

En *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. Tarragona (España): Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

#QUEDATEENCASA: medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en contextos de pobreza urbana en Argentina.

Avalos, Miguel Alejandro.

Cita:

Avalos, Miguel Alejandro (2020). *#QUEDATEENCASA: medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en contextos de pobreza urbana en Argentina*. En *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. Tarragona (España): Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/miguel.avalos/19>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ptgb/RYA>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



RESET
Reflexiones antropológicas
ante la pandemia de COVID-19

Stella Evangelidou y Angel Martínez-Hernández (eds.)



[publicacions]
urv

COL·LECCIÓ ANTROPOLOGIA MÈDICA

DIRECCIÓ

Angel Martínez (URV), Fernando Vidal (ICREA/URV)

CONSELL D'EDICIÓ

Elisa Alegre-Agís (URV), Deborah Bekele (URV), Lina Masana (URV/UB).

COMITÈ ASSESSOR

Xavier Allué (URV), Arachu Castro (Tulane University), Josep M. Comelles (URV), Martín Correa-Urquiza (URV), Coral Cuadrada (URV), Thomas Csordas (University of California San Diego), Alice Desclaux (Aix-en-Provence), Mari Luz Esteban Galarza (Universitat del País Basc), Jordi Farré (URV), Gerardo Fernández Juárez (Univeridad de Castilla la Mancha), Alejandro Goldberg (Universidad de Buenos Aires), Mabel Gracia (URV), Joan Guix Oliver (URV), Jesús Armando Haro Encinas (El Colegio de Sonora, Mèxic), Claudi Haxaire (Université Bretagne Occidentale), Janis Jenkins (University of California San Diego), Carl Kendall (Tulane University), Ester Jean Langdon (Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil), Maria Antònia Martorell (URV), Cecilia Minayo (Fundació Oswaldo Cruz, Brasil), Luis Montiel Llorente (Universidad Complutense de Madrid), Joan Muela (URV), Rosa Osorio Carranza (CIESAS, Mèxic), Inma Pastor (URV), Enrique Perdiguero (Universitat Miguel Hernández), Giovanni Pizza (Perugia), Oriol Romani (URV), Núria Romo Avilés (Universidad de Granada), Francine Saillant (Université Laval, Canadà), Pino Schirripa (Sapienza, Roma), Ekkehard Schroeder (AGEM+Redaktion Curare), Txema Uribe Oyarbide (Universidad Pública de Navarra), Fernando Villaamil Pérez (Universidad Complutense de Madrid), Joana Zaragoza (URV).

MEMBRES HONOR

Arthur Kleinman (Harvard), Lluís Mallart Guimerà (París X), Eduardo Menéndez (CIESAS, Mèxic), Sjaak van der Geest (Amsterdam)

MEMBRES D'HONOR "IN MEMORIAM"

Josep Canals, Susan DiGiacomo, Tullio Seppilli

RESET

REFLEXIONES ANTROPOLÓGICAS
ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19



ANTHROPOLOGICAL REFLECTIONS
AMID THE COVID-19 PANDEMIC

Editado por
Stella Evangelidou y Angel Martínez-Hernández



Tarragona, 2020

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat



Colección Antropología Mèdica, 35
1.ª edición: septiembre de 2020
ISBN (papel): 978-84-8424-870-5
ISBN (PDF): 978-84-8424-879-8

DOI: 10.17345/9788484248705
Depósito legal: T 700-2020

Ilustración de la cubierta: Nuria Ortuño Hernández



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropología Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	11
<i>Angel Martínez-Hernández, Stella Evangelidou</i>	
UN VEZ MÁS...	
La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones.	17
<i>Eduardo L. Menéndez</i>	
1. MIRADAS	
¿Un mundo desvalido?	27
<i>Angel Martínez-Hernández</i>	
Desde la azotea	29
<i>Raquel Iniesta</i>	
Aportación etnográfica a la crisis sanitaria de la COVID-19.....	31
<i>Albert Llorens García</i>	
Reflexiones sobre salud mental en México frente a la crisis sociosanitaria de la COVID-19	33
<i>Gabriela Sánchez López, Nadia Santillanes Allende, Natalia Galeano Gasca</i>	
2. ATENCIÓN	
Resistir	37
<i>Josep M. Comelles</i>	
Ni todo es COVID-19 ni toda la autopercepción sanitaria es heroica ..	41
<i>Teresa Vicente Rabanaque, María Moreno Rubio, Gloria Rabanaque Mallén</i>	
La COVID-19 y las instancias asistenciales	45
<i>Enrique Perdiguero-Gil</i>	

La fragilidad entre los afectados y los que cuidan: socialización de la vulnerabilidad.	49
<i>Montserrat Pulido Fuentes</i>	
Hibridaciones.	51
<i>Margarita Ríos Domínguez</i>	
Salud virtualizada: biopoder telemático en tiempos de COVID-19.	53
<i>Claudia A. Contreras Realpe</i>	
Reconstrucción del concepto de riesgo obstétrico durante el confinamiento por la COVID-19: reflexiones de una matrona y antropóloga (o viceversa) en la atención primaria.	55
<i>Lara Beatriz Martín Castañeda, Judith Muñoz Carrasco, Irene Fernández Torm</i>	
Emociones, precariedad y trabajo: El personal de salud ante la pandemia de COVID-19. Reflexión desde un hospital público mexicano.	59
<i>Marisa J. Valadez Montes</i>	
Reflexiones etnográficas desde la trinchera de una unidad de cuidados intensivos en tiempos de coronavirus: Antimiedos y communitas en momentos de crisis.	61
<i>Rita Prat Caballol</i>	
 3. RELACIONES	
Imperatives of self-care and idioms of resilience during the COVID-19 outbreak: an insight from psychiatric anthropology.	67
<i>Stella Evangelidou</i>	
Des del meu balcó: autoetnografia d'un confinament.	71
<i>Núria Tria Parareda</i>	
Nuestra piel: zona de contagio.	75
<i>María Zapata Hidalgo</i>	
El coronavirus y la relación entre animales y humanos: el caso de los gatos en Marruecos.	77
<i>Josep Lluís Mateo Dieste</i>	

La nostra erba è sempre più verde: la arrogancia de una pandemia	83
<i>Isabella Riccò</i>	
La pandemia de la COVID-19: una oportunidad para resignificar	85
<i>Jiun Isabel Zhang Yim</i>	
I luoghi della morale: il COVID-19 come “patologia sociale”	89
<i>Valentina Sbocchia</i>	
Cuidar les distàncies	93
<i>Laia Ventura Garcia</i>	
Virus e interacción social	95
<i>Margarita Ríos Domínguez</i>	
Contradicción de hegemonías: del frente común a la división social en la crisis de la COVID-19 en el discurso político del Estado español . . .	97
<i>Elisa Alegre-Agís</i>	
“We Heard That You Eat Chicken Every Day”	101
<i>Adam Aronovich</i>	
Pandemia y cuarentena en Argentina	105
<i>Marcelo Sarlingo</i>	
Desaceleraciones, separaciones y mudas de piel	107
<i>Mari Luz Esteban</i>	
Vittime e Carnefici? COVID-19 e Distanziamento Sociale	111
<i>Diana Riboli</i>	
Desequilibrio ocupacional en época de pandemia	115
<i>Carmen Cipriano Crespo</i>	
La dignidad del tiempo: interseccionalidad de género y privilegios en mujeres-madres-trabajadoras de clase media-alta	117
<i>Serena Brigidi, Fabiola Mancinelli, Juan M. Leyva-Moral, Marta Ausona Bieto</i>	
Alimentación orgánica, alimentación saludable y compras de pánico	121
<i>María Florencia Alvarado Torres</i>	

