

# El coronavirus es nuevo, las pandemias no. Reflexiones sobre los caminos recorridos y por recorrer de la antropología médica

Ana Victoria Morán Pérez\*

A finales del año 2019, en la ciudad de Wuhan, China, fue identificado por primera vez el virus SARS-CoV-2, causante de la pandemia más cuantiosa en los últimos cien años que recondujo las vidas de millones de personas en el mundo. En cuestión de semanas, se propagó alrededor del mundo y en unos meses logró transformar el orbe y la forma de habitarla. No sólo se modificaron las rutinas cotidianas de sus habitantes—quienes tuvieron que confinarse en sus viviendas como la medida más efectiva de mitigación del virus— sino que en varios países se produjeron una serie de sucesos críticos que han puesto en jaque el presente y futuro del planeta: el colapso de los sistemas sanitarios, los despidos masivos de trabajadores del sector formal, las altas tasas de mortalidad en poblaciones vulnerables, la caída de las economías globales y nacionales, la agudización de las violencias en sus diferentes manifestaciones, entre otros. Al mismo tiempo, la contingencia sanitaria cedió el rol a las telecomunicaciones y los medios digitales, lo cual confirma su participación como actores principales del siglo *xxi*.

La pandemia por coronavirus se constituye como algo más que una crisis sanitaria, pues convulsiona el conjunto de relaciones sociales y la totalidad de actores, instituciones y valores (Ramonet, 2020). Es un fenómeno que conduce al replanteamiento de las múltiples esferas que conforman la vida social y, por ello, convoca el interés de las ciencias sociales, específicamente de la antropología. Para esta disciplina, la pandemia conlleva la necesidad de conocer su impacto en las formas de vida concretas y de reflexionar sobre las afectaciones sociales, culturales, económicas, políticas y de salud producidas en las diferentes realidades. En este sentido, la antropología médica, una rama de la antropología social cuya finalidad es el estudio de la salud, la enfermedad y la muerte, los sistemas de prevención y curación, así como las interpretaciones de los grupos humanos sobre estas dimensiones, adquiere un papel fundamental en el entendimiento de la pandemia actual.

\* Investigadora posdoctoral, CIESAS, Unidad Pacífico Sur (ana00.moran@gmail.com).

Este trabajo concentra un conjunto de reflexiones sobre cómo pensar la pandemia por coronavirus desde la antropología médica; se argumenta cómo esta emergencia sanitaria desvela problemáticas sociales, económicas y políticas de las sociedades que reflejan contradicciones de los sistemas sociales. Asimismo, se expone una serie de desafíos que enfrenta este campo disciplinar, ante los cuales es necesario aproximarse desde estudios etnográficos que den cuenta del impacto del COVID-19 en los procesos locales de percepción y atención de la salud y la enfermedad.

Como ya se ha dicho, en el contexto de un mundo pandémico, deteriorado y en crisis, la antropología médica adquiere un papel inexcusable para comprender e intervenir en las problemáticas de salud que surgen en los tiempos del coronavirus.

Se sabe que las epidemias y pandemias han acompañado el curso de la historia de la humanidad. Diversos virus y bacterias han causado enfermedades como la peste bubónica, la viruela o la gripe española de 1918, por mencionar algunas de las que han generado más estragos. En tiempos más recientes, surgieron nuevas enfermedades infecciosas, como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la influenza aviar (AH5N1), el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), la influenza porcina (AH1N1) y el ébola; se ha producido, además, un resurgimiento de la tuberculosis, del cólera, del paludismo y del sarampión.

Disciplinas como la demografía, la medicina, la epidemiología, la historia o la antropología han documentado el devenir de las epidemias y pandemias ocurridas a lo largo de la historia. De forma particular, la antropología médica se ha interesado en conocer las percepciones de los conjuntos sociales sobre estas enfermedades, las prácticas de prevención y atención, la percepción social del riesgo, las determinantes estructurales, así como los discursos y estrategias formuladas por las instancias gubernamentales y civiles. En ese sentido, las investigaciones previas pueden ser un punto de arranque para el estudio de la pandemia que vivimos hoy. En dichos trabajos pueden encontrarse puntos en común con la situación actual, lo cual constata la idea planteada por Ennis-McMillan y Hedges (2020) respecto a que el COVID-19 es un nuevo patógeno que ha producido una pandemia inédita para el mundo, aunque las respuestas humanas a las epidemias y pandemias no lo sean.

Contar con perspectivas transculturales y de escala global, es fundamental para el análisis de la pandemia actual, para comprender su naturaleza y sus efectos (Moreno, 2020), y justo en esa tarea la antropología puede cumplir un cometido central. Las investigaciones sobre otras epidemias y pandemias permiten identificar tendencias en las respuestas sociales ante las epidemias, mismas que aun cuando pueden variar respecto al momento histórico y al contexto sociocultural en el cual se producen, o por las características del agente infeccioso, refieren a pautas que pueden ser útiles para entender algunos aspectos de la pandemia por COVID-19.

El objetivo de este artículo es presentar un conjunto de reflexiones sobre cómo pensar la pandemia por coronavirus desde la antropología médica. Los puntos de partida son, por un lado, argumentar que esta mirada es imprescindible para indagar en las respuestas, necesidades, demandas y expectativas de los diversos sectores involucrados en la contingencia sanitaria; por otro, evidenciar

que todo proceso de salud-enfermedad-atención desvela problemáticas sociales, económicas y políticas que tienen lugar en las sociedades.

