables.

El crecimiento postraumático puede resultar en una mejor comprensión de nuestras propias fortalezas, una apertura a nuevas posibilidades y oportunidades, un mayor sentido de la conexión con otras personas que sufren, el valor de realizar cambios drásticos en nuestras vidas que reflejen mejor nuestras esperanzas y sueños y un deseo renovado de servir a una

---

<sup>1</sup> Christine Caine (@ChristineCaine), “Sometimes when you’re in a dark place you think you’ve been buried when you’ve actually been planted. You will bring forth life!!,” Twitter, February 28, 2015, 6:27 p.m., <https://twitter.com/ChristineCaine/status/571814033780682752?s=20>.

causa más grande que nosotros mismos. Se ha documentado en personas que han sufrido la guerra, heridas y enfermedades serias, desastres naturales, duelos profundos, pérdidas de empleo y estrés económico<sup>2</sup>. No es algo universal, pero sí común. Los expertos afirman que aproximadamente entre el 50% y el 60% de las personas que sufren un trauma experimentarán al menos un área de crecimiento postraumático<sup>3</sup>.

Paradójicamente, el mayor indicador del crecimiento postraumático es haber experimentado uno o más síntomas del trastorno de estrés postraumático o TEPT/PTSD. Esto se debe a que el crecimiento postraumático no es lo contrario del sufrimiento. Es el resultado directo de sufrir profundamente y *tratar de encontrar sentido y significado a ese sufrimiento*. Ocurre cuando nos vemos obligados a replantearnos nuestras creencias fundamentales, reconocer nuestra propia vulnerabilidad y mortalidad y decidir qué es lo verdaderamente importante para nosotros. Comienza con una dolorosa batalla para procesar y comprender plenamente ese pasado traumático: ¿Qué pasó? ¿Por qué pasó eso? ¿Y qué debo y puedo hacer ahora, de cara al futuro?

El crecimiento postraumático es usualmente un proceso individual. Pero ahora, por primera vez, puede que lo estemos viendo a escala mundial.

La pandemia de COVID-19 ha sido posiblemente la experiencia colectiva simultánea de trauma más grande de la historia de la humanidad, ya sea por el trauma del trabajo en primera línea, el aislamiento social, las pérdidas y dificultades económicas, la ansiedad prolongada, la enfermedad crónica COVID prolongado, la pérdida de un ser querido o el dolor de verse abandonado y desprotegido por el propio gobierno.

¿Qué tan frecuente es el trauma durante una pandemia? En promedio, el 22,6% de las personas experimentan síntomas de TEPT/PTSD después de una pandemia. Los trabajadores sanitarios son los más afectados, con un 27%, seguidos de las personas infectadas, con un 24%, y el público en general con un 19%. Esto es según un metaanálisis realizado en 2021 que analizó los resultados de 88 estudios diferentes sobre el TEPT/PTSD después de pandemias en el siglo XXI, incluyendo el SARS, el Ébola, el Zika, el síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente Medio (MERS-CoV) y el COVID-19<sup>4</sup>. Incluso si reducimos estos porcentajes a la mitad para tener en cuenta la disparidad en las experiencias individuales y nacionales de la pandemia, eso deja a casi mil millones de

---

<sup>2</sup> Lawrence G. Calhoun and Richard G. Tedeschi, eds., *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice* (New York: Routledge, 2014).

<sup>3</sup> Kai Yuan et al., "Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder after Infectious Disease Pandemics in the Twenty-First Century, Including COVID-19: A Meta-Analysis and Systematic Review," *Molecular Psychiatry* (February 2021): <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01036-x>.

<sup>4</sup> Ibid.

personas en la tierra experimentando un trauma postpandémico. Y si entre el 50% y el 60% de ellas experimentan algún tipo de crecimiento postraumático, como sugieren los estudios, son más de 500 millones de personas que se replantean activamente sus creencias básicas, se abren a nuevas posibilidades y buscan una misión más importante a la que servir.

Este cálculo aproximado puede parecer poco realista. Pero más del 40% de las tres mil personas encuestadas a finales de 2020 ya habían experimentado al menos un síntoma de crecimiento postraumático como resultado directo de la pandemia, según un estudio publicado por la Facultad de Medicina de Yale<sup>5</sup>. Por eso yo, entre muchos otros, creo que la próxima década será la oportunidad más importante que la mayoría de nosotros tengamos en nuestras vidas para crear un cambio positivo duradero en la sociedad.

La conmoción originada por la pandemia ha causado que muchos de nosotros nos preguntemos cómo es posible que el mundo permitiera que se produjese tanto sufrimiento a pesar de disponer de tantos recursos y de haber sido advertidos con tanta antelación. El trauma de la pandemia ha abierto la puerta a reimaginar y reinventar cosas que antes dábamos por sentadas. Juntos, el shock y el trauma han originado un doloroso y urgente anhelo global de algo mejor.

Leah Zaidi, investigadora y narradora del Instituto para el Futuro, ha argumentado que el deseo de escapar a la ficción y a los mundos virtuales, una respuesta común al trauma, es el mismo impulso que nos lleva a imaginar un futuro mejor. Escribe: “¿Has soñado con otros mundos? Otro tiempo, otro espacio, quizá... universos de la mente tan distintos del nuestro. ¿Es porque te has cansado de este? Muchos de nosotros, en algún momento de nuestras vidas, nos hemos preguntado si existe un tiempo o un lugar mejor que aquel en el que nos encontramos, que esto no puede ser todo lo que hay o lo mejor que podemos hacer”<sup>6</sup>. De hecho, si hay algo cierto que podemos decir sobre lo ocurrido durante la pandemia, es que esto no puede ser lo mejor que podemos hacer.

Entonces, ¿qué podemos hacer mejor? ¿Qué deberíamos hacer ahora?

---

<sup>5</sup> Robert H. Pietrzak, Jack Tsai, Steven M. Southwick, “Association of Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder with Posttraumatic Psychological Growth among US Veterans During the COVID-19 Pandemic,” *JAMA Network Open* 4, no. 4 (April 2021): e214972, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4972>.

<sup>6</sup> Leah Zaidi, “Building Brave New Worlds: Science Fiction and Transition Design” (master’s thesis, Ontario College of Art and Design, 2017), 2, [https://www.researchgate.net/publication/321886159\\_Building\\_Brave\\_New\\_Worlds\\_Science\\_Fiction\\_and\\_Transition\\_Design](https://www.researchgate.net/publication/321886159_Building_Brave_New_Worlds_Science_Fiction_and_Transition_Design).

“EL PRESENTE ERA UN HUEVO puesto por el pasado que tenía el futuro dentro de su cáscara<sup>7</sup>”. En este acertijo, planteado por la Zora Neale Hurston, autora del Renacimiento de Harlem, encontramos nuestra respuesta: debemos mirar a nuestro pasado reciente para encontrar los retos que definirán nuestro futuro.

El proceso de superación de un trauma requiere comprender qué ocurrió y por qué. En el caso del COVID-19, esto significa reconocer que gran parte de nuestro sufrimiento fue el resultado de deficiencias sistemáticas de larga data en nuestra sociedad, vulnerabilidades que el virus aprovechó y puso de manifiesto. En palabras de la directora ejecutiva del Instituto para el Futuro, Marina Gorbis: “No es el virus lo que nos está matando, son nuestros sistemas sociales, económicos y políticos<sup>8</sup>”.

Para lograr un crecimiento postraumático colectivo en nuestro planeta pospandémico, tendremos que enfrentarnos a un hecho difícil: muchas de las enfermedades, muertes y penurias causadas por el COVID-19 eran prevenibles. A medida que el virus se extendía por la población mundial, se veía acelerado por las debilidades sociales que deberían haberse abordado hace mucho tiempo, a saber: la desigualdad económica, los sistemas de salud deficientes, las divisiones políticas extremas, la injusticia racial, las cadenas de suministro frágiles, los trabajadores sobre-exigidos y la crisis climática. Podemos considerar estas vulnerabilidades sociales como “condiciones preexistentes”, del mismo modo que la vejez, la diabetes y las cardiopatías hicieron a las personas más vulnerables al nuevo coronavirus. En el Instituto para el Futuro, llamamos a estas condiciones preexistentes que hicieron que los efectos de la pandemia fueran mucho peores, y mucho más difíciles de superar, la “enfermedad más profunda”<sup>9</sup>.

La enfermedad más profunda preparará el escenario de la próxima década; y la forma en que la afrontemos determinará en gran medida si solo conseguimos sobrevivir al COVID-19 o si nos transformó para mejor. Estas páginas no pretenden ofrecer un análisis exhaustivo de todo lo que salió mal durante la pandemia, ni de todas las injusticias que se cometieron a raíz de ella. Pero espero que puedan ser un punto de partida para la comprensión, el crecimiento y la sanación social. Primero echemos un vistazo a los síntomas de la enfermedad más profunda y a cómo podrían manifestarse de nuevo en el futuro, y entonces podremos empezar a imaginar una cura.

---

<sup>7</sup> Zora Neale Hurston, *Moses, Man of the Mountain* (1939; repr., New York: Harper Perennial, 1991), 194.

<sup>8</sup> Marina Gorbis and Kathi Vian, “Post-COVID-19 Futures: What Can We Build after the Global Pandemic?,” *Urgent Futures*, Institute for the Future, May 6, 2020, <https://medium.com/institute-for-the-future/post-COVID-19-futures-what-can-we-build-after-the-global-pandemic-3cac9515ef20>.

<sup>9</sup> “After the Pandemic: A Deeper Disease,” Institute for the Future, September 15, 2020, <https://www.iff.org/whathappensnext/>.

## Condición preexistente n.º 1: Desigualdad Económica

La desigualdad económica, definida como una distribución desigual de los ingresos y las oportunidades entre los distintos grupos de la sociedad, es una causa importante de sufrimiento por derecho propio. Durante la pandemia, sus daños se potenciaron: puso en riesgo muchas vidas de forma desproporcionada y, si no se aborda, prolongará nuestro sufrimiento colectivo por el virus en el futuro.

El síntoma más evidente de esta condición preexistente fue el hecho de que el virus se propagó mucho más rápido, y se cobró muchas más vidas, entre los grupos que no podían trabajar desde casa ni permitirse distanciarse físicamente. La mayoría de los trabajos esenciales que pusieron a las personas en estrecho contacto con el virus eran puestos mal pagados que recaían sobre quienes no disponían de seguridad económica: personas que trabajaban en depósitos, geriátricos, fábricas de carne, establecimientos de gestión de residuos, cocinas y comercios de venta de comestibles, por ejemplo. Mientras tanto, las personas que vivían en viviendas multi-generacionales densamente pobladas —más comunes en los barrios de bajos ingresos— también sufrieron tasas de contagio más altas ya que el virus se propagaba más fácilmente de persona a persona. Más tarde, la inseguridad económica provocó el atraso de las vacunaciones entre los trabajadores con salarios bajos: casi la mitad de los adultos en los EE. UU. que por elección propia aún no habían recibido la vacuna en el verano de 2021, identificaron como motivo principal<sup>10</sup> la preocupación por la posible pérdida de ingresos en caso de verse inhabilitados para trabajar debido a los efectos secundarios de la vacuna.

Es probable que el problema de la desigualdad económica empeore antes de mejorar. Un estudio sobre los efectos económicos de cinco pandemias anteriores reveló que la desigualdad de ingresos en los países afectados aumentó de forma constante durante los cinco años siguientes tras el fin de la pandemia. Ya lo estamos viendo: durante el primer año de la pandemia, la riqueza mundial de los multimillonarios aumentó en 3,9 trillones de dólares. En contraste, los ingresos combinados de los trabajadores mundiales cayeron en 3,7 trillones de dólares<sup>11</sup>. Además, tres de cada cuatro hogares en todo el mundo sufrieron

---

<sup>10</sup> Molly Kinder and Martha Ross, “Reopening America: Low-Wage Workers Have Suffered Badly from COVID-19 so Policymakers Should Focus on Equity,” Brookings Institute, June 23, 2020, <https://www.brookings.edu/research/reopening-america-low-wageworkers-have-suffered-badly-from-COVID-19-so-policymakers-should-focus-on-equity/>; Alyssa Fowers, “Concerns about Missing Work May Be a Barrier to Coronavirus Vaccination,” Washington Post, May 27, 2021, <https://www.washingtonpost.com/business/2021/05/27/time-off-vaccine-workers/>.

<sup>11</sup> Oxfam International, *The Inequality Virus: Bringing Together a World Torn Apart by Coronavirus through a Fair, Just and Sustainable Economy* (Cowley, Oxford: Oxfam GB, January 2021), <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/6211>

una disminución de sus ingresos tras el inicio de la pandemia, incluyendo la pérdida de cuatrocientos millones de puestos de trabajo, según un estudio de treinta y siete países publicado por la Organización Internacional del Trabajo<sup>12</sup>. Es más, estos puestos de trabajo no se perdieron por igual: las mujeres y las minorías étnicas se vieron afectadas de forma desproporcionada. En concreto, las mujeres representaron entre el 80 y el 95 por ciento de los millones de “deserciones” de la población laboral activa (personas que han dejado de trabajar voluntariamente, generalmente para cuidar de la familia). Esto podría conducir a una mayor desigualdad a largo plazo en la fuerza de trabajo: los datos muestran que un período de desempleo puede dar lugar a menores ingresos a lo largo de la vida, como resultado de la pérdida de oportunidades para adquirir experiencia, la depreciación de las habilidades y los efectos cicatrizantes en la moral y la autoestima de una persona. Esto es especialmente cierto en el caso de los trabajadores de hogares más con menos ingresos y con menor nivel educativo<sup>13</sup>.

La pérdida de escolarización también tendrá consecuencias a largo plazo. Durante el COVID-19, más de mil millones de jóvenes se retrasaron en un promedio estimado de seis a doce meses de aprendizaje. En pandemias anteriores, como la pandemia de influenza de 1918, la interrupción de la escolaridad de quienes tenían entre catorce y diecisiete años condujo a salarios más bajos a lo largo de sus vidas, en comparación con sus pares que se habían graduado recientemente. La desigualdad económica preexistente también fue importante, ya que las escuelas privadas caras tenían más probabilidades de reabrir antes para el aprendizaje en persona que las escuelas públicas, y los padres ricos contrataban tutores para sus propias “cápsulas de aprendizaje” en casa<sup>14</sup>.

---

49/bp-the-inequality-virus-250121-en.pdf.

