

# Los aspectos múltiples de la crisis sanitaria por Covid-19. Antropología Médica de una sindemia

Rafael Tomás Cardoso

Universidad Europea de Madrid y UNED

Antropología para momentos críticos/23. Museo Nacional de Antropología

Las aproximaciones y múltiples análisis del actual contexto epidémico por COVID 19 ponen de manifiesto la necesidad de abordar tales problemas complejos desde enfoques multidimensionales, desde una perspectiva que tenga en cuenta la contribución y las potencialidades para su estudio de una mirada antropológica e integradora de las consideraciones poliédricas de los procesos de salud-enfermedad-cuidado, y que integre los análisis de aspectos demográficos y epidemiológicos, las dimensiones sociales de los marcos de transmisión (movilidad y densidad social, patrones residenciales, condiciones sociales y de salud), los factores socioculturales, los patrones de conducta y los aspectos psicosociales asociados a la percepción y los comportamientos de riesgo o cuidado.

Para el estudio de este fenómeno epidémico o pandemia por SARS-CoV-19, cabe considerar la conveniencia del empleo de la aportación conceptual y teórica que ofrece el término “sindemia”, un concepto que señala las convergencias, en determinadas situaciones de enfermedad colectiva o epidemia, de múltiples problemas y factores de naturaleza biológica, social, psicosocial, económica o sociocultural.

La utilidad de sustituir el término epidemia por el de sindemia, tal como ha sido planteado en el estudio de la obesidad y otros problemas nutricionales emergentes, reside en la amplitud de este concepto como marco de análisis de problemas de salud y emergencia de cuadros generalizados de enfermedad, en los que confluyen problemas diversos: biomédicos, sociales, políticos y conductuales.

El concepto de “estilo de vida” constituye un término generalmente aceptado como uno de los elementos fundamentales en los modelos de análisis de los determinantes de la salud, entendido como un comportamiento individual responsable, racional e informado para la preservación frente a los riesgos para la salud. En el contexto de epidemias y crisis sanitarias, este término adopta la forma “adaptada” de una exigencia de comportamientos responsables y cooperativos para el control o limitación al proceso de difusión y contagio del patógeno. Una imposición social que, sin embargo, se encuentra con importantes obstáculos y limitaciones estructurales para su alta prevalencia en la población, dentro de estos complejos contextos de crisis e incertidumbre en los que pautas socioculturales y discursos contradictorios, estructuras y desigualdades sociales preexistentes, y múltiples intereses económico-políticos, actúan como bloqueos y limitaciones efectivas a estos comportamientos de responsabilidad y prevención del riesgo.

Sin embargo, en el marco de estas contradicciones entre los comportamientos deseables y una gran parte de las prácticas sociales observables, la crisis sociosanitaria ha puesto

de manifiesto, y de una forma incrementada, múltiples ineficiencias, disfuncionalidades, desigualdades y errores de nuestra sociedad, tanto en términos de comportamientos sociales como de sus sistemas políticos de administración de servicios básicos. De esta manera, esta crisis de salud y sus expresiones variables según los distintos contextos sociales, así como a través del avance del tiempo durante sus periodos críticos de confinamiento y desescalada, ha servido para hacer aflorar, de forma aumentada, muchas cuestiones y disfunciones relativas a nuestro funcionamiento como sociedad y de determinadas instituciones o colectivos sociales. Situaciones que hemos podido observar en el caso español, pero que también serían extensibles, en la mayoría de los casos, a otros países y marcos regionales.

Si bien es cierto que la investigación epidemiológica toma desde hace ya mucho tiempo en consideración la importancia de variables sociales de relevancia en la prevalencia de determinadas enfermedades o en las dinámicas de difusión de procesos infecciosos, como la estructura demográfica o los patrones de densidad y de movilidad social, tal y como han sido ya analizados en numerosos trabajos de interpretación y modelización del curso de la pandemia por Covid 19. Sin embargo, la multidimensionalidad que proponemos como necesaria aproximación a este proceso de difusión del contagio por SARS-CoV-19 como sindemia, en el que convergen múltiples problemas confluentes en la evolución de la enfermedad, precisará del análisis y la consideración de los diferentes factores individuales y colectivos, de los comportamientos y los procesos sociales, que puedan contribuir a ella.