Es a partir de esta idea que se estructura el texto, por lo que en la primera parte intento mostrar cómo la pandemia deja al descubierto una gama de procesos que no necesariamente refieren al ámbito sanitario, pero que resultan nodales para comprender la emergencia sanitaria en su totalidad. En un segundo apartado se realiza el ejercicio de imaginar los rumbos que tomará la antropología médica a raíz de la pandemia, presentando algunas vetas de estudio que pueden explorarse en futuras investigaciones para luego cerrar con algunas reflexiones finales.

### **La pandemia como espía de las contradicciones del sistema**

El antropólogo Eduardo Menéndez continuamente hace referencia a una frase que retoma del médico italiano Giovanni Berlinguer respecto a que los procesos de salud-enfermedad operan como espías de las contradicciones de los sistemas sociales. Esto significa que tales procesos se constituyen como puerta de entrada para mirar a otros de carácter económico-político e ideológico-culturales que forman parte de la vida social (Menéndez, 2015: 302). Bajo esa idea, las enfermedades permiten redescubrir, visibilizar o dimensionar una infinidad de procesos que tienen lugar y que denotan contradicciones inherentes a las sociedades. La labor de los antropólogos médicos es explorar, mediante el estudio de los procesos salud-enfermedad-atención, cómo se manifiestan esas contradicciones en los sistemas sociales.

Siguiendo esta premisa, podemos pensar que la pandemia por coronavirus opera como espía de las contradicciones de los sistemas sociales, económicos y políticos que rigen al mundo actual. Y si algo ha quedado claro es su contribución al “redescubrimiento” y la demostración de problemáticas emergentes del modelo neoliberal y sus formas de expresión en las realidades sociales concretas.

¿Qué contradicciones se redescubren, visibilizan o evidencian por el COVID-19? La respuesta a esta pregunta da cabida a una infinidad de posibilidades, aunque en este trabajo únicamente referiré dos contradicciones que emergen en todas las latitudes y que, en el caso particular de México, se asoman con fuerza: la desigualdad social y económica, y el desmantelamiento de los sistemas de salud, dos problemáticas que se sitúan en el núcleo de la crisis sanitaria.

El coronavirus ha dejado al descubierto la desigualdad, un problema histórico-estructural intrínseco al régimen capitalista, transversal a todo el orbe aunque exacerbado en algunas regiones como Latinoamérica, considerada la más desigual del mundo. La pandemia pone en evidencia que, aunque todos somos susceptibles a enfermarnos de coronavirus, son los sectores más vulnerables los que más se enferman y tienen más riesgo de vivir complicaciones y morir.

En sus trabajos sobre VIH-Sida en Haití, Farmer (1996) y Castro y Farmer (2003, 2005) plantean que para comprender dicha epidemia hay que integrar al análisis el estudio de las fuerzas sociales a gran escala como el racismo, la violencia política, la pobreza y otras formas de desigualdad, y su enraizamiento en procesos históricos, políticos y económicos en el análisis de la distribución, exposición

y acceso al tratamiento para dicha enfermedad (Castro y Farmer, 2005: 132). Los autores plantean que los grupos sociales que viven en una situación de violencia estructural<sup>1</sup> son los más propensos a ser afectados por procesos epidémicos como el VIH.

Esta idea permite explicar los daños causados diferencialmente por la pandemia de coronavirus. Una tendencia global es que las zonas y poblaciones más afectadas son aquellas que se encuentran en mayores condiciones de marginación: en la ciudad de Barcelona, las zonas más ricas presentan una incidencia del virus 26% más baja que las menos privilegiadas, mientras que en Madrid los distritos más afectados son los barrios obreros. Por su parte, en Nueva York, la tasa de contagios es doblemente mayor en el Bronx, la zona con más cantidad de minorías raciales y personas en situación de pobreza, que en Manhattan (Salas, 2020).

Este mismo patrón se sigue en México, donde la pandemia afecta más a las poblaciones en situación de desventaja: quienes no pueden guardar confinamiento por la necesidad de salir a trabajar; quienes viven en condiciones de mayor precariedad económica; quienes, en la cotidianeidad, viven la falta de acceso a agua potable para lavarse las manos o habitan viviendas en hacinamiento. En la Ciudad de México y el Área Metropolitana, la epidemia llegó mediante los barrios ricos de las alcaldías Cuajimalpa y Miguel Hidalgo, y posteriormente se propagó hacia las zonas pobres, más densamente pobladas, y con problemas de abastecimiento de servicios urbanos como agua potable en los alrededores de la ciudad como Ecatepec, Naucalpan o la alcaldía Iztapalapa (Galindo, Arroyo y Reina, 2020).

De acuerdo con información que el gobierno de la Ciudad de México dio a conocer a través de “Transparencia COVID-19. Datos abiertos sobre salud pública, acciones sociales y gasto público en la Ciudad de México”, Iztapalapa es uno de los municipios más afectados del país con 6 048 casos confirmados hasta el 10 de junio de 2020,<sup>2</sup> y el mayor número de muertes en el país asociadas a COVID-19 (Luna, 2020). Sólo en esta alcaldía se concentra casi el 5% de los casos confirmados a nivel nacional y el 18.2% de los de la Ciudad de México (Gobierno de la Ciudad de México, 2020). De hecho, el número de casos positivos acumulados en esta alcaldía es mayor que el total de casos en 118 países y 29 estados de la república (Luna, 2020). Si bien esto tiene lógica por ser un municipio con alta densidad poblacional, también está relacionado con procesos de desigualdad y violencia estructural.

En Estados Unidos, el país con mayor número de casos y muertes confirmadas,<sup>3</sup> las poblaciones que presentan las tasas de mortalidad más altas son las de latinos y afroamericanos: Nueva York, la ciudad epicentro de la pandemia en ese país, deja ver que el 34% de los muertos por coronavirus son latinos (Ramos, 2020). Tales datos pueden explicarse al atender las contradicciones del siste-

1. La violencia estructural es definida como una “violencia de intensidad constante que puede tomar varias formas: racismo, sexismo, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales” (Castro y Farmer, 2003: 30).