<sup>12</sup> International Labor Organization, ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work, 5th ed., June 30, 2020,

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_749399.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_749399.pdf); Courtney Connley, “Women’s Labor Force Participation Rate Hit a 33-Year Low in January, According to New Analysis,” CNBC Make It, February 8, 2021,

<https://www.cnbc.com/2021/02/08/womens-laborforce-participation-rate-hit-33-year-low-in-january-2021.html>; Catarina Saraiva, “Women Leaving Workforce Again Shows Uneven U.S. Jobs Recovery,”

Bloomberg News, May 7, 2021,

<https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-05-07/womenleaving-workforce-again-shows-uneven-u-s-jobs-recovery>.

<sup>13</sup> Till von Wachter, “Lost Generations: Long-Term Effects of the COVID-19 Crisis on Job Losers and Labour Market Entrants, and Options for Policy,” *Fiscal Studies* 41, no. 3 (September 2020): 549–90, <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12247>; Kenneth Burdett, Carlos Carrillo-Tudela, and Melvyn Coles, “The Cost of Job Loss,” *Review of Economic Studies* 87, no. 4 (July 2020): 1757–98, <https://doi.org/10.1093/restud/rdaa014>.

<sup>14</sup> “The Impact of COVID-19 on Student Equity and Inclusion: Supporting Vulnerable Students during School Closures and School Re-openings,” OECD, November 19, 2020, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-impact-of-COVID-19-on-student-equity-and-inclusion-supporting-vulnerable-students-during-school-closures-and-school-re-openings-d593b5c8/>.

La desigualdad global también entró en juego. Mientras que los países más ricos fueron capaces de minimizar algunas de las dificultades económicas de los paros provocados por la pandemia, rescatando empresas y proporcionando subsidios de desempleo o pagos en efectivo a sus ciudadanos, los países más pobres no pudieron hacer lo mismo. En los países más pobres, por ejemplo, la mitad de las familias declararon haberse saltado comidas en 2020 debido a la falta de ingresos provocada por el COVID-19. La privación nutricional durante la infancia puede tener repercusiones permanentes en la salud mental, física y emocional. La privación nutricional generalizada a nivel social significa que países enteros sufrirán consecuencias devastadoras que durarán décadas<sup>15</sup>. No es de extrañar que un estudio reciente sobre pandemias a lo largo de cientos de años de historia descubriera que el pico económico más bajo se produce en promedio entre veinte y treinta años más tarde<sup>16</sup>. “La pandemia es una bola de destrucción económica, con consecuencias intergeneracionales”, decía un informe del Foro Económico Mundial de 2020 sobre la desigualdad<sup>17</sup>. Además, el efecto psicológico de la creciente desigualdad económica e inseguridad puede representar un nuevo tipo de riesgo para la salud en sí mismo. Los estudios demuestran que el estrés mental y emocional intenso derivado de un trabajo inseguro y mal remunerado ejerce una presión física sobre el organismo, debilitando la salud cardíaca, minando el sistema inmunitario y dificultando la recuperación de las enfermedades<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> “UN Report Finds COVID-19 Is Reversing Decades of Progress on Poverty, Healthcare and Education,” United Nations Department of Economic and Social Affairs, July 7, 2020, <https://www.un.org/development/desa/en/news/sustainable/sustainable-development-goals-report-2020.html>; “America’s Huge Stimulus Is Having Surprising Effects on the Poor,” *Economist*, July 6, 2020, <https://www.economist.com/united-states/2020/07/06/americas-hugestimulus-is-having-surprising-effects-on-the-poor>; Ian Goldin and Robert Muggah, “COVID-19 Is Increasing Multiple Kinds of Inequality. Here’s What We Can Do about It,” *World Economic Forum*, October 9, 2020, <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/covid-19-is-increasing-multiple-kinds-of-inequality-here-s-wh-at-we-can-do-about-it/>.

<sup>16</sup> Davide Furceri et al., “COVID-19 Will Raise Inequality If Past Pandemics Are a Guide,” *VoxEu*, Centre for Economic Policy Research, May 8, 2020, <https://voxeu.org/article/COVID-19-willraise-inequality-if-past-pandemics-are-guide>.

<sup>17</sup> Goldin and Muggah, “COVID-19 Is Increasing Multiple Kinds of Inequality,” <https://www.weforum.org/agenda/2020/10/covid-19-is-increasing-multiple-kinds-of-inequality-here-s-wh-at-we-can-do-about-it/>.

<sup>18</sup> Jack P. Shonkoff, Natalie Slopen, and David R. Williams, “Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Impacts of Racism on the Foundations of Health,” *Annual Review of Public Health* 42 (April 2021): 115–34, <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-101940>; David R. Williams, Jourdyn A. Lawrence, and Brigitte A. Davis, “Racism and Health: Evidence and Needed Research,” *Annual Review of Public Health* 40 (April 2019): 105–25, <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>; Ralph Catalano, “The Health Effects of Economic Insecurity,” *American Journal of Public Health* 81, no. 9 (September 1991): 1148–52, <https://doi.org/10.2105/AJPH.81.9.1148>; Barry Watson and Lars Osberg, “Healing and/or Breaking? The Mental Health Implications of Repeated Economic Insecurity,” *Social Science and Medicine* 188 (September 2017): 119–27, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.06.042>; Evelyn Kortum, Stavroula Leka, and Tom Cox, “Psychosocial Risks and Work-Related Stress in Developing Countries: Health Impact, Priorities, Barriers and Solutions,” *International Journal of Occupational*

Para sanar esta enfermedad más profunda, tendremos que embarcarnos en una década de transformación económica. ¿Cómo lo haremos? He aquí algunas de las grandes preguntas que se están planteando ahora mismo gobiernos, activistas y economistas de todo el mundo para catalizar esta curación:

- ¿Podríamos pagar una bonificación única y global a todos los trabajadores esenciales que trabajaron durante la pandemia? ¿Cuál sería una compensación justa?
- ¿Qué es un salario mínimo justo y digno que cree una esperanza real para el futuro? En lugar de ir subiendo poco a poco, ¿existe una cantidad en dólares que desencadenaría un maremoto de sanación económica?
- ¿Y un salario máximo? ¿Cuál sería un tope justo para la remuneración anual? ¿Cómo podría cambiar eso el tipo de trabajos que atraen a la gente?
- ¿Podemos imaginar una nueva era de garantías federales de empleo, en la que el gobierno contrate a trabajadores desempleados como “empleador de último recurso”? ¿Qué tipo de empleos deberían ser? ¿Qué necesitamos que haga más la gente para construir un mundo mejor?
- ¿Qué pasaría si consideráramos el acceso seguro a la alimentación y a la vivienda como un derecho humano universal? ¿Cómo podríamos concebir un nuevo mundo en el que las comidas y la vivienda estuvieran garantizadas para todos?
- ¿Es hora de establecer un ingreso básico universal en el que el gobierno proporcione a cada ciudadano adulto una cantidad fija de dinero mensual para cubrir el coste básico de la vida?
- ¿Podemos ofrecer un ingreso básico a todos los seres humanos, independientemente de su lugar de nacimiento o ciudadanía? ¿O un salario mínimo para todos los seres humanos, no solo en una ciudad o en un país, sino como una cuestión de derecho internacional? ¿Qué tipo de acuerdos transfronterizos y políticas fiscales globales podrían hacerlo posible?
- ¿Cuánta deuda —individual y nacional— estamos dispuestos a cancelar? ¿Qué préstamos podrían condonarse?
- ¿Deberían las naciones ricas que han contribuido desproporcionadamente a la crisis climática pagar compensaciones económicas a las naciones más pobres?
- ¿Debería haber un tope vitalicio a la acumulación de riqueza? ¿Estamos preparados para prohibir a los multimillonarios?
- ¿Qué necesita la gente aparte de dinero para sentirse económicamente segura?



Toma nota de cómo te hacen sentir estas preguntas. ¿Qué ideas consideras, todavía, impensables? ¿En qué ideas quieres empezar a pensar más?

No es necesario tener personalmente las respuestas a ninguna de estas preguntas, ni a las muchas preguntas que nos esperan, mientras consideramos qué más podría hacer falta para sanar las otras condiciones preexistentes de la sociedad. Como escribe Alice Walker en su poema de 1972 "Reassurance", "Debo amar las preguntas / en sí mismas / como dijo [el poeta] Rilke / como habitaciones cerradas / llenas de tesoros / en las que mi llave ciega / y a tientas / aún no encaja"<sup>19</sup>. Es suficiente, de momento, con invocar estas preguntas en tu mente. Déjalas cocer a fuego lento. ¿Cuáles despiertan tu curiosidad? ¿Cuáles te enfurecen? ¿Cuáles te dan un destello de esperanza?

En mi casa, tenemos una pared junto a la mesa del comedor que llamamos el "muro de las preguntas". Todos los miembros de la familia escribimos las preguntas que nos surgen en fichas de distintos colores y las pegamos en la pared. Es una forma de recordarnos qué cosas nos provocan curiosidad. Una vez a la semana, más o menos, cada uno agarra una ficha de la pared y se pone a googlear. Cuando encuentres una pregunta en este capítulo que te llame la atención, escríbela y cuélgala en algún lugar donde puedas verla a menudo. Te sorprenderá lo mucho que este simple acto puede alimentar tu imaginación.

## **Condición preexistente n.º 2: Sistemas sanitarios disfuncionales**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un sistema sanitario como "el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad primordial es promover, restablecer o mantener la salud."<sup>20</sup> La pandemia de COVID-19 hizo dolorosamente visibles las fragilidades y desigualdades de nuestros sistemas de salud actuales: escasez de trabajadores, acceso desigual a la atención, un afán de lucro que socava la salud mundial, un fracaso colectivo en la prevención de tantas enfermedades tan fácilmente prevenibles. Según estimaciones de la OMS, la oferta mundial de sesenta millones de trabajadores era inferior en dieciocho millones a la necesaria para aliviar la tensión del sistema en épocas normales, y eso antes de la pandemia<sup>21</sup>. Además, es probable que la escasez mundial de

---

<sup>19</sup> Alice Walker, *In Search of Our Mothers' Gardens: Womanist Prose* (New York: Houghton Mifflin Harcourt, 2004), 40. <sup>20</sup> World Health Organization, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (Geneva, Switzerland: WHO Press, 2007), 2, [https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).

<sup>20</sup>World Health Organization, *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* (Geneva, Switzerland: WHO Press, 2007), 2, [https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).

<sup>21</sup>"Health Workforce," World Health Organization, accessed July 7, 2020, [https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1); Jenny X. Liu et al., "Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030," *Human Resources for Health* 15, no. 11

personal sanitario empeore como consecuencia del síndrome de *burnout* y el trauma. En una importante encuesta reciente, el 76% de los trabajadores sanitarios de los Estados Unidos declararon sentirse agotados por la pandemia y el 48% dijeron que habían considerado la posibilidad de jubilarse, dejar su trabajo o cambiar de carrera debido al trauma de la COVID-19<sup>22</sup>.

La escasez de trabajadores no se distribuye por igual en todo el mundo. Una de las mayores desigualdades del sistema es la “fuga de cerebros” en sanidad y medicina: los ciudadanos con conocimientos médicos abandonan sus países de origen para trabajar en países más ricos. Sierra Leona, Tanzania, Mozambique, Angola y Liberia, por ejemplo, tienen tasas de expatriación superiores al 50%, lo que significa que más de la mitad de los médicos nacidos y formados en esos países se marcharán a trabajar a países más ricos. Esto coloca a los países más pobres en una situación de enorme desventaja en cuanto a fuerza de trabajo durante una crisis sanitaria como la pandemia<sup>23</sup>.

Los modelos basados en el beneficio y las brechas en la accesibilidad de los sistemas sanitarios mundiales también provocan un sufrimiento innecesario y mal distribuido. En los países sin cobertura médica universal —hay 124, incluido Estados Unidos—, una de cada cuatro personas deja de recibir atención médica cada año debido a su coste. Durante la pandemia, decenas de millones de personas pospusieron la realización de pruebas de COVID-19 y la atención médica por miedo a no poder costárselas, un patrón que condujo a una mayor propagación del virus y a muertes evitables<sup>24</sup>. Los esfuerzos de las farmacéuticas por proteger miles de millones de dólares de beneficios también demoraron la distribución de vacunas a los países más pobres que no podían permitirse su elevado coste, a pesar de que los países ricos crearon reservas. En el verano de 2021, por término medio en los países de ingresos altos, casi una de cada cuatro personas había recibido una vacuna. En los países de ingresos bajos, era una de cada quinientas. Esta chocante

---

(February 2017), <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0187-2>.

<sup>22</sup> “The Mental Health of Healthcare Workers in COVID-19,” Mental Health America (MHA), accessed August 27, 2021, <https://mhanational.org/mental-health-healthcare-workers-COVID-19>.

<sup>23</sup> Ehui Adovor et al., “Medical Brain Drain: How Many, Where and Why?,” *Journal of Health Economics* 76 (March 2021): 102409, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102409>; Natalie Sharples, “Brain Drain: Migrants Are the Lifeblood of the NHS, It’s Time the UK Paid for Them,” *Guardian*, January 6, 2015, <https://www.theguardian.com/global-development-professionalsnetwork/2015/jan/06/migrants-nhs-compensation-global-health-braindrain>.

<sup>24</sup> “Universal Health Coverage (UHC),” World Health Organization, April 1, 2021, [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)); Megan Leonhardt, “Nearly 1 in 4 Americans Are Skipping Medical Care Because of the Cost,” *CNBC Make It*, March 12, 2020, <https://www.cnbc.com/2020/03/11/nearly-1-in-4-americans-areskipping-medical-care-because-of-the-cost.html>.

disparidad creó lo que el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, describió como un “apartheid de las vacunas.”<sup>25</sup>

El COVID-19 también puso de relieve la epidemia de afecciones prevenibles subyacentes que aumentaban la mortalidad. Las cardiopatías, la diabetes, la obesidad y la hipertensión están muy extendidas y van en aumento en todo el mundo. Solo las cardiopatías prevenibles causan veinte millones de muertes prematuras al año, según el último Estudio sobre la Carga Mundial de las Enfermedades. La presión sobre la asistencia sanitaria y los riesgos de mortalidad de estas condiciones prevenibles son un indicio de que el sistema se centra más en el tratamiento que en la prevención de las enfermedades. Incluso en ausencia de una pandemia, estas enfermedades prevenibles plantean una preocupación creciente: las condiciones de salud subyacentes hacen que las personas sean más vulnerables a las crisis sanitarias relacionadas con el clima, como por ejemplo el calor extremo<sup>26</sup>.

