



ESPACIO ABIERTO

Cuaderno Venezolano de Sociología



En foco: Temas de Sociología de la Salud
en tiempos de pandemia

Volumen 30
Nº 2
Abril-Junio
2021

2

Auspiciada por la Internacional Sociological Association (ISA)
La asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS)
y la Asociación de Sociología (AVS)



**ESPACIO
ABIERTO**

Cuaderno Venezolano de Sociología

Volumen 30 N° 2 (abril - junio) 2021, pp. 10-23

ISSN 1315-0006. Depósito legal pp 199202zu44

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4965784>

Epidemiología, Ciencias Sociales y Sindemia

Adriana Murguía Lores

Resumen

Después de los primeros meses de la pandemia, se empezaron a generar datos y reflexiones que constatan que las condiciones sociales inequitativas se convierten en riesgos diferenciados en relación con la posibilidad de enfermar y morir de COVID-19. La emergencia sanitaria ha profundizado la relación entre inequidades en salud y condiciones sociales adversas de la que existe evidencia desde el siglo XIX. Esta reflexión recorre las formas en que el problema de la relación entre las inequidades sociales y los riesgos para la salud ha sido abordado por la epidemiología y la epidemiología social, poniendo énfasis en los cruces disciplinarios entre esta última y las ciencias sociales, ilustrando cómo se han abordado los fenómenos producidos por la pandemia. Finalmente, bosqueja la propuesta de considerar la situación que enfrentamos actualmente como una sindemia y argumenta que la teoría de las causas sociales como causas fundamentales posibilita el análisis empírico de uno de los muchos niveles involucrados en los fenómenos observados durante la pandemia.

Palabras clave: Pandemia; epidemiología social; ciencias sociales; sindemia; causas fundamentales

Universidad Nacional Autónoma de México

E-mail: amurguia@politicass.unam.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7317-4077>

Recibido: 13/01/2021 Aceptado: 09/03/2021

Epidemiology, Social Sciences and Syndemic

Abstract

After the first months of the pandemic, data and reflections concerning the relation between unequal social conditions and higher risks of contracting and dying from COVID-19 emerged. The sanitary emergence has deepened the positive relation between health inequalities and adverse social conditions that has been documented since the nineteenth century. This reflection traverses the ways in which this problem has been addressed by epidemiology and social epidemiology, emphasizing the disciplinary intersections between the latter and the social sciences, illustrating how the phenomena produced by the pandemic have been addressed by these theoretical frameworks. It also addresses the consideration of the current situation as a syndemic, and the theory of fundamental causes as a conceptual framework that enables the empirical analysis of one of the many levels involved in the observed phenomena.

Keywords: Pandemic; social epidemiology; social sciences; syndemics; fundamental causes

Introducción

Desde el siglo XIX la evidencia empírica sobre la relación entre la distribución de la salud/enfermedad de las poblaciones y sus condiciones sociales se ha incrementado constantemente. Dicha asociación se mantiene a pesar de los cambios epidemiológicos, así como del importante incremento de la esperanza de vida registrado en muy diferentes contextos debido, entre otros desarrollos, a los logros de la medicina. Estos fenómenos manifiestan que los factores sociales adquieren un lugar cada vez más importante en la explicación de los patrones de salud/enfermedad: en la medida en que la posibilidad de intervenir médicamente los procesos se incrementa, la importancia de los factores sociales se profundiza, porque no es la posibilidad de dicha intervención la que explica las diferencias en la salud de las poblaciones.

La emergencia sanitaria que enfrentamos actualmente es una clara muestra de este hecho. Durante los últimos meses se han producido una gran cantidad de datos y reflexiones que constatan que, a lo largo y ancho del mundo, los riesgos de enfermar y morir por COVID-19 están estrechamente vinculados con las condiciones sociales de las personas. La relación entre las inequidades socioeconómicas, laborales, étnicas, entre regiones dentro de un país y entre países y la evolución los procesos de salud/enfermedad relacionados con la emergencia sanitaria se ha mostrado inequívocamente¹

1 Una búsqueda en Science Direct y Redalyc con las palabras inequidades sociales- COVID arrojó el 22 de abril de 2021 3,887 y 3,384 resultados respectivamente.

La evidencia de esta realidad secular no ha producido uniformidad en las formas de encararla, ni epistémica ni prácticamente. En el complejo campo constituido por la epidemiología, la medicina social y la salud pública, en el que participan actores de ámbitos igualmente diversos –académicos, de los sistemas de salud, de organizaciones internacionales– no se comparten los supuestos ontológicos y epistémicos que sustentan la producción de conocimiento, y, por tanto, se sostienen concepciones diversas sobre las intervenciones adecuadas para enfrentar los problemas derivados de la relación positiva entre la desigualdad social y las inequidades en la salud.

El objetivo de este texto es bosquejar la evolución que se ha producido en las formas de abordar la relación entre las condiciones sociales y la salud, desde las reflexiones/ acciones pioneras, hasta la propuesta de considerar los fenómenos que estamos enfrentando actualmente como una *sindemia*. Explicito los principios de los que parte esta formulación, y argumento que la teoría de las causas sociales como causas fundamentales de la enfermedad aporta elementos conceptuales para la investigar fenómenos que hemos observado durante la pandemia.