2. Datos actualizados al 3 de junio de 2021 siguen confirmando esta tendencia, al mostrar que Iztapalapa es la alcaldía con más casos acumulados del país. Milenio Digital, 3 de junio de 2021. Recuperado de: <<https://www.milenio.com/estados/coronavirus-casos-mexico-mapa-3-junio-2021>>.

3. Para el 11 de junio de 2020, Estados Unidos concentró el 27.3% del total de casos positivos acumulados en el mundo, esto es casi dos millones de acuerdo con una estimación propia basada en datos de CNN de 2020). En julio de 2021, este país continúa a la cabeza en casos acumulados y decesos, registrando el 18.3% de los contagios acumulados mundiales.

ma sanitario, político e ideológico norteamericano: latinos y afroamericanos han sido históricamente grupos poblacionales expuestos a situaciones de desigualdad y violencia estructural. Por tanto, en el marco de la pandemia, sectores como los migrantes indocumentados se encuentran en mayor riesgo de contagio por los trabajos que realizan —generalmente sin derechos laborales que les permitan tener goce de sueldo durante el confinamiento o acceso a un seguro médico— o por las condiciones de hacinamiento en las que viven. Asimismo, en caso de infectarse tienen más riesgo de complicación en la medida que presentan más enfermedades preexistentes como la diabetes.<sup>4</sup> A esto pueden añadirse otros aspectos que influyen en la conducta de búsqueda de atención de estas minorías: la falta de un seguro de salud, las carencias económicas para pagar por recibir atención profesional, o el temor a acercarse a los servicios médicos y ser deportados, si no cuentan con permiso de residencia.

Por su naturaleza, la pandemia actual nos hace pensar en la relación entre enfermedad y desigualdad, abordada en varias ocasiones por la antropología médica: con base en los datos presentados, vemos que “la desigualdad social intensifica la vulnerabilidad para los grupos pobres y marginales” (Farmer, 1990), y los coloca en una mayor situación de desventaja ante una pandemia como la que actualmente transcurre. Asimismo, es urgente revisar otros conceptos como el de biología local, formulado por Margaret Lock (1995), quien esboza la necesidad de repensar cómo los procesos sociales y políticos producen una diferencia biológica y por ende, cómo las intervenciones biomédicas perpetúan estas desigualdades si no son conscientes de estas biologías locales (Brotherton y Nguyen, 2013: 288). En ese sentido, con el coronavirus vemos cómo las desigualdades se encarnan, produciendo diferentes medios y oportunidades para responder a una misma enfermedad en función de la posición ocupada dentro de un sistema social, político y económico.

La pandemia revela otras contradicciones del sistema como la crisis de los sistemas de salud, consecuencia de su desmantelamiento producido en las últimas décadas. A raíz de que nace el modelo neoliberal, se comienzan a implementar políticas en salud que buscan la reducción de gastos y la privatización de los servicios (Zibechi, 2020).<sup>5</sup> En los países latinoamericanos, las reformas neoliberales han contribuido en el aumento de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, a utilizar los recursos menos eficientemente y a disminuir la calidad y eficiencia de los servicios (Homedes y Ugalde, 2005: 217). En este contexto, el COVID-19 llega como un virus de alto contagio que genera una elevada cantidad de pacientes críticos que requieren de atención hospitalaria pero que rebasan la capacidad de los sistemas de salud para responder a la demanda. La situación en cada país requiere un análisis particular, pues alude a coyunturas específicas de los sistemas sanitarios. Por ello sólo refiero al caso de México.

En nuestro país, dichas reformas han ocasionado un sector público de salud que vive una crisis de infraestructura y equipamiento de los servicios, sobredemanda y saturación, problemas de desa-

4. De acuerdo con datos publicados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el 22% de los hispanos tienen diabetes mientras que sólo el 12% de los blancos tienen esta enfermedad (Goad, 2020).

5. El eje de las políticas neoliberales en salud consiste en la descentralización de los servicios de salud, la privatización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos definido por cada país (Homedes y Ugalde, 2005: 210).

basto de medicamentos en los tres niveles de atención, condiciones laborales precarias del personal sanitario, así como la presencia de un aparato burocrático que ralentiza los trámites administrativos (Durán-Arenas *et al.*, 2012: 553-554). Por ende, no es un hallazgo señalar que la pandemia visibiliza el resultado de cuarenta años de políticas de ajuste estructural y reformas neoliberales que condujeron a un sistema de salud que se enfrenta al COVID-19 con deficiencias estructurales. Además, esta emergencia sanitaria llega en un momento crucial de ajustes en el sistema de salud, pues después de diecisiete años de operación del Seguro Popular, el 1 de enero de 2020 fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).<sup>6</sup> Sin embargo, su instauración ocurre dentro de un ambiente tenso y de críticas por parte de ciertos sectores políticos y empresariales, particularmente de las empresas distribuidoras de medicamentos. Tras el arranque del Insabi, hubo protestas realizadas por pacientes y familiares de personas que viven con VIH y cáncer, quienes presentaron dificultades de acceso a los medicamentos. En ese sentido, el coronavirus arriba en un momento complejo y de transición del sistema de salud, lo cual dificulta su capacidad de respuesta al problema sanitario.

Más allá de este momento de transición, el coronavirus llega a un sistema de salud en estado crítico —con carencia de hospitales, falta de recursos humanos, insumos y equipo médico—, consecuencia de políticas neoliberales y de regímenes que por décadas han perpetuado prácticas de corrupción: compras de medicamentos con sobreprecio a empresas que monopolizaban su distribución en el país, construcciones de hospitales que respondían a razones políticas y no a necesidades de salud, o la adquisición de equipos médicos y medicinas a empresas “fantasma” (Nájar, 2020).