Por último, durante la pandemia, la gobernanza sanitaria mundial demostró ser bastante débil. Cuando, por ejemplo, los fallos de Brasil y la India a la hora de proteger a sus propios ciudadanos tuvieron efectos devastadores en sus vecinos, o incubaron nuevas variantes peligrosas, no hubo mecanismos para obligar a acciones responsables, ni vías para que dichos países se responsabilizaran.

En conjunto, estas deficiencias de nuestros sistemas sanitarios preparan el terreno para lo que podría ser una década de remedio y reinvención mundial. Podemos esperar ver una imaginación colectiva sin precedentes para responder a preguntas como:

- ¿Debería limitarse el porcentaje de ganancias obtenidas en las empresas como consecuencia directa de una pandemia?

---

<sup>25</sup> Emma Frage and Michael Shields, “World Has Entered Stage of ‘Vaccine Apartheid’—WHO Head,” Reuters, May 17, 2021, <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/worldhas-entered-stage-vaccine-apartheid-who-head-2021-05-17/>; “Low Income Countries Have Received Just 0.2 Per Cent of All COVID-19 Shots Given,” United Nations, April 9, 2021, <https://news.un.org/en/story/2021/04/1089392>.

<sup>26</sup> “The Lancet: Latest Global Disease Estimates Reveal Perfect Storm of Rising Chronic Diseases and Public Health Failures Fuelling COVID-19 Pandemic,” Institute for Health Metrics and Evaluation, October 15, 2020, <http://www.healthdata.org/news-release/lancetlatest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronicdiseases-and>; George Luber and Michael McGeheh, “Climate Change and Extreme Heat Events,” *American Journal of Preventive Medicine* 35, no. 5 (November 2008): 429–35, <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.08.021>.

- ¿Podría utilizarse el excedente de ganancias para pagar indemnizaciones extraordinarias a los trabajadores de salud o para crear un fondo de becas para la facultad de medicina destinado a la próxima generación de médicos?
- ¿Deberíamos establecer el acceso a la medicina, la atención sanitaria y las vacunas como un derecho humano?
- En caso afirmativo, ¿deberían considerarse ilegales los modelos empresariales que violan este derecho?
- ¿Deberían los países que se han beneficiado desproporcionadamente de la fuga de cerebros médicos financiar el desarrollo de los sistemas sanitarios de los países más pobres, como forma de reparación económica?
- ¿Debería perdonarse la deuda internacional de los países más pobres si destinan esos más de 11 billones de dólares al desarrollo de sus sistemas sanitarios?
- ¿Cómo podemos invertir y prevenir las enfermedades prevenibles con la misma urgencia con la que luchamos contra la pandemia?
- ¿Qué cambios en nuestra forma de vivir, trabajar y comer tendrían el mayor y más rápido impacto positivo en la salud mundial?
- ¿Qué hará falta para aumentar la fuerza de trabajo mundial en veinte millones de médicos y enfermeros más en la próxima década?
- ¿Cómo repartir a esos trabajadores por todo el planeta de forma más equitativa?
- ¿Qué se podría enseñar a hacer a las personas sin formación médica formal en sus propias comunidades para ayudar a cubrir las necesidades básicas de atención de salud?
- ¿Podemos imaginar la formación de otros cien millones de personas como “trabajadores sanitarios comunitarios” para realizar chequeos médicos básicos, aplicar vacunas y efectuar estudios médicos rutinarios en los propios hogares?
- ¿Deberíamos crear un nuevo sistema de gobernanza sanitaria mundial que incluya sanciones reales para los países que actúen en contra de nuestros intereses planetarios colectivos?
- ¿Deberíamos tratar la incapacidad de un país para controlar un virus como tratamos actualmente los actos de agresión o la proliferación de armas nucleares?
- ¿De qué otra forma podemos adoptar un enfoque más colaborativo y global de la salud, dado que las enfermedades infecciosas no conocen fronteras?

Incluso si usted no está personalmente en posición de empezar a reinventar el sistema sanitario, puede ayudar a desplegar la imaginación global: cuando piense en lo que podría cambiar en la próxima década, cuando proponga sus propias ideas ridículas, al principio, cuando busque la manera de ayudar a otros a curarse de la pandemia. Cualquiera de estos

retos sería un digno escenario futuro o una épica misión personal. Además, no lo harás solo: incluso las cuestiones más sorprendentes de esta lista ya se están explorando y debatiendo seriamente en las principales revistas y foros públicos sobre política sanitaria mundial<sup>27</sup>. La pandemia es realmente un trampolín para hacer pensables ideas antes impensables sobre la atención sanitaria.

Así que plantéate estas preguntas en la cabeza. Toma nota de cuáles te incomodan y cuáles te dan esperanza. Hable de estas ideas con otras personas. A ver en qué se convierten.

### **Condición preexistente n.º 3: Divisiones políticas extremas**

La polarización política es el proceso por el cual la sociedad se divide de forma creciente en torno a las normas culturales y las cuestiones políticas, con unas posturas cada vez más extremas. Ha ido en aumento en todo el mundo desde la década de 1990 y en ningún lugar más rápido que en los Estados Unidos<sup>28</sup>.

Durante la pandemia, los efectos nocivos de estas divisiones políticas extremas fueron dolorosamente claros. Muchos países experimentaron la politización de medidas pandémicas que son muy razonables, como el uso de barbijos y el distanciamiento social y físico. En EE. UU., estudios revelaron que el mejor indicador para predecir si una persona llevaba habitualmente barbijo o practicaba el distanciamiento social era su afiliación política. Las manifestaciones y protestas contra la utilización de barbijos fueron organizadas principalmente por grupos políticos conservadores en Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Italia, España y Alemania.

---

<sup>27</sup> Sriram Shamasunder et al., "COVID-19 Reveals Weak Health Systems by Design: Why We Must Re-make Global Health in This Historic Moment," *Global Public Health* 15, no. 7 (April 2020): 1083–89, <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1760915>; Lawrence O. Gostin, Suerie Moon, and Benjamin Mason Meier, "Reimagining Global Health Governance in the Age of COVID-19," *American Journal of Public Health* 110, no. 11 (November 2020): 1615–19, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305933>; "COVID-19 Is Showing Us How to Improve Health Systems—Sometimes by Disrupting Them," Bill & Melinda Gates Foundation, <https://www.gatesfoundation.org/ideas/articles/health-systemscoronavirus-workers-women>; Stuart M. Butler, "After COVID-19: Thinking Differently about Running the Health Care System," *JAMA* 323, no. 24 (June 2020): 2451–51, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8484>; Axel Baur et al., "Healthcare Providers: Preparing for the Next Normal after COVID-19," McKinsey & Company, May 8, 2020, <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/healthcare-providers-preparing-for-the-nextnormal-after-covid-19>.

<sup>28</sup> Jill Kimball, "U.S. Is Polarizing Faster Than Other Democracies, Study Finds," Brown University, January 21, 2020, <https://www.brown.edu/news/2020-01-21/polarization>.

Además, según los investigadores, las teorías conspirativas y la desinformación sobre la pandemia tenían más probabilidades de propagarse en países con una elevada polarización política. Este es el resultado de las actitudes de “posverdad” que suelen surgir de las divisiones políticas extremas. Para un número cada vez más alto de personas, la lealtad a un partido político u ideología determina qué consideran que es cierto, en lugar de los hechos, las pruebas o los datos contrastados. Al principio de la pandemia, esto llevó a creencias perjudiciales sobre si el COVID-19 era un “bulo” o si era no más peligroso que una simple gripe. Un estudio descubrió que las personas que veían en Estados Unidos programas de televisión conservadores muy partidistas, en los que se restaba importancia a los riesgos de la gripe COVID-19, tenían hasta un 34% más de probabilidades de contraer la enfermedad y un 35% más de probabilidades de morir a causa de ella<sup>29</sup>.

Más tarde, a medida que se desarrollaron las vacunas, también éstas se politizaron y fueron objeto de infundadas teorías conspirativas y desinformación. Al observar la situación a escala global, se observó que los movimientos antivacunas y la desconfianza ante las vacunas eran más frecuentes en países con una elevada polarización política. Ejemplo local de esta división partidista extrema: a mediados de 2021, en Estados Unidos, los veinte estados con las tasas de vacunación más altas eran de tendencia demócrata, mientras que diecinueve de los veinte estados con las tasas de vacunación más bajas eran de tendencia republicana<sup>30</sup>.

La acción colectiva durante una crisis es extremadamente difícil en una sociedad polarizada y basada en la “posverdad”. Si no podemos ponernos de acuerdo colectivamente sobre qué acciones son necesarias, no podemos actuar juntos. Asimismo, la invocación al “bien común” resulta mucho menos persuasiva cuando la gente siente que no tiene nada en común con nadie que apoye a un partido político diferente. Quizá el síntoma más curioso de esta condición preexistente sea el siguiente: en trece de los trece países encuestados por el *Pew Research Center*, las personas que se identificaban como partidarias del partido gobernante eran significativamente más propensas a decir que su país había “hecho un buen trabajo” en la gestión de COVID-19, mientras que las personas que apoyaban a un partido político diferente eran más propensas a decir que su país había “hecho un mal trabajo”<sup>31</sup>. Estas creencias, según revelaron los investigadores, no tenían correlación con el

---

<sup>29</sup> Leonardo Bursztyn et al., “Misinformation during a Pandemic” (working paper no. 2020-44, Becker Friedman Institute for Economics, University of Chicago, September 2020), [https://bfi.uchicago.edu/wp-content/uploads/BFI\\_WP\\_202044.pdf](https://bfi.uchicago.edu/wp-content/uploads/BFI_WP_202044.pdf).

<sup>30</sup> Danielle Ivory, Lauren Leatherby, and Robert Gebeloff, “Least Vaccinated U.S. Counties Have Something in Common: Trump Voters,” *New York Times*, April 17, 2021, <https://www.nytimes.com/interactive/2021/04/17/us/vaccinehesitancy-politics.html>.

<sup>31</sup> “Most Approve of National Response to COVID-19 in 14 Advanced Economies,” *Pew Research Report*, August 27, 2020,

número real de casos, hospitalizaciones o tasas de mortalidad. Tampoco tenían relación con la gravedad o el estilo de las medidas realmente adoptadas. Esta brecha partidista fue mayor en EE. UU., pero también aparecieron diferencias de dos dígitos en Francia, España, Reino Unido, Japón, Italia, Países Bajos, Canadá, Suecia, Alemania y Bélgica.

Con una polarización de posverdad tan extrema, ¿cómo vamos a lograr algún tipo de aprendizaje colectivo? ¿Cómo vamos a mejorar en la lucha contra las pandemias o cualquier otra crisis mundial en el futuro si lo que creemos que funciona para resolver un problema se basa principalmente en si hemos votado al partido gobernante, y no en si la solución funciona realmente? Además, las complicaciones se potencian mutuamente: los estudios demuestran que la desigualdad económica y los sistemas de salud disfuncionales aumentan drásticamente tanto la desconfianza en el gobierno como la polarización política. Es un círculo vicioso, pero si podemos encontrar la manera de interrumpir uno de estos viejos patrones, los efectos en cadena pueden empezar a sanar los síntomas.

La división política extrema es un reto que requerirá grandes ideas y soluciones creativas en la próxima década. He aquí algunas de las preguntas que alimentarán nuestra imaginación colectiva:

- ¿Cómo podemos recuperar una realidad básica compartida?
- ¿Cuáles deberían ser los datos reconocidos universalmente, más allá de las visiones políticas del mundo?
- ¿Cómo podemos transmitir estos conocimientos de forma que resistan a la polarización política?
- ¿Cómo ayudaremos a la gente a liberarse de sus creencias en teorías conspirativas perjudiciales?
- ¿Qué soluciones podrían frenar la rápida propagación de la desinformación?
- ¿Qué nuevos tipos de partidos y prácticas políticas podríamos inventar para trascender esta era de polarización extrema?
- Si la inseguridad económica y los sistemas de salud disfuncionales aumentan las divisiones políticas, ¿deberíamos duplicar las ideas ambiciosas para curar esos síntomas?
- ¿Deberían países como Estados Unidos adoptar los métodos de verdad, justicia y reconciliación de naciones post-conflicto y post-atrocidad como Sudáfrica y Croacia para sanar nuestra división política?
- ¿Cómo sería un movimiento de reconciliación estadounidense?

- ¿Qué identidades nos unirán en lugar de dividirnos?
- ¿Cómo pueden la música, la narración y las artes ayudarnos a forjar estas nuevas identidades?
- ¿Cómo podemos empezar a vernos a nosotros mismos de un modo que nos sitúe a todos en el mismo grupo y en el mismo bando?

### **Condición preexistente #4: Injusticia racial**

En el verano de 2020, los manifestantes de Black Lives Matter de todo el mundo mostraron carteles en los que se leía “El racismo es la verdadera pandemia.” Este mensaje era un comentario mordaz sobre los riesgos desiguales y el sufrimiento desproporcionado que las personas de color en los Estados Unidos y las minorías étnicas en todo el mundo experimentan todos los días.

La pandemia puso esta injusticia en el punto de mira: las personas no blancas y las minorías étnicas, en todas partes del mundo, contrajeron y murieron de COVID-19 en tasas mucho más altas que sus homólogos blancos o de mayoría étnica.

En Estados Unidos, la población negra, de pueblos originarios y latina experimentó el triple de contagios que la población blanca no hispana, el quíntuple de hospitalizaciones y el doble de fallecimientos. En Inglaterra, las tasas de mortalidad fueron dos veces más elevadas para las personas de ascendencia china, india, pakistaní u otra pertenencia asiática, así como caribeña u otra ascendencia africana, en comparación con la población blanca. Asimismo, en Canadá, los pueblos originarios y las personas de ascendencia del sudeste asiático tenían entre dos y trece veces más probabilidades de infectarse durante las diversas oleadas. En Singapur, el 95% de los casos confirmados en 2020 se produjeron entre trabajadores inmigrantes racializados. Del mismo modo, en Arabia Saudí y los Emiratos Árabes Unidos, los trabajadores inmigrantes racializados constituyeron la gran mayoría de los casos. En los hospitales de Brasil, los pacientes negros tenían casi el doble de probabilidades de morir que los blancos afectados por el COVID-19. (Estas estadísticas describen el primer año de la pandemia, los datos más recientes disponibles en el momento de redactar este informe)<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Simon Ostrovsky and Charles Lyons, “Inequities in Care, Misinformation Fuel COVID Deaths among Poor, Indigenous Brazilians,” PBS News Hour, May 25, 2021, <https://www.pbs.org/newshour/show/inequities-in-care-misinformation-fuel-covid-deaths-among-poor-indigenous-brazilians>; Ruth Sherlock, “Migrants Are Among the Worst Hit by COVID-19 in Saudi Arabia and Gulf Countries,” NPR, May 5, 2020,



¿Por qué la COVID-19 afectó tanto más a estas partes de la sociedad? En todos los países mencionados, los investigadores pudieron identificar factores de racismo estructural que contribuyeron a este riesgo desproporcionado<sup>33</sup>.

