

Salud, Enfermedad, Economía, Población, Territorio (Parte 2)

Reinaldo Bustos Domínguez¹
Gonzalo Ulloa Valenzuela²

INTRODUCCIÓN

Como vimos en el artículo anterior este artículo se configura como un revisión y puesta al día de la compleja temática sanitaria de la desigualdad en salud a la luz de la emergencia de la pandemia de Covid-19. En la primera parte abordamos como se ha desarrollado la medicina moderna y su derivación eminentemente económica en el mundo moderno, como esto ha contribuido en las desigualdades en salud y en el desarrollo de enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes.

En esta segunda parte discutiremos como la pandemia por COVID-19, afecta de mayor manera a los grupos más vulnerables y que sufren al mismo tiempo de otras desigualdades constituyéndose así como una sindemia, finalmente reflexionaremos sobre el concepto actual de salud/enfermedad como un producto social

4.- El efecto “sindémico” de la desigualdad: obesidad, diabetes y covid-19.

Merryl Singer (1) desde la antropología, propone fusiones conceptuales, en el decir de Lolás (2), para comprender las complejas relaciones que llevan a un cuerpo a enfermar y a enfrentar las consecuencias derivadas de ello: sindemia, el concepto acuñado para repensar las relaciones de la salud/enfermedad en una perspectiva comprensiva en el conjunto de las interacciones socio-económicas, físico-sociales y ambientales de una comunidad, resulta de la fusión de las ideas de sinergia, que alude a la interacción entre dos o más enfermedades entendidas como entidades separadas, y epidemia, que alude a la concentración de una población de humanos que vive en un contexto social determinado, implicando por lo tanto, los diferentes factores intervinientes en sus procesos de salud y enfermedad. Esta apertura a la complejidad de la naturaleza humana y la porosidad de su cuerpo es lo que queremos subrayar a propósito de este neologismo, para pensar la salud pública en las fronteras de lo médico y lo social.

Anteriormente, entre los años 20 y 40 del siglo XX, salubristas chilenos lo habían señalado, diciendo que el control de las enfermedades infecciosas asociadas a la miseria y a la pobreza representaban un desafío a las políticas sanitarias, al mismo tiempo que una oportunidad para mejorar las condiciones de vida de la población, cubriendo sus necesidades higiénicas básicas, para así corregir las causas de su incidencia. En 1939, el Dr. Salvador Allende en su libro “La Realidad médico-social”, mostraba las consecuencias de la sinergia de la pobreza y la epidemia de enfermedades infecciosas que diezaban la población donde el 15% de la mortalidad (de 109.000 fallecidos en 1937), corresponden a menores de un año, la cifra de mortalidad infantil más alta del mundo. El 60% de las muertes era el resultado del contexto etiológico multifactorial de esos problemas de salud. Citando a otro gran médico y político, el Dr. Eduardo Cruz-Coke, se reafirma la relación entre condiciones de vida y los fenómenos de salud y enfermedad, al decir que “cuando las condiciones de un pueblo son de tal manera florecientes se puede decir de él que su habitación, alimento y cultura se encuentran por encima de un umbral suficiente para una expresión de todas sus características vitales, la tuberculosis se desarrolla con aspecto de endemia y con una mortalidad baja: 7 a 12 por diez mil habitantes. En cambio, cuando las condiciones referidas son deficientes, la infección progresa en un terreno apto para desarrollarse y adquirir un carácter epidémico que lleva a la mortalidad, en ciertos casos, a 60

1 Médico-Psiquiatra, Magister en Sociología (U.C.), Ph. D. en Salud Pública (U. C. de Lovaina)

2 Médico-Cirujano, Magister en Salud Pública UC (C.)

por diez mil”. Basta estas palabras para refrendar 50 años antes lo que se conocerá después como “determinantes sociales de la salud/enfermedad” y “desigualdades en salud”. En la Tercera Parte de su libro, Allende comienza con esta aseveración, “el hombre en sociedad no es un ente abstracto: nace, se desarrolla, vive, trabaja, se reproduce, enferma y muere, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea, cuyas diferentes modalidades originan modos de reaccionar diversos, frente a los agentes productores de enfermedades. Esta condición-ambiente está determinada por el salario, alimentación, vivienda, vestuario, cultura y demás factores concretos y actuantes”, es decir, la salud/enfermedad es un emergente social, lo que cobra relevancia hoy, casi 80 años más tarde, con la “síndemia” que reúne las enfermedades no transmisibles y el Covid-19. Estas evidencias deben orientar el análisis y las formas de enfrentar nuestros problemas médicos, desplazando de su centro al “cuerpo molecular” y las referencias casi exclusivas al financiamiento y efectividad de los sistemas hospitalarios, para promover una comprensión mayor de un “cuerpo poroso”, que interactúa con un medio de forma activa y bi-direccionalmente, como lo revela la biología misma y los sofisticados estudios en desigualdad desde el Informe Black en adelante. Desde las ciencias sociales, numerosos autores han reiterado la influencia social sobre los cuerpos individuales y poblacionales. Las relaciones de poder (3, 4), la medicalización (5,6), son un ejemplo de las variadas miradas sobre las modalidades que puede adquirir la interrogación sobre el ser humano y los fenómenos de salud/enfermedad. La mirada global actual de Singer tiene un antecedente en el concepto de “patoceno” desarrollado por el historiador de la medicina Mirko Grmek (7) que vincula la presencia o la emergencia de una enfermedad en una época dada con la existencia de otra enfermedad. La comorbilidad serviría para explicar los diferenciales de mortalidad y riesgo de las formas graves de covid-19, asociadas a la necesaria consideración de las desigualdades sociales y su impacto sobre la salud. En un artículo reciente de M. Singer y su equipo de trabajo (8), los autores destacan:

1) la importancia de las condiciones socioambientales/demográficas locales y de las configuraciones de la enfermedad en la creación de diferentes expresiones sindrómicas locales;

2) las formas en que la pandemia ha puesto de manifiesto las graves deficiencias de la inversión mundial en atención sanitaria; y

3) cómo la naturaleza sindrómica de la pandemia revela la creciente tasa de enfermedades no transmisibles y su potencial de interacción con las enfermedades infecciosas actuales y futuras.