Con base en lo anterior, se pretende argumentar que el coronavirus refleja las contradicciones asentadas históricamente en el sistema de salud mexicano luego de años de su desmantelamiento y precarización. También se hace más necesario que nunca el replanteamiento de la salud como eje vertebral de todo proyecto de gobierno.

### **Reimaginar la antropología médica en tiempos del coronavirus**

En 2006, Freyermuth y Sesia (2006) hicieron una revisión sobre los caminos recorridos por la antropología médica en los últimos años. Propusieron algunos temas emergentes de este campo: las enfermedades crónico-degenerativas, los procesos de envejecimiento; el papel de las nuevas tecnologías en salud, de los medios de comunicación, y de los nuevos actores como las aseguradoras médicas o la industria farmacéutica. Casi quince años después vemos la pertinencia de estos campos de estudio que, además, se articulan con nuevas problemáticas como las crisis migratorias, las violencias racistas y de género, los medios digitales como generadores de información en salud, entre otros. Hoy,

6. El Insabi planea operar de manera directa los sistemas de salud que ahora están a cargo de los gobiernos locales financiados por el Seguro Popular (SP), con lo cual se asegura la atención a la población no derechohabiente (Almazán, 2019). A diferencia del SP, se pretende que el Instituto de Salud para el Bienestar elimine las barreras de acceso no sólo para enfermedades de gastos catastróficos, sino para atender todo tipo de padecimientos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019).

al enfrentar la pandemia por COVID-19, presenciamos un evento que modificará la forma de entender muchos procesos de salud-enfermedad-atención.

El propósito de este apartado es reflexionar sobre los nuevos desafíos que el coronavirus presenta para la antropología médica. Al mismo tiempo, se hace el ejercicio de imaginar posibles caminos a explorar por esta subdisciplina. Si bien, de esta contingencia sanitaria emanan una infinidad de temáticas a investigar, en este trabajo sólo aludo a tres: los procesos de percepción social y atención del virus, las respuestas de los grupos vulnerables a la crisis, y la posición del personal de salud dentro de la emergencia sanitaria. Más que dar respuestas en torno a estas cuestiones, la pretensión es formular preguntas que puedan recuperarse *a posteriori*.

### **La percepción social de coronavirus y otras gripes**

Uno de los fundamentos de la antropología médica gira en torno a comprender cómo los grupos sociales se organizan colectivamente para comprender las enfermedades, y desarrollar conocimientos y prácticas para resolverlas (Jean Langdon y Braune, 2010). Por ende, en el contexto actual, una tarea de los antropólogos médicos es indagar en las percepciones sobre el coronavirus y cómo estas cambian en cada conjunto social.

Los medios nacionales han dado cuenta de las representaciones sociales polarizadas sobre el virus y las formas de respuesta encontradas. Mientras que algunas personas niegan su existencia, otros sectores han modificado por completo sus rutinas cotidianas como una manera de prevenir el contagio y dar seguimiento a las recomendaciones sanitarias. Esto genera discursos y prácticas que clasifican a quienes sí atienden a dichas sugerencias y a quienes no lo hacen—ya sea por el impedimento de quedarse en casa por tener que trabajar, o por la convicción de que el coronavirus no existe y sólo es un “invento” de las autoridades—, mientras ponen en riesgo a la población.

Más allá de pensar en las dificultades que esto puede suponer para que las estrategias de mitigación de la pandemia sean efectivas, conviene preguntarse ¿por qué se producen respuestas diferenciales? ¿Por qué hay sectores de la población que no creen en el virus? ¿Por qué se dan estas polarizaciones en las representaciones y prácticas sobre el coronavirus? Sin duda, COVID-19 llegó a México en un contexto de polarización social que se magnifica con la pandemia. Entra a un país que se caracteriza por la profunda desconfianza y la distancia sociocultural de la población —particularmente de los sectores más empobrecidos— hacia la autoridad y las instituciones (Rodríguez, 2020), lo cual puede ser una causa que explique la incredulidad ante el virus.

La pandemia por COVID-19 puede dar lugar a cambios en las percepciones sobre los virus pues, a partir de la información difundida en canales digitales, muchos sectores de la población tienen un mayor conocimiento técnico sobre agentes patógenos como los virus: qué son, cómo se transmiten, las respuestas del sistema inmune para enfrentarlos, entre otros aspectos. Esto no sólo muestra una mayor penetración del saber biomédico en los conocimientos de los sujetos le-

gos, lo cual puede ser indicador de la expansión del Modelo Médico Hegemónico, y de la creciente tendencia del “paciente informado”<sup>7</sup> (Menéndez, 2020), también da cuenta del innegable y ascendente peso de la tecnología y las telecomunicaciones como productores de información sobre problemas de salud.

Por su parte, el nuevo coronavirus puede generar cambios en los modelos explicativos que se tienen sobre los virus, principalmente aquéllos vinculados a enfermedades respiratorias. Una veta emergente para los antropólogos médicos consiste en cuestionar cómo el COVID-19 puede transformar la percepción sobre la gripe, una enfermedad que suele percibirse como inofensiva y poco grave, pero que de ahora en adelante puede no serlo. Aunque esta enfermedad usualmente se resuelve mediante la autoatención, es probable que con la aparición del coronavirus pueda detonarse otro tipo de itinerarios de atención que incluya la atención biomédica. En este sentido, cabe plantearse en qué medida el coronavirus puede producir una medicalización de las gripes.