Respecto a ese nivel de requerimiento y exigencia social de un comportamiento responsable y solidario por parte de las políticas sanitarias en contextos de emergencia (con restricciones al movimiento, confinamiento domiciliario, desconfinamiento con medidas de distanciamiento interpersonal y precauciones de higiene personal), en la respuesta a esas demandas de responsabilidad y compromiso individual hemos podido observar una amplia variabilidad de conductas, entre las que cabe señalar los comportamientos solidarios y cooperativos expresados en redes de apoyo mutuo, que hemos visto en la ayuda vecinal para la realización de compras, ofrecer comida o apoyo emocional a personas mayores o dependientes del edificio o del barrio, o simplemente la emergencia de redes sociales (físicas y virtuales) de ánimo compartido para encarar la situación; el afloramiento de sentimientos comunitarios de afrontamiento en común de la crisis, con ocasión de los aplausos en los balcones al personal sanitario y de servicios básicos, que reforzaban esa sensación de lucha conjunta frente al virus; o las donaciones e iniciativas espontáneas de ayuda a las personas en situaciones de vulnerabilidad (colectivos con bajos recursos, mayores, el creciente número de desempleados, enfermos internados...), con alimentos, tablets, teléfonos, libros...

Pero, en la otra cara de la moneda, también hemos registrado numerosos y ofensivos casos de comportamientos insolidarios e infracciones a las normas marcadas de prevención sanitaria, como peligrosos insultos a los esfuerzos de lucha común contra la epidemia, erosionando la motivación de adhesión al objetivo colectivo; los episodios de pánico social y la competición egoísta de los primeros días de la crisis sanitaria por acumular el máximo de recursos disponibles en tiendas y supermercados (alimentos, papel higiénico, productos de limpieza...); más de un millón de denuncias por incumplimientos de las reglas de circulación pública durante el confinamiento (desplazamiento no permitidos, fuera de horario, con excusas absurdas y para fines no

previstos, celebraciones de reuniones y fiestas colectivas...); o las lamentables situaciones de amenazas por parte de vecinos a sanitarios o trabajadores de servicios básicos, para invitarles a dejar sus domicilios, por un miedo irracional al riesgo de contagio.



Fuente: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200514/481145828968/convocado-ultimo-aplauso-sanitarios-homenaje-espana-domingo-17-mayo-20-horas.html>

Otros factores conductuales relevantes a considerar como posibles variables vinculadas a determinados comportamiento de riesgo, que pueden afectar sobre los procesos de difusión y contagio de virus, serían los “patrones socioculturales” particulares de determinados grupos o sociedades. En esta línea, cabría valorar si el grado de indisciplina y elevado incumplimiento de las normas y llamadas a la responsabilidad en países como España o Italia podrían vincularse a una predisposición cultural al relajamiento y la relativización de las reglas, o a la tolerancia y el consentimiento social benevolente de la picaresca como un signo de astucia en lugar de un desprecio a la comunidad. O si el interiorizado liberalismo y el sentido de responsabilidad individual anglosajones podrían explicar la intensa resistencia que hemos observado en estos países a las restricciones gubernamentales a la libre circulación y actividad, como ha sucedido en Estados Unidos o el Reino Unido.