Este análisis del perfil de COVID-19 distingue dos conceptos analíticos que pueden ser útiles para comprender la propagación y los impactos diferenciales de este virus en diversas comunidades y poblaciones. El primero es la “síndemia”, que es la interacción sinérgica adversa de dos o más enfermedades u otras condiciones de salud (por ejemplo, una dieta inadecuada desde el punto de vista nutricional) promovida por las condiciones sociales y ambientales. El segundo concepto es el de violencia estructural (9) que se refiere a las formas, a menudo ocultas, en que las estructuras de desigualdad, como la pobreza, el racismo y la discriminación, repercuten negativamente en la vida y el bienestar de las poblaciones afectadas. De hecho, la violencia estructural impulsa las síndemias y es fundamental para comprender la naturaleza sindémica del COVID-19, como lo demuestran los estudios de Bamba (10), y en nuestra propia realidad (11) ¿Qué poblaciones son objeto de un ataque desproporcionado en términos de morbilidad y mortalidad? ¿Qué mecanismos intervienen? Los modelos matemáticos y estadísticos deben ser asociadas a una comprensión mayor identificando formas específicas que permitan explicar y comprender en su complejidad el fenómeno sindémico. El Covid-19, ciertamente es una enfermedad multisistémica, y estudiar la biología de la pobreza y las consecuencias de la discriminación, el papel del poder, el control, la opresión y la desigualdad social en la etiología de la salud y la enfermedad, y las formas de resistencia de los “cuerpos porosos” a estas fuerzas es un desafío para científicos sociales. Avanzar en explicar y comprender la interacción que fluye a través de múltiples canales y mecanismos biológicos y psicosociales, incluidos los cambios bioquímicos en el sistema inmunitario, el daño a los órganos, el debilitamiento de los procesos de reparación celular y los efectos psicopatológicos en el comportamiento, es otro desafío para biólogos, genetistas, bioquímicos y clínicos para comprender y explicar la interacción entre especies que conducen a la aparición y propagación de enfermedades infecciosas virales o bacterianas (12).

La convergencia de las enfermedades no transmisibles y las enfermedades infecciosas no es un fenómeno que surge con el Covid-19. Aparece en la literatura en relación al Sida-VIH/diabetes

(13) y diabetes/tbc (14), SARS/diabetes (15) y son otro ejemplo de cómo las epidemias aumentan la carga de enfermedad y cómo las políticas públicas podrían actuar para disminuirlas (16). El antecedente del SARS asociado a la diabetes que correlacionó muerte y resultados adversos en los individuos afectados, debería haber incidido en políticas preventivas en epidemias subsiguientes que se esperaba se produjeran, ya que se sabe que las enfermedades infecciosas más dañinas y responsables de epidemias a lo largo de la historia, son enfermedades que se producen en un conjunto de otras, en un contexto socio-cultural. Pensar en forma sindémica y compleja las relaciones de la enfermedad, puede implicar el desarrollo de una medicina y salud pública equilibrada, eficiente y eficaz, superando las agudas desigualdades y deficiencias expuestas por la pandemia actual. Avanzar en el conocimiento del encadenamiento de los diversos factores vinculados a la violencia estructural como ha sido desarrollado para la pobreza en el apartado anterior, y de los mecanismos complejos que pueden explicar los vínculos genéticos y biomoleculares como lo hace Marie Derrasson (17), permitiría profundizar en la compleja etiología de la enfermedad infecciosa y desarrollar intervenciones preventivas y políticas públicas más concretas. Ya existe abundante literatura en este sentido.

Importa aquí llamar la atención sobre el concepto de violencia estructural para enfatizar las formas concretas en que las estructuras sociales de desigualdad y discriminación causan daños acumulativos, que condensadas en la condición de pobreza se asocia con resultados de salud negativos (18,19), como ha quedado demostrado con el impacto desproporcionado del Covid-19 en las poblaciones y territorios de mayor vulnerabilidad (20). Tales condiciones de violencia estructural determinan una vulnerabilidad estructural, concepto sumamente relevante para comprender la dinámica de la pandemia (21). Lo documentado en Nueva York (22) y en otros países se reproduce en todo el mundo afectando a los grupos cultural, étnica y económicamente desfavorecidos. En efecto, las desventajas de la vida se reflejan en individuos que nacidos en Somalia o en África, emigrantes en Noruega o Francia, tienen tasas de infección de 10 veces más del promedio del país de acogida (23) o han sido desproporcionadamente afectados (24). Al igual que los casos documentados en EE UU, los patrones se repiten y reflejan bajos ingresos, precarias condiciones de vida, uso del transporte público y, seguramente

vulnerabilidades epigenéticas. Para la situación latinoamericana (25), se agrega la fragmentación de los sistemas sanitarios previos a la pandemia. Por lo tanto, la pandemia de COVID 19 no se puede comprender separadamente a estos elementos de violencia estructural de desigualdades señaladas.

Los estudios de Clare Bambra nos muestran cómo la pandemia de COVID-19 se produce en un contexto de desigualdades sociales y económicas en las enfermedades no transmisibles (ENT) existentes, así como desigualdades en los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, las desigualdades en la infección por COVID-19 y las tasas de mortalidad surgen como resultado de una sindemia de COVID-19, las desigualdades en las enfermedades crónicas y los determinantes sociales de la salud. La prevalencia y la gravedad de la pandemia de COVID-19 se magnifican debido a las epidemias preexistentes de enfermedades crónicas, que en sí mismas tienen un patrón social y están asociadas con los determinantes sociales de la salud (10). Así por ejemplo se observó como los trabajadores con salarios más bajos, en particular en el sector de servicios (por ejemplo, servicios de comida, limpieza o entrega) designados como trabajadores clave y, por lo tanto, obligados a trabajar y depender del transporte público para hacerlo, todos estos aumentan su exposición al virus (10).