Alimentación, salud y riesgo en tiempos de pandemia por COVID-19	125
<i>Arantza Begueria, Maria Clara de Moraes Prata Gaspar, Marta Ruiz Pascua, Amanda Barba Martínez, Sarah Anadon, Cristina Larrea-Killinger</i>	
La implantación del tabú en la vida cultural: la pandemia de COVID-19 y el suicidio.	129
<i>Lorena Campo Aráuz</i>	
La soledad de los difuntos.	133
<i>David Moral, Pilar Gil Tébar, Ariadna Solé, Sol Tarrés, Jordi Moreras</i>	
4. VULNERABILIDADES	
#QuédateEnCasa: medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio en contextos de pobreza urbana en Argentina.	139
<i>Miguel Alejandro Avalos</i>	
Distanciamento social e quarentena é possível para todos?	143
<i>Károl Veiga Cabral</i>	
Resistência e reinvenção em tempos de pandemia: a etnografia como memorial da vida.	147
<i>Márcio Mariath Belloc, Adriele Cardoso Sussuarana</i>	
Outsiders: subalternidad inconfiable	151
<i>Antoni Llorca Suárez</i>	
El efecto de la COVID-19 en la salud de las personas sin hogar.	155
<i>Raluca Cosmina Budian</i>	
5. METODOLOGÍAS	
Autoetnografies d'antropòlegs confinats: aportació professional o exhibició personal?	159
<i>Lina Masana</i>	
Reflexiones autoetnográficas de un viaje de ida y vuelta a las antípodas en tiempos de la COVID-19	161
<i>Natàlia Carceller-Maicas</i>	

COVID-19 e inseguridad alimentaria: intersecciones etnográficas
en el oriente de Guatemala. 165

*Lorenzo Mariano Juárez, David Conde Caballero,
Borja Rivero Jiménez*

Aproximaciones etnográficas al trabajo de Médicos del Mundo
en la intervención de la COVID-19 en contextos internacionales . . 169

Irene Pérez, Maria Jesus Girona

6. PROPUESTAS

COVID-19: new horizons for the public in public health 175

Almudena Mari-Sáez

Crisis sanitaria y «guerra» contra el coronavirus. 179

Nicolás Morales Sáez

Psychedelics in times of pandemic outbreaks 183

Maja Kohek, Genís Ona, José Carlos Bouso

El papel esencial de las ciencias del comportamiento para promover
hábitos que limiten el contagio de la COVID-19 189

Jacinto López Arrabal

RETORN...RESET...

Retorn al poblat pel coronavirus 193

Lluís Mallart Guimerà

INTRODUCCIÓN

Angel Martínez-Hernández
Stella Evangelidou

El término *reset* apela a la sensación de reinicio, paréntesis o *stand-by* que ha sacudido nuestras vidas desde el inicio del año 2020 a consecuencia de la pandemia de COVID-19. Como suele ocurrir, los reinicios alimentan la incertidumbre; en ellos se depositan esperanzas y también precauciones. Son ambiguos en términos de su temporalidad, pues en ellos se confunde fácilmente el acto de reiniciar con lo que ya se está reiniciando. Son límite y limen, y, como tal, engullen pasado, presente y futuro. Como en el tiempo mítico, son acontecimientos poco comunes que movilizan nuevas estructuras de significado y valor o que recrean las estructuras antiguas, pero resignificándolas a fondo. En el *reset*, el mundo se detiene y nos muestra un rostro insólito y anterior al sentido que los humanos le hemos conferido, como sucede cuando caemos de bruces y el dolor nos recuerda que somos algo más que cultura y lenguaje. De ahí el miedo. El *reset* es ese espacio deshistorizado, como decía De Martino, en el que mundo se suspende para rescatar la presencia (individual y colectiva) en crisis y, a la vez, para re-pararse.

En el *reset* las viejas previsiones pierden fuerza y el poder su principal instrumento, que no es otro que la anticipación: su forma de decirle a la existencia dónde debe acontecer y, de este modo, domarla y capturarla. De ahí la esperanza. El *reset* muestra un horizonte menos anticipado en lo subjetivo y lo local, pero también en el escenario global. Alimenta el sueño de una posible parada y reparación de la globalización y sus disrupciones, como el impacto de la acción humana en el cambio climático, las inequidades en la salud, la pobreza, la discriminación y el racismo, la mercantilización de la vida y las violaciones sistemáticas de los derechos humanos, entre otras muchas. Asimismo, libera la experiencia subjetiva de ciertas anticipaciones, aunque imponga otras más primarias y temporales como el confinamiento y las franjas horarias de actividad. El *reset* propicia retomar subjetivamente el poder sobre la gestión del tiempo y pensar en nuevas condiciones de posibilidad de la existencia.

Este libro se ha escrito desde el *reset* de forma coral, pues incorpora 48 reflexiones elaboradas durante el punto álgido de la pandemia, entre el 14 de abril y el 11 de mayo de 2020, en diferentes países. Desde el principio, quisimos que las aportaciones fuesen breves, como ráfagas o ideas que se lanzan y evocan y convocan, más que definen de forma minuciosa. La minuciosidad es, en todo caso, una tarea para más tarde, tras la superación de la pandemia, o tras su cronificación. Quién sabe.

El libro cuenta con dos aportaciones especiales y diferentes en cuanto a la extensión. La primera es la de Eduardo Menéndez, que abre la compilación con una brillante reflexión sobre cómo la autoatención se ha convertido en la medida más universal y eficaz contra la pandemia y, a la vez, la más invisibilizada por los sistemas políticos y biomédicos. La segunda es de Lluís Mallart, que cierra el volumen regalándonos un bello cuento con aires africanos. Entre ellas, la antología se desarrolla en seis secciones:

Miradas. La pandemia ha resultado ser una oportunidad para observar y cuestionar desde la seguridad relativa del balcón o del despacho. El distanciamiento físico obligatorio ha creado esa distancia necesaria para el trabajo del observador y la observadora. Desde las primeras semanas del brote, la situación de emergencia inspiró un sutil retroceso y la aparición de un espacio para la (auto-)evaluación de lo sucedido. *Parar, respirar, mirar.*