De igual modo, cabría valorar el posible efecto sobre el cumplimiento/incumplimiento o el grado de anomia frente a las reglas de la emergencia sanitaria de determinadas subculturas vinculadas a grupos de edad o colectivos sociales específicos. Desde este planteamiento, cabría analizar si la dificultad mostrada por una gran parte de la juventud para seguir las normas de confinamiento podría asociarse a una subcultura generacional con características hedonistas y de obsesión por la inmediatez en la gratificación e impaciencia en el acceso a sus aspiraciones; o si la resistencia a permanecer en las casas en determinados barrios y colectivos se puede asociar con una fuerte “cultura de calle”, que actúa no solo como un ámbito de relacionalidad sino como un modo de vida, un espacio donde buscarse la vida, de modo improvisado. También vinculados a

patrones culturales, que podrían convertirse en factores de riesgo y vectores de contagio, cabe mencionar la celebración de populosas reuniones o cánticos sanadores en la calle entre creyentes evangelistas; o el incumplimiento del confinamiento domiciliario para la asistencia a cultos católicos en pueblos y ciudades tradicionalistas de nuestro país (tal como hemos visto que ocurre también con los judíos ultra-ortodoxos en Israel o los Estados Unidos).

Y, por supuesto, a la hora de entender las complejas y múltiples variables sociales ligadas a las dinámicas de esta sindemia del virus SARS-CoV-19, hay que tener en consideración múltiples “factores estructurales” que actúan como condicionantes de los comportamientos individuales, y como importantes limitaciones al seguimiento o adhesión a los comportamientos de responsabilidad y solidaridad, demandados por las autoridades y los discursos mediáticos y sociales, como recursos clave para el afrontamiento de la crisis. Entre estos factores estructurales, cobran un peso especial las condiciones de desigualdad en los contextos de preservación de la salud, especialmente relevantes en un escenario de emergencia sociosanitaria. El efecto de estas diferencias se intensifica no sólo en relación con el contagio del virus, sino en los impactos que la crisis y sus consecuencias múltiples (confinamiento, desempleo, saturación de los sistemas asistenciales...) tienen, y van a tener, sobre la población.

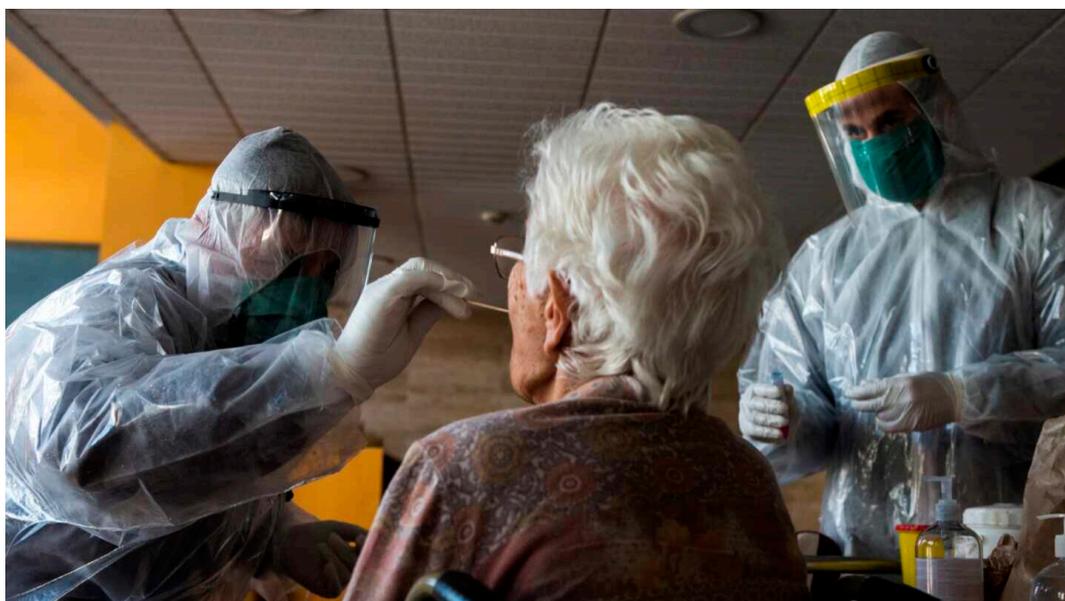
El primero y más evidente factor de desigualdad, con una relación directa sobre la experiencia de confinamiento y sus posibles efectos sobre el comportamiento de riesgo y la salud de las personas, serían las condiciones diferenciales del marco residencial, en la medida en que obviamente el tamaño y el confort de los hogares, la estructura y la composición de las unidades domésticas y los equipamientos de los barrios constituyen variables clave a la hora de la vivencia de estos episodios de encierro domiciliario, así como en el cumplimiento de las normas de confinamiento y circulación restringida y reglada en espacios públicos.