En el caso de nuestro país, un estudio realizado en la región metropolitana encontró asociación entre el nivel socioeconómico y la dinámica de la enfermedad: El nivel socioeconómico en los municipios varió ampliamente, siendo Vitacura el que tiene el valor más alto y La Pintana el más bajo, esta diferencia es reflejada en el impacto de la pandemia durante el invierno. La máxima incidencia en Vitacura fue de 22,6 casos semanales por cada 10,000 individuos a mediados de mayo, mientras que La Pintana reportó un máximo de 76,4 casos semanales por cada 10,000 individuos durante la primera semana de junio. En el caso de las muertes atribuidas por COVID-19 siguen un patrón temporal similar (aunque retrasado) la tasa más alta de 4.4 muertes semanales por cada 10,000 personas se observa en San Ramón, un municipio con un nivel socioeconómico bajo, mientras que Vitacura reportó un máximo de 1.6 muertes semanales por cada 10,000 en junio (11). Si el virus no discrimina, la sindemia sí lo hace, confundiendo los problemas sanitarios y sociales: el virus es una entidad biológica, pero la pandemia es un acontecimiento social y biológico complejo como lo sostiene Agustín Fuentes desde la antropología (26).

5.- La salud/enfermedad es un producto social

Como hemos sostenido antes, desde la biología misma han surgido visiones transformadoras de que “los cuerpos humanos son porosos y plásticos, sensibles y permeables, con gradientes desiguales de plasticidad y resistencia de género, etnia, geografía y, por lo tanto, responden diferentemente a las influencias del medio: las toxinas, los alimentos, el estrés, el estatuto socio-económico se internalizan en los cuerpos contemporáneos”, y determinan condiciones de salud y enfermedad. Las causas y mecanismos que explican estos fenómenos se desplazan desde el “cuerpo molecular”, hegemónico en la medicina actual, a la de un “cuerpo poroso”, que da sustento a una medicina social o si se prefiere a una salud de las poblaciones que debe construirse desde múltiples sectores de la sociedad, desde las políticas de salud a las educacionales, desde los territorios a los centros académicos, reconociendo la salud y la enfermedad como productos sociales y los fenómenos de desigualdad entre las poblaciones, como expresiones evitables e injustos en muchos sentidos, elocuentemente puestos en evidencia por la pandemia de Covid -19. Estudios sobre el curso de vida y enfermedad, epigenética, etc., dan cuenta de la dimensión científica de una nueva forma de pensar, más amplia, más integrativa, más interdisciplinaria, que instale un balance entre una biomedicina centrada en el cuerpo molecular, sustentada en un pensamiento económico y tecnológico, y una medicina de los cuerpos porosos a nivel de las poblaciones, sustentadas en la ética y la justicia social.

Siguiendo un punto de vista que desplaza el foco del estudio de la salud individual a la salud colectiva o del conjunto de cuerpos porosos abiertos a la estructura social que influencia la salud y sus experiencias “corporalizadas” a nivel individual de las enfermedades, es necesario realzar el carácter social del fenómeno salud/enfermedad. Sin hacernos eco de la concepción idealizada o metafísica de la definición de salud de la OMS, si es necesario reconocer sus bases empíricas en los Informes Black y Marmot en Inglaterra, enraizadas en el contexto social de poblaciones específicas, preludio de los intentos por comprender concretamente sus determinantes. Y de paso, abrir una discusión sobre políticas que promueva una ética y justicia social mayor en salud, reevaluando las relaciones sociales y de poder en el seno de una sociedad.

El esfuerzo para ver las vidas humanas, no como mónadas aisladas o entidades separadas, sino como cuerpos vivos, porosos, en permanente y dinámico intercambio con otros cuerpos humanos y no humanos en un contexto medioambiental compartido, ha dado origen a la teoría de que cada momento de la vida está situado en un curso, una trayectoria con una historia que la precede y que condiciona un futuro, como base para comprender una forma de ver la salud en el conjunto o colectivo de la población.

Las influencias epigenéticas sobre la salud/enfermedad en el curso de la vida son el aporte de una biología política en el sentido de Meloni, como antecedentes empíricos que permiten fijar la vista en la salud de las poblaciones, sus desigualdades y sus posibilidades concretas en el seno de un territorio, influenciadas por la economía, el empleo o la educación, factibles de ser estudiados con rigor metodológico y científico. Es la contrapartida del modelo biomédico, que indudablemente ha generado un conocimiento inabarcable de la enfermedad del cuerpo molecular, pero también—desde una perspectiva individual y centrada en la tecnología—incapaz de resolver las paradojas de la salud poblacional: aumento de los gastos en salud con un aumento de las patologías humanas, crecientes insatisfacciones y huida a las medicinas paralelas, en medio de las desigualdades sociales de acceso y tratamiento de las enfermedades, entre otros fenómenos disociativos en que por un lado, el modo de vida y el sistema que lo sostiene en una relación colusiva de economía y biomedicina, genera enfermedad y por el otro, instala una biopolítica de hacer vivir y dejar morir.

Los sucesivos informes Black y Marmot explican estas paradojas atribuyendo sus causalidades a factores sociales, de donde se desprenden otros estudios que evidenciaron desigualdades raciales en salud como el Informe Heckler del gobierno de EE.UU., por ejemplo. Interesante es constatar en el Informe Marmot de que no basta tener un sistema de salud universal para eliminar las desigualdades en salud, que incluso están presentes en países del norte de Europa, con políticas de seguridad social bien establecidas. Es decir, la salud se instala en un gradiente que está entre la riqueza y la pobreza, al interior de un condicionamiento social que afecta diferencialmente a toda la población.