Otro asunto a examinar es el que versa sobre cómo la gente —o por lo menos ciertos sectores— ante mandatos institucionales, puede cambiar rápidamente su comportamiento (Manderson y Levine, 2020: 2) y así modificar dinámicas de consumo —comprar geles antibacteriales, desinfectantes, cubrebocas, guantes, etcétera—; normas de interacción social, como evitar abrazar, besar o tener contacto físico con otros; o prácticas de higiene que previenen el contagio, como lavarse las manos continuamente, evitar tocarse la cara, utilizar cubrebocas y caretas en la calle. Estos nuevos comportamientos son incorporados en un corto periodo de tiempo y han adquirido matices diferenciales en cada sector de la población en función de sus posibilidades. Dicha situación interpela ciertas ideas asentadas por el sector salud respecto de la poca receptividad de las personas para incorporar nuevas prácticas de salud.

### **Los grupos vulnerables ante la pandemia, campo ineludible de acción**

He planteado que la llegada del COVID-19 amplifica vulnerabilidades preexistentes (Adams, 2020) en sociedades y grupos sociales históricamente vulnerados. Un campo de interés para la antropología médica consiste en investigar las afectaciones de esta pandemia en dichas poblaciones, como los grupos marginales asentados en las grandes urbes, los adultos mayores, los habitantes de zonas rurales, y particularmente los miembros de comunidades indígenas, cuyos derechos suelen ser vulnerados sistemáticamente, en el “acceso a oportunidades como en los establecimientos de salud” (Castro, 2020).

Al 30 de mayo de 2020, en México se registraron 1 867 casos confirmados y 237 defunciones en la población indígena, lo cual representa el 2.1% y 2.4% del total de casos confirmados para esa fecha (Hernández, 2020).<sup>8</sup> Aunque esto no representa un número elevado, se sabe que un brote

7. Consiste en un paciente que maneja información biomédica respecto de su propia enfermedad, a modo de utilizarla lo mejor posible, aun cuando implique diferencias con los curadores biomédicos (Menéndez, 2020: 15).

8. En junio de 2021 no se cuenta con datos desagregados que posibiliten una contabilización de casos que permitan referenciar el impacto de los casos acumulados en dicha población (Camacho, 2021).

masivo en las regiones indígenas podría implicar una grave problemática de mortalidad, pues los pocos hospitales accesibles para esta población no cuentan con infraestructura ni recursos para atender a pacientes críticos. A ello se suma que dicha población cuenta con altas tasas de enfermedades preexistentes como la diabetes, la cual es, además, su primera causa de muerte.

Las condiciones materiales en las que vive la población indígena vuelven difícil el seguimiento de las medidas de prevención pues no cuentan con agua potable, no tienen acceso a jabón o gel antibacterial, o viven en hogares hacinados donde es difícil mantener la “sana distancia”. Como señala el antropólogo médico Armando Haro (2020) su destino se deja “a la buena de Dios” o, como expresa Alicia Lemus, la pandemia muestra la deuda histórica que tiene el Estado hacia los pueblos indígenas en materia de salud (Durán, 2020).

Desde la antropología médica pueden identificarse las respuestas de estos grupos ante la crisis sanitaria, y de ese modo contribuir con una perspectiva transcultural que pueda influir en las estrategias gubernamentales que se implementarán en las etapas posteriores a la pandemia. Por ejemplo, en algunas comunidades indígenas, los habitantes han decidido cerrar las fronteras de las localidades, a modo de impedir el acceso a quienes provengan de fuera (García, 2020). Esta disposición responde a una lógica de autoatención con la cual se busca instaurar una medida de prevención que el Estado no garantiza. A corto plazo, interesa dar seguimiento a estas prácticas locales.

Asimismo, se ha documentado un fenómeno necesario de seguir monitoreando, esto es, la progresiva demanda de parteras en diferentes comunidades indígenas, como una medida tomada por las mujeres embarazadas para evitar el riesgo de contagio en un hospital (Manzo, 2020). Aunque es muy pronto para formular una hipótesis sobre esta tendencia, cabe plantearse si esto conducirá a una revitalización o, por lo menos, a la resignificación de prácticas tradicionales como la partería. Esto también podría ocurrir con la atención a ciertas condiciones de salud para las cuales se preferiría acudir al curador tradicional antes que al curador alópata, por considerarse al primero más “seguro” en términos de las posibilidades de contraer el virus SARS-CoV-2.

¿Cómo va a ser la vida para los grupos vulnerables después de la pandemia? ¿En qué medida el coronavirus acentuará más su condición ya de por sí vulnerada? ¿Qué lugar ocuparán las formas de atención tradicionales y alternativas en las prácticas de estos grupos? No hay duda de que en las fases que sucederán a la pandemia, la antropología médica será un campo fundamental para comprender las necesidades de los grupos vulnerables, desde una mirada que recoja su punto de vista y sus experiencias sobre la nueva forma de vivir y convivir con el virus.

### **Los “héroos” de bata blanca: entre protestas y ¿nuevas identidades?**

Dentro de la lucha mundial contra el COVID-19, uno de los actores protagónicos es el personal de salud, y de él se ocupan las últimas reflexiones de este apartado. Al respecto, sugiero dos materias a indagar:

las movilizaciones producidas en diferentes entidades del país y las múltiples respuestas de la población hacia este sector, mismas que van desde el estigma y agresión hasta el reconocimiento hacia su labor.

Desde que el primer caso de coronavirus arribó a México, se han realizado diversas protestas por parte del personal de salud. El objetivo de tales movilizaciones ha sido reclamar por la falta de insumos, protocolos y personal para atender a los enfermos de COVID-19. Cabe mencionar que las condiciones bajo las cuales el personal de salud ejerce en el sector público son, desde hace décadas, de gran precariedad, pues carecen de instalaciones, materiales e insumos necesarios para brindar una atención de calidad. No es casual que, en el contexto de la pandemia, una de las demandas principales sea el suministro de equipos de protección personal (EPP) que disminuyan el riesgo de infección (Expansión Política, 24 de mayo de 2020).