Las personas no blancas y las minorías étnicas están sobrerrepresentadas en trabajos de primera línea poco remunerados, pero esenciales, por lo que tenían más probabilidades de estar expuestas al virus.

Tienen más probabilidades de vivir en condiciones de hacinamiento, con menos acceso a espacios al aire libre como patios, patios traseros o jardines, debido a los mayores niveles de pobreza y a la discriminación en el mercado de alquileres y en el mercado hipotecario. Esto dificultó el distanciamiento o aislamiento de los individuos durante la pandemia y facilitó la propagación del virus.

Es más probable que vivan en barrios con más contaminación atmosférica debido a la histórica discriminación en materia de vivienda. La exposición crónica a la contaminación hace que los pulmones y el corazón corran el riesgo de sufrir complicaciones COVID-19. También contribuye a aumentar las tasas de afecciones médicas que incrementan aún más el riesgo de enfermedad grave por COVID-19, como la diabetes, la obesidad y el asma.

Es más probable que sus sistemas inmunológicos y su salud cardíaca se vean comprometidos debido al estrés crónico de vivir con el racismo y la inseguridad económica.

Tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada, por dos razones. Tienen más probabilidades de trabajar en empleos mal remunerados que no ofrecen cobertura médica ni licencias por enfermedad remuneradas. Además, tienen más

---

<https://www.npr.org/sections/coronavirus-liveupdates/2020/05/05/850542938/migrants-are-among-the-worst-hit-by-COVID-19-in-saudi-arabia-and-gulf-countries>; Pete Pattison and Roshan Sedhai, "Qatar's Migrant Workers Beg for Food as COVID19 Infections Rise," Guardian, May 7, 2020,

<https://www.theguardian.com/globaldevelopment/2020/may/07/qatars-migrant-workers-beg-for-food-as-covid-19-infections-rise>; Ian Austen, "The Coronavirus Is Raging in Manitoba, Hitting Indigenous People Especially Hard," New York Times, May 26, 2021, <https://www.nytimes.com/2021/05/26/world/the-coronavirus-israging-in-manitoba-hitting-indigenous-people-especially-hard.html>.

<sup>33</sup> Rashawn Ray, "Why Are Blacks Dying at Higher Rates from COVID19?" Brookings Institute, April 9, 2020,

<https://www.brookings.edu/blog/fixgov/2020/04/09/why-are-blacksdying-at-higher-rates-from-COVID-19/>; "Why Have Black and South

Asian People Been Hit Hardest by COVID-19?," UK Office for National Statistics, December 14, 2020,

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/whyhaveblackandsouthasianpeoplebeenhithardestbyCOVID19/2020-12-14>;

Alissa Greenberg, "How the Stress of Racism Can Harm Your Health—and What That Has to Do with COVID-19," PBS, July 14, 2020,

<https://www.pbs.org/wgbh/nova/article/racism-stress-covid-allostaticload/>.

probabilidades de que los médicos desestimen o resten importancia a sus síntomas o, como dice un estudio: "Los sesgos raciales de los profesionales de la salud pueden influir en la calidad y los resultados de las atenciones médicas"<sup>34</sup>.

La tasa de infección por COVID-19 de las personas encarceladas es cuatro veces superior a la de la población general debido a las condiciones de hacinamiento. El racismo en el régimen policial y en la aplicación de sentencias hace que esto afecte de forma desproporcionada a los hombres negros en Estados Unidos y a las minorías étnicas en todo el mundo.

Los trabajadores migrantes no blancos, viven y trabajan en condiciones de hacinamiento extremas, donde el virus se propaga con mayor facilidad. También ellos suelen tener un acceso desigual o limitado a la atención médica como consecuencia de su estatus migratorio.

Además, para dar solo un ejemplo de cómo el racismo estructural se manifestó durante la pandemia, los oxímetros de pulso, o dispositivos que miden los niveles de oxígeno en la sangre con la yema de los dedos, han sido una herramienta crucial para detectar cuadros severos de COVID-19, pero en 2020, los científicos reportaron que la tecnología tiene tres veces más probabilidades de pasar por alto la hipoxemia, o bajos niveles de oxígeno, en las personas no blancas en comparación con las personas blancas. Los niveles más altos de pigmentación de la piel tienden a producir resultados inexactos, lo que significa que las personas con piel más oscura tienen más probabilidades de pasar por alto una importante señal de advertencia de que se requiere hospitalización, oxígeno suplementario o cuidados intensivos.

La injusticia racial es un legado del pasado, una realidad del presente y un reto urgente para el futuro. He aquí algunas de las preguntas que guiarán el esfuerzo mundial para corregir estos errores sistémicos:

- ¿Qué tipo de reparaciones económicas haremos por la esclavitud y la discriminación histórica?
- ¿Cuál es el reto a largo plazo para la lucha por la justicia racial? ¿Qué objetivos audaces podemos fijar para las campañas y los movimientos políticos?
- ¿Qué datos podemos recopilar para documentar dónde existe injusticia racial y ayudar a identificar los objetivos de las intervenciones antirracistas?

---

<sup>34</sup> William J. Hall et al., "Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review," *American Journal of Public Health* 105, no. 12 (2015): e60–76.

- ¿Cómo cerraremos la brecha en la distribución económica racial? ¿Ha llegado el momento de que el gobierno emita bonos o cuentas de inversión para todos los niños? ¿Cuánto más grande deberían ser los bonos para los bebés nacidos de familias pobres y grupos racializados que han sufrido discriminación histórica?
- ¿Deberíamos establecer un programa federal de garantía de empleo que asegure un puesto de trabajo con un salario digno para todos, que según algunos expertos es la forma más eficaz de superar la discriminación racial en la contratación y la retribución?
- ¿Cómo vamos a rediseñar el sistema policial y penitenciario para reducir las disparidades raciales en el sistema de justicia penal?
- ¿Debería Estados Unidos asumir el enfoque de mano dura adoptado por la Alemania post-nazi y aceptar algunos límites a la libertad de expresión para criminalizar los discursos y símbolos racistas?
- ¿Deberíamos practicar la "democracia defensiva" y banear a los candidatos y partidos políticos que defienden creencias antidemocráticas e ideologías racistas?
- ¿Qué tipo de historias vamos a contar y qué tipo de arte podemos crear para cuestionar las creencias que perpetúan las acciones e ideas racistas?
- ¿Qué visiones positivas del futuro podemos crear para ayudar a inspirar los esfuerzos antirracistas?
- ¿Qué nuevos métodos de protesta, activismo y resistencia podemos inventar?
- ¿Cómo sería un futuro con las personas racializadas en el centro de la sociedad y no en los márgenes?
- ¿Qué es posible en un futuro antirracista que no sea posible hoy?

### **Condición preexistente n.º 5: Cadenas de suministro frágiles y trabajadores explotados**

Durante décadas, las empresas han estado optimizando sus cadenas de suministro y sus recursos humanos para obtener la máxima eficiencia y beneficios: fabricar tanto producto como se pueda vender, tan pronto como se pueda vender, con el menor número posible de trabajadores. En tiempos normales, mantener una fuerza de trabajo eficiente y adoptar este enfoque "justo a tiempo" de la fabricación puede ayudar a las empresas a reducir el gasto en almacenamiento y mano de obra y evitar perder dinero con un exceso de existencias que nadie quiere comprar.

Pero si ocurre algo inesperado, un choque repentino en la oferta o la demanda, no hay margen de maniobra en la cadena de suministro, no hay colchón en la fuerza de trabajo. Las existencias se agotan y la gente no puede conseguir lo que necesita cuando lo necesita. La escasez, las compras de pánico y el acaparamiento son mucho más probables. Los trabajadores no pueden trabajar más para compensar la escasez, al menos no durante mucho tiempo, porque ya han llegado a sus límites. Esto es exactamente lo que ocurrió durante la pandemia.

Y lo que es más grave, el mundo descubrió lo poco preparado que estaba para fabricar más suministros esenciales durante una crisis, ya fueran equipos de protección personal como barbijos N95 y guantes desechables para el personal de salud u oxígeno y medicamentos para los pacientes enfermos. No fue solo el aumento de la demanda lo que causó un problema; fue la falta de diversidad geográfica y de resistencia en la producción. La mayoría de las fábricas de barbijos y EPI se encontraban en China y cerraron al principio de la pandemia, justo cuando más se necesitaban. Los países se dieron cuenta, demasiado tarde, de que habían externalizado infraestructuras críticas. Mientras tanto, las patentes de medicamentos diseñadas para proteger los beneficios de las empresas farmacéuticas provocaron que más fábricas no pudieran simplemente reorientarse para producir lo que el mundo necesitaba; se les impidió activamente responder a la crisis. Como resultado, se produjo una grave escasez mundial de más de treinta medicamentos necesarios para la atención sanitaria, desde anestesia hasta medicamentos para el corazón.<sup>35</sup>

Pero no fueron solamente las cadenas de suministro de medicamentos y productos médicos las que se resquebrajaron. Todo tipo de empresas se vieron incapaces de satisfacer la demanda. “El mundo se quedó sin nada”, decía un titular del New York Times<sup>36</sup>. Desde el papel higiénico hasta las bicicletas, pasando por los equipos de oficina doméstica, muchas cadenas de suministro “justo a tiempo” fracasaron porque se basaban en modelos de predicción que utilizaban datos históricos de comportamiento “normal”. Pero durante una crisis, lo normal deja de ser válido.

Los cambios repentinos en el comportamiento de los consumidores demostraron lo difícil que era para las empresas adaptarse rápidamente a las necesidades y deseos cambiantes, como millones de personas que intentaban comprar un nuevo escritorio para trabajar a

---

<sup>35</sup> Sonu Bhaskar et al., “At the Epicenter of COVID-19—the Tragic Failure of the Global Supply Chain for Medical Supplies,” *Frontiers in Public Health* 24, no. 8 (November 2020): 562882, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.562882>.

<sup>36</sup> Peter S. Goodman and Niraj Chokshi, “How the World Ran Out of Everything,” *New York Times*, June 1, 2021, <https://www.nytimes.com/2021/06/01/business/coronavirus-globalshortages.html>.

distancia, o papel higiénico porque hacían todas sus necesidades en casa en lugar de en las escuelas y lugares de trabajo, o una bicicleta porque el ejercicio al aire libre era la única actividad permitida por las órdenes de quedarse en casa<sup>37</sup>. Estos desabastecimientos no tuvieron las mismas consecuencias de vida o muerte que los fallos en la cadena de suministro médico, pero pusieron de relieve el gran riesgo al que se enfrentan las empresas en un futuro en el que ya no se puede confiar en los patrones históricos.

Las escasas fuerzas de trabajo en los sectores manufacturero, agrícola, de construcción y de la salud, entre otros, se vieron mermadas cuando los empleados contrajeron el virus y no pudieron trabajar o tuvieron que ausentarse para estar en cuarentena o atender a otras personas. Esta escasez de trabajadores provocó más interrupciones en los servicios y en la cadena de suministro, sobre todo en la industria de la carne, donde el hacinamiento en las condiciones de trabajo dio lugar a graves brotes de COVID-19. La consiguiente escasez de carne provocó un aumento de los precios y de la inseguridad alimentaria de las poblaciones vulnerables de todo el mundo. Fue tan solo un síntoma más de la fragilidad subyacente de las prácticas empresariales que buscan una mayor eficiencia y beneficios a expensas de la resistencia y de unas mejores condiciones de trabajo<sup>38</sup>.

Pese a que recibió poca atención pública en su momento, en 2019 la Organización Mundial de la Salud tomó nota de otra pandemia laboral emergente. No era un virus: era un tipo de estrés laboral tóxico. La OMS agregó oficialmente el *burnout* a su Clasificación Internacional de Enfermedades, describiéndolo como “sentimientos de agotamiento o agotamiento de la energía; aumento del distanciamiento mental del propio trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el propio trabajo; y reducción de la eficacia profesional”, y caracterizándolo como “un síndrome... resultante del estrés laboral crónico”<sup>39</sup>. Esta acción de la OMS resultó bastante premonitoria. Un año después de la pandemia, una importante encuesta mundial apoyada por la Harvard Business Review analizó el estado de agotamiento y bienestar de los trabajadores en cuarenta y seis países y una amplia variedad de sectores y funciones. Un abrumador 85% afirmó que su bienestar

---

<sup>37</sup> Diane Brady, “COVID-19 and Supply-Chain Recovery: Planning for the Future,” October 9, 2020, in The McKinsey Podcast, 29:09, <https://www.mckinsey.com/business-functions/operations/ourinsights/COVID-19-and-supply-chain-recovery-planning-for-the-future>.