Atención. Estas aportaciones incluyen reflexiones sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios (unidades de cuidados intensivos, hospitales y atención primaria), así como autoetnografías de profesionales de la salud. Del heroísmo a la vulnerabilidad del personal sanitario, en estos artículos se cavila sobre la desmitificación del papel de los sanitarios y la necesidad global de «humanizar» los servicios de salud. Todo parece más claro cuando caen las máscaras, no las de prevención del contagio, sino las de héroe. *¿Resistir?*

Relaciones. La sección así titulada incluye contribuciones que indagan en las consecuencias sociales de las medidas de confinamiento, el distanciamiento físico y la cuarentena. Las relaciones con uno mismo y con *el otro* cobran otra importancia. Esta oportunidad de pasar más tiempo en casa con uno mismo y con la familia, y estar quizás menos con *el otro* (o estar de forma virtual), sirve para recompensar el tiempo perdido en las relaciones con lo más cercano antes de la COVID-19. Los procesos de estar y co-estar, y la proximidad de la muerte, tienen otro significado en tiempos de epidemia. El ritmo de trabajo cambia y, con ello, las relaciones

laborales. Determinadas conductas habituales, como los hábitos de conseguir comida y alimentarse, se alteran e incluso se modifican las relaciones con los animales. *Vincular(se)*.

Vulnerabilidades. Las aportaciones de esta sección señalan las desigualdades sociales ante la pandemia: las personas sin hogar, los consumidores de drogas o las personas en condiciones de pobreza. La aplicación de las medidas para prevenir el contagio no siempre ha considerado las necesidades específicas de algunos grupos de la población general para los cuales resulta casi imposible cumplir el distanciamiento físico y la cuarentena. Desafortunadamente, la crisis sanitaria ha servido para aumentar estas diferencias socioeconómicas. *Incluir*.

Metodologías. La pandemia propicia el surgimiento de un espacio de reflexión sobre las metodologías antropológicas contemporáneas. Las autoetnografías y las aproximaciones etnográficas por medios electrónicos son múltiples. Sin embargo, se cuestiona la relevancia y la calidad de las mismas. Es indispensable que las metodologías en antropología médica se adapten a la realidad que analizan. Además, ante las intervenciones de atención sociosanitaria en contextos humanitarios, la importancia de la mirada antropológica es más evidente que nunca. *Expandir*.

Propuestas. Una serie de contribuciones con un abordaje antropológico proponen cambios en la salud pública, la educación para la salud y los modelos de curación. Ante la incertidumbre del futuro, los planteamientos de esta antología sugieren intervenciones inclusivas de diversidad socioeconómica y cultural, que tengan en consideración prácticas indígenas de prevención y atención, así como pautas en torno al papel esencial de la educación para la salud comunitaria. *Atender*.

Esta categorización solo es orientativa, en tanto que las contribuciones ilustran la amplitud de las reflexiones en el ámbito de la antropología médica ante una pandemia. En efecto, algunas de estas aportaciones son más transversales que otras en su contenido y podrían agruparse bajo múltiples categorías conceptuales.

Para concluir, queremos darles las gracias a todos los autores y las autoras por su participación en este proyecto; a Nuria Ortuño Hernández por cedernos la bella ilustración de la portada; así como a Jaume Llambrich de Publicacions URV, por su trabajo infatigable y perfeccionista.

Reiniciamos.

UNA VEZ MÁS...

LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS COMO DELATORA DE CONTRADICCIONES, DESEOS Y NEGACIONES

Eduardo L. Menéndez

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Una vez más, los procesos de salud-enfermedad y atención-prevención (de ahora en adelante, procesos de SEAP) han evidenciado las contradicciones de los gobiernos y de los sistemas sociales, así como los deseos y las contradicciones de una parte de los intelectuales o, cuanto menos, comentaristas. Más aún, han posibilitado que pasen a primer plano actividades cotidianas generalmente consideradas secundarias o banales y, con frecuencia, ni siquiera consideradas. Por eso, en este artículo enumeraré en primer lugar algunas de las contradicciones, los deseos y los procesos marginados que se han puesto de manifiesto durante la pandemia actual y luego me detendré en uno de ellos.

Aclaro que estas reflexiones, si bien pueden aplicarse a las condiciones globales generales y generalizables, están hechas desde un punto de vista latinoamericano y, más en particular, mexicano. Desde esta perspectiva, lo primero que hay que reconocer es que los procesos de SEAP pueden causar lo que ningún otro parece que podría —salvo, tal vez, una guerra nuclear a escala mundial—, ya que ningún otro fenómeno podría generar la experiencia existencial de padecer sincrónicamente en todo el planeta un problema similar, que no solo amenaza nuestro trabajo, nuestras relaciones sociales o nuestras necesidades, sino también nuestras vidas. Por otro lado, vivimos esta amenaza no de forma súbita, sino esperándola solos o como parte de microgrupos.

Más aún, lo que estamos viviendo no es un supuesto peligro planteado por un análisis teórico o ideológico que propone, por ejemplo, el derrumbe del capitalismo y que tenemos todo el tiempo necesario para aceptar o rebatir, sino que se trata de un proceso de SEAP sincrónico, y global impuesto, al margen de que la pandemia realmente tenga consecuencias catastróficas, que sea una suerte de invento que busca controlarnos aún más o que produzca la crisis final del sistema capitalista. Por lo tanto, esperaba que la presente situación condujera, como mínimo a una parte de los intelectuales y comentaristas a reflexionar sobre la ra-

zón por la que esto ocurre mediante los procesos de SEAP y no mediante otros procesos. Sin embargo, salvo contadas excepciones, es algo que no observo, sino que, por lo contrario, he advertido que la mayoría de los comentaristas consideran los procesos de SEAP como una variable que ni siquiera es independiente.

En este sentido, el segundo punto que me interesa subrayar, correlativo al anterior, es que el núcleo de las crónicas, opiniones y reflexiones dominantes en México no ha sido en ningún momento los procesos de SEAP, sino las consecuencias económicas, ocupacionales y políticas de la pandemia. A pesar de que los medios de comunicación de masas presentan datos diarios sobre los contagios, los muertos y las personas curadas, la gran mayoría de los análisis no mencionan estos procesos, sino la crisis económica generalizada, los millones de desocupados que genera y propuestas varias para salir de dicha crisis. Así, de los 123 artículos publicados por comentaristas mexicanos en dos periódicos nacionales entre finales de enero y mediados de abril de 2020, el 97 % trataba sobre la situación económica, ocupacional y política, y solo el 3 % sobre los procesos de SEAP; pero, además, en casi todos estos últimos, hay referencias a las consecuencias economicopolíticas.

La preocupación de gran parte de estos comentaristas parece ser cómo saldrá el capitalismo, de forma inmediata o diferida, de esta situación. En los primeros días, en los artículos se hacía referencia a la crisis de 2007-2009, pero, con el transcurrir de las jornadas, se mencionaba cada vez más la de 1929-1930 y se incrementó el reconocimiento de que esta crisis puede ser peor que la de 1929 en el plano internacional (especialmente en el caso los EE. UU., el Reino Unido o España). Sin embargo, se encuentran escasas referencias iniciales a los países latinoamericanos y casi ninguna respecto de África. A la vez, un grupo de comentaristas consideran que la pandemia «nos lleva al posneoliberalismo», mientras otros concluyen que la «reactivación pos-COVID-19 será ecológica o no será». Por último, varios se preguntan si este proceso dará lugar a un cambio de sistema, o a los inicios de dicho cambio aunque nadie sabe qué le seguirá.