Se trata, por tanto, de un recorrido conceptual en el que se ponen de manifiesto los cruces entre la epidemiología y las ciencias sociales, particularmente entre la antropología y la sociología.

Condiciones sociales y enfermedad. Del higienismo a la epidemiología de los factores de riesgo

En 1790 el médico austriaco Johann Frank dictó en la Universidad de Pavía la conferencia en la que se vincularon por primera la pobreza y la inequidad social con las enfermedades. Frank publicó entre las décadas de 1779 y 1819 seis tomos de *Un sistema completo para una policía médica*, considerado el primer tratado de higiene pública, en el que combinó su conocimiento médico –fundamentado en la centralidad que otorgaba la doctrina miasmática a la influencia del medioambiente en la etiología de las enfermedades– con las condiciones de vida, el trabajo y la sanidad de los lugares públicos. Este estilo de pensamiento se extendió en Europa durante la primera mitad del siglo XIX, y sus diversas dimensiones han sido ampliamente documentadas:

El higienismo de mediados del siglo XIX se ha estudiado e interpretado poniendo el acento en aspectos bien distintos: su origen y vinculación con el ambientalismo y la preocupación por el entorno geoclimático de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX; su evolución posterior hacia el reconocimiento de la influencia de las condiciones sociales del medio en la desigual incidencia de la enfermedad; su labor de atemperamiento de las disfunciones del primer capitalismo industrial y su efecto económico positivo en la productividad en general y en la vida laboral de los trabajadores; su influencia indirecta en la constitución de los derechos civiles y en la mayor implicación del Estado en materia de salud pública y legislación; o su papel como instrumento moralizador y disciplinador de la mano de obra en favor de la estabilidad del orden social establecido. (Ramos Gorostiza, 2014, p. 13)

Estos elementos, complementarios algunos, y en tensión otros, se conjugaron en un movimiento que paulatinamente sentó las bases técnicas de la epidemiología –mediante la recolección de datos sobre la morfología de la sociedad, de eventos vitales y su tratamiento

matemático– y normativas de la salud pública, y, en ambas, las condiciones sociales ocuparon un lugar central.

Sin embargo, la transformación que supuso la teoría microbiana en la concepción de las enfermedades y su etiología produjo un viraje, entre finales del siglo XIX y principios del XX, hacia la búsqueda de agentes patógenos “socialmente neutros” (Laza Vásquez, 2006), una transformación que estableció las condiciones para que se privilegiara el modelo de causalidad (un agente patógeno específico como causa de una enfermedad) que guio durante la primera mitad del siglo pasado tanto la producción de conocimiento, como los objetivos de la práctica clínica, volcada a la curación de individuos enfermos.

Estos cambios coincidieron con la cristalización de la comprensión contemporánea de las enfermedades como entidades específicas que existen con independencia de cómo se manifiesten en casos particulares. Dicha revolución de la especificidad, como la denomina Charles Rosenberg (Rosenberg, 2002), se produjo mediante la articulación de conocimientos de anatomía patológica, de patología química, fisiológicos, y se afianzó con el desarrollo de tecnologías que posibilitan la producción de imágenes, mediciones y otros signos del cuerpo a niveles cada vez más penetrantes, desde los sonidos captados por un estetoscopio decimonónico, hasta las pruebas genéticas disponibles hoy. Es esta comprensión la que conduce hasta hoy la categorización y clasificación médicas, la práctica clínica, las políticas de salud y la epidemiología, como se ha constatado a lo largo de la pandemia.

La conceptualización de las enfermedades como entidades específicas, independientes de las personas que enferman y de los contextos en los que se desarrollan encuentra su expresión más acabada en la noción de la *historia natural de las enfermedades*, es decir, su consideración como entes que poseen cualidades intrínsecas que se despliegan durante su evolución. (Viniestra, 2008)

La forma en que estos supuestos epistémicos han guiado todos los niveles de producción de conocimiento e intervención durante la emergencia que estamos enfrentando es muy evidente: desde el análisis de la etiología de la COVID-19; las políticas adoptadas para romper las cadenas de contagio e inclusive, la forma en que se insiste en que las personas con comorbilidades -es decir, que padecen dos o más enfermedades así concebidas- enfrentan mayores riesgos de enfermar gravemente o morir.

Como afirma Leonard Syme, médico, antropólogo/sociólogo cuyo trabajo contribuyó a la fundación de la epidemiología social, esta forma de abordar la enfermedad resulta central para diagnosticar y tratar a los individuos, pero no para prevenir la enfermedad de las poblaciones (Syme, 2014:IX). Sin embargo, esta concepción fue la que se adoptó en la epidemiología una vez que se estableció la teoría microbiana, lo que se tradujo en la creciente individualización/biologización de la disciplina.

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la carga ascendente de las enfermedades no transmisibles (ENT) dio lugar a otro giro de la epidemiología, la salud pública y la práctica clínica. La etiología de dichas dolencias se caracteriza por su complejidad: su causalidad es múltiple; las causas, además, no son ni necesarias ni suficientes, y el desarrollo de estos padecimientos no se acota temporalmente a episodios claramente diferenciables de enfermedad.