El COVID-19 llega en una coyuntura enrevesada para el gremio médico, o por lo menos para una parte, en tanto su quehacer no sólo se ve afectado por las deficientes condiciones del sistema de salud, sino por su situación de precarización laboral. En este escenario, son los médicos generales quienes más afectados resultan pues se enfrentan a un mercado de trabajo carente de plazas en el sector público, por ende, se ven en la necesidad de laborar en espacios de trabajo emergentes que no necesariamente avalan una inserción con garantías laborales.<sup>9</sup>

Con este panorama, la batalla contra el COVID-19 se vuelve una tarea complicada para el personal de salud, por lo que no extraña que tengan lugar protestas en clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel: tomando en cuenta estos antecedentes, no es inusitado pensar sobre la perspectiva a corto o mediano plazo de estas movilizaciones, y calcular si éstas pueden representar el punto de quiebre de un gremio abandonado y precarizado. Probablemente dichas protestas pueden generar las condiciones para exigir otras demandas que mejoren las condiciones del gremio. Por tanto, adquiere sentido el interrogante de si estas movilizaciones pueden representar una puerta de entrada a una nueva generación de profesionales de la salud (Martínez y Leal, 2018: 93).

Bajo esta idea, otro punto a considerar es el de las transformaciones que dichas demandas y movilizaciones generan dentro del sector de los trabajadores sanitarios, particularmente entre los médicos. Una hipótesis es que la pandemia puede reforzar los lazos profesionales, por ende, brindar un sentido de comunión generalizado dentro de este gremio. Tal idea adquiere relevancia si se toma en cuenta que éste se organiza mediante líneas de mando claramente delimitadas, y se compone por agentes de diferente rango dentro de una estructura jerárquica que se incorpora “a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudiante en la facultad” (Castro y Ervati, 2015: 62). Así se produce una estructura jerárquica que coloca a ciertos médicos especialistas en la cúspide de la pirámide y a los médicos generales en la base.

9. Este es el caso de los consultorios adyacentes a farmacias, donde los médicos no reciben prestaciones, no cuentan con ningún respaldo institucional, y llegan a percibir salarios menores a los 10 000 pesos mensuales (Morán, 2020).

En ese sentido, si bien la pandemia —y las consecuentes movilizaciones y protestas— no elimina esas fronteras y jerarquías, sí promueve un sentido de pertenencia impulsado por un objetivo común: la lucha contra el COVID-19 que fortalece los vínculos entre dichos miembros. Por ende, la pregunta a plantear es ¿cómo esta situación reconduce —si es que lo hace— las pertenencias identitarias del personal médico, y la forma en que se establecen nuevas formas de relación dentro del gremio?

Diversos medios han informado sobre las agresiones y amenazas al personal de salud en el espacio público. Una enfermedad como el coronavirus, nueva, sin tratamiento y sobre la que se sabe poco, genera estigmas si seguimos a Susan Sontag (1996 [1977]) al referir los estigmas generados en torno a la tuberculosis, el cáncer y el VIH-Sida.

Las sociedades producen divisiones entre quienes se clasifica como potenciales focos de contagio y a quienes se les atribuyen etiquetas que sustentan y justifican el estigma. En este caso, quien lleva esa etiqueta es el personal de salud, pero podrían incluirse otros grupos en torno a los cuales durante este proceso pandémico se han creado estigmas y actos de discriminación: las poblaciones asiáticas, los adultos mayores o las personas que no usan cubrebocas en lugares públicos.

Bajo esta idea, el personal de salud es ubicado dentro del grupo de los “peligrosos”, pues por la naturaleza de su trabajo, están cercanos al virus. En ciertos sectores, esto produce respuestas de rechazo que conducen a los ataques físicos, verbales y simbólicos, como ha ocurrido con personal de salud al cual se niega la entrada a bancos, comercios, transporte público, etcétera. Por el contrario, otros grupos poblacionales muestran su apoyo con la entrega de donaciones (desde kits de protección hasta desayunos) por parte de organizaciones de la sociedad civil o empresas privadas (*Expansión Política*, 24 de mayo de 2020); o expresiones de reconocimiento a su labor por parte de ciudadanos, como vecinos que se organizan para aplaudir o poner música en honor al personal de salud que se encuentra en los hospitales (*Expansión Política*, 30 de abril de 2020).

Sobre este punto, considero relevante reflexionar sobre cómo la pandemia llega a resignificar la percepción de las colectividades sobre el personal de salud y su quehacer. En particular, es preciso investigar cómo las respuestas negativas —las cuales han tenido mayor cobertura mediática que las de índole positiva— pueden incidir en una relación médico-paciente de por sí distante, deshumanizada y tensa, sobre todo en el sector público; o bien, pueden alimentar una percepción, presente en determinados miembros del personal médico, que alude a la pérdida de autoridad, la devaluación y falta de reconocimiento hacia su quehacer (Leyva y Pichardo, 2012; Morán, 2020).

## Conclusiones

En este artículo he intentado presentar una serie de reflexiones sobre la pandemia por COVID-19 desde el campo disciplinar de la antropología médica. En un primer momento aludo a cómo esta emergencia sanitaria toca las esferas de lo social, lo cultural, económico, político e ideológico, y desvela

procesos ya existentes dentro de las sociedades, pero que a la luz de la crisis de salud emergen con gran visibilidad. Por ello, se apunta la importancia de analizar este proceso epidémico desde un enfoque que reflexione sobre las causas estructurales del mismo (Castro, 2020), y desde ahí tejer vínculos con las expresiones locales del coronavirus.