Junto con estas posibilidades, surgen cada vez más preocupaciones sobre si las medidas que se están aplicando para contener la pandemia traerán consigo el desarrollo de capitalismo de Estado al estilo de China y Vietnam, o populismos más o menos autoritarios, como los que proponen Trump o Bolsonaro, o bien a la recuperación de los modelos de sociedad del bienestar que han demostrado la mayor eficacia para enfrentarse

a la pandemia, como es el caso de los países escandinavos (salvo Suecia), cuyos sistemas sociales y sanitarios —junto con los de Nueva Zelanda y Corea del Sur, pero también Uruguay y Costa Rica— han obtenido los mejores resultados comparativos.

Estas posibilidades están en el centro de otros factores que la pandemia ha vuelto a evidenciar, a saber: las condiciones de pobreza y extrema pobreza de la mayor parte de la población latinoamericana, las fuertes desigualdades socioeconómicas en las que vivimos y la precariedad de muchos sujetos, que en su mayoría trabajan en la denominada «informalidad», es decir, sin ningún tipo de seguridad social. Así, la prensa se puebla de datos sobre los millones de personas que venden en las calles, sobre los *vieneviene* (cuidadores de autos), sobre el servicio doméstico, los *organilleros*, las prostitutas y los *meseros* que trabajan solo por propinas. También sobre los sujetos que hacen *malabarismos* en las esquinas, cuya presencia ausente está «normalizada» entre casi todos nosotros y a quienes la pandemia nos obliga a ver momentáneamente en su extrema precariedad y con diferentes dosis de piedad, culpa o indignación (aunque, temo que, al concluir la pandemia, dichos sujetos y nosotros retornemos a una relación de invisibilidad).

Un conjunto muy reducido de articulistas establece las expectativas en torno a las posibilidades de organización y movilización de los sectores marginales, de los millones de personas que se han quedado sin trabajo, de las mujeres que luchan por su derecho al aborto y la no violencia — dos reivindicaciones que en México han incrementado durante la pandemia— o de los grupos indígenas americanos que, una vez más, aparecen como los más abandonados no solo por la sociedad y la Administración, sino por el sector salud. Sin embargo, no observamos hasta ahora nada significativo que apoye dichas expectativas y deseos. Más aún, aquellos que proponen estas posibilidades no indican en qué actores sociales están pensando, al margen de utilizar la palabra *movimiento*. Algunos señalan que «Frente a las ruinas del neoliberalismo, los de abajo terminarán percibiendo el gigantesco significado de [que] “sin nosotros” no hay ganancias, ni crecimiento, ni acumulación. Ha llegado la hora de que hagan *sentir* su inmenso poder». Algo que, hasta el momento, por lo menos yo no *siento*, por más que lo desee.

Autoatención, pero no autocuidado

Pese a lo arriba señalado, uno de los elementos que ha hecho patente la pandemia a lo largo de su desarrollo es el papel decisivo que desempeñó y desempeña la autoatención basada en los microgrupos y los sujetos de todos los estratos sociales, incluidos los «pobres». Diferencio este proceso de autoatención del denominado *autocuidado* dado que la autoatención constituye un proceso social basado en los microgrupos —y, a veces, en los mesogrupos—, mientras que el autocuidado comprende exclusivamente a individuos.

Como todos sabemos, una de las consecuencias de la pandemia ha sido el encierro de los sujetos en sus hogares, lo que nos ha obligado a entablar una relación real o imaginaria permanente con otros sujetos a fin de cuidar de todos y no solo de uno mismo. -Esto ha puesto en evidencia el papel, el peso y la significación del otro y de los otros para cada sujeto, ya que lo decisivo en las relaciones de contagio —máxime cuando se aplica algún tipo de cuarentena— no es solo el sujeto, sino, sobre todo, la relación y el hacer con los otros.

Durante esta pandemia, unos pocos analistas han puesto el foco en el peso de las relaciones sociales como «factor de mortalidad» recordando los sucesos que ocurrieron en la ciudad de Chicago hace varias décadas. Durante dos semanas de fuerte calor, fallecieron alrededor de 700 ancianos que, en su mayoría, eran pobres, vivían solos y eran afroamericanos. Sin embargo, los ancianos pobres de origen latinoamericano de la misma ciudad tuvieron tasas muy bajas de mortalidad, debido a que casi todos vivían en compañía de sus familiares. Curiosamente, en los medios mexicanos —no tengo constancia de lo ocurrido en Europa—, no se habló de otro acontecimiento similar acaecido también hace pocas décadas, pero mucho más grave: me refiero a la muerte durante otra canícula de millares de ancianos en varios países europeos, y especialmente en Francia. La mayoría de los fallecidos fueron ancianos de clase media que se quedaron solos entre tres y cuatro semanas, pues sus familias estaban de vacaciones.

Si bien los medios de comunicación de masas han insistido en la gran cantidad de ancianos muertos en geriátricos, todavía no tenemos datos sobre las personas mayores que han fallecido solas en Europa, en los EE. UU. y en los países latinoamericanos. No obstante, quiero aclarar que lo que me interesa subrayar es el papel de las relaciones sociales, no solo de las familiares, en la causalidad o la evitación de las muertes cerca-

nas que operan en los microgrupos, lo que también nos remite al papel de la autoatención. Y, aprovechando la ocasión, no olvidemos que uno de los hechos más dramáticos narrados durante la pandemia, sobre todo por el personal sanitario —y especialmente las enfermeras—, ha sido el caso de los ancianos y no ancianos que están muriendo solos, sin la presencia de sus familiares, para evitar la transmisión del virus. Y recordemos también que la atención al moribundo, al muerto y a la muerte es una de las actividades básicas de la autoatención.

En efecto, la autoatención implica la relación yo / otros como parte del todo que somos y más allá del tipo de vínculos que establezcamos. Además, se caracteriza por la multiplicidad de tareas que incluye y desempeña cotidianamente, y abarca dimensiones muy diferentes de la realidad, entre las cuales se encuentra la relativa a los procesos de SEAP. Por lo tanto, es legítimo asumir que, desde el primer día en que se conoció la existencia del virus y su posible contagio, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sector sanitario de todos los países afectados y el personal de salud de los mismos plantearon la autoatención como principal estrategia de prevención. Así pues, ante la ausencia de una vacuna específica y la inexistencia o desconocimiento de fármacos eficaces, las únicas medidas que podían surtir efecto eran y siguen siendo las preventivas y basadas en la autoatención. No solo en el autocuidado, dado que, para evitar el contagio, no basta con cuidarse a uno mismo, sino que se tienen que cuidar todos los miembros del grupo, ya sean los que conviven en una casa (tenga esta una o cinco habitaciones) o los que se juntan en el supermercado, el banco, la farmacia y todos los espacios colectivos donde actuamos, especialmente en los puestos de trabajo. En todos estos espacios, el cuidado de cada uno tiene que ver con el cuidado del otro.