Las evidencias anteriores han sido asumidas por la OMS y la Carta de Ottawa para sentar las bases de un modelo de salud que debe implementarse en toda política pública, en tanto los cuerpos porosos que constituyen las poblaciones son el

espacio proyectivo donde cristalizan los factores económicos y sociales que determinan la salud y la enfermedad. La dinámica de un proceso semejante lo podemos reconocer en la perspectiva de la salud en el curso de vida de un individuo. La evidencia común puede sostener la idea binaria de que los individuos desfavorecidos económicamente tienen una salud precaria, pero esta regla general debe ser estudiada para comprender las causas y mecanismos que pueden llevar a determinados grupos o poblaciones a enfermar. La pregunta, ¿Por qué unos enferman más y otros no? requiere respuestas finas. La perspectiva del curso de la vida ofrece una forma de ir más allá de las simples generalizaciones sobre las desigualdades en salud. Uno de los precursores de este tipo de estudios fue el noruego Anders Forsdahl (26, 27) sobre cómo las condiciones ambientales adversas en la infancia y la niñez temprana podían aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. Su dedicación al estudio de una población específica de la elevada mortalidad en el condado noruego de Finnmark, hizo plantear la tesis de que esta era la consecuencia de las circunstancias adversas a las que una gran parte de la población estuvo expuesta durante su infancia y adolescencia. Su respuesta fue que los factores convencionales de dieta o tabaquismo no eran los responsables, demostrando que las tasas de mortalidad infantil de principios de siglo estaban fuertemente correlacionadas con las tasas de mortalidad por cardiopatías años después, hipotetizando que el déficit nutricional de los primeros años de vida fuera la causa del fenómeno, ratificado por estudios epigenéticos (28).

La hipótesis de los “orígenes fetales de la enfermedad adulta” (29) estimuló la reflexión sobre la enfermedad en la edad adulta y la idea de que las influencias que actúan desde antes del nacimiento y a lo largo de la vida puedan influir en los patrones de la enfermedad. Investigaciones posteriores la han refrendado corrigiendo la cadena causal al considerar el conjunto de las ventajas y desventajas a lo largo de la vida consolidando un modelo de curso de vida para el estudio de tales relaciones. Esta teoría se nutre de dos visiones complementarias, una ecológica y otra que explica la importancia del curso vital para organizar una discusión acerca de los factores causales de la salud de las poblaciones. La visión ecológica asume que existen condiciones que conforman la distribución de la salud en las poblaciones y dentro de ellas, y cómo estas condiciones afectan a la salud de los individuos. Las poblaciones están

compuestas por individuos con cuerpos porosos a las influencias medioambientales diferenciales, aunque compartan atributos: esto explica porque unos enferman y otros no, pero ¿qué hace que un individuo esté sano? ¿Qué evidencias científicas existen? Obviamente hacer ejercicio físico y comer saludable ayuda a estar sano, pero ¿cómo se conjugan estos factores con otros factores que no son modificables como la genética por ejemplo? ¿La presencia de un factor de riesgo genético “per se” es indicativo del desarrollo de una enfermedad? Ahora se sabe que las enfermedades como las cardiovasculares o la esquizofrenia se debe a la interacción de muchos genes.

Los avances tecnológicos, como la secuenciación del genoma completo, han propiciado un aumento espectacular de nuevos descubrimientos de importantes factores de riesgo genético. Sin embargo, los descubrimientos de intervenciones eficaces han sido más lentos. ¿Qué hace que las mujeres premenopáusicas estén menos propensas a las enfermedades cardiovasculares? La etnia no es un factor modificable, pero se discute si es un factor de riesgo para ciertas enfermedades, pero se debe tener cuidado de no atribuir automáticamente las diferencias en los resultados de salud al color de la piel cuando en realidad se trata de otra cosa. Estas, y muchas otras interrogantes pertenecen al ámbito ecológico del estudio de las diferencias en salud de la población, buscando causas o determinantes de la salud que pueden estar enmascaradas por características como el sexo o la etnia.

Pero los factores de riesgo pueden aumentar o reducirse, dependiendo de cómo se comporten los individuos. Algunos comportamientos los aumentan y otros los reducen, ¿Qué hace que algunos adolescentes consuman drogas y otros no? ¿Cuándo buscan ayuda para sus problemas? Las razones son múltiples para explicar estas conductas: abandono de los padres, influencia de los pares, barreras de acceso a la atención, mitos o creencias, por ejemplo ¿cuán susceptible soy de sufrir una lesión o enfermedad y cuán grave podría ser?, lo que influye en los comportamientos subsiguientes.

El modelo de creencias sobre la salud, como otros deben tener en cuenta el contexto y las condiciones sociales y ambientales que afectan a la forma en que los individuos viven y se comportan. La antropología o la psicología social son disciplinas que deben ser integradas a la tradición ecológica en salud al permitir agregar los elementos de la cultura o la importancia de los afectos como lo veremos más adelante, a propósito de

un interesante giro epistemológico en salud poblacional que permite una comprensión de las motivaciones y comportamientos de individuos drogadictos.

El cambio de comportamiento en materia de salud puede aprovechar, en este sentido, el poder y la dinámica de las redes sociales las que son más eficaces cuando se dirigen a atributos específicos de la red social para lograr un cambio concreto en un comportamiento relacionado con la salud, ya sea modelando conductas deseadas, o recompensando o validando otras, como se hace en DBT (Dialectical Behavior Therapy) para tratar individuos con desregulación emocional o conductas suicidas en personas con TLP (Trastorno de Personalidad Límite).

La visión **diacrónica** del curso de la vida complementa este enfoque. La niñez ha sido un período estudiado ampliamente, por lo que nos enfocaremos, por razones de espacio a la etapa siguiente de la adolescencia, que en cierto sentido tiene una inserción reciente en el ciclo de la vida que determinan la salud tanto durante esta fase crítica de la vida como después, poniendo en marcha efectos duraderos que influyen a lo largo de toda la vida. Este es período marcado por un crecimiento explosivo y un profuso desarrollo, donde a nivel neurológico se produce la llamada “poda” del cerebro, el adolescente se empieza a desprender de la tutela de los padres, construye sus redes sociales y afectivas y puede avanzar a una mayor autonomía.