Las diferencias socioeconómicas expresadas en términos de desigualdades en el acceso al abastecimiento de recursos actuarían de modo similar. La crisis ha promovido un rápido crecimiento de la pobreza, a través de sus efectos sobre la parada de la actividad económica y el disparado incremento de los ERTes y EREs en las empresas, y de las tasas de desempleo. El resultado es un aumento continuo del número de familias empobrecidas, en un proceso que con el paso del tiempo se traduce en situaciones de excepcionalidad, el agotamiento de los recursos propios de emergencia, el creciente volumen de demandantes de apoyo a los servicios sociales y ONGs, el incremento de los casos de vulnerabilidad socioeconómica, que sigue durante el periodo de desescalada, y el difícil afrontamiento del retorno a una nueva normalidad “sin recursos”, todo ello expresado en el dramático panorama de las “colas del hambre”. La extensión de la vulnerabilidad a amplios segmentos sociales ha puesto de manifiesto la deficiente atención del estado a la cobertura y la garantía de los recursos básicos de subsistencia, lo que ha llevado hasta la agenda política la necesidad de articular un sistema público de “renta mínima vital”. Todos estos factores y hándicaps socioeconómicos para las personas contribuyen a condicionar comportamientos de riesgo en su experiencia y afrontamiento de la crisis, a través de sus distintas etapas.

En otro ámbito de las desigualdades estructurales, como es el género, la crisis sociosanitaria ha puesto de manifiesto una alta tasa de situaciones de vulnerabilidad extrema dentro de la población femenina, que ahora se ven agravadas, tal y como ocurre en los numerosos casos de familias monoparentales encabezadas por mujeres, que ante el riesgo de desempleo y el debilitamiento de los sistemas y los recursos de servicios sociales, se convierten en sujetos de alta vulnerabilidad en este nuevo contexto. De igual

manera, el ya dramático problema de las mujeres y menores víctimas de violencia machista desemboca en estos momentos situaciones agravadas, por efecto del confinamiento con sus agresores, sin opciones de distanciamiento, y porque los agresores viven condiciones de estrés y frustración que potencian sus conductas agresivas.

Y otro ámbito de desigualdad estructural que ha aflorado de un modo especialmente dramático con ocasión de la crisis epidémica, por el triste impacto de grave morbilidad y mortalidad en que el problema previo ha derivado sobre este grupo social, sería la situación de discriminación y desatención, por parte de nuestra sociedad y de los sistemas públicos de bienestar social, hacía los mayores. La negligente atención asistencial y de cuidados sanitarios sufridos por la población anciana en esta sindemia ha servido para hacer visible un afloramiento de la marginación “edadista” de las personas mayores en nuestras sociedades complejas y postindustriales, y la evidencia de una marcada gerontofobia de nuestra cultura (obsesionada con los ideales de cuerpos jóvenes, vigorosos y saludables) hacía aquellos segmentos de la población erróneamente considerados y excluidos como improductivos e injustamente expropiados de derechos sociales básicos.