<sup>38</sup> “Burn-Out an ‘Occupational Phenomenon’: International Classification of Diseases,” World Health Organization, May 28, 2019, <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

<sup>39</sup> Sarah Gibbens, “These 5 Foods Show How Coronavirus Has Disrupted Supply Chains,” National Geographic, May 19, 2020, <https://www.nationalgeographic.com/science/article/covid-19-disrupts-complex-food-chains-beef-milk-eggs-produce>; “Food Security and COVID-19,” World Bank, August 17, 2021, <https://www.worldbank.org/en/topic/agriculture/brief/food-securityand-covid-19>.

físico o mental había disminuido como consecuencia del exceso de trabajo, el 72% dijo que se sentía presionado a trabajar estando enfermo y el 51% afirmó que era incapaz de mantener una fuerte conexión con amigos y familiares debido a las exigencias laborales.<sup>40</sup>

Estos datos confirman lo que otros estudios han constatado: la mayoría de los trabajadores de todo el mundo se sienten sobreexplotados, mal pagados, aislados socialmente y deshumanizados por sus empleadores. El problema del exceso de trabajo va más allá del agotamiento físico y emocional: puede ser mortal. Un estudio realizado en 2021 por la OMS reveló que en un periodo de un año (2016, el último año del que se disponía de datos), 745.000 personas murieron como consecuencia de largas jornadas laborales, entendidas como jornadas de cincuenta y cinco o más horas a la semana. ¿Por qué las largas jornadas son un “grave peligro para la salud”, en palabras de la OMS? No descansar o dormir lo suficiente y soportar demasiado estrés aumentan el riesgo de infarto en un 42% y de ictus en un 19%. Los hombres representan el 72% de las muertes por exceso de trabajo, con las tasas más elevadas en el Pacífico Occidental y el Sudeste Asiático. Para poner estas cifras en perspectiva, en el transcurso de los próximos veinte años, es probable que el exceso de trabajo a este ritmo mate a más personas de las que ha matado el COVID-19 en todo el mundo. Al referirse al estudio, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declaró: “Ningún trabajo merece el riesgo de sufrir un derrame cerebral o una cardiopatía. Gobiernos, empresarios y trabajadores deben colaborar para acordar límites que protejan la salud de los trabajadores.”<sup>41</sup>

En conjunto, estos riesgos asociados a la fragilidad de las cadenas de suministro y los daños derivados del exceso de trabajo sugieren una serie de retos a la hora de construir nuestra capacidad de resistencia y flexibilidad para la próxima década:

- ¿Deberíamos revertir la tendencia a la globalización en favor de los centros regionales y la fabricación local, al menos para los productos más esenciales, como los alimentos y los suministros médicos?
- ¿Cómo podemos anticipar mejor qué suministros esenciales podría necesitar más el mundo durante una crisis futura, ya sea una nueva pandemia, una emergencia

---

<sup>40</sup> Jennifer Moss, “Beyond Burned Out,” Harvard Business Review, February 10, 2021, <https://hbr.org/2021/02/beyond-burned-out>; Anitra Lesser, “The Impacts of COVID on Rising Burnout Rates,” Employers Council, October 23, 2020, <https://blog.employerscouncil.org/2020/10/23/the-impacts-of-COVID-on-rising-burnout-rates/>.

<sup>41</sup> “Long Working Hours Increasing Deaths from Heart Disease and Stroke: WHO, ILO,” World Health Organization, May 17, 2021, <https://www.who.int/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo>.

climática, un ataque nuclear, una migración masiva, una evacuación de emergencia o algo que hoy apenas podemos imaginar?

- ¿Cómo podemos crear formas más resistentes de fabricar esos suministros esenciales?
- ¿Cuáles son las formas más equitativas de distribuirlos durante una emergencia?
- ¿Cuánto del sufrimiento y el agotamiento actuales en torno al trabajo cotidiano se puede prevenir?
- ¿Qué estamos dispuestos a hacer para evitarlo?
- ¿Qué tipo de culturas laborales y de protección de los trabajadores aportarían más seguridad, humanidad y dignidad a nuestros puestos de trabajo?
- ¿Estamos preparados para una semana laboral universal de cuatro días?
- ¿Estamos preparados para leyes universales de "derecho a la desconexión", que protejan a los trabajadores frente a las demandas de trabajo y las llamadas fuera del horario laboral?
- ¿Cómo sería un mundo menos eficiente y productivo? ¿Qué cosas buenas podrían aumentar si disminuyeran la eficiencia y la productividad mundiales? ¿Estamos dispuestos a considerar esas compensaciones?
- ¿Seríamos más capaces de responder a las crisis futuras si estuviéramos menos sobrecargados de trabajo y menos agotados?

## **Condición preexistente n.º 6: la crisis climática**

Antes de que el COVID-19 fuera la crisis determinante de esta época, el cambio climático ocupaba un lugar central en la mayoría de los debates sobre el riesgo global. De hecho, el cambio climático fue un factor importante en la aparición del nuevo coronavirus, y hace que las pandemias de todo tipo sean más probables<sup>42</sup>. A medida que cambia el medio ambiente, los animales de todo el planeta abandonan sus hábitats habituales y entran en contacto con nuevas especies. Esto crea oportunidades para que patógenos que normalmente infectan a una especie se introduzcan en otros animales huéspedes, o se “desparramen”. En ocasiones, el ser humano se convierte en el nuevo huésped, y así es como surgieron enfermedades como el VIH, el ébola, el SARS y el MERS. Aunque desconocemos el origen del virus causante del COVID-19 —si se trata de un evento indirecto o si se generó en un

---

<sup>42</sup> Maria Cristina Rulli et al., “Land-Use Change and the Livestock Revolution Increase the Risk of Zoonotic Coronavirus Transmission from Rhinolophid Bats,” *Nature Food* 2 (June 2021): 409–16, <https://doi.org/10.1038/s43016-021-00285-x>; “Coronavirus, Climate Change, and the Environment: A Conversation on COVID-19 with Dr. Aaron Bernstein, Director of Harvard Chan C-CHANGE,” Harvard T. H. Chan School of Public Health, accessed August 27, 2021, <https://www.hsph.harvard.edu/c-change/subtopics/coronavirus-andclimate-change/>.

laboratorio durante la investigación de la “ganancia de función”, que explora cómo surgen nuevos virus y se adaptan a los humanos—, el hecho es que, en cualquier caso, el cambio climático es en gran medida el culpable. El campo de la investigación sobre la ganancia de función solo existe gracias al cambio climático y a su aceleración de los fenómenos de propagación. Los laboratorios realizan este peligroso trabajo precisamente porque la crisis climática nos expone a todos al riesgo de pandemias más frecuentes y mortales<sup>43</sup>.

Nuestra adicción a la quema de combustibles fósiles también aumentó la tasa de síntomas graves y mortalidad por COVID-19. Como se ha señalado anteriormente, la contaminación atmosférica se asoció con mayores hospitalizaciones y tasas de mortalidad por COVID-19 en todo el mundo, como resultado de la tensión crónica que la exposición a largo plazo a la contaminación atmosférica ejerce sobre los pulmones y el corazón. Un importante estudio estimó que el 15% de todas las muertes por COVID-19 en el mundo eran directamente atribuibles a la exposición a la contaminación atmosférica, incluido el 17% en Norteamérica, el 19% en Europa y el 27% en Asia oriental<sup>44</sup>.

El cambio climático aumenta la frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos, que también se convirtieron en un factor de complicación durante la pandemia. En 2020, más de cincuenta millones de personas en todo el mundo se vieron afectadas por sequías, inundaciones y tormentas relacionadas con el cambio climático que se solaparon con las olas locales de COVID-19, conforme señala un informe de la Cruz Roja, en tanto que casi 500 millones de personas soportaron un calor extremo que se solapó con una ola del virus<sup>45</sup>. Más de ocho millones de personas de la costa oeste estuvieron expuestas a una peligrosa y prolongada calidad del aire como consecuencia de los incendios forestales que coincidieron con la pandemia. El riesgo general de contraer y morir por el virus fue mayor para las personas expuestas a estos fenómenos meteorológicos extremos, según los estudios, porque dificultaron el distanciamiento social, interrumpieron las cadenas de suministro médico y redujeron el acceso a la atención médica. La exposición al calor

---

<sup>43</sup> Institute of Medicine and National Research Council, *Potential Risks and Benefits of Gain-of-Function Research: Summary of a Workshop* (Washington, DC: National Academies Press, 2015), <https://doi.org/10.17226/21666>.

<sup>44</sup> Andrea Pozzer et al., “Regional and Global Contributions of Air Pollution to Risk of Death from COVID-19,” *Cardiovascular Research* 116, no. 14 (December 2020): 2247–53, <https://doi.org/10.1093/cvr/cvaa288>.

<sup>45</sup> Dan Walton and Maarten van Aalst, *Climate-Related Extreme Weather Events and COVID-19: A First Look at the Number of People Affected by Intersecting Disasters* (Geneva, Switzerland: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, September 2020), <https://media.ifrc.org/ifrc/wpcontent/uploads/2020/09/Extreme-weather-events-and-COVID-19-V4.pdf>.



extremo y al humo de los incendios forestales, en particular, aumentó la gravedad y la mortalidad por COVID-19<sup>46</sup>.

Quizá lo más perjudicial de todo fue la forma en que la crisis climática convirtió en arma el escepticismo y politizó el consenso científico<sup>47</sup>. A pesar del consenso casi universal entre los científicos de que la quema de combustibles fósiles por el hombre ha provocado impactos medioambientales peligrosos a largo plazo, hemos permitido que el cambio climático sea debatido, cuestionado y minimizado por las industrias y los funcionarios electos que se benefician de nuestra continua dependencia de los combustibles fósiles. Este modelo de negación de la realidad fue utilizado por los actores políticos y los medios de comunicación partidistas para restar importancia a los peligros del COVID-19 y socavar la confianza en las medidas de salud pública y las vacunas. La incapacidad de la sociedad para combatir eficazmente décadas de ataques a la ciencia sobre el cambio climático creó una debilidad subyacente que no solo dificultó el control de la pandemia, sino que nos predispone a ser incapaces de responder colectivamente a cualquier tipo de riesgo planetario que requiera comprensión y orientación científica en el futuro.

La crisis climática plantea innumerables retos para el futuro. Sabemos que debemos romper nuestra adicción a los combustibles fósiles, reducir el consumo y los residuos, aumentar nuestras fuentes de energía sostenibles, deshacer el daño causado a nuestra agua, tierra y aire. Pero hay otras cuestiones abiertas que requerirán más reflexión y más imaginación para ayudarnos a curarnos de esta condición preexistente:

- ¿Qué nuevo tipo de profesionales de primera línea y de respuesta a emergencias climáticas necesitaremos para intentar resolver la crisis climática?
- ¿Quién hará este trabajo? ¿Cómo se les compensará?
- ¿Cómo debería verse el futuro de la ciencia si queremos que todos la entiendan y confíen en ella?
- ¿Qué podemos hacer para aumentar nuestra resiliencia física, individual y colectiva, de modo que podamos soportar mejor el calor extremo, las nuevas enfermedades y otras perturbaciones sanitarias en el futuro?

---

<sup>46</sup> James M. Shultz, Craig Fugate, and Sandro Galea, "Cascading Risks of COVID-19 Resurgence during an Active 2020 Atlantic Hurricane Season," *JAMA* 324, no. 10 (August 2020): 935–36, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.15398>.

<sup>47</sup> Shanto Iyengar and Douglas S. Massey, "Scientific Communication in a Post-Truth Society," *Proceedings of the National Academy of Sciences* 116, no. 16 (2019): 7656–61, <https://doi.org/10.1073/pnas.1805868115>.

- ¿Qué podemos hacer para aumentar nuestra resiliencia social, de modo que podamos confiar más en los demás y protegernos y ayudarnos más eficazmente durante futuras crisis sanitarias o climáticas?
- ¿Qué podemos hacer para aumentar nuestra resiliencia mental de modo que podamos soportar mejor el estrés y la ansiedad acumulados por crisis incesantes y superpuestas?
- ¿Qué podemos hacer para aumentar nuestra resiliencia emocional y espiritual de modo que tengamos los recursos internos necesarios para seguir comprometidos con estos retos climáticos a largo plazo, incluso cuando estemos agotados por lo que ya hemos soportado?

La desigualdad económica, los sistemas de salud disfuncionales, las divisiones políticas extremas, la injusticia racial, la fragilidad de las cadenas de suministro, la sobreexplotación de los trabajadores y la crisis climática son problemas en sí mismos. Durante una crisis, se convierten en factores de complicación que profundizan y prolongan nuestro sufrimiento. Como dice mi colega de instituto Kathi Vian, “Cuando una gran perturbación sacude un sistema complejo, las partes más débiles del sistema se colapsan primero”<sup>48</sup>.

Está claro que los problemas que nos neguemos a resolver hoy complicarán e intensificarán las crisis a las que nos enfrentemos mañana. Afortunadamente, una vez que hemos diagnosticado una enfermedad más profunda, es más fácil predecir síntomas futuros. En adelante, ya tenemos la oportunidad de pensar en cómo podrían manifestarse de nuevo esas mismas condiciones preexistentes. Cualquiera que sea el futuro que imaginemos o predigamos (el futuro de la alimentación, el futuro del voto, el futuro del aprendizaje, el futuro de las ciudades), podemos considerar cómo estas mismas debilidades sistémicas podrían socavar nuestros objetivos y crear nuevos riesgos. En el Institute for the Future nos planteamos estas preguntas sobre la “enfermedad más profunda” en cada escenario futuro que imaginamos:

- ¿Quiénes se enferman en este futuro? ¿Qué necesitarán para curarse o protegerse?
- ¿Quiénes podrían quedarse atrás o marginados en este supuesto futuro? ¿Cómo evitamos que la desigualdad económica provoque vivencias injustamente dispares?
- ¿Qué conductas podrían politizarse en este futuro? ¿Qué realidades podrían ponerse en tela de juicio? ¿Quién intentará superar estas divisiones para crear un consenso o un terreno común?

---

<sup>48</sup> Kathi Vian, “The Deeper, Longer Disease,” Institute for the Future, June 10, 2020, <https://medium.com/institute-for-the-future/the-deeperlonger-disease-13e859de2d16>.

- ¿Cómo se manifestará la injusticia racial en este futuro? ¿Qué aspecto tendrán los esfuerzos antirracistas en este mundo?
- ¿Qué es lo que la gente necesitará mucho más en este futuro? ¿Qué cadenas de suministro podrían romperse? ¿Qué podría hacerlas más resistentes?
- ¿Quiénes sufrirán agotamiento y exceso de trabajo en este futuro? ¿Qué tipo de apoyo podemos prestarles? ¿Qué ocurrirá si no lo hacemos?
- ¿Cómo se adaptan las personas a los efectos adversos del cambio climático en este futuro? ¿Qué hace la gente para ralentizar o invertir sus efectos? ¿Cómo pueden los fenómenos meteorológicos extremos y el calor extremo aumentar el riesgo general y la imprevisibilidad de este mundo?

Incluso si cree que está pensando en un futuro que tiene poco que ver, por ejemplo, con la atención sanitaria, el agotamiento de los trabajadores o el cambio climático, debería plantearse estas preguntas. Hasta que la sociedad se cure por completo de la enfermedad más profunda, sus síntomas se dejarán sentir en todos los futuros que podamos imaginar.

Encontrar vulnerabilidades futuras y predecir las formas en que podríamos intentar protegernos unos a otros es una habilidad. Puedes practicarla buscando futuras complicaciones de la enfermedad más profunda con cualquiera de los escenarios con los que ya has jugado en este libro.