Es la fase más saludable y con menor tasa de mortalidad de toda la vida humana. Pero como contrapartida, el período vital de mayor riesgo para consecuencias de enfermedad graves como la adicción a drogas, la emergencia de las enfermedades mentales o las enfermedades de transmisión sexual, dada la alta porosidad de los cuerpos adolescentes a las influencias medio ambientales. Por lo tanto, surgen interrogantes decisivos en torno a qué, cómo y por qué se ponen en marcha este tipo de riesgos, y que consecuencias transgeneracionales pueden implicar. Todos elementos importantes para postular políticas públicas e intervenciones en salud pública.

La adolescencia prolongada que vive nuestra juventud es un fenómeno de la tardía modernidad dada las expectativas de vida alcanzadas por la población industrial y post-industrial y se ha convertido en período clave en que el capital de salud puede aumentar o decrecer. En nuestro país, los jóvenes crecen con múltiples cargas sociales, donde se mezclan problemas sociales y sanitarios,

reflejados por ejemplo en las altas tasas diferenciales de suicidio adolescente y violencia o de obesidad amplificada por la pobreza. ¿Cómo cuidamos la salud de nuestros jóvenes? ¿Con políticas sectoriales? o ¿por un espectro de coordinaciones intersectoriales donde la salud y el bienestar cruce todas las políticas como la educacionales, ocupacionales, comunitarias, etc.? ¿No se requiere una intervención ecológica y diacrónica a lo largo de la vida juvenil? ¿No se requiere el desplazamiento de un enfoque centrado en el cuerpo molecular de tipo individual y en la tecno-biología y la hiper-medicalización de las contradicciones de vida propias de los cuerpos porosos de los jóvenes abiertos a las influencia medioambientales y afectivas? Sin duda eso puede hacerse si la salud pública pudiera ofrecer enfoques comprensivos aportando elementos teóricos y prácticos que permitan intervenciones estructurales cruzando el espectro ecológico-social y vital a niveles territoriales en las escuelas y comunidades. Lo mismo debiera ocurrir para las diferentes etapas de la vida.

El aspecto novedoso de estos enfoques es, sin duda, la inclusión de los factores a lo largo de la vida en una perspectiva ecológica que, centrándose en el individuo en un contexto familiar y de redes sociales, se imbrican en redes dinámicas con los factores sociales macro como la ciudad o la sociedad. El complemento del estudio del fenómeno salud/enfermedad en el curso de la vida, sin duda ofrece una visión completa, que en su complejidad, al mismo tiempo permiten un horizonte amplio de intervención, armonizando la salud individual con la salud colectiva, hoy selectivamente sesgada en favor de un enfoque bio-tecnológico y centrado en la enfermedad, que ignora las causas de las causas, de que la enfermedad es la resultante de una cadena de factores antecedentes previos.

Otra perspectiva de análisis que refrenda el postulado del origen social de la salud y enfermedad la ofrece la geografía en salud, subdisciplina de la geografía humana que se ocupa de las relaciones territorio/salud. Desde que, en 1994, Evans, Barer y Marmor (30), se refirieron a la importancia de utilizar una perspectiva basada en la población para entender los determinantes sociales de la salud, esta se ha convertido en un marco orientador de la política sanitaria y de promoción de la salud a nivel internacional. Esto incluye el examen de tópicos diversos de cómo los procesos geográficos, como la dinámica del mercado laboral local, la segregación urbana, los recursos del vecindario, el capital y las redes sociales, la calidad y la seguridad de la vivienda y de los barrios se constituyen

en determinantes en la influencia de la salud y el bienestar de los individuos expuestos a diferentes desigualdades estructurales y sociales (31). Esto implicó un giro de la anterior geografía médica, de corte positivista, a una subdisciplina social más vinculadas a las teorías sociales incluyendo tradiciones de pensamiento como la economía política o el constructivismo social, y una renovación de conceptos que incluyen un giro paradigmático “posthumano” en el que el lugar se concibe como un ensamblaje y los cuerpos humanos y no humanos que lo componen se entienden como fenómenos interconectados, materiales, abiertos, activos y actuados. Este giro ha hecho que se preste cada vez más atención a aspectos como las cualidades sensoriales, atmosféricas y afectivas de la salud y el lugar, todo ello dentro de un objetivo más amplio de pensar en cómo surge y tiene lugar (32). Aquí solo ofrecemos una instantánea de su evolución reciente.

Este apartado explora algunas de las formas en que los geógrafos de la salud han debatido, impugnado y adaptado ideas y conceptos extraídos de los debates contemporáneos sobre el posthumanismo. Por geografías posthumanas se entienden algunos desarrollos actuales de la filosofía, las ciencias de la vida y la biotecnología, que diluyen las distinciones binarias entre naturaleza y cultura, sujeto y objeto, en que los individuos están inmersos. Con ello se enriquece la comprensión de la complejidad e interconectividad de la vida. Algunas de sus fuentes son la filosofía de Deleuze y Spinoza, y perspectivas feministas. Vinculado a la geografía de la salud, su propósito es pensar el significado y la experiencia de la salud y la enfermedad, socavando las formas establecidas de investigar las interacciones entre la persona y el lugar, incluyendo los determinantes sociales de la salud, e incluso la forma en que debe conceptualizarse e investigarse la propia noción de salud (33). Una idea central es el rechazo al supuesto humanista de un sujeto autónomo, pre-cultural, sustituyéndola por un ensamblaje, red o campo de asociaciones y encuentros humanos y no humanos. En salud, y dentro de la geografía de la salud (34) la recepción de la teoría del actor-red y los escritos de Bruno Latour han sido muy considerados como lo han sido las críticas feministas a la ciencia y la tecnología de Haraway (35), y Grosz (36), y otras autoras como Braidotti en la de las relaciones humanas, la diferencia sexual, las relaciones de poder, el conocimiento, etc., en la medida que vinculan estos elementos co-constituidos en redes y asociaciones que vinculan los cuerpos