Fuente: <https://www.elindependiente.com/vida-sana/2020/04/17/cerca-de-12-190-ancianos-han-muerto-en-las-residencias-de-espana-con-diagnostico-o-sintomas-de-covid-19/>

Vinculados a todas estas desigualdades en salud que ya existían, con carácter estructural, en relación a las condiciones socioeconómicas, de género o de edad, la crisis sociosanitaria habría incorporado impactos añadidos sobre el deterioro de las condiciones de bienestar y salud, especialmente en aquellos segmentos más vulnerables de la población. De hecho, más allá de la evidente tragedia de la epidemia, en términos de mortalidad y de una amplia morbilidad (con las secuelas que de esta enfermedad se puedan derivar), este largo evento que ha alterado nuestras condiciones de vida, con un mayor trastorno en los segmentos sociales más vulnerables, supondrá un empeoramiento de las condiciones de salud en amplios colectivos. Así cabe esperarlo en personas y familias que han sufrido un largo confinamiento en condiciones de hacinamiento y viviendas reducidas y/o deterioradas, estrés crónico mantenido, mala alimentación e incremento de conductas adictivas, ya que todo ello conducirá a probables problemas físicos y de salud mental. Es también el caso de los enfermos

crónicos (oncológicos, cardiovasculares...) y con escasos recursos, que han visto mermados sus cuidados y tratamientos en los servicios públicos de salud (frente a usuarios de servicios privados), dedicados durante estos meses a la atención prioritaria a la epidemia. Y, de modo similar, se está produciendo el agravamiento de cuadros psicopatológicos y psiquiátricos previos que, junto a la merma en la calidad de cuidados, han sufridos condiciones de estrés, miedo e indefensión que posiblemente empeoren sus cuadros clínicos previos.

Como respaldo a todos estos problemas, si volvemos la mirada hacia las prácticas de nuestra clase política, vemos que, lejos de ofrecer acciones y medidas generadoras de confianza entre la ciudadanía, muestran el ya tristemente habitual paisaje de conflictos partidistas e interesados, ahora intensificados en este marco de crisis; a los que se suman comportamientos y discursos contradictorios y poco responsables de las élites políticas y económicas, que orientadas a la lucha por sus intereses particulares (partidistas, electorales, económicos...) contribuyen a la desadhesión, el descreimiento, la confusión y una orientación instrumental y particularista de las conductas individuales.

Adicionalmente, la predominancia en los últimos tiempos de las estrategias basadas en el recurso a las psicopolíticas, mediante el manejo instrumental de la información (y la desinformación), de la incertidumbre y las emociones sociales ha encontrado un contexto propicio en el marco de la crisis epidémica: numerosos mensajes institucionales y mediáticos operan de acuerdo con los interés y objetivos particulares y coyunturales de los poderes políticos y económicos, generando unos efectos no previstos de sus intentos de gestión psicopolítica de la información que pueden derivar en peligrosos riesgos de ansiedad y miedo social, ligados a unos discursos contradictorios e informaciones confusas y poco tranquilizadoras, que animan a múltiples y diversas conductas de afrontamiento.



Fuente: <https://www.publico.es/ciencias/investigaciones-covid-19-medicina-no-basta-necesitamos-ciencias-sociales-frenar-pandemia>.

De esta forma, frente a la llamada a la prudencia y la responsabilidad individual y social en que se fundamenta el discurso preventivo ligado a la “nueva normalidad” y la desescalada (como alternativa al control y la sanción administrativa), la compleja realidad social que muestra la situación de crisis y su desconocido curso en los próximos meses (confusión, estrés cronificado, incertidumbre, contradicciones discursivas, informaciones de baja fiabilidad...) constituyen unos ambientes potencialmente patogénicos, que mostrarán sus impactos en unos muy probables deterioros del bienestar social, la salud física y mental, y un muy probable afloramiento de nuevas prevalencias de trastornos y enfermedades, en los próximos tiempos.

Por todas estas razones, la epidemiología, la investigación biomédica, y en general, la política de salud pública deberían buscar apoyo en los enfoques de antropólogos, sociólogos y científicos del comportamiento, como complemento necesario a las múltiples dimensiones de la epidemia, los procesos de contagio, la enfermedad y su vivencia social, como realidad compleja y multidimensional.