El modelo epidemiológico que se ha convertido en el dominante para abordar estas características de las ENT es la epidemiología de los factores de riesgo. El término se acuñó

en Estados Unidos a principios de la década de los sesenta y se refiere a características o exposiciones que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. La identificación de asociaciones entre dichos factores y resultados en salud es el objetivo de la mayoría de los estudios de epidemiología analítica y experimental que se desarrollan hoy en día.

Las críticas que la epidemiología de los factores de riesgo ha generado son múltiples. A nivel ontológico se han dirigido a la falta de claridad respecto del estatuto causal de las asociaciones establecidas. En términos de conocimiento, se subraya la ausencia de teorías que expliquen las observaciones. Los defensores de este programa reconocen que *“un problema genuino de la epidemiología de los factores de riesgo es la sobre interpretación de las asociaciones observadas como causales... es un error imponer esa carga explicativa a reportes de investigación empírica”* (Greenland, Gago-Domínguez y Castela, 2004, p. 529). Sin embargo, afirman que dichas observaciones aportan datos que permiten formular hipótesis y testear teorías, es decir, proveen bases para avanzar hacia las explicaciones.

En el seno de la epidemiología de los factores de riesgo, la discusión sobre los límites de sus hallazgos ha conducido a dos posturas. La primera reivindica la epidemiología de las cajas negras, que se limita al análisis estadístico de asociaciones. Una segunda postura sostiene que la inferencia causal en epidemiología implica descubrir mecanismos, y que estos constituyen la vía para establecer hipótesis plausibles (Broadbent, 2011).

La epidemiología de las cajas negras es respaldada por sus defensores –además de la afirmación de su carácter exclusivamente descriptivo– con un fuerte argumento pragmático: si existe evidencia robusta sobre una asociación entre un factor de riesgo y efectos negativos para la salud, intervenir sobre su ocurrencia se justifica aunque no se comprendan los mecanismos involucrados (Broadbent, 2011). En el curso de la pandemia, la adopción de estrategias derivadas de este argumento ha resultado clara: ante la evidencia de que la enfermedad de COVID-19 afecta más gravemente a poblaciones con ciertas condiciones previas, se han diseñado acciones muy diversas para enfrentar este hecho, aunque la explicación de los mecanismos biológicos involucrados esté apenas produciéndose.

Además de los problemas epistémicos, la epidemiología de los factores de riesgo ha tenido consecuencias prácticas no previstas: al no tener una relación necesaria con las enfermedades sino con su posibilidad, el ubicuo discurso sobre los riesgos para la salud ha ampliado el campo de acción y visibilidad de la medicina con el fin de prevenirlas. Si bien el modelo curativo sigue siendo el dominante, la medicina de la vigilancia –como la denomina David Armstrong– ha adquirido una importancia cada vez mayor. En esta la distinción binaria entre salud y enfermedad es sustituida por una multitud de límites borrosos; por una amplia diversidad de riesgos producto de condiciones y comportamientos de muy diversa índole –prácticas alimentarias, sexuales, de actividad física, características físicas, etarias, étnicas, sexuales– sobre las que se interviene de distinta manera: desde la modificación de conductas cotidianas por parte de la población en general, hasta el monitoreo (mediante chequeos y análisis o la administración de fármacos) por parte los profesionales. Siendo así, la medicina de la vigilancia ha ampliado su objeto más allá de los individuos enfermos para alcanzar a la población en su conjunto, lo que ha tenido importantes consecuencias medicalizadoras para las sociedades contemporáneas (Armstrong, 1995) y en el contexto actual su profundización y ampliación han resultado muy evidentes.

En la salud pública se distingue entre la vigilancia de la enfermedad y la de los individuos (número de casos posibles, confirmados, hospitalizaciones, defunciones). Sin

embargo, durante la pandemia la vigilancia de individuos y grupos ha sido constante, ha adquirido formas inéditas y ha abarcado la formación de las subjetividades, las prácticas de la vida cotidiana, las instituciones e inclusive las relaciones internacionales (French y Monahan, 2020). Hemos asistido a un proceso que ha involucrado la imposición estatal de medidas que en algunos casos han adquirido tintes autoritarios, y la simultánea autovigilancia constante de los individuos mismos, posibilitada, entre muchas otras medidas, por el acceso cotidiano a signos del cuerpo como la temperatura y la saturación de oxígeno en la sangre.

Estos procesos confirman, además de la profundización de la medicina de la vigilancia, las particularidades que ha adquirido la biopolítica contemporánea. Como afirma Nikolas Rose, una característica importante de esta última es que se han “*acentuado las obligaciones que los individuos y las familias tienen en el monitoreo y manejo de su propia salud. Cada ciudadano ahora debe convertirse en un socio activo en la búsqueda de la salud, aceptando su responsabilidad en el aseguramiento su propio bienestar*” (Rose, 2001:6).