Este proceso, que es consustancial a nuestras vidas, ha sido ignorado por los ideólogos y practicantes del autocuidado pese a que se expresa de manera cotidiana mediante la autoatención que necesitamos actuar. Y, sin embargo, a pesar de que estamos viviendo este proceso de forma dramática a través de la pandemia y de que los medios de comunicación de masas lo transmiten constantemente, muchos no nos damos cuenta del papel que estamos desempeñando, que implica asumir, y no solo reconocer, que el poder (tanto social como técnico) para hacer frente a la pandemia reside en gran medida en nosotros.

Por lo tanto, las indicaciones básicas del sector sanitario y la OMS siguen siendo las relacionadas con las actividades de autoatención: lavarse

las manos a conciencia y a menudo; no tocarse la cara; no saludar dando besos ni abrazos; no tocar a la otra persona; no toser ni estornudar sobre el otro; mantenerse a una «sana» distancia del otro; quedarse en casa y salir lo menos posible; limpiar todos los artículos del hogar y, sobre todo, los objetos que se traen de fuera; y usar mascarilla al salir, así como otras actividades menos mencionadas. Además, se recomendó no automedicarse con fármacos ni otros medicamentos presuntamente eficaces, así como ignorar los mensajes por Internet u otros medios que indujeran a determinados usos y comportamientos. Más aún, el sector sanitario nos indicó cuáles eran los principales síntomas de la enfermedad para que nosotros mismos hiciéramos un diagnóstico inicial y decidiéramos si ir o no al médico. Todo lo cual forma parte de la autoatención.

Es innegable que estas medidas, y otras similares, fueron las primeras que comunicaron a la población los sectores técnicos internacionales y nacionales. Es decir, que tras el inicio de la pandemia en China, los médicos no sabían —ni en el país asiático ni en ningún otro— cuál era la causa del nuevo virus, sino que establecieron presunciones. Pero, además, estos profesionales no contaban con vacunas específicas ni sabían qué fármacos podían funcionar, de tal manera que lo único de lo que estaban seguros era de que hay que evitar el contagio, lo cual depende de la autoatención, o sea, de los saberes (representaciones y prácticas) de los sujetos y los grupos, sobre los que había que incidir. Y, aun cuando empezaron a emerger los casos que requerían hospitalización y fue creciendo el número de los mismos —y, en consecuencia, pasaron a primer plano las acciones de atención/internación/intubación hospitalaria—, en ningún momento la autoatención dejó de ser central en los comunicados del sector sanitario y de la OMS, máxime cuando la mayoría de los países fueron aplicando algún tipo de cuarentena.

Ahora bien, para evitar equívocos, me gustaría dejar claro que no propongo una autoatención autónoma que imponga la realidad, por más cuota de poder que tenga. Por lo contrario, afirmo que los sujetos y los microgrupos que están ejerciendo esa autoatención de los padecimientos obran transaccionalmente con los sujetos y los grupos que están llevando a cabo las acciones y orientaciones del sector sanitario. Estas transacciones, además, operan a partir de las condiciones económicas, sociales y culturales de los actores sociales en relación. Por ende, la capacidad para adoptar las medidas de autoatención ha evidenciado nuevamente las condiciones de desigualdad y pobreza de la población en tanto que la mayoría de los que

trabajan en la economía sumergida no pueden quedarse en casa, ya que tienen que salir a trabajar.

En efecto, gran parte de la población pobre o bien carece de acceso al agua potable, o bien solo tiene agua unas horas al día o depende de pipas que, además, se han encarecido debido al incremento de la demanda (se calcula que el 40 % de la población mundial no tiene acceso permanente al agua y en condiciones mínimas de potabilidad). Además, gran parte de los pobres viven hacinados en una o dos habitaciones, de tal manera que les es imposible mantener la distancia de seguridad. Tampoco pueden comprar mascarillas, dado que lo poco que ganan se destina a otros fines, ni realizar «compras de pánico» de gel, cubrebocas o medicamentos como parte de la autoatención.

Sostengo, asimismo, que estas desigualdades tienen como consecuencia final el que, en esta pandemia, los pobres están muriendo más que ningún otro grupo social, en gran medida porque no pueden llevar a cabo la mayoría de las prácticas de autoatención enumeradas. No por ignorancia, desidia o rechazo, sino por las razones socioeconómicas señaladas previamente. Esto no niega que gran parte de la población pobre sufre padecimientos crónicos que favorecen dicha mortalidad, pero no se basa en ellos para justificar dicha mortalidad. Por eso, aunque parezca obvio, debemos recordar el papel decisivo de la pobreza, dado que las interpretaciones biomédicas oficiales pueden y suelen marginarla o excluirla por varios motivos, pero, sobre todo, por razones ideológicas que no podemos analizar ahora.

La vida es, en gran medida, rutina y repetición, algo que suelen rechazar muchos de los intelectuales actuales. Sin embargo, la confinación que estamos viviendo hace difícil ignorarlo, inclusive en el caso de aquellos analistas que ven en cada uno de nosotros una especie de héroe cotidiano que modifica la realidad o, por lo menos, su realidad. Por más que la cuarentena ha evidenciado las capacidades inventivas de los sujetos y los microgrupos para generar formas de ocio, de no aburrimiento, de conversión del trabajo en entretenimiento, lo que también ha puesto de manifiesto es que gran parte de la vida —como proponen la mayoría de los durkheimianos y neodurkheimianos, incluido no solo P. Bourdieu, sino también J. P. Sartre— es rutina y repetición, ejercidas a través de la autoatención. Y, si bien el trabajo, los esparcimientos de fin de semana o la pasión por el fútbol, el alcohol, la mariguana, el sexo y, últimamente, Netflix impiden o dificultan que lo asumamos, ocurre que ahora, con o sin reflexión, puede

que cobre visibilidad la vida como rutina y repetición, lo que constituye una de las bases de posibles angustias, ansiedades, depresiones o violencias.

Es precisamente en el marco de esta rutina y repetición, caracterizado por las relaciones constantes de obligado cumplimiento, en el que surgen alegrías y miedos hacia los otros y hacia nosotros mismos; es en el seno de estos procesos cotidianos en los que, durante la pandemia, han surgido xenofobias y agresiones a extraños, a la par que acciones de ayuda colectiva a ancianos, inclusive desconocidos que viven solos, así como agresiones y homenajes al personal de salud. El confinamiento ha puesto de manifiesto que parte de las relaciones cercanas se caracterizan por ser violentas y no violentas, a veces simultáneamente; más aún, ha evidenciado que una parte de las agresiones hacia uno mismo pueden estar relacionadas con otros seres cercanos. Todo ello, sin que el sector sanitario sepa muy bien qué hacer, aparte de recomendar acciones que tal vez nos tranquilicen durante unos momentos, pero cuya utilidad es azarosa y, frecuentemente, nula, como ocurre con el número telefónico para los posibles suicidas.