humanos y no humanos en conjuntos relacionales que establecen relaciones de fuerzas en un espacio, donde el sujeto humano ya no es el centro de los discursos sobre el cambio social, el desarrollo tecnológico, el progreso y la política. Este cambio es de gran trascendencia, porque pone en un mismo nivel a todas las “fuerzas” en la evolución tecnológica, social y política. Estas críticas a la subjetivación han influido en trabajos innovadores en geografía de la salud, lo que ha dado lugar a estudios detallados sobre el papel de los afectos, los espacios, los acontecimientos, objetos y relaciones en la experiencia vivida de la salud y la enfermedad (37). Al centrarse en los aspectos más allá de lo humanos de la vida relacional, el posthumanismo hace de la vida, la subjetividad y la identidad humanas una función entre otras de diversas fuerzas “moleculares” o “prepersonales”, en lugar de su causa u origen. En este nuevo paradigma ya no existiría un sujeto fuera de sus contextos sociales, afectivos y materiales. Por lo tanto, ya no podría entenderse un sujeto naturalmente sano, defendido por una coraza de protección propia de un cuerpo como el construido por la inmunología y la biología moderna que dio origen a una medicina soñada como una panacea tecnocientífica destinada a eliminar el mal-enfermedad. De nuevo el Covid-19 nos ofrece un ejemplo, incluso más allá de los determinantes sociales de la salud (38), que se suponen tienen un efecto causal en la salud de las poblaciones y de los individuos que las componen, de que no existen mediaciones lineales que expliquen la distribución de la salud y la enfermedad en un territorio o población (39). En lugar de investigar cómo ciertos entornos impiden o permiten la transmisión de enfermedades infecciosas dentro de una población, o cómo dichos entornos promueven o inhiben la adopción de hábitos y prácticas que promueven la salud, la geografía de la salud tras el giro posthumano, ha invocado redes o conjuntos como unidad primaria de análisis (40). Esto ha despertado el interés por la complejidad emergente y dinámica de la salud en su devenir social, afectivo y material. La enfermedad emerge dentro de un ensamblaje de fuerzas humanas y no humanas (41). En otras palabras, es el conjunto, en lugar de cualquier cuerpo individual (humano o no humano) dentro de él, lo que se enferma. Este enfoque amplía la lógica de anteriores intentos de formular una ecología política de la salud (39) al hacer de la ecología (o el conjunto) el centro del análisis (40). Duff explica este desplazamiento acudiendo a su experiencia de trabajar en la recuperación de enfermedades

mentales de los jóvenes (42).

Su enfoque lo hace centrarse en los encuentros sociales, afectivos y materiales dentro de un conjunto de fuerzas, y en las líneas de recuperación que expresan algunos de estos encuentros, más que en la psicopatología individual o la acción de una molécula o un medicamento en particular sobre la enfermedad mental como una propiedad exclusiva de (algunos) cerebros humanos. Esto implica un espacio terapéutico que incluye el apoyo social, afectivo y material de los médicos, los cuidadores, los amigos y la familia, pero también la fuerza de los objetos, factores y entornos no humanos, como la guitarra que ayuda a calmar los sentimientos de ansiedad o el aburrimiento, el banco del parque al sol que ofrece vistas del centro de la ciudad, o el que abre un territorio a nuevos encuentros y oportunidades (42). La recuperación, en este sentido, es una función de un conjunto más amplio de salud, más que una condición de un cuerpo o fuerza dentro del conjunto.

El desafío para los salubristas en esta perspectiva, dada la amplia aceptación de que los contextos sociales, económicos y políticos determinan la salud y la enfermedad, es documentar cuidadosamente las formas y mecanismos en que las fuerzas sociales y económicas distales llegan a mediar en la experiencia vivida de la salud y la enfermedad en entornos específicos (43). Estas líneas de investigación debería señalar nuevas formas de conceptualizar e interrogar el vínculo entre la salud y el territorio, así como nuevas formas de pensar en la experiencia vivida de la salud y la enfermedad, separadas por nuestra experiencia y herencia cartesiana de una medicina que separa radicalmente sujeto y cuerpo, naturaleza y cultura, salud y enfermedad, impidiéndole a la Salud Pública delimitar una identidad que la distinga de la política por un lado y de la biomedicina por el otro.

Es claro, sin embargo, que la salud y la enfermedad son productos sociales complejos, pero no es tan claro que nuestra salud pública esté a la altura de comprender los desafíos que implican tan complejos fenómenos sin la ayuda de otras disciplinas.

CONCLUSIONES

La pandemia de Covid-19 ha permitido hacer visibles un conjunto de fenómenos directamente vinculados al paradigma sanitario de los últimos 40 años, cubiertos bajo el manto de una filosofía económica de tipo neoliberal. La naturaleza de esta nueva forma de capitalismo ha influenciado

cultural y materialmente la vida de una manera desconocida hasta ahora, produciendo desigualdad, enfermedad y malestar social que se ha materializado en nuestro país y en el mundo de una manera elocuente. De la revisión de la literatura, nos interesa destacar que enfocándonos en la noción de “cuerpo poroso” por oposición a la de “cuerpo molecular” que ha hegemonizado el desarrollo de la medicina actual, se abre un espacio para una discusión que nos lleve a comprender los fenómenos y conceptos en salud, en un contexto y sistema de relaciones diferentes con la economía, el territorio, la política y la sociedad:

1.- Enfermedad, salud y economía. Las relaciones de la pobreza y la obesidad es un ejemplo de las relaciones de un cuerpo poroso a las influencias del medioambiente en que se desarrolla y trabaja. La obesidad en los países centrales (EEUU) como en Chile es reconocida como un problema creciente y severo. Los estudios conocidos evidencian que las minorías étnicas y sociales y las poblaciones que tiene bajos ingresos, menores rangos de educación o altas tasas de pobreza presentan una alta tasa de prevalencia de sobrepeso y obesidad. Los análisis basados en economía y conductas, de patrones de consumo y hábitos de alimentación sugieren que la obesidad es el producto complejo de procesos simultáneos en el campo económico, tecnológico, biológico, social y económico. En suma, que es un fenómeno estructural que no puede ser separado o tratado como un problema individual, o como una elección subjetiva de querer vivir sano. Particularmente, la obesidad infantil debe llamar la atención de las políticas públicas y sanitarias. Si bien, esta población puede permanecer relativamente saludable por años, las consecuencias físicas y psicológicas ulteriores son muy importantes como lo revela el gasto en salud, la reproducción de la pobreza y el aislamiento social en que viven los sujetos obesos, profundizando un ciclo de vida que lleva a la marginación y a la desigualdad social.