Tomemos, por ejemplo, “¿Has consultado el pronóstico de asteroides?” y “La campaña mundial de emergencia de donación de esperma”. En el caso de los científicos que anuncian un posible impacto de un asteroide en un futuro próximo, podrías pensar en la condición preexistente de divisiones políticas extremas. ¿Cómo podrían politizarse, cuestionarse y minimizarse las previsiones científicas? ¿Qué podría pasar si la mitad de la sociedad rechazara de plano las estimaciones por motivos políticos? También puedes considerar la desigualdad económica preexistente. Si se predijera que un asteroide va a caer en una región geográfica concreta, ¿quién podría permitirse hacer las maletas con antelación y trasladarse por si acaso? ¿Y qué pasaría con los que no pudieran permitirse un traslado prolongado? En el caso de una respuesta de emergencia global a una crisis de fertilidad, se podría considerar la condición preexistente de cadenas de suministro frágiles. Si la demanda se disparara y los recursos se desviarán para este esfuerzo global (por ejemplo, debido a una necesidad masiva a largo plazo de nitrógeno líquido, que se utiliza para preservar el esperma congelado), ¿qué efecto dominó tendría eso en otras industrias? Bueno, si se desviara ese recurso, la cadena mundial de suministro de alimentos podría romperse, ya que la industria alimentaria usa nitrógeno líquido para congelar y transportar productos de panadería, carne, aves de corral, pescado, comidas preparadas, verduras y

frutas. Podríamos tener que cambiar toda nuestra economía alimentaria hacia el consumo de alimentos frescos y locales. Pensemos también en la injusticia racial preexistente. ¿Sería menos probable que las personas racializadas participaran en una campaña de recogida urgente de esperma por las mismas razones estructurales por las que es menos probable que se hagan la prueba o se vacunen contra el COVID-19? ¿Cuáles podrían ser algunas de las consecuencias a largo plazo de la creación de un banco de fertilidad con sesgo racial? ¿Qué haría falta para contrarrestar este riesgo y garantizar la equidad en el material genético conservado para el futuro?

Como siempre ocurre cuando jugamos con escenarios futuros, el objetivo aquí no es predecir a la perfección lo que podría ocurrir en la próxima década, ni imaginar sólo los acontecimientos más probables. Al jugar con el modelo de "la enfermedad más profunda", estás entrenando tu imaginación para establecer conexiones y ver las relaciones entre distintos dominios. Estás mejorando tu capacidad general para notar interdependencias y riesgos que otros podrían pasar por alto. Cada vez que te preguntas cómo podría reaparecer un síntoma de la enfermedad más profunda de la sociedad en un futuro hipotético, mejoras en el reconocimiento de ese síntoma en cualquier escenario, ya sea en un futuro lejano o en el presente. Puede que nunca despiertes en los escenarios futuros más descabellados que imagines. Pero estarás más preparado para ayudar hoy.

¿DEBERÍAMOS ESTAR ATENTOS A otras enfermedades preexistentes que podrían complicar nuestro futuro?

Sí. Aquí te explico cómo.

Hace poco revisé la predicción de pandemia original de *Superstruct*, la simulación social que realizamos en el Institute for the Future en el año 2008 para imaginar el mundo de 2019<sup>49</sup>. Me llamó la atención uno de los elementos centrales del escenario: nuestra enfermedad ficticia, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), tenía una baja tasa de mortalidad pero una alta tasa de síntomas persistentes a largo plazo. En nuestro escenario, decenas de millones de personas sobrevivían a la enfermedad inicial, pero luego sufrían fatiga crónica, niebla cerebral, dolor y dificultades respiratorias.

Una de las principales cuestiones que pedimos a los participantes que consideraran al imaginar este futuro fue: ¿Cómo creen que podría adaptarse el mundo a un aumento repentino de las enfermedades crónicas? ¿Cómo responderían los centros de trabajo y las escuelas? ¿Quiénes serían los nuevos cuidadores? ¿Cómo tendría que cambiar la sociedad

---

<sup>49</sup> "Superstruct Superthreat: Quarantine," Institute for the Future, video, 3:59, September 21, 2008, [https://www.youtube.com/watch?v=r\\_HxFSY581U&t=2s](https://www.youtube.com/watch?v=r_HxFSY581U&t=2s).

para satisfacer las necesidades de esta nueva población crónicamente enferma? También les pedimos que imaginaran cómo cambiarían sus propias vidas si ellos, o alguien de su familia, desarrollara esta nueva discapacidad invisible.

Durante la pandemia real de COVID-19, en cambio, se restó importancia a la posibilidad de una enfermedad crónica desde el principio. Los primeros informes de síntomas a largo plazo fueron generalmente ignorados o descartados por los médicos, según los pacientes que lucharon por ser tomados en serio o recibir tratamiento. Formaron grupos de apoyo en Internet para “personas con una enfermedad crónica” y contaron sus historias en las redes sociales. Los estudios acabaron demostrando que entre el 5% y el 20% de las personas previamente sanas siguen experimentando al menos un síntoma de la enfermedad seis meses después de su enfermedad inicial. Sin embargo, el mundo médico tardó un año entero en empezar a tomarse en serio los informes de los pacientes sobre esta nueva enfermedad crónica, en darle un nombre oficial (“secuelas prolongadas de COVID-19”) o en establecer clínicas médicas especiales para tratarla<sup>50</sup>.

Dado lo poco anticipado y apreciado que era el riesgo de COVID prolongado durante la mayor parte de 2020, sentía curiosidad por saber cómo mi colega investigador del instituto había acertado con este detalle. Aunque yo diseñé las interacciones y la mecánica de la simulación *Superstruct*, el escenario pandémico inicial fue escrito por la entonces directora de Ten-Year Forecast, Kathi Vian. Resulta que Kathi tenía una buena razón para incluir las enfermedades crónicas, a menudo desestimadas y minimizadas por el sector médico, en el escenario de *Superstruct*: en 2008, ella misma sufría los misteriosos y debilitantes síntomas de la enfermedad crónica de Lyme. Como residente de Woodstock, Nueva York, que tenía una de las tasas más altas de infección de la enfermedad de Lyme transmitida por garrapatas en el mundo, Kathi conocía a muchas otras personas que también tenían niebla cerebral persistente, fatiga y dolor en las articulaciones en los meses y años después de su diagnóstico inicial.

---

<sup>50</sup> Ed Yong, “Long-Haulers Are Redefining COVID-19,” *Atlantic*, August 19, 2020, <https://www.theatlantic.com/health/archive/2020/08/long-haulersCOVID-19-recognition-support-group-symptoms/615382/>; Shayna Skarf, “Denied Treatment, Some COVID Long-Haulers Could Become Lifelong-Haulers,” *STAT*, January 28, 2021, <https://www.statnews.com/2021/01/28/stop-ignoring-undocumentedlong-haulers/>; Judy George, “Study Puts Numbers to ‘Long COVID’ Duration, Prevalence—High Frequency of Debility Lasting for Months,” *MedPage Today*, February 19, 2021, <https://www.medpagetoday.com/infectiousdisease/COVID19/91270>; Alvin Powell, “A Pandemic That Endures for COVID Long-Haulers,” *Harvard Gazette*, April 13, 2021, <https://news.harvard.edu/gazette/story/2021/04/harvard-medicalschool-expert-explains-long-COVID/>; “One in 20 People Likely to Suffer from ‘Long COVID’, but Who Are They?,” *Zoe COVID Study*, October 21, 2020, <https://covid.joinzoe.com/post/long-covid>.

“El Lyme se consideraba una epidemia en esa zona”, me dijo hace poco, cuando hicimos tiempo para revisar juntas los datos del antiguo Superstruct. “La mayoría de mis amigos se enfrentaban a algún tipo de Lyme. Incluso mis doctores y mi dentista la tenían. Pero existía toda la controversia sobre su carácter crónico”. De hecho, algunos médicos siguen considerando hoy en día que la cuestión de si los síntomas de la enfermedad de Lyme pueden persistir durante años no está resuelta, a pesar de que las investigaciones sugieren que al menos dos millones de personas en Estados Unidos viven con “enfermedad de Lyme crónica post-tratamiento”, el nombre clínico del síndrome<sup>51</sup>.

La enfermedad crónica de Lyme está más aceptada como diagnóstico válido hoy en día que cuando Kathi imaginó por primera vez el futuro mundo ficticio de ReDS. Pero por aquel entonces, su imaginación futura se basaba en su propia experiencia vivida de lo que ahora podría denominarse “gaslighting médico”. Es cuando a los pacientes se les dice que los síntomas son fruto de su imaginación y los profesionales sanitarios no investigan seriamente ni intentan tratarlos<sup>52</sup>. El gaslighting médico es más común entre las personas racializadas y las mujeres de mediana edad, que tienden a padecer enfermedades autoinmunes difíciles de tratar y síntomas de infecciones agudas difíciles de diagnosticar en una proporción mucho mayor que la población general. Esta es la vergonzosa historia del síndrome de fatiga crónica, o encefalomiелitis miálgica, con la que se calcula que conviven actualmente veinticinco millones de personas. Durante décadas, el campo médico la desestimó por considerarla un trastorno principalmente psicológico, antes de reconocerla finalmente como una enfermedad física real con causas fisiológicas profundas detectables, incluida una predisposición genética, muy probablemente desencadenada por una infección viral<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> Allison DeLong, Mayla Hsu, and Harriet Kotsoris, “Estimation of Cumulative Number of Post-Treatment Lyme Disease Cases in the US, 2016 and 2020,” *BMC Public Health* 19, no. 352 (April 2019), <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6681-9>.

<sup>52</sup> Sarah Fraser, “The Toxic Power Dynamics of Gaslighting in Medicine,” *Canadian Family Physician* 67, no. 5 (May 2021): 367–68, <https://doi.org/10.46747/cfp.6705367>; Maya Dusenbery, *Doing Harm: The Truth about How Bad Medicine and Lazy Science Leave Women Dismissed, Misdiagnosed, and Sick* (New York: HarperCollins, 2018); Rita Rubin, “As Their Numbers Grow, COVID19 ‘Long Haulers’ Stump Experts,” *JAMA* 324, no. 14 (September 2020): 1381–83, <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17709>; Monica Verduzco-Gutierrez et al., “In This for the Long Haul: Ethics, COVID-19, and Rehabilitation,” *PM&R* 13, no. 3 (March 2021): 325–32, <https://doi.org/10.1002/pmrj.12554>.

<sup>53</sup> “How Many People Have ME/CFS?,” American Myalgic Encephalomyelitis and Chronic Fatigue Syndrome Society, accessed August 27, 20121, <https://ammes.org/how-many-people-have-mecfs/>; Chris Ponting, “Analysis of Data from 500,000 Individuals in UK Biobank Demonstrates an Inherited Component to ME/CFS,” *ME/CFS Research* (blog), June 11, 2018, <https://mecfsresearchreview.me/2018/06/11/analysis-of-data-from500000-individuals-in-uk-biobank-demonstrates-an-inheritedcomponent-to-me-cfs>.

“Yo formaba parte de una comunidad más amplia de personas que intentaban aceptar la incertidumbre futura en medio de una enfermedad incierta”, afirma Kathi. “Creo que filtramos todas nuestras visiones de futuro a través de nuestra experiencia personal. ¿Cómo podría ser de otro modo?”.

No puede ser de otro modo, y eso es bueno. Las experiencias vividas nos dan superpoderes para adivinar el futuro. Nos ayudan a anticipar posibilidades futuras que otros no pueden ver.

Kathi identificó una parte importante de lo que ocurriría durante una pandemia real porque ya había experimentado una condición preexistente de la sociedad que muchos otros pasaban por alto: la antigua injusticia médica de que los pacientes, especialmente las mujeres y las personas racializadas, tengan sus enfermedades crónicas sub-diagnosticadas, sub-tratadas y sub-estudiadas. Hoy en día, es optimista y piensa que la atención que ahora se presta al COVID prolongado significará que este patrón del pasado podrá finalmente interrumpirse y sanarse definitivamente. Pero no puedo evitar preguntarme cuánto sufrimiento podría haberse evitado a los pacientes de COVID prolongado si más personas hubieran sido capaces de ver el futuro desde la perspectiva de Kathi.

En lo que respecta a la enfermedad más profunda, de las seis condiciones preexistentes de la sociedad, en el modelo del Instituto para el Futuro se hablan de algunas, pero ciertamente no de todas las debilidades de larga data en las que la sociedad ha fallado y que se deben abordar. Es posible que tengas tu propia perspectiva sobre el fracaso sistémico, tu propia experiencia vivida de la injusticia, que va más allá de lo que hemos abordado en este capítulo. Esa sabiduría es esencial. Te insto a que la traigas contigo cuando imagines el futuro.

¿Qué síntoma añadirías a la enfermedad más profunda?

¿Qué patrón del pasado te ha afectado personalmente, que esperas con urgencia que podamos sanar para el futuro?

Sea lo que sea lo que hayas vivido, lo que sea lo que haya sufrido tu comunidad, si quieres, puedes ayudar a los demás a imaginar cómo podría surgir de nuevo ese sufrimiento.

Si lo prefieres, puedes ayudar a los demás a imaginar un futuro en el que ya no suframos de la misma manera. Puedes presentar tu propia visión de una sociedad transformada. Las visiones positivas del futuro son una parte esencial de la cura. Como dijo la activista y futurista Iris Andrews en un panel del Foro Mundial Skoll de 2021 sobre imaginación colectiva: “Está claro que no está todo bien. No está nada bien. Pero creo que podemos

sentir auténtica y profundamente, aprender y curar el dolor del presente y del pasado, sin asumir necesariamente que tenemos que llevarlo o proyectarlo hacia el futuro”<sup>54</sup>.

ESTE PARECE UN BUEN momento para exhalar y descansar del análisis de los patrones del pasado.

Hagamos un viaje mental al futuro.

Casi todos los escenarios de este libro se sitúan dentro de diez años. Pero el siguiente es un futuro cercano: podría empezar a desarrollarse dentro de unos meses.

Piensa en él como un “escenario puente”. Entre hoy y dentro de una década, ¿cómo expresará la gente su rabia y dolor por lo ocurrido? ¿Cómo exigirán cambios?

Para pasar del momento presente a un mundo de transformación social, puede ser útil imaginar primero nuevos tipos de movimientos sociales y de acción colectiva.

## **Escenario futuro n.º 9: El Aullido**

### *El futuro cercano*

aullar \ 'ululãre \ verbo

1. Lanzar un llanto o grito fuerte, largo y lastimero, de angustia, dolor o rabia.
2. Proferir un grito incontrolado.<sup>55</sup>

Dos veces al día, el mundo paraliza todo y aúlla.

No todo el mundo. Pero sí muchísimos millones de personas. Ocurre primero al mediodía, y luego al anochecer. El aullido es lo contrario de un momento de silencio. Es un momento de ruido.