La medicina de la vigilancia y la biopolítica del riesgo se fundamentan en concepciones individualistas y biologicistas de los procesos que estamos enfrentando, y aunque la investigación y las acciones conducidas bajo estos principios tienen un valor epistémico y práctico innegable, la epidemiología que se mantiene, en palabras de A. McMichael “prisionera de lo próximo” -es decir, que no atiende a los contextos sociales y medioambientales en los que se producen los fenómenos-, no solo no es capaz de aprehender los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones, sino que puede fundamentar programas que tengan como resultado la profundización de las inequidades (McMichael, 1999) Estas preocupaciones estuvieron en el nacimiento de la epidemiología social.

La epidemiología social

La práctica desaparición de las condiciones sociales como causa de las enfermedades en la epidemiología dominante condujo a que, desde diferentes ámbitos –de las ciencias sociales, de la epidemiología misma, de la medicina social–, se hayan producido desde hace ya más de medio siglo propuestas para su reincorporación. Esta inclusión dio lugar a la emergencia y consolidación de la epidemiología social, al interior de la que se han desarrollado programas de investigación que se pueden agrupar en tres conjuntos: 1) el psicosocial 2) el de la producción social de la enfermedad y/o economía política de la salud, y 3) el eco-epidemiológico (Krieger, 2001)

La teoría psicosocial

La primera propuesta de un programa de investigación epidemiológico para el abordaje de la relación causal entre la salud/enfermedad y las condiciones sociales fue la teoría psicosocial. En 1964 John Cassel sostenía que la epidemiología debía rebasar el modelo que había sido tan exitoso para explicar la etiología de las enfermedades infecciosas en la búsqueda de las causas de los emergentes problemas de salud, y afirmaba que la teoría social constituía una fuente para la formulación de hipótesis epidemiológicas, así como que

una tarea urgente, que requiere el esfuerzo conjunto de científicos sociales y de la salud es el desarrollo de un esquema conceptual que, al indicar los procesos

sociales y culturales con potencial relevancia para la salud, provea guías sobre las características que deben seleccionarse para el estudio, así como para la interpretación de las asociaciones descubiertas. (Cassel, 1964, p. 1484)

La experiencia de Cassel en la práctica de la medicina familiar en Sudáfrica lo condujo a investigar los rápidos cambios producidos por la urbanización y la industrialización –fuentes de desorganización social, marginación y aislamiento– que al actuar como estresores minan la resistencia de los individuos a las enfermedades, y a considerar la calidad de relaciones sociales como protectoras o debilitadoras de la salud. En ese sentido el autor afirmaba que “solo excepcionalmente” a lo largo de historia las enfermedades se han prevenido tratando a los individuos enfermos, y que la solución se encuentra en la transformación de las condiciones medio ambientales en las que viven (Cassel, 1976: 121)

Las actualizaciones de este programa se desarrollan alrededor del concepto de *carga alostática*, que refiere al costo psicológico que tiene para los individuos la exposición crónica a respuestas neuronales y neuroendocrinas a experiencias cotidianas y/o eventos vitales desafiantes. Una revisión reciente de las investigaciones producidas sobre este fenómeno concluye que los estudios llevados a cabo en diferentes contextos muestran que el bajo estatus socioeconómico, la baja escolaridad, la discriminación y el estrés relacionado con el trabajo resultan en una mayor carga alostática (Guidi et. al, 2021)

Este programa de investigación se caracteriza por el análisis de los mecanismos biológicos que median entre las experiencias sociales desfavorables y malos resultados en salud. Respecto a la situación actual, por ejemplo, se han destacado la sobrecarga y el estrés que pueden producir el aislamiento y la inactividad física que acompañan al confinamiento, y se enfatizan los beneficios del ejercicio y la alimentación como factores que aumentan la resiliencia del organismo frente medioambientes sociales adversos producto de la pandemia (Eöry et. al. 2021).

Dado que el problema de investigación primordial de este programa lo constituyen las respuestas biopsicológicas a las condiciones del medioambiente social, no se tematizan los procesos que dan lugar a las estructuras que están en el origen de los fenómenos. Este problema, en cambio, está en el centro de la investigación sobre la producción social de la enfermedad.

La producción social de la enfermedad y los determinantes sociales de la salud

En América Latina, las condiciones políticas e intelectuales de las décadas de los sesenta y setenta sentaron las condiciones para el surgimiento de la epidemiología crítica, respaldada teóricamente por la fuerte influencia del marxismo en las universidades públicas. Este programa propuso el análisis tanto de los presupuestos y concepciones ontológicos y epistémicos de la epidemiología, como la crítica de las limitaciones de las instituciones de salud y de la práctica clínica, en la medida en que la reconceptualización de los procesos de salud/enfermedad conduce a evidenciar los límites de las prácticas y políticas imperantes. Como afirma Asa Cristina Laurell, en este periodo se debatió la naturaleza de la enfermedad, si es que esta es un proceso biológico individual o uno social, pero también la posibilidad de la práctica médica de mejorar la salud de las poblaciones (Laurell, 1991, pp. 7-8)

La epidemiología crítica sostiene una visión totalizadora de la sociedad capitalista,

su extractivismo y las relaciones sociales injustas que la hacen posible. Los determinantes sociales de la salud, por tanto, son una expresión más de este modo de producción: los procesos de salud/enfermedad y las inequidades son expresión de dichas relaciones, y las instituciones, prácticas y políticas de salud tienen los límites que les impone este origen.