En la segunda parte del texto se presenta una reflexión sobre algunos ejes a explorar por los antropólogos médicos que se derivan de esta pandemia. Se refiere a tres vetas de estudio: la percepción social sobre el coronavirus, las respuestas de los grupos vulnerables y la posición ocupada por el personal de salud durante la crisis y en etapas posteriores. Es preciso enfatizar que el estudio de los procesos sociales inherentes a la pandemia desde la óptica de la antropología médica, no se limitan a estas cuestiones, por el contrario, abarcan un campo de intereses mucho más extenso que no pudo ser incluido en este trabajo. Entre éstos se encuentran la necesidad de recapacitar sobre el papel de la biomedicina y su centralidad dentro de este proceso epidémico: es el saber biomédico el que tiene la última palabra respecto a cómo proceder, y en donde se buscan las soluciones para combatirlo (Menéndez, 2020). De ese modo, hay que indagar en qué medida la pandemia conduce a la inevitable y creciente expansión de un Modelo Médico Hegemónico que llegó para quedarse y propagarse.

En aras de imaginar el rumbo que pueda tomar la antropología médica, es probable que la pandemia marque un antes y un después en el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención, por lo menos en los años subsecuentes, lo que obliga a repensar nuestros objetos de estudio y la forma de abordarlos. Sin duda, durante los próximos años será inevitable que las investigaciones sobre salud, enfermedad y muerte refieran a este suceso, aun cuando versen sobre otros temas.

A partir de estas reflexiones, se pretende visibilizar la importancia de la antropología médica en el estudio de una coyuntura que ha irrumpido cotidianidades y ha trastocado los órdenes sociales que rigen el mundo. En este sentido, dicha subdisciplina tiene mucho que aportar al entendimiento del COVID-19, y cómo éste se manifiesta en diferentes contextos (Nichter, Hedges y Cartwright, 2020). Además, puede ayudar a entender perspectivas diversas sobre la pandemia: las de los gobiernos, las del sector salud y las de los conjuntos sociales legos, asumiendo que cada uno de estos actores es por sí mismo heterogéneo. Su utilidad no sólo se limita a la producción de conocimiento, sino que también puede establecer puentes de diálogo con quienes prestan servicios de salud y con los elaboradores de políticas públicas.

Al pasar la pandemia, será necesario repensar las prioridades orientadas en la equidad en salud en las próximas décadas (Castro, 2020). Como señala Laurell, uno de los beneficios del COVID-19 es que la “salud ha pasado a ocupar un lugar importante en la agenda nacional” (Laurell, 2020). Hoy en día la salud es un tema fundamental que no sólo debe ser colocado dentro de la agenda pública, sino que también debe estar cada vez más en la mira de la academia. Esta pandemia certifica la importancia de la antropología médica, y la necesidad de tejer conexiones con otras disciplinas dedicadas al estudio de la salud y la enfermedad, en la perspectiva de contribuir con el conocimiento complejo e integral de los procesos de salud-enfermedad-atención. Sin duda, el potencial de la antropología

—y en particular de la antropología médica— está en proveer una mirada global y transcultural; que conecta la estructura social con la realidad concreta, y que a partir de sus métodos logra capturar el matiz de los contextos (Closser y Finley, 2016). Hoy más que nunca es necesario apelar a estas condiciones para comprender e intervenir en un mundo pandémico, deteriorado y crítico.

## Bibliografía

- Adams, Vincanne (2020). "Disasters and capitalism.... And COVID-19". *Somatosphere*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/An5AiUY>>.
- Almazán, Jorge (12-06-2019). "AMLO presenta lineamientos del Instituto de Salud para el Bienestar", *Milenio*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/tQ0EF5V>>.
- Brotherton, Sean y Vinh-Kim Nguyen (2013). "Revisiting local biology in the era of global health". *Medical Anthropology: Cross-cultural Studies in Health and Illness*, 32(4), pp. 287-290.
- Camacho, Fernando (2021). "Para indígenas, acceso limitado a vacunas pone en riesgo a comunidades". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/XQ0WG3v>>.
- Castro, Arachu (15-04-2020). "Respuesta a la pandemia de COVID-19 en poblaciones urbano-marginales y rurales en América Latina". [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/wn5S2vb>>.
- \_\_\_\_\_ y Paul Farmer (2003). "El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima". *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 29-47.
- \_\_\_\_\_ (2005). "El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití". *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 125-144.
- Castro, Roberto y Joaquina Ervati (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anti-concepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM.
- Closser, Svea y Erin P. Finley (2016). "A New Reflexivity: Why Anthropology Matters in Contemporary Research and Practice, and How to Make It Matter More". *American Anthropologist*, 118(2), pp. 1-6.
- CNN (2020). "Coronavirus 11 de junio, minuto a minuto: más de 800,000 casos en Brasil". *CNN en Español*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Hn59jB4>>.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (6-08-2019). "Inicia parlamento abierto previo a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar". [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/An5ggUB>>.
- Durán-Arenas, L. et al. (2012). "La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria". *Gaceta Médica de México*, 148, pp. 552-557
- Ennis-McMillan, Michael y Kristin Hedges (2020). "Pandemic perspectives: responding to COVID-19". *Open Anthropology*, 8(1), Recuperado de: <<https://cutt.ly/zn599PF>>.
- Expansión Política (24-05-2020). "Personal de salud atiende entre contagios, agresiones, discriminación y despidos". *Expansión Política*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Pn53w6U>>.
- \_\_\_\_\_ (30-04-2020). "Vecinos cantan a médicos del hospital 20 de Noviembre el Himno a la Alegría". *Expansión Política*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/xn5CmqV>>.