2.- Sindemias y violencia estructural. El concepto de sindemia como una fusión conceptual profundiza las relaciones económicas del cuerpo con la salud y enfermedad, extendiéndolo al territorio y las poblaciones. Refuerza la aseveración de que “el hombre en sociedad no es un ente abstracto: nace, se desarrolla, vive, trabaja, se reproduce, enferma y muere, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea, cuyas diferentes modalidades originan modos de reaccionar diversos, frente a los

agentes productores de enfermedades. Esta condición-ambiente está determinada por el salario, alimentación, vivienda, vestuario, cultura y demás factores concretos y actuantes”, consideraciones avaladas por la biología y la epigenética del siglo XXI. Estas evidencias deben orientar el análisis y las formas de enfrentar nuestros problemas médicos, desplazando de su centro al “cuerpo molecular” y las referencias casi exclusivas al financiamiento y efectividad de los sistemas hospitalarios, para promover una comprensión mayor de un “cuerpo poroso”, que interactúa con un medio de forma activa y bi-direccionalmente, como lo revela la biología misma y los sofisticados estudios en desigualdad desde el Informe Black en adelante.

El aspecto que reconoce la pandemia de Covid-19, ha puesto de manifiesto la importancia de las condiciones socioambientales/demográficas locales y de las configuraciones de la enfermedad en la creación de diferentes expresiones sindrómicas locales; las graves deficiencias de la inversión mundial en atención sanitaria; y cómo la naturaleza sindémica de la pandemia revela la creciente tasa de enfermedades no transmisibles y su potencial de interacción con las enfermedades infecciosas actuales y futuras, pero también es reveladora de la violencia estructural que se refiere a las formas, a menudo ocultas, en que las estructuras de desigualdad, como la pobreza, el racismo y la discriminación, repercuten negativamente en la vida y el bienestar de las poblaciones afectadas. De hecho, la violencia estructural impulsa las sindemias y es fundamental para comprender la naturaleza sindémica del COVID-19.

3.- La salud y la enfermedad, productos sociales. Hemos sostenido que desde la biología, la inmunología y la epigenética del siglo XXI, han surgido visiones transformadoras de que “los cuerpos humanos son porosos y plásticos, sensibles y permeables, con gradientes desiguales de plasticidad y resistencia de género, etnia, geografía y, por lo tanto, responden diferentemente a las influencias del medio: las toxinas, los alimentos, el estrés, el estatuto socio-económico se “internalizan” en los cuerpos contemporáneos”, y determinan condiciones de salud y enfermedad. Las causas y mecanismos que explican estos fenómenos se desplazan desde el “cuerpo molecular”, hegemónico en la medicina actual, a la de un “cuerpo poroso”, que da sustento a una medicina social o si se prefiere a una salud de las poblaciones. Este giro epistemológico permite reforzar el concepto de desigualdades sociales de la salud y enfermedad. A

diferencia de las concepciones etiológicas ontológicas de la enfermedad propias de la biomedicina del cuerpo molecular, las desigualdades sociales del salud y enfermedad no se revelan como entidades naturales sino que profundamente sociales. Desde los estudios pioneros en Salud Pública de E. Chadwick en Inglaterra y Villerme en Francia, se desarrolla toda una tradición de investigación sobre los efectos de las condiciones socio-económicas sobre el cuerpo individual y colectivo que prosiguen en la actualidad, y que demuestran con evidencia científica, que la “expresión” social de la salud/enfermedad, se refleja como una gradiente social, donde la salud de los cuerpos individuales se inscribe diferencialmente según la posición más alta o baja que ocupen en la escala social al interior de diferencias étnicas, territoriales, de sexo y de género. Estas múltiples desigualdades, propias de una realidad social compleja, se registran en torno al concepto de interseccionalidad, y ha requerido desarrollar herramientas de investigación cualitativas y cuantitativas sofisticadas con el apoyo de diferentes dominios de estudios para captar las múltiples facetas de la identidad y la estructura social, en particular los asociados a experiencias de exclusión o subordinación, ampliando las posibilidades de la Salud Pública para estudiar problemas que están en la frontera de lo médico y lo social. Las políticas públicas y sanitarias que se desprendan de estas investigaciones deberán considerar la “porosidad” del cuerpo para corregir paulatinamente las desigualdades sociales ante la salud y la enfermedad, enfatizando la “causas” de las causas de los fenómenos particulares de la salud/enfermedades individuales

Finalmente, quisiéramos resaltar en esta revisión el vínculo que se teje entre la política de la protección social y el bienestar de una población. Las desigualdades sociales ante la salud/enfermedad nos sitúa ante un problema ético y de justicia que en nuestra realidad aparecen separados, en circunstancia de que el “cuerpo poroso” concreto se revela como el punto de convergencia de las distintas fuerzas (económicas, políticas, culturales) que afectan su integridad, salud y enfermedad. La Salud Pública debe contribuir a comprender la dinámica estructural de los procesos, --más que al resultado individual de enfermedad-- resultante de las interacciones del individuo con su medio, que si bien es muy relevante, conduce a no considerar la salud/enfermedad como productos sociales complejos que requieren políticas sanitarias integradas a las políticas generales de bienestar social.

En un momento histórico de nuestro país, profundizar y situar esta discusión que está en el centro del malestar social de las poblaciones y territorios, contribuiría a profundizar la cohesión social, la justicia y la democracia, porque incide directamente en las condiciones materiales y subjetivas de todos los individuos que lo habitan.