En ese sentido, por ejemplo, las medidas tomadas respecto al control de la pandemia de COVID-19 han sido interpretadas desde este marco conceptual como una tríada (cuarentena, neohigienismo y secutirización) basada en la biologización de la enfermedad que se pretende controlar mediante la hiperhigienización, el disciplinamiento, la homogeneización sociales y la identificación de conductas consideradas punibles y/o que amenazan la seguridad sanitaria (Basile, 2020).

El programa sobre los determinantes sociales inició con el Reporte Lalonde de 1974 sobre la salud de los canadienses. En ese texto, que tuvo una influencia internacional muy extensa, se dividieron los determinantes en dos grandes grupos: aquellos cuya responsabilidad recae en diversos sectores públicos (políticos, económicos y sociales), y los que deben ser atendidos directamente por el sector salud. Estos últimos, a su vez, se clasificaron en ambientales, genéticos y biológicos, de estilos de vida y de atención. Sobre esta última, el informe hacía énfasis en que las instituciones del sector debían aumentar sus políticas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, para descargar el costo de las intervenciones curativas y promover una mejor calidad de vida (Villar, 2011) de manera que, aunque generalmente se atribuye al informe Lalonde haber abierto el camino para la responsabilización de los individuos por su salud a la que me referí respecto a la contemporánea biopolítica del riesgo, este sostenía un enfoque multidimensional de los determinantes que enfatizaba los factores sociales (Galvin, 2002).

Desde su postulación inicial, la investigación sobre los determinantes sociales se ha multiplicado, y las posturas teóricas diversificado. A diferencia de la producción latinoamericana, el programa sobre los determinantes no es tan directamente político, tiene una orientación más empírica y metodológica (Krieger et. al. 2010). Una metáfora recurrente en esta literatura es la de los determinantes “río arriba” y “río abajo”:

... Los riesgos que afectan a la salud se refieren como determinantes “río abajo” porque generalmente son moldeados por condiciones societales “río arriba”. Los primeros incluyen el cuidado médico; factores medioambientales como la contaminación del aire y comportamientos relacionados con la salud... La exposición a estos determinantes es influenciada por determinantes sociales “río arriba” ...como la educación, el ingreso y el medioambiente social en los que las personas viven, trabajan, estudian. Estas condiciones contextuales influyen la exposición de las personas a los riesgos medioambientales, sus conductas respecto a la salud, la vulnerabilidad a la enfermedad, el acceso al cuidado y su habilidad para manejar las condiciones (Woolf y Braveman, 2010:1852)

En el contexto actual, los determinantes sociales han resultado en exposiciones diferenciadas a los riesgos que conducen a que las personas con menores recursos tengan mayores posibilidades de infectarse debido a sus malas condiciones de vivienda, trabajo, sanidad. Los determinantes sociales también son causa de una susceptibilidad diferencial que implica riesgos mayores de enfermarse gravemente o morir de COVID-19 debido a malas condiciones previas y al acceso inequitativo a los servicios de salud. Las consecuencias de la pandemia, a pesar de su amplio alcance, también se distribuirán inequitativamente debido a los determinantes sociales. De manera que estos condicionan la exposición y la

susceptibilidad al virus, el acceso a atención médica, y serán causa de que las consecuencias de la pandemia en diferentes ámbitos -de la salud física y emocional, en la ampliación de las brechas económicas y laborales, en la educación – afecten a las poblaciones más vulnerables (Burström y Tao, 2020)

Teoría eco- social y modelos eco-epidemiológicos

Hacia finales del siglo pasado surgió otro programa de investigación en el seno de la epidemiología social que propone la superación del biologicismo e individualismo a través de la inclusión de diversos niveles de organización. Las teorías eco-social y eco-epidemiológica reconocen la causación de múltiples niveles de organización –celular, individual, comunitario, poblacional–, así como la necesidad de desarrollar métodos adecuados (cualitativos y cuantitativos) para investigarlos. Con este propósito afirman la necesidad de evitar tanto la falacia ecológica –consistente en inferir causalidad a nivel individual a partir de comparaciones de nivel poblacional– como la falacia atomística – consistente en inferir causalidad a nivel de la población a partir de comparaciones de nivel individual– y evitar, como suelen hacerlo los modelos multicausales lineales, otorgarle el mismo peso a factores que por sus propiedades deben ponderarse de manera diferenciada: A decir de Nancy Krieger, quien propuso la teoría eco-social en 1994, el objetivo de estos enfoques es comprender cómo se incorporan (literalmente) y se expresan biológicamente las desigualdades sociales.