Empezó hace tres meses, cuando Anshu Bhide, veintitrés años, de Bombay, aulló por la ventana y publicó el vídeo en Internet. Luego subió otro, y luego otro. En los vídeos, dejaba de hacer lo que estuviera haciendo y aullaba durante un minuto entero. Lo hacía dos veces al día, estuviera donde estuviera, sin importarle quién o qué estuvieran haciendo. Aullaba en un parque, en el tren, en el mercado, en un café, en su habitación, en un templo. A veces

---

<sup>54</sup> “Building Imagination Infrastructure to Shape Better Futures,” Skoll World Forum, video, 49:56, April 15, 2021, <https://www.youtube.com/watch?v=gUQYwWwwUyw>.

<sup>55</sup> Definition adapted from Merriam-Webster, s.v. “howl (v.),” accessed August 27, 2021, <http://www.merriam-webster.com/dictionary/howl>.



lloraba. A veces se agazapaba como un animal. A veces se quedaba quieta. A veces bailaba. Era ruidosa. Descarada. En los vídeos, la gente la miraba, intentaba evitarla o ayudarla. De vez en cuando, los transeúntes se unían y aullaban con ella.

Con cada vídeo publicaba el mismo mensaje en Internet:

Estoy aullando para decir que no está todo bien.

Estoy aullando para decir que la gente en el poder nos falló.

Estoy aullando para decir que ustedes no me ignorarán.

Estoy aullando para decir que podemos hacerlo mejor.

Al mediodía aúllo mi dolor y mi pena.

De noche aúllo para que puedan oír mi esperanza y mi poder.

¿Pueden oír la diferencia?

Aullaré hasta que el mundo entero aülle.

Aúllen conmigo.

Otras personas empezaron a publicar sus propios vídeos de aullidos. En algunos de ellos, la persona que grababa movía la cámara y se podía ver que no estaban solos. Se reunían pequeños grupos para aullar juntos.

Los aullidos se convirtieron en la tendencia número uno de TikTok.

Empezaron a aparecer carteles en espacios públicos. Algunos decían: "Reúnanse aquí para aullar". Otros decían: "No está permitido aullar. Por favor, no moleste a nuestro vecindario".

Algunos restaurantes y tiendas pusieron carteles dando la bienvenida a los aulladores. Otros los echaban.

El aullido del mediodía sonaba de una manera determinada. Era triste, lúgubre, desconsolado, furioso y salvaje. Era el sonido de un mundo que sufría.

El aullido nocturno era diferente. Era alegre, desafiante, melódico, divertido. La gente se hacía eco de los aullidos de los demás, como diciendo: "Te oigo. Estoy aquí para tí".

Los alumnos aullaban en la escuela. Los empleados aullaban en el trabajo. Se permitía, no se permitía, se debatía si debía permitirse: como libertad de expresión, como protesta, como desobediencia civil.

Cuáles son sus exigencias, querían saber los periodistas de los aulladores. ¿Cuánto tiempo piensan seguir así? ¿Qué pretenden conseguir?

Se describió como un movimiento social. Se describió como un capricho. Era arte, era política, era acción colectiva, era egoísta, era imponente, era molesto, era global. Pronto fue ilegal en algunos lugares.

IMAGÍNA TE EN ESTE FUTURO. Intenta imaginar la escena de la forma más vívida y realista posible: decenas de millones de personas aullando dos veces al día, en todo tipo de sitios públicos y privados.

¿Cuáles son las imágenes de este futuro? ¿Cuáles son los sonidos? En una palabra, ¿qué emoción sientes al mediodía cuando sucede? En una palabra, ¿qué emoción sientes por la noche cuando sucede? ¿A qué te suena la primera vez que lo oyes? Cuando te hayas sumergido en este futuro, es el momento de tomar una decisión.

---

**MOMENTO DE ELEGIR:** ¿Te unes al aullido? ¿Por qué sí o por qué no?

Si te unes, ¿dónde aúllas por primera vez? ¿Quién más está cerca? ¿Cómo reaccionan?

Si no te unes a los aulladores, ¿qué haces en lugar de eso durante los aullidos que se producen dos veces al día? ¿Te causan problemas los aullidos? ¿Te afecta de alguna manera o eres capaz de ignorarlo?

Ahora que ya has dado el paso, sigamos jugando con este posible futuro.

Aquí tienes otras preguntas que puedes plantearte. Deja que tu mente divague entre las posibilidades:

- ¿Qué amigos, familiares y otras personas que conoces crees que se unirían a los aullidos? ¿Quién piensas que no se uniría? ¿Por qué?
- ¿Hay algún lugar en el que debería prohibirse aullar en el futuro? ¿Dónde?
- Si se prohibiera, ¿consideras que la gente practicaría la desobediencia civil y lo haría de todos modos? ¿Deberían hacerlo? ¿Por qué sí o por qué no?
- Elige un espacio social en el que te encuentres a menudo: tu escuela, tu lugar de trabajo, el transporte público, un hospital, una residencia de ancianos, un teatro, un recinto deportivo, un lugar de culto, un comercio, un restaurante. ¿Cómo podría ese sitio concreto empezar a adaptarse, reconocer o trabajar en torno a los aullidos?
- Si se hicieran camisetas o pins para este movimiento, ¿qué elementos podrían incluir?
- ¿Te imaginas los grafitis de este futuro? ¿Qué mensajes podrían pintarse con spray en los edificios o escribirse en las paredes de los baños?

- ¿Qué puede tener de bueno un movimiento de aullidos?
- ¿Qué daños podría causar?
- Si pudieras cambiar el ritual o las reglas de los aullidos para hacerlos más significativos, eficaces, respetuosos o cualquier otra cosa que quisieras que fueran, ¿qué cambiarías? (Si odias absolutamente la idea, ¿puedes pensar en algo que te haría más propenso a participar?)
- ¿Cómo podrían manifestarse en este futuro los síntomas de la enfermedad más profunda? Por ejemplo, ¿afectaría la injusticia racial o la desigualdad económica a quién se sintiera lo suficientemente seguro como para participar en los aullidos?
- Imagina que este es el comienzo de un movimiento. ¿Hacia dónde podría ir después? ¿Qué viene después de los aullidos?

Es posible que no tengas ideas para algunas de estas preguntas de inmediato. A medida que desarrolles tus habilidades para jugar con escenarios futuros, te desafío a que rellenes espacios en blanco más grandes, a que amplíes un poco más tu imaginación. Cualquier pregunta que no puedas responder ahora, guárdala en el fondo de tu mente y a ver qué ideas surgen otro día.

¿PODRÍA OCURRIR REALMENTE ESTE FUTURO cercano? A muy pequeña escala, ya ha ocurrido.

El 22 de marzo de 2020, un vecino mío, Hugh, hizo una sugerencia en el tablón de anuncios de nuestra comunidad. Se inspiró en un reciente ritual pandémico: la gente de ciudades de todo el mundo abría sus ventanas y celebraba a los trabajadores de primera línea cada noche con vítores, aplausos y cantos. Sugirió que nuestra ciudad, que acababa de ser clausurada, hiciera lo mismo, pero con un toque local: “Aullemos”.

Vivimos en una montaña, y los coyotes son endémicos aquí; sus aullidos llenan a menudo el aire nocturno. La idea de aullar junto a ellos pareció gustar a la gente. Aquella noche, se oían aullidos humanos resonando por todo el valle. Se convirtió en una práctica nocturna, con su propio grupo de Facebook e instrucciones: “Todas las noches, a las 20:00, tómate un minuto para salir y soltar un aullido catártico. Aúlla con compasión, por los afectados por el COVID-19. Aúlla por la comunidad: puede que estemos aislados, pero no estamos solos”.

El aullido se extendió por el área de la bahía de San Francisco. Pronto miles de personas aullaban cada noche. Se formaron grupos similares en otras ciudades del oeste de Estados Unidos y empezaron a aparecer artículos sobre el fenómeno<sup>56</sup>. En un artículo, Robert Faris,

<sup>56</sup> Paulina Cachero, “When the Clock Strikes 8, Some Americans in Isolation Are Howling in the Night for Health Workers Battling the Coronavirus,” Insider, April 1, 2020, <https://www.insider.com/americans-in-isolation-howl-8-night-healthworkers-solidarity-2020-4>.

catedrático de sociología de la Universidad de California en Davis, decía que podía ver el atractivo “para aliviar el estrés y la solidaridad” y, sin embargo: “Si vuelven a verme en mayo y me dicen que todavía hay gente aullando, me sorprenderé”<sup>57</sup>.

Pero la gente de nuestro barrio seguía aullando en mayo, junio y julio. En verano, los aullidos habían adquirido un cariz diferente, a medida que la compasión y la catarsis evolucionaba hacia el activismo y la protesta. “Aúllen por las vidas de las personas negras”, “Aúllen por las personas racializadas de nuestra comunidad”, empezaron a postear los vecinos. A veces, los aullidos salían de las casas y se hacían públicos: “Arrodíllate en la calle cuando aullemos esta noche a las 8”, anunciaba una actualización del grupo Aullidos.

Al final del verano de aullidos, según mis cálculos, más de un millón de personas se habían unido. El aullido se extinguió al llegar el otoño, pero ha resurgido periódicamente en nuestra comunidad, por ejemplo durante la noche de las elecciones, la noche del ataque violento del 6 de enero contra el Capitolio de Estados Unidos y en el aniversario de nuestro primer confinamiento de COVID-19.

Mi familia aulló todas las noches durante meses. Nos ayudó a sentirnos menos solos durante el largo encierro. Personalmente aullé para decir: “Sigo aquí”, y para decir: “Les escucho”, y a veces para decir: “¿Qué mierda le pasa a nuestro país?”, e incluso para decir, tras recuperarme de una infección por COVID-19 que pensé que iba a matarme: “Hay aire en mis pulmones, y puedo respirar sin jadear de nuevo, y estoy agradecida de estar viva, espero no olvidar nunca esta gratitud”.

A lo largo de 2020, en nuestra comunidad se expresaron muchos tipos de aullidos: alegres, profundos, esperanzados y, a veces, incluso dolorosos. Pero, recordándolo ahora, incluso después de cientos de aullidos colectivos, todavía siento que hay más por lo que aullar, y quizá un sonido diferente que necesita salir.

Los científicos que estudian las emociones han observado que los sonidos asociados al dolor son distintos de otros gritos. Los gritos de dolor tienen una firma vocal distintiva, una desesperación y una vulnerabilidad casi animal que son imposibles de ignorar, literalmente: desencadenan un instinto evolutivo en quienes los oyen, de aliviar y ayudar<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> Will Schmitt, “North Bay Residents Howl into the Night to Release Stress, Support First Responders during Coronavirus Shutdown,” *Press Democrat*, April 10, 2020, <https://www.pressdemocrat.com/article/news/north-bay-residentshowl-into-the-night-to-release-stress>

<sup>58</sup> Emiliana R. Simon-Thomas et al., “The Voice Conveys Specific Emotions: Evidence from Vocal Burst Displays,” *Emotion* 9, no. 6 (December 2009): 838–46, <https://doi.org/10.1037/a0017810>; Marc D.

El peor sonido que he oído nunca fue uno de estos gritos. Era el llanto de un extraño.

Mis hijas gemelas nacieron en el invierno de 2015, nueve semanas prematuras. Pasaron dos meses en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital, reuniendo fuerzas para volver a casa. Varias familias se atendieron en cada sala de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con nuestros bebés incubándose uno al lado del otro. A menudo veíamos las mismas caras conocidas, otros padres que venían a sostener y ayudar a alimentar a sus bebés, de cualquier forma que se permitiera; normalmente era menos tiempo y menos caricias de las que ansiábamos.

En ocasiones se corrían cortinas entre las familias para mantener la intimidad. Un día, un médico recorrió la cortina y mi marido y yo le oímos dar una terrible noticia a los padres que estaban a nuestro lado. Dijo que su hija, nacida prematuramente, “no progresaba” en el lenguaje médico y que no sobreviviría. Le retirarían el soporte vital en cuanto los padres se despidieran.

Nunca olvidaré los gritos de la madre en ese momento. Sin contención, desamparada. Pienso en su dolor tan a menudo; es como si las vibraciones de aquellas ondas sonoras siguieran produciéndose en mi mente.

Salimos de la UCIN para dar intimidad a la familia durante sus últimos momentos juntos, y no volví a verlos. Describiría su dolor como inimaginable, de todos modos intento imaginármelo. Aún lo llevo conmigo. Siete años después, me sorprende a mí misma preguntándome, imposiblemente, si de algún modo podría encontrarla y hacer algo para ayudarla.

Cuando ese tipo de dolor entra en nuestras mentes, cuando viaja de la boca de alguien a nuestros oídos, creo que nos cambia. Cuando eres testigo del dolor de otro ser humano con todo su cuerpo, con todo su garganta, sin restricciones, se queda contigo. Por eso, cuando pienso en lo que puede hacer falta para curar nuestros traumas globales, me pregunto si seremos capaces de dar a la gente tiempo y espacio para emitir esos sonidos, y si estaremos dispuestos a escuchar. Me pregunto si la gente exigirá ese tiempo y ese espacio, no con un aullido ordenado, sino con aullidos que se nieguen a ser confinados o ignorados. No sé si un escenario como “El aullido” es probable. Pero quiero al menos imaginarlo.

---

Pell et al., “Preferential Decoding of Emotion from Human Nonlinguistic Vocalizations versus Speech Prosody,” *Biological Psychology* 111 (October 2015): 14–25, <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.08.008>; A. S. Cowen et al., “Mapping 24 Emotions Conveyed by Brief Human Vocalization,” *American Psychologist* 74, no. 6 (September 2019): 698–712, <https://doi.org/10.1037/amp0000399>; Disa A. Sauter et al., “CrossCultural Recognition of Basic Emotions through Nonverbal Emotional Vocalizations,” *Proceedings of the National Academy of Sciences* 107, no. 6 (February 2010): 2408–12, <https://doi.org/10.1073/pnas.0908239106>.

Quiero explorar la posibilidad de que decenas de millones de personas emitan el tipo de sonidos que aprovechan nuestros poderosos instintos evolutivos para aliviarnos y ayudarnos mutuamente, creando testigos mutuos de todos nosotros.

Ocean Vuong, poeta y novelista, ha dicho: “A menudo decimos a nuestros alumnos: 'El futuro está en tus manos'. Pero yo creo que, en realidad, el futuro está en tu boca. Primero tienes que articular el mundo en el que quieres vivir”. Sin embargo, tal vez antes de poner en palabras el futuro que queremos, tengamos que decir primero las cosas sin palabras<sup>59</sup>.