REFERENCIAS

1. Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, 17(4), 423-441.
2. Lolas Stepke, F. (2020). Perspectivas bioéticas en un mundo en sindemia. *Acta bioethica*, 26(1), 7-8.
3. Las relaciones de poder (83, 84)(Foucault, Fassin),
4. Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. FeniXX.
5. Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.
6. Rose, N. (2009). *The politics of life itself*. Princeton University Press.
7. Grmek, M. D. (1995). Declin et émergence des maladies. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2, 09-31.
8. Singer, M., & Rylko-Bauer, B. (2021). The Syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropological Research*, 1(1), 7-32.
9. Rylko-Bauer, B., & Farmer, P. (2016). Structural violence, poverty, and social suffering. *The Oxford handbook of the social science of poverty*, 47-74.
10. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), 964-968.
11. Mena, G. E., Martínez, P. P., Mahmud, A. S., Marquet, P. A., Buckee, C. O., & Santillana, M. (2021). Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile. *Science*, 372(6545).
12. Darrason, M. (2013). Unifying diseases from a genetic point of view: the example of the genetic theory of infectious diseases. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34(4), 327-344.
13. Workneh, M. H., Bjune, G. A., & Yimer, S. A. (2016). Diabetes mellitus is associated with increased mortality during tuberculosis treatment: a prospective cohort study among tuberculosis patients in South-Eastern Amhara Region, Ethiopia. *Infectious diseases of poverty*, 5(1), 1-10.
14. Baker, M. A., Harries, A. D., Jeon, C. Y., Hart, J. E., Kapur, A., Lönnroth, K., ... & Murray, M. B. (2011). The impact of diabetes on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review. *BMC medicine*, 9(1), 1-15.
15. Singer, M., & Rylko-Bauer, B. (2021). The Syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. *Open Anthropological Research*, 1(1), 7-32
16. Tsai, A. C., Mendenhall, E., Trostle, J. A., & Kawachi, I. (2017). Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. *The Lancet*, 389(10072), 978-982.
17. Darrason, M. (2014). *Y a-t-il une théorie génétique de la maladie?* (Doctoral dissertation, Paris 1).
18. Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes. *Public health reports*, 129(1_suppl2), 19-31.
19. Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950.
20. Ahmad, K., Erqou, S., Shah, N., Nazir, U., Morrison, A. R., Choudhary, G., & Wu, W. C. (2020). Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties. *PloS one*, 15(11), e0241327
21. Team, V., & Manderson, L. (2020). How COVID-19 reveals structures of vulnerability. *Medical Anthropology*, 39(8), 671-674.
22. El-Mohandes, A., Ratzan, S. C., Rauh, L., Ngo, V., Rabin, K., Kimball, S., ... & Freudenberg, N. (2020). COVID-19: a barometer for social justice in New York City.
23. Masri, L. (2020). COVID-19 takes unequal toll on immigrants in Nordic region. Citado en Singer, M. & Rylko-Bauer, B. (2021). *The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis*. *Open Anthropological Research*, 1(1), 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>
24. Leicester, J. (2020). In France, Study Shows Virus Hit African Immigrants Hardest.

- AP News, 7. Citado en Singer, M. & Rylko-Bauer, B. (2021). The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis: . *Open Anthropological Research*, 1(1), 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>
25. Horton, J. (2020). Coronavirus: What are the numbers out of Latin America. Reino Unido: BBC News. Citado en Singer, M. & Rylko-Bauer, B. (2021). The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis: . *Open Anthropological Research*, 1(1), 7-32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>
 26. Fuentes, A. (2020). A (Bio) anthropological view of the COVID-19 Era midstream: Beyond the infection. *Anthropology Now*, 12(1), 24-32.
 27. Forsdahl, A. (1977). Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 31(2), 91-95.
 28. Forsdahl, A. (1978). Living conditions in childhood and subsequent development of risk factors for arteriosclerotic heart disease. The cardiovascular survey in Finnmark 1974-75. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32(1), 34-37.
 29. Panchenko, P. E., Lemaire, M., Fneich, S., Voisin, S., Jouin, M., Junien, C., & Gabory, A. (2015). Epigénétique et Nutrition: impacts de l'alimentation maternelle sur le développement placentaire et la santé de la descendance. *Biologie Aujourd'hui*, 209(2), 175-187.
 30. Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (Eds.). (1994). Why are some people healthy and others not?: The determinants of the health of populations. Transaction Publishers.
 31. Giesbrecht, M. D., Crooks, V. A., & Stajduhar, K. I. (2014). Examining the language-place-healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing. *Nursing Inquiry*, 21(1), 79-90.
 32. Andrews, G. J., & Duff, C. (2019). Matter beginning to matter: On posthumanist understandings of the vital emergence of health. *Social Science & Medicine*, 226, 123-134.
 33. Andrews, G. J., Chen, S., & Myers, S. (2014). The 'taking place' of health and wellbeing: Towards non-representational theory. *Social Science & Medicine*, 108, 210-222.
 34. Greenhough, B. (2014). More-than-human Geographies. *The Sage Handbook of Human Geography*, Sage: London, 94-119.
 35. Haraway, D. (1991). An ironic dream of a common language for women in the integrated circuit. *Philosophy of Technology*. Blackwell Publishing Ltd.
 36. Grosz, E. (2020). *Volatile bodies: Toward a corporeal feminism*. Routledge.
 37. Apostolidou, S., & Sturm, J. (2016). Weighing posthumanism: Fatness and contested humanity. *Social Inclusion*, 4(4), 150-159.
 38. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The lancet*, 372(9650), 1661-1669.
 39. King, B. (2010). Political ecologies of health. *Progress in Human Geography*, 34(1), 38-55.
 40. Atkinson, S., & Scott, K. (2015). Stable and destabilised states of subjective well-being: dance and movement as catalysts of transition. *Social & cultural geography*, 16(1), 75-94
 41. Duff, C. (2014). *Assemblages of health: Deleuze's empiricism and the ethology of life*. Springer.
 42. Duff, C. (2016). Atmospheres of recovery: Assemblages of health. *Environment and Planning A*, 48(1), 58-74.