Otro nivel de análisis particularmente relevante ante la situación que estamos atravesando abordado por la teoría eco-epidemiológica es el de las afectaciones a la salud resultado de la degradación ambiental. Ante la pregunta sobre los procesos que explican el incremento de zoonosis registrado durante las últimas décadas, y en particular sobre la emergencia de SARS-CoV-2

...una respuesta es que circunstancias específicas explican cada brote. La emergencia de SARS-CoV-2, por ejemplo, se debió al consumo de fauna silvestre, o por la localización de múltiples especies en proximidad... esta visión es lógicamente consistente con una concepción biomédica de los determinantes de la salud y la enfermedad, dado que este marco se enfoca en los determinantes “río abajo” de la enfermedad. Una respuesta alternativa es que... las degradaciones ambientales antropogénicas jugaron un papel central.... Es más probable que esta explicación sea favorecida por quienes operan dentro de un marco conceptual ecológico (Kenyon, 2020)

Resulta importante destacar que la teoría eco-social y la eco-epidemiológica no se proponen como sustituto de análisis sociales, sino que se distinguen de las teorías sociales de las que dependen. El objetivo que se plantean no es la formulación de una “gran teoría” que pretenda explicarlo todo, sino el uso crítico de marcos conceptuales que orienten coherentemente la investigación dentro y entre niveles relevantes.

Siguiendo este principio, en lo que sigue expongo dos teorías socio-epidemiológicas propuestas desde la antropología y la sociología que a mi juicio constituyen marcos conceptuales adecuados para abordar uno de los niveles involucrados la emergencia sanitaria global que se ha desarrollado durante los últimos meses.

Las causas sociales como causas fundamentales de la enfermedad y la sindemia

En septiembre del 2020, Richard Horton, editor en jefe de *The Lancet* publicó una editorial titulada *COVID-19 is not a pandemic*. En ese texto Horton argumenta que la crisis sanitaria que está enfrentando el mundo es conceptualizada estrechamente como la expansión de una enfermedad infecciosa y por tanto, las principales intervenciones han estado dirigidas a evitar los contagios y a controlar la propagación del virus; es decir, se ha encardado la emergencia -como se ha hecho durante siglos-, como una plaga. Sin embargo, afirma Horton, como arroja la evidencia de muy diferentes contextos, se están produciendo fenómenos que no pueden caracterizar adecuadamente como una pandemia. Tampoco como la interacción de esta con enfermedades no transmisibles

Dos categorías de enfermedad están interactuando dentro de poblaciones específicas... (SARS-CoV-2) y una variedad de enfermedades no comunicables. Estas condiciones se están agregando en grupos sociales de acuerdo con patrones de inequidad profundamente arraigados en nuestras sociedades. La agregación de estas enfermedades en contextos de disparidad social económica y social exacerba los efectos adversos de cada enfermedad... La consecuencia más importante de concebir COVID-19 como una sindemia es subrayar sus orígenes sociales (Horton, 2020. Subrayado nuestro).

El antropólogo Merrill Singer propuso el término sindemia después de trabajar con poblaciones afectadas por la epidemia de VIH en Estados Unidos precisamente para explicar cómo es que la agregación de enfermedades en contextos de inequidad social exacerba sus efectos adversos. Singer constató el VIH tiene mayor incidencia y consecuencias más graves en poblaciones que enfrentan, además de mala salud preexistente, condiciones sociales excluyentes.

La teoría sindémica integra dos conceptos: la concentración de las enfermedades y su interacción. La primera se refiere a la ocurrencia simultánea de múltiples epidemias como resultado de condiciones políticas, económicas y sociales. La interacción refiere a las maneras en que la superposición de diversas epidemias exacerba malos resultados en salud atribuibles a las condiciones sociales inequitativas (Gravlee, 2020-1-2)

A diferencia de los discursos y acciones relacionados con el mayor riesgo que enfrentan poblaciones con co-morbilidades – a los que subyace la concepción biomédica prevaleciente- los principios la teoría sindémica conducen a considerar cómo las estructuras políticas y económicas producen inequidades de largo aliento que moldean la distribución de los riesgos y los recursos relacionados con la salud. La distribución desigual, a su vez, produce concentraciones que conducen a que epidemias superpuestas tengan efectos sinérgicos debido a las interacciones biológicas y sociales (Gravlee, 2020:2). De manera que la coocurrencia de las epidemias tiene efectos biológicos y sociales de mayor gravedad en poblaciones vulnerables biológica y socialmente.

Así por ejemplo, al reflexionar sobre la interacción sindémica entre la epidemia de diabetes y la de COVID- 19 en México, Merrill introduce consideraciones políticas, sociales y culturales como la urbanización, la gobernanza neoliberal y el sistema alimentario global que crearon las condiciones para la transición nutricional. Esta es causa de la epidemia de diabetes en el país que afecta mayoritariamente a grupos vulnerables que a su vez, están más expuestos -también debido a condiciones sociales- a infectarse de SARS-COV-2 y a que

las consecuencias para su salud y sus condiciones de vida sean mayormente perjudicadas (Singer, 2020). De manera que la sindemia produce circuitos en los que la acción sinérgica de ambas epidemias conduce a peores resultados en las poblaciones más desvalidas.

Las vías a través de las que se producen estos fenómenos son múltiples; implican distintas temporalidades e interacciones biosociales. En el caso particular de la interacción entre la diabetes y la COVID-19, se trata de la interacción de una ENT y una infecciosa; es decir, de padecimientos que se generan y actúan en marcos temporales distintos y requieren atención también muy distinta -vigilancia médica periódica, educación, cambios en la vida cotidiana en el caso de la diabetes- prevención y atención puntuales en el caso de la COVID-19. Siendo así, un acercamiento adecuado requiere un enfoque teórico que permita vincular los diferentes procesos involucrados. Esta posibilidad la ofrece la teoría de las causas fundamentales.