En resumen, considero que esta pandemia hace posible desarrollar reflexiones teóricas y propuestas prácticas sobre casi todos los aspectos de la vida colectiva en el plano macro- y microsocial. Desde mi punto de vista, la crisis de la COVID-19 confirma una vez más que los procesos de SEAP constituyen posiblemente los principales delatores de las contradicciones inherentes a los sistemas y las ideologías —o, tal vez, deseos— de los intelectuales.

Pero también confirma algo que vengo proponiendo en el sector sanitario en el que trabajo, desde hace casi cuarenta años: la necesidad de impulsar, favorecer y aprovechar las diferentes formas de autoatención desarrolladas estructuralmente por los micro- y mesogrupos, en tanto que constituyen el primer nivel de atención real de los padecimientos. Esta opción no solo debe considerarse y aplicarse durante contingencias como la pandemia actual, sino que debe formar parte integral de las políticas de salud pública y de la mayoría de las políticas sociales, si bien tomando como base la autonomía, por lo menos relativa, de los saberes de autoatención. Para concluir, me gustaría reconocer dos ausencias notorias del presente texto con respecto a la autoatención, a saber: los procesos autogestionarios que han ido emergiendo en diferentes contextos y la función que están cumpliendo las nuevas formas de comunicación digital; ambos, parte intrínseca de la autoatención.

1. MIRADAS

¿UN MUNDO DESVALIDO?

Angel Martínez-Hernández

Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

Que el mundo se detenga ocurre pocas veces, ya estemos hablando del gran mundo de la globalización o de los pequeños mundos de nuestras rutinas diarias. La epidemia producida por el SARS-CoV-2 en 2020, sin embargo, ha conseguido paralizarlo en uno y otro sentido. En el primero, se la juega un modelo de globalización neoliberal que ya ha entrado en crisis. En el segundo, hay mucho desamparo y repliegue triste. Me aventuro a pensar que ese sentimiento surge del efecto emocional de una conciencia sobrevenida —o, al menos, de una sospecha— de que nuestro mundo de convenciones era solo eso, un mundo de convenciones que habíamos naturalizado en la vida cotidiana.

Las y los antropólogos sabemos que la cultura tiene que materializarse y ser sentida para que cumpla su objetivo de orientar el comportamiento humano y ofrecer sentido y valor, como diría De Martino (2002). La cultura puede pensarse como un conjunto de símbolos o de esquemas cognitivos, pero es sobre todo una realidad encarnada en la que los valores, los significados, las creencias, las identidades y las aspiraciones son realidades sensibles y sentimentales. En la medida en que este conjunto es sensible, es también corporal y conforma un mundo moral que habitamos y naturalizamos. En este sentido, decía Kluckhohn (1981:21) que la cultura es para los humanos lo que el agua para los peces: algo que se da por sentado. Un coronavirus nos lo acaba de recordar.

Obviamente, el SARS-CoV-2 no es un ser con voluntad propia, no es un sujeto, no habla; más bien lo hacemos hablar nosotros. Acerca de ese ser «hablado por otros», se dicen cosas sobre su transmisión, su replicación, su estructura y sus efectos, como la COVID-19, con sus consecuencias sociales y económicas, que van desde el confinamiento hasta el cierre de las fronteras y el impacto en los mercados, el empleo, la economía, la subsistencia y los sistemas sanitarios. Los humanos hablamos de este coronavirus y lo subjetivamos, como los amerindios amazónicos subjetivan otras especies, sobre todo cuando se refieren al depredador o a la presa. En otras ontologías, hay una esperanza de negociación y de pacto entre las

subjetividades que pueblan el mundo. Hace tiempo que no estoy entre los madiha del Juruá medio, en el estado de Amazonas (Brasil), pero que el nuevo coronavirus se perciba como la reciprocidad negativa que pone en peligro el *manaco* (o reciprocidad) del mundo sería congruente con lo que ellos y ellas me contaron.

Como antropólogo más interesado en otras ontologías que en un giro ontológico en el que esas otras ontologías son habladas por otros (antropólogos, se entiende), creo que lo más revolucionario aquí y ahora es poner las cosas en el lugar de las cosas y los sujetos en el lugar de los sujetos. Las ontologías del capitalismo del siglo XXI también hablan de sujetos-otros como las marcas, las empresas, los mercados y los déficits públicos, con sus necesidades imperiosas e inaplazables. Es cierto que no hablan tanto de la reciprocidad del mundo como de procesos de acumulación de capital, pero imaginan y proyectan subjetividades que se anteponen a las necesidades de los individuos reales, quienes, a menudo, quedan opacados, invisibilizados, a la intemperie.

Me gustaría creer que la antropología puede ayudar a ese ejercicio de reconocimiento de los sujetos como sujetos y las cosas como cosas. Los sujetos interaccionan y, de este modo, se sujetan al mundo. Se cuidan, se curan. También se odian y se matan, claro. Pero se reconocen como sujetos incluso en esos momentos. No son solo fuerza de trabajo, déficit público o dato de prevalencia e incidencia de una enfermedad. Evocan, en palabras de Naomar Almeida-Filho (1989), una epidemiología sin números venida a rescatar lo colectivo como motor de la historia y de la transformación social. En los sujetos, pues, está la posibilidad de reparar el mundo, aunque se sientan angustiados, afligidos, exhaustos. Los profesionales de la salud, junto con los de otros sectores que se han venido en llamar esenciales, nos han dado buena prueba de ello. Nos han mostrado que nuestro mundo no tiene por qué ser un mundo desvalido.

Bibliografía

- ALMEIDA FILHO, N. (1989). *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus/Abrasco.
- DE MARTINO, E. (2002). *Furore, símbolo, valore*. Milano: Feltrinelli Editore.
- KLUCKHOHN, C. (1981). *Antropología*. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica.

DESDE LA AZOTEA

Raquel Iniesta

*Biostatistics and Health Informatics Department, Institute of Psychiatry,
Psychology and Neurosciences; King's College London*

Desde la azotea veo el hospital de mi ciudad. También la puesta de sol. Veo a un argentino tomando mate, cada atardecer, en la misma silla y la misma posición. El primer pensamiento es para sus piernas. El segundo, para su corazón. A las ocho, la gente aplaude, no sé muy bien a quién. Creía que era al personal sanitario, pero en mi calle más bien son los coches de la Policía los que circulan a modo de desfile con las sirenas en danza, al son del aplauso colectivo y del *Resistiré*. El pueblo rendido a las fuerzas del orden, que nos recuerdan la prohibición de salir a la calle, para así vencer al «enemigo» de esta guerra «invisible». Los mismos que nos multan, pero solo si es necesario.