- Farmer, Paul (1990). "Sending sickness: sorcery, politics and changing concepts of AIDS in rural Haití". *Medical Anthropology Quarterly*, 4, pp. 6-27.
- \_\_\_\_\_. (1996). "Social inequalities and emerging infectious disease". *Perspectives*, 2(4), pp. 259-269.
- Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (2006). "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica". *Desacatos*, (20), México: CIESAS.
- Galindo, Jorge, Lorena Arroyo y Elena Reina (19-05-2020) "La pandemia sigue el rastro de la desigualdad en México". *El País*. Recuperado de: <<https://elpais.com/sociedad/2020-05-19/la-pandemia-sigue-el-rastro-de-la-desigualdad-en-mexico.html>>.
- García, Jacobo (21-04-2020) "Los indígenas de México se cierran para frenar al coronavirus". *El País*. Recuperado de: <<https://elpais.com/sociedad/2020-04-21/los-indigenas-de-mexico-se-cierran-para-frenar-al-coronavirus.html>>.
- Goad, Kimberly (17-01-2020). "Los estadounidenses de origen hispano son los más afectados por la diabetes". *AARP*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Sn8fAEb>>.
- Gobierno de la Ciudad de México (2020). "Transparencia COVID-19. Datos abiertos sobre salud pública, acciones sociales y gasto público en la Ciudad de México". Recuperado de: <<https://cutt.ly/6n53GIX>>.
- Gómez Durán, Thelma (2020). "Indígenas en México: ¿cómo enfrentar una epidemia, la discriminación y el abandono histórico del Estado?". *Mongabay Latam*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Jn5K7g1>>.
- Haro, Armando (5-06-2020). "A la buena de Dios'. La respuesta social ante el COVID-19 en México y los pueblos indígenas". [Mensaje de un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/7n5KblH>>.
- Hernández, Ricardo (3-06-2020). "Informe de lo acontecido entre el 14 y 30 de mayo de 2020 sobre la pandemia de COVID-19 en México". [Mensaje de un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/gn5FgpR>>.
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde (2005). "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a dos estudios de caso". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), pp. 210-220.
- Jean Langdon, Esther y Flavio Braune (2010). "Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias sociales". *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18(9), pp. 177-185.
- Laurell, Cristina (14-04-2020) "Orígenes de la situación actual del sistema de salud". *La Jornada*, columna de opinión. Recuperado de: <<https://cutt.ly/6Q0TtR>>.
- Leyva, Marco y Santiago Pichardo (2012). "Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica?". *Polis*, 8(1), pp. 143-175.
- Lock, Margaret (1995). *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Luna Arce, Fernando (2020). "Iztapalapa tiene más casos de COVID-19 que 118 países". *Forbes México*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/yn536So>>.
- Manderson, Leonore y Susan Levine (2020). "COVID-19, risk, fear, and fall-out". *Medical Anthropology. Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 39(5), pp. 367-370. doi: 10.1080/01459740.2020.174630s
- Manzo, Diana (19-04-2020). "Parteras tradicionales, una opción en plena pandemia". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/0Q0TUOK>>.

- Martínez, Jorge Alberto y Gustavo Leal (2018). "Movilizaciones recientes de los profesionales de la salud en México: 2014-2017". *El Cotidiano*, 207, pp. 93-106.
- Menéndez, Eduardo (2015). "Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención 'paralelas' y proyectos de poder". *Salud Colectiva*, 11(3), pp. 301-330.
- \_\_\_\_\_ (2020). "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias". *Salud Colectiva*, 16. Recuperado de: <<https://cutt.ly/In5UVnP>>.
- Milenio Digital (2021). "Mapa del coronavirus en México: Álvaro Obregón, alcaldía con más casos activos". *Milenio*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/0Q0TBnc>>.
- Morán, Ana (2020). *Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias en al sur de la Ciudad de México. Saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención* (tesis de doctorado). CIESAS, México.
- Moreno Lozano, Cristina (2020). "MAT, the 'open question', and content retrospective in light of the COVID-19 pandemic". *Medicine Anthropology Theory*. Recuperado de: <<http://medanthrotheory.org/read/11749/open-access-retrospective-covid19-1>>.
- Nájar, Alberto (2020). "Coronavirus en México: la enorme crisis del sistema de salud que implica al país atender la pandemia de COVID-19". *BBC News Mundo*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/1n5hAO1>>.
- Nichter, Mark, Kristin Hedges y Elizabeth Cartwright (2020). "Call to action: influence of Medical Anthropology for COVID-19 response". *Anthropological Responses to Health Emergencies*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/On52vuX>>.
- Ramonet, Ignacio (25-04-2020). "La pandemia y el sistema-mundo". *La Jornada*. Recuperado de: <<https://www.jornada.com.mx/2020/04/25/opinion/007a1pol>>.
- Ramos, Jorge (8-05-2020). "Los olvidados: latinos contagiados, sin empleo, dinero ni ayuda". *New York Times, Opinión*. Recuperado de: <<https://www.nytimes.com/es/2020/05/08/espanol/opinion/latinos-estados-unidos-coronavirus.html>>.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (31-3-2020). "Caracterización histórica de las epidemias". [Mensaje de un blog]. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Cn5Uwx2>>.
- Salas, Javier (16-05-2020) "La pandemia golpea más a los que menos tienen". *El País*. Recuperado de: <<https://elpais.com/ciencia/2020-05-16/la-pandemia-golpea-a-los-que-menos-tienen.html>>.
- Sontag, Susan (1996 [1977]). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Zibechi, Raúl (17-03-2020). "Coronavirus y la otra pandemia: el desmantelamiento de la salud en el mundo". *Sputnik Mundo*. Recuperado de: <<https://cutt.ly/Vn8zmSb>>.