Las causas sociales como causas fundamentales de la enfermedad

La teoría de las causas fundamentales propuesta por Bruce Link y Jo Phelan en 1995 parte del hecho de que el efecto de las inequidades socioeconómicas en la morbilidad y la mortalidad son “ingentes, muy robustas y muy bien documentadas” (Phelan, Link y Tehranifar, 2010, p. S28). Como ya señalé, la evidencia sobre esta relación se ha acumulado desde el siglo XIX hasta nuestros días; abarca distintos momentos históricos y lugares, y se mantiene a pesar de los cambios epidemiológicos y del dramático aumento en la capacidad de intervenir médicamente las enfermedades. Sin embargo, la constatación empírica de este hecho no constituye en sí misma respaldo de la teoría propuesta. Por el contrario, “*es precisamente (esta)... ubicua asociación... lo que la teoría intenta explicar*” (Phelan, Link y Tehranifar, 2010, p. S30).

El supuesto ontológico del que parte la teoría de las causas fundamentales es que la generalidad de la relación positiva entre condiciones sociales adversas y la enfermedad –a pesar de las transformaciones tanto de los riesgos para la salud como de los patrones de morbilidad/mortalidad–, se debe a que a ella subyace un proceso sociológico más profundo (Link y Phelan, 1995).

Una característica central de estas causas es que se relacionan con múltiples resultados de salud de manera dinámica. Es decir, no se postula una relación unívoca entre una causa social y un resultado de salud específico en un momento determinado, sino que sus efectos son perdurables y trasladables a diferentes procesos. En ese sentido, por ejemplo, el nivel educativo no es causa de una dolencia particular: es una causa fundamental que afecta diversos resultados en salud de individuos y/o poblaciones de manera dinámica.

Una de las características esenciales de las causas fundamentales es que involucran el acceso y la utilización flexible de recursos materiales, de poder, de conocimiento y relaciones sociales en la protección de la salud o en la minimización de la enfermedad cuando esta ocurre. Esta concepción tiene la ventaja teórica de introducir la agencia sin reducirla al voluntarismo que subyace a las políticas que individualizan la exposición a factores de riesgo: los agentes toman decisiones respecto de su salud, pero lo hacen con acceso a recursos diferencialmente distribuidos.

Como afirman Link y Phelan, enfocarse en los recursos y su utilización no niega la importancia de las causas antecedentes a su distribución, que se encuentran en las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de la sociedad. Sin embargo,

argumentan que la investigación de los mecanismos que materializan la relación específica entre inequidades sociales y resultados en salud a través del acceso a recursos –materiales, sociales, cognitivos– constituye un problema legítimo de investigación.

Las causas fundamentales muestran cuatro características relevantes:

1. Influyen múltiples resultados salud, es decir, su efecto no se limita a una(s) enfermedades o problemas de salud.
2. Afectan los resultados en salud a través de múltiples factores de riesgo.
3. Involucran el acceso a recursos que se pueden utilizar para prevenir los riesgos o para minimizar las consecuencias de la enfermedad.
4. La asociación entre una causa fundamental y la salud se reproduce en el tiempo a través del reemplazo de los mecanismos intervinientes. (Link y Phelan, 1995)

Posteriores refinamientos de la teoría proponen metamecanismos adicionales a los medios, que se colocan a un nivel distinto del uso intencional de recursos: el *habitus* (estructuras prerreflexivas que disponen a prácticas relacionadas con la salud/enfermedad); *spillovers* (las consecuencias para la salud de la acción de las redes sociales de las que participan los individuos) y la agencia institucional (que implica, más allá del acceso a los servicios de salud, la forma en que estos interactúan con los individuos de manera diferencial, dependiendo de factores como el género, la etnia y la clase) (Freese y Lutfey, 2011).

Respecto a los procesos de investigación, esta propuesta tiene la ventaja de abrir la posibilidad de utilizar tanto datos estadísticos macroestructurales, como de conducir investigaciones cualitativas que indaguen la forma en que son utilizados los recursos en contextos específicos, sin diluir el conocimiento, las decisiones y las acciones que los individuos y/o grupos llevan a cabo en relación con su salud.

Para comprender los fenómenos que estamos experimentando, y de manera igualmente importante, con el fin diseñar políticas efectivas que permitan enfrentar sus consecuencias negativas, el análisis de los recursos a los que tienen acceso los individuos y grupos y las formas en que los movilizan para proteger/restaurar su salud considerando la sinergia de procesos biosociales, se convierte en una vía que permite superar las limitaciones de los marcos individualistas/biologicistas dominantes, y en este empeño las ciencias sociales juegan un papel central.