ESTE CAPÍTULO HA ESTADO LLENO de preguntas. ¿Por qué tantas? Como decimos en el Instituto para el Futuro: “No hay hechos sobre el futuro”. No se puede demostrar nada sobre él, puesto que aún no ha sucedido. Por eso, cuando se trata del futuro, una afirmación es menos útil, menos veraz, que una pregunta.

La verdad del futuro no es lo que ocurrirá, sino lo que podría ocurrir. Desde nuestra posición actual, solo podemos decir de manera demostrable: Aquí está el potencial, o el impulso, para ciertos tipos de cambio. Pero el futuro es siempre incierto, fluctuante y cambiante; es un conjunto de posibilidades en perpetua expansión y colapso. Tenemos que asomarnos sigilosamente a la verdad del futuro. Preguntamos: ¿Es esto posible? ¿Y esto? ¿Es posible? ¿Y esto? ¿Qué podemos hacer para que sea más posible? Cada pregunta sobre lo que podría ser diferente nos acerca un poco más a la verdad. ¿Y cuál es esa verdad? Bueno, es distinta para cada persona.

La verdad más auténtica del futuro es personal. Es lo que sentimos en lo más profundo de nuestros huesos que realmente queremos que sea diferente, lo que realmente necesitamos que sea diferente, lo que estamos dispuestos a aullar dos veces al día hasta que sea diferente. Es aquello por lo que estamos dispuestos a pasar no solo una semana, un mes o un año, sino toda una década de nuestras vidas intentando que sea diferente.

Así que tengo algunas preguntas más para ustedes.

## **El Cuestionario de Futuros Urgentes**

Desarrollé el Cuestionario de Futuros Urgentes para ayudar a mis estudiantes y a mis colegas futuristas a llegar a su propia verdad futura. Funciona así:

---

<sup>59</sup> Ocean Vuong, “Ocean Vuong: A Life Worthy of Our Breath,” interview by Krista Tippett, On Being, April 30, 2020, <https://onbeing.org/programs/ocean-vuong-a-life-worthy-of-ourbreath/#transcript>.

En primer lugar, elige cualquier reto urgente que le preocupe, como la desigualdad económica, los sistemas sanitarios rotos, las divisiones políticas extremas, la injusticia racial, las cadenas de suministro frágiles, los trabajadores con exceso de trabajo, la crisis climática o cualquier otra “condición preexistente” del futuro que tengas en mente.

A continuación, elige una comunidad concreta de la que formes parte. Puede ser tu pueblo o ciudad, tu escuela o lugar de trabajo, la comunidad religiosa a la que perteneces, el partido político con el que te identificas, la industria en la que trabajas o el país en el que vives.

Ahora, pensando en este reto dentro de tu propia comunidad, responde a estas cuatro preguntas, en una escala del 1 al 10:

¿**Qué tan urgente** crees que es abordar este problema en tu propia comunidad? (1 = nada urgente, 10 = extremadamente urgente)

¿Qué porcentaje de personas de su comunidad crees que está **de acuerdo contigo**? (1 = casi nadie, 10 = casi todo el mundo)

¿**Qué tan optimista eres** respecto a que este problema mejore significativamente en tu comunidad en los próximos diez años? (1 = extremadamente pesimista, 10 = extremadamente optimista)

¿**Cuánto poder** tienes *tú* personalmente para influir en la mejora significativa de este problema en tu comunidad en los próximos diez años? (1 = ningún poder, 10 = mucho poder).

Deberías tener cuatro números al final de este cuestionario, por ejemplo: 8, 5, 6, 3. No sumes los números, no te estás dando una “puntuación global”. En cambio, estás observando las relaciones entre los cuatro números. Estas relaciones miden cuatro dimensiones diferentes de cómo te relacionas con el futuro: tu vocación, tu pertenencia, tu esperanza y tu poder:

1. **Tu vocación hacia el futuro:** ¿Tienes un fuerte impulso interior hacia una acción concreta que pueda cambiar el futuro, como ayudar a resolver un problema global, prepararte para una crisis o inventar algo nuevo?
2. **Tu pertenencia al futuro:** ¿Tienes un fuerte sentido de comunidad y compañerismo en torno a tu vocación? ¿Sientes que estás solo o que tienes muchos aliados?
3. **Tu esperanza en el futuro:** ¿Crees que un cambio positivo en torno a tu vocación es posible y realista?

4. **Tu poder para forjar el futuro:** ¿Estás seguro de que tus acciones importan a la hora de lograr un cambio positivo y de que tienes un papel importante que desempeñar para ayudar a los demás?

La *puntuación de tu vocación* es la respuesta a la pregunta n.º 1 (ejemplo: 8). Siempre que haya un número alto (una puntuación de 8 o más), existe una fuerte y urgente llamada al futuro. Has encontrado un reto específico a largo plazo que te apasiona y te motiva enormemente ayudar a resolver. Cuanto más alto sea el número, más fuerte será la llamada.

Si no se te ocurre ningún problema social o reto global que calificarías con un 8 o más, encontrar uno que te llame es el primer paso para implicarte urgentemente en la construcción del futuro. (Sigue leyendo, hay muchos más retos entre los que elegir en este libro).

Por otro lado, si puntúas todos los retos a largo plazo con un 8 o más, busca uno o dos retos que te llamen la atención. ¿Hay algún 10? Esto te ayudará a concentrar tu energía futura.

Tu *puntuación de pertenencia* es el número que obtienes al restar tu respuesta a la pregunta n.º 2 de tu respuesta a la pregunta n.º 1 (ejemplo: 8 - 5 = 3).

Cuando tus números para #1 y #2 están más alineados (una diferencia  $\leq 2$ ; o incluso puede ser un número negativo, si crees que tu comunidad se preocupa por el tema incluso más que tú), hay pertenencia al futuro: una sensación de que el futuro estará lleno de gente que comparte tu vocación de hacerlo mejor. Pero cuando hay una brecha significativa de valores entre la pregunta n.º 1 y la n.º 2 (una diferencia  $> 2$ ), puede haber alienación del futuro. Es la dolorosa sensación de que los demás no están interesados en el mismo cambio que tú quieres ayudar a hacer.

Cerrar esta brecha es una forma poderosa de cambiar tu forma de relacionarte con el futuro. Esto puede significar buscar a personas de tu comunidad que ya estén trabajando en este problema y unirte a ellas, o informarte sobre sus esfuerzos. Encontrar a estos colaboradores te dará un lugar al que pertenecer.

También puede ser que tengas que elegir otra comunidad en la que intentar cambiar las cosas. ¿Hay algún otro grupo en el que se aprecie mejor tu vocación? Mira a tu alrededor y considera todos los grupos a los que perteneces. Puede que uno de ellos esté más preparado para el cambio.



Quizás tengas que trabajar activamente para aumentar la comunidad de personas que comparten tu urgencia, convirtiéndote en un defensor del reto ante tus amigos, familiares, vecinos, colegas y otras personas. Incluso encontrar a una sola persona que comparta tu vocación de futuro puede tener un gran impacto en la cantidad de energía y optimismo que aportes a ese futuro.

Tu *puntuación de esperanza* es el número que obtienes al restar tu respuesta a la pregunta n.º 3 de tu respuesta a la pregunta n.º 1 (por ejemplo:  $8 - 6 = 2$ ).

Cuando tus números para #1 y #3 están más alineados (una diferencia  $\leq 2$ ; incluso puede ser un número negativo si estás muy seguro de que se avecina un cambio positivo), hay una fuerte *esperanza de cambio* en el futuro sobre el reto que has elegido.

Cuando hay una brecha significativa en los valores numéricos para #1 y #3 en torno al mismo tema (una diferencia  $> 2$ ), hay *ansiedad* o *desesperanza* sobre el futuro, un malestar de que algo que te preocupa apasionadamente cambiar para mejor puede, de hecho, no ser posible de cambiar.

La mejor manera de aumentar la esperanza de cambio en torno a un reto concreto es utilizar las habilidades de imaginación que ya has practicado en este libro: amplía la escala temporal a diez años, busca pruebas de que todo puede cambiar jugando a “Sorprende al futurólogo” y a “Cien maneras de que todo sea diferente en el futuro”, y haz viajes mentales en el tiempo a mundos futuros imaginados en los que ya se han producido cambios positivos. Cuanto más vívido y realista sea el cambio positivo que imagines, mejor preparado estará tu cerebro para detectar oportunidades reales de conseguirlo.

Tu *puntuación de poder* es el número que obtienes al restar tu respuesta a la pregunta n.º 4 de tu respuesta a la pregunta n.º 1 (ejemplo:  $8 - 3 = 5$ ).

Cuando #1 y #4 están bien alineados (una diferencia  $\leq 2$ ; incluso puede ser un número negativo si confías en que tus acciones importan), existe una sensación de *poder para realizar cambios y ayudar a los demás* en el futuro, una confianza en que tus esfuerzos pueden y tendrán un impacto positivo.

Cuando existe una brecha significativa en los valores numéricos de #1 y #4 en torno al mismo tema (una diferencia  $> 2$ ), existe una *impotencia* o *desamparo* hacia el futuro.

En la Parte III de este libro se sugieren diversos tipos de acciones que puedes emprender para aumentar tu poder de moldear el futuro. Después de leer esos capítulos, quizá quieras

volver a consultar este cuestionario y ver si te sientes un poco más poderoso y un poco más útil.

No hay “buena” o “mala” puntuación en el Cuestionario de Futuros Urgentes, ni tareas para “mejorar” tu puntuación. Se trata más bien de un marco para comprender cómo te relacionas (y cómo se relacionan los demás) con los distintos retos del futuro, y para explorar dónde puedes tener (y dónde pueden tener los demás) la oportunidad más poderosa de cambiar las cosas.

Una persona con una puntuación alta en vocación, pertenencia, esperanza y poder es probable que participe activamente en la construcción del futuro de una forma que le resulte auténtica, enérgica, motivadora y significativa. Alguien con una puntuación baja en vocación, pertenencia, esperanza o poder puede tener más dificultades para sentirse motivado por ese futuro; puede parecer demasiado abstracto, lejano o imposible de cambiar.

Pero las puntuaciones de una persona pueden cambiar día a día, semana a semana; pueden verse afectadas por acontecimientos actuales, conversaciones, reveses personales y la exposición a nuevas ideas e información. Una persona también puede tener puntuaciones altas para un futuro reto o comunidad y puntuaciones bajas para otros, lo que es natural y sugiere qué retos y comunidades pueden tener más energía y oportunidades de compromiso.

Puede que estas preguntas te resulten útiles para dar una forma más concreta al torbellino de sentimientos que tienes cuando imaginas distintos futuros. Quizás quieras hacerte las cuatro preguntas para cada una de las condiciones preexistentes que hemos examinado en este capítulo. ¿Cuál es la que más te llama? ¿La de mayor pertenencia? ¿Más esperanza? ¿La de más poder? Cuando analicemos otros retos futuros en este libro, puede que quieras volver a consultar el Cuestionario de Futuros Urgentes y puntuarte también en ellos.

También puedes probar a utilizar el cuestionario cuando debatas los retos urgentes con un grupo más amplio, ya sea en una asamblea municipal, una reunión de equipo, una formación de voluntarios o un debate en clase. No hace falta que calcules las puntuaciones; basta con que compartas y compares tus cifras para cada pregunta. Esta es una buena manera de conectar con otras personas que pueden aumentar tu esperanza y tu sensación de poder en torno a tu vocación. ¿Quién tiene una respuesta más alta a la pregunta #3 o #4 que tú? Pregúntales por qué eligieron los números que eligieron; puede que tengan buenas noticias o estrategias útiles que compartir.

Lo más importante es que, el solo hecho de plantear estas preguntas, puede ayudar a alguien a comprometerse de forma más optimista con el futuro. Como dijo una de las personas que respondieron al Cuestionario de Futuros Urgentes: “El solo hecho de plantearme estas preguntas me ha dado fuerzas. Al leerlas sentí que tenía más posibilidades de las que normalmente considero en mi día a día. Yo podría ser alguien que realmente piensa y ayuda a resolver este tipo de retos. ¿Por qué no yo?”.

LA AUTORA Y ACTIISTA WALIDAH IMARISHA escribe: “Los futuros que queremos no existen como puntos lejanos intocables fuera de nuestro alcance. Cuando nos centramos en la acción colectiva, la ayuda mutua, la autodeterminación y el liderazgo de los marginalizados, vivimos el cambio que queremos y desafiamos el tiempo lineal. Traemos al presente esos futuros liberados. . . . Sigamos trayendo futuros liberados al presente una y otra vez hasta que llegue el día en que eso sea todo lo que existe”<sup>60</sup>.

La imaginación es el primer acto de traer el futuro al presente. Crea urgencia, motivación y una comunidad de acción cuando compartimos nuestra imaginación con los demás. Las preguntas también traen el futuro al presente. Cada pregunta que formulamos deja espacio para nuevas ideas, nuevas posibilidades. Cuando enmarcamos las posibilidades futuras como preguntas, en lugar de predicciones, podemos ser más valientes y audaces en nuestro pensamiento. No tenemos que estar seguros; podemos ser curiosos. Podemos revelar nuestras curiosidades a los demás. Podemos empezar a hacernos las mismas preguntas, juntos.

Así que sigamos adelante. ¿Qué otros futuros podemos imaginar? ¿Qué otros futuros deberíamos imaginar?

¿Estás preparado para desafiar el tiempo lineal?

¿Estás listo para empezar a tirar?

## ***Entrenamiento de la imaginación***

---

### **REGLA #9: Cura la enfermedad más profunda.**

---

<sup>60</sup> Walidah Imarisha, “To Build a Future without Police and Prisons, We Have to Imagine It First,” OneZero, October 22, 2020, <https://onezero.medium.com/black-lives-matter-is-science-fictionhow-envisioning-a-better-future-make-s-it-possible-5e14d35154e3>.

Encuentra los retos sociales que te llenen del optimismo más urgente. ¿Qué desigualdades, injusticias y vulnerabilidades te sientes personalmente llamado a ayudar a sanar? Estos retos le conectarán con nuestra transformación colectiva pospandémica y postraumática. Pueden ser un trampolín para tu propio crecimiento personal y la búsqueda de sentido. Así que busca las condiciones preexistentes de la sociedad que nos hicieron sufrir más profundamente en el pasado. Luego imagina cómo pueden crear las complicaciones del futuro. ¿Qué podría ocurrir en la próxima década si no conseguimos remediarlas? ¿Qué sería posible si las curamos?