Todo esto lo he descubierto hace poco. Para ser exacta, desde que, a consecuencia del estado de alarma, me salto (ligeramente) el confinamiento y salgo a pasear por la azotea de mi edificio. Resulta que esa idea no solo la he tenido yo: somos unos cuantos los que salimos a descubrir los tejados. Saludo —a distancia, claro está— a la chica que pasea por la azotea contigua. Cada una desde su zona de «seguridad». Lo social se ha desplazado de la calle a los terrados y parece más humano: los desconocidos que llevamos años cohabitando pared con pared, ahora nos sonreímos y nos saludamos, cómplices en un pequeño quebrantamiento de la norma, que tapamos con ese gran aplauso común. Todo sea por ejercitar nuestras piernas (y cerebros) antes de que se atrofien para siempre. Los vídeos de *fitness* de YouTube nos están fallando.

Los aplausos nos recuerdan que hay héroes. Héroes que nunca deberían haber existido. Héroes modernos, herederos del reciclaje, que, en vez de bata blanca, usan bolsas de basura y fundas de portafolio a modo de gafas, como pasa en mi centro de salud. En toda guerra hay héroes y vencidos. No vaya a ser que, en esta, héroes y vencidos sean los mismos. Pero, tranquilos: el material está en camino.

Mientras sigo paseando por mi azotea (no sé si la de mi edificio o la de mi cuerpo), rememoro estupefacta cómo interpretan los medios de comu-

nicación la proporción de fallecidos («por» el virus o «con» el virus). Leo a un economista de moda: «Se baraja que la mortalidad se hallará entre un 1 y un 3%, esta cifra no es tan grave, la OMS es alarmista». Se olvidó el economista de que, cuando calculamos la mortalidad incluyendo a toda la población, sin restringir el cálculo a los grupos de riesgo (siendo estos conocidos), cometemos la injusticia de enmascarar que los que sufren son los más frágiles. Es decir, en un caso extremo, la mortalidad podría ser del 0% en jóvenes, pero del 100% en mayores. Hacer el cálculo sobre todos («Este virus lo vencemos unidos») sería como dividir la cantidad de comida en el mundo entre todos sus habitantes. Así, el resultado proporcional podría hacer pensar que nadie pasa hambre.

Si durante la gestión de la crisis de la COVID-19 se ha puesto un debate sobre la mesa, este ha sido quién tenía el saber para llevar las riendas o, mejor dicho, qué criterio debía prevalecer. Creer que esa competencia recae sobre un solo colectivo nos lleva a una visión reduccionista del problema, por otro lado, clásica de una España donde el saber se convierte unívocamente en profesión. En este sentido, veo como un epidemiólogo enfadado se queja en televisión de que sea un modelo matemático basado en teorías el que decida qué medidas tomar y no un epidemiólogo de base, que es quien está al pie del cañón. Veo a un físico molesto porque los políticos toman decisiones en función de la economía, sin atender a sus modelos predictivos que vaticinan un colapso de las UCI en tan solo cinco días. ¿Epidemiólogos o matemáticos? ¿Economistas o médicos? ¿Científicos o políticos? Tal vez ahí sí era el momento de «parar al virus unidos».

La «nueva normalidad» está a punto de llegar y tengo ganas de conocerla. Como nunca entendí muy bien qué era lo «normal», me alegra saber que algo bueno traerá este virus. Aunque tal vez prefiera seguir viviendo en una libre anormalidad.

APORTACIÓN ETNOGRÁFICA A LA CRISIS SANITARIA DE LA COVID-19

Albert Llorens García
Universitat Autònoma de Barcelona

Al igual que ocurre con el sistema fisiológico cuando se enfrenta a una amenaza, la COVID-19 ha supuesto un parón que ha frenado el sistema parasimpático de la sociedad. Este parón ha interrumpido nuestro día a día, inhibiendo así nuestras sinapsis culturales y sociales, y dirigiendo la vida hacia un estado de transición típico de la ficción.

La salud mental ha sido uno de los ámbitos de la sociedad española que más se han visto afectados, empezando por dicha inhibición o paralización de las sinapsis sociales —que nos ha llevado a confinarnos en nuestras casas y nos ha obligado a actuar contra nuestra idiosincrasia y dejar de relacionarnos como solíamos—, y acabando por los abrazos o los besos.

Muchas de las personas que han trabajado durante la pandemia como personal de servicios esenciales (los sanitarios, los trabajadores de supermercados o seguridad, etc.) tuvieron que hacer un sacrificio y dejar su casa y a su familia por miedo a contagiarlos. A la vez que se encumbraba la figura de estas personas y más en concreto — la de los profesionales sanitarios como los nuevos superhéroes de la población, saliendo al balcón a las ocho de la tarde a dedicarles unos aplausos en señal de gratitud—, llevar capa suponía la estigmatización social. El esfuerzo y el sacrificio de todas esas personas era de agradecer, pero, cuanto más alejadas, mejor: en efecto, el miedo a contagiarse fue el protagonista durante las primeras semanas.

Poco a poco, esa aprensión alimentada por el desconocimiento fue generalizándose e infestó cada noticia, cada declaración política, las calles, los supermercados, nuestro propio hogar... Así, una vez activado el sistema simpático de la sociedad, y con la población en alerta y preparada para huir, empezaron a observarse comportamientos dirigidos por el instinto de supervivencia. De tal forma que, cuando se pretendía concienciar del distanciamiento social como medida preventiva, la gente empezó a aglomerarse en los supermercados para llevarse todo lo que pudiera meter en el carrito.

El miedo y el estrés nos contagió a todos. Yo, sin ir más lejos, trabajo como enfermero en el servicio de urgencias de un hospital comarcal de

la provincia de Alicante, una unidad en la que se acostumbra a respirar tensión. Sin embargo, nunca antes había trabajado con tanta ansiedad y temor como durante aquellas primeras semanas. Recuerdo como, muchos de esos días, tras un turno de 12 horas, me sentaba en el coche y lloraba. Todo el personal en algún momento se sintió roto, superado por la situación y frustrado por no poder hacer más. Volvíamos a casa con la sensación de no haber hecho bien nuestro trabajo. Nuestro cometido, cuidar de las personas, se había transformado en lo que llevamos tantos años luchando por cambiar: había pasado a ser una atención clínica, medicalizada; una situación que nos impedía profesar unos cuidados humanizados. Hubo incluso un momento en el que no podíamos ofrecer una atención integral. Las circunstancias, la urgencia, los trajes, las medidas de protección... todo nos limitaba para poder prestar ese apoyo y acompañar a las personas durante su estado de vulnerabilidad.

Los fallecimientos han estado marcados por la soledad; sin despedidas, sin una muerte digna. La COVID-19 ha generado un dolor que será difícil de curar en la sociedad, en las familias y en los profesionales. Pero, en medio de todo ese dolor y caos, la resiliencia de las personas ha vuelto a brillar. Desde los primeros instantes, ante tal situación, la gente empezó también a ayudarse y a reactivar y reconstruir esas sinapsis sociales paralizadas. La población fue entendiendo la gravedad de lo que nos enfrentamos y, a pesar del miedo, comenzó a arrimar el hombro. Lejos de quedarse quieta, la población se puso a fabricar mascarillas y pantallas para hacer frente a la falta de material de protección para los sanitarios y se donó gran cantidad de EPI (Equipos de Protección Individual) y respiradores. En el plano social, se quiso dar apoyo a aquellas personas que luchaban día a día contra el virus y se recuperó la canción *Resistiré* para convertirla en el himno de todos los españoles. Salir al balcón a aplaudir se convirtió en una cita social (en efecto, la adaptación a una nueva rutina es otro de los elementos que ha caracterizado esta situación).

Al final, hemos normalizado las desinfecciones y las prácticas higiénicas constantes. Hemos frivolidado la sociabilización a través de una cámara. Hemos sabido frenar la vida tan acelerada que llevábamos, coger aire y mirar a nuestro alrededor. Puede, pues, que este virus nos haya servido para recapacitar y reflexionar sobre los valores de la vida.

REFLEXIONES SOBRE SALUD MENTAL EN MÉXICO FRENTE
A LA CRISIS SOCIOSANITARIA DE LA COVID-19

Gabriela Sánchez López
Universidad ITESO

Nadia Santillanes Allende
*Instituto de Investigaciones Sociales,
Universidad Nacional Autónoma de México*

Natalia Galeano Gasca
Gobernación de Antioquia, Escuela contra la drogadicción

Desde que se anunció el primer caso de COVID-19 a finales de 2019 en Wuhan, China, la conciencia de la dimensión social de la enfermedad se ha convertido en un tema central de conversación entre legos y expertos. La antropología médica, que se atribuye este campo de conocimiento, pasó a ser una herramienta importante para interpretar la vivencia social de la pandemia. En México, se evidencian dos narrativas contrapuestas. Por un lado, encontramos la narrativa oficial, que analiza la dimensión social de la pandemia sobre la base de lo económico y lo político, a la vez que desliga la salud mental de estos factores y minimiza otros que, para los colectivos sociales de base, son trascendentales, como las diferencias de género, clase, etnia y generación. Por otro lado, la narrativa de estos colectivos de base se centra en las condiciones materiales y simbólicas que afectan el bienestar, lo que pone de manifiesto que la salud mental trasciende enfoques positivistas y que los modos de sufrimiento son diferenciales, en consonancia con las aportaciones de la antropología médica.

El 10 de abril, un mes después de la puesta en marcha de las primeras medidas de distanciamiento social y del inicio de la segunda fase en México, el equipo especializado en psiquiatría de la Secretaría de Salud presentó en una rueda de prensa una parte de las iniciativas en materia de salud mental y adicciones destinadas a frenar la COVID-19.

La descripción de estas estrategias se hizo pública en la conferencia de prensa que el sector sanitario ofrece a diario para comunicar las acciones que se llevarán a cabo. Desde la antropología médica, observamos que la

salud mental en contextos de vulnerabilidad en México ha sufrido capítulos complicados relacionados con problemas sociales más amplios. Por ejemplo, en la situación de violencia actual, marcada por la lucha contra el crimen organizado, destacan los feminicidios y las desapariciones forzadas, en los que el elemento de salud mental de las víctimas o familiares ha sido secundario. En este caso, son las organizaciones de la sociedad civil las que han desplegado medidas para acompañar a las víctimas e, incluso, han presentado reclamos contra las instituciones del Estado.

En la mencionada conferencia de prensa, el sector sanitario manifestó su preocupación por el cuidado de la salud mental ante el confinamiento y la incertidumbre, y recomendó una serie de herramientas individualizantes para mitigar los efectos de la reclusión: cuidar el sueño, alimentarse bien, hidratarse y ejercitarse. Además, dio varias indicaciones para aprender a reconocer y expresar emociones comunes como el miedo.

En cuanto a los servicios de atención a la salud mental, en la Ciudad de México se presentó una estrategia de cinco pilares: 1) la atención primaria a la salud y la salud comunitaria mediante medidas de prevención y promoción de la salud; 2) la atención prehospitalaria con los equipos de primera respuesta; 3) la atención a la población en aislamiento domiciliario mediante líneas telefónicas; 4) la atención en hospitales dedicados a la COVID-19 y con brigadas de apoyo multidisciplinarias con equipos especialistas en salud mental, y 5) la atención del personal médico frente a la pandemia. Gran parte de esta estrategia se concentra en el punto tres. Los servicios que se plantearon en la conferencia de prensa son mecanismos para administrar ciertas demandas de salud mental ya existentes y, en su mayoría, funcionan como canalizadores. En ese sentido, el sistema de atención a la salud mental en México, ya deteriorado, se dispone a contener a distancia a la población afectada por el confinamiento mediante la atención telefónica, sin haber dado respuesta eficaz ni a las crisis aflictivas acumuladas ni a las de otros «confinados sociales» anteriores a la pandemia, para quienes este tipo de atención no es accesible.

Así pues, la pregunta que nos hacemos es ¿hasta qué punto la atención telefónica que se multiplica en el país desde las primeras semanas de abril es un dispositivo de *presencia ausente* del Estado o, dicho de otro modo, una política en la que el Estado convenientemente se disminuye? Sin duda vale la pena reflexionar sobre por qué el Estado legitima el sufrimiento frente a un agente biológico, pero no frente a las aflicciones y la rabia acumulada por las demandas sociales que trascienden la contingencia.

2. ATENCIÓN

RESISTIR

Josep M. Comelles

Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

La crisis de la COVID-19 no solo ha puesto en situación límite a los dispositivos asistenciales de los países occidentales, sino que está cambiando su significado cultural. El modelo médico que articula estos dispositivos, en tanto que sistemas surgidos del proceso de medicalización posterior a la Segunda Guerra Mundial, dio lugar a un cambio cultural radical en el proceso de salud, enfermedad y atención. Este cambio influye directamente en la construcción de *folkmedicinas* que nada tienen que ver con las taxonomías culturales del pasado. Las nuevas son más globales, pero están compuestas por infinitos *ethnoscapes* en permanente evolución, fruto de las dialécticas locales entre los ciudadanos y la diversidad regional y local de los dispositivos asistenciales de cada Estado. No son lo mismo las *folkmedicinas* en la España «vaciada», que en ciudades medianas o en entornos metropolitanos. Uno de los rasgos más comunes en este sentido es el hospitalocentrismo como anclaje de la cultura sanitaria popular actual (Comelles, Alegre-Agís, Barceló Prats, 2017) .

El hospitalocentrismo es un discurso basado en la «resolutividad» de los hospitales y sus servicios de punta, UCI y urgencias. Los intensivistas saben que las UCI, en condiciones normales, tienen una mortalidad alta, pero también una considerable rotación de pacientes que, tras su estabilización, se derivaban a quirófanos o terapéuticas de índole diversa. La pandemia ha puesto de relieve la fragilidad de este modelo, diseñado para estabilizar patologías agudas o heridas graves, lo