Referencias

- Ariza V., E. Y., López, C., Martínez, O. y Arias V., S. (2004). Eco-epidemiología: el futuro posible de la epidemiología. **Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública**, 22(1), 139-145. <http://www.redalyc.org/articulo=12022113>
- Armstrong, D. (1995). The Rise of Surveillance Medicine. **Sociology of Health and Illness**, 17(3), 393-404
- Basile, G. (2020) **La tríada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario**. Ediciones GT Salud Internacional y Soberanía Sanitaria. CLACSO.
- Broadbent, A. (2011). Inferring causation in epidemiology: mechanisms, black boxes, and contrasts en P. I. McKay, F. Russo y J. Williamson (Eds.), **Causality in the Sciences**

(45-69). Oxford University Press. DOI:10.1093/acprof:oso/9780199574131.003.0003.

Burström, B. y W. Tao Social determinants of health and inequalities in COVID-19. **The European Journal of Public Health** 30(4), 617-618. DOI: 10.109/eurpoub/ckaa095.

Cassel, J. (1964). Theory as a source of hypothesis in epidemiological research. **American Journal of Public Health**, 54(9), 1482-1488. <https://doi.org/10.2105/ajph.54.9.1482>

_____ (1976) The contribution of the social environment to host resistance, **American Journal of Epidemiology**, 104(2), 107-123.

Eöry, a. Békési, D. Eöry, A, Róesa, S. (2021) Physical Exercise as Resilience Factor to Mitigate COVID_Related Allostatic Overload. **Psychotherapy and Psychosomatic** DOI:10.1159/000514331

Freese, J. y Lutfey, K. (2011). Fundamental causality: Challenges of an animating concept for medical sociology en B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod y A. Rogers (Eds.) **Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing: A Blueprint for the 21st Century** (67-81). Springer. DOI:10.1007/978-1-4419-7261-3-4

Galvin, R. (2002) Disturbing notions of chronic illness and responsibility: towards a genealogy of morals. **Health**, 6(2), 107-137

Gravlee, C. (2020). Systemic racism, chronic health inequities, and COVID-19: A syndemic in the making? **American Journal of Human Biology** DOI: 10.1002/ajhb.23482

Greenland, S. Gago-Domínguez, M y Castelao, J. (2004) The value of risk factor epidemiology. **Epidemiology**, 15(5), 529-535. <https://doi.org/10.1097/01.ede.0000134867.12896.23>

Guide, J. Lucente, J.M. Sonino, M y Fava, G. (2021) Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. **Psychotherapy and Psychosomatic**, 90, 11-27. DOI:10.1159/000510696

Horton, R. (2020) Offline; COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, 396 (10255):874. DOI: 10.1016/S0140-6736(20) 32000-6

Kenyon, C (2020). Emergence of zoonoses such as COVID-19 reveals the need for health sciences to embrace an explicit eco-social conceptual framework of health and disease. **Epidemics**, 33, 100410

Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation. Has anybody seen the spider? *Social Science Medicine*, 39(7), 887-903. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90202-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-x)

_____ (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology** 30: 668-677.

_____. (2002). Glosario de epidemiología social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 11(5-6), 480-490. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/480-490/es>

Laza, C. (2006) La causalidad en epidemiología. **Investigaciones Andinas** <https://digitk.areaandina.edu.co/handle/areandina/312>

Laurell, A. C. (1981). La salud enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, 2(1), 7-25.

Link, B. y Phelan, J (1995) Social conditions as Fundamental Causes of Disease. **Journal of Health and Social Behavior**. Extra Issue, 80-94.

McMichael, A.J. (1999) Prisoners of the Proximate: Loosening the Constraints on Epidemiology in an Age of Change, **American Journal of Epidemiology**, 149(10), 887-897.

Phelan, J. C., Link, B. G. y Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. **Journal of Health and Social Behavior**, 51(Suppl), S28-S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>

Ramos Gorostiza, J. L. (2014). Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. **Revista de Historia Industrial**, 23(55), 11-38. <https://doi.org/10.1344/rhi.v23i55.21072>

Rose, N (2001) The Politics of Life Itself, **Theory, Culture & Society**. 18(6), 1-30.

Rosenberg, Ch. (2002) The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. **The Milkbank Quarterly**. 80(2), 237-260

Singer, M. (2009) **Introduction to Syndemics. A Critical Systems Approach to Public and Community Health**. Jossey-Bass.

_____ (2020) Deadly Companions: COVID-19 and Diabetes in Mexico. **Medical Anthropology**, 39(8). 660-665. <https://doi.org/10.1080.01459740.2020.1805742>.

Syme, L: (2014) Forward to the Second Edition of Social Epidemiology, en L. Berkman, I. Kawachi y M. Maria Glymor (eds). **Social Epidemiology, Second Edition**. Oxford University Press.

Villar, M. (2011) Factores determinantes de la salud: la importancia de la Prevención. **Acta Médica Peruana**, (28) 4 237-241

Viniegra-Velázquez, L. (2008) Historia cultural de la enfermedad. **Revista de Investigación Clínica**. (60)6, 527-544.

Ward, A. (2007). The social epidemiological concept of fundamental cause. **Theoretical Medicine & Bioethics**, 28(6), 465-485. <https://doi.org/10.1007/s11017-007-9053-x>

Wolf. S y Braveman, P. (2011) Where Health Disparities Begin: The Role of Social And Economic Determinants –And Why Current Policies May Make Matters Worse. **Health Affairs**, (30) 10 1852-1859. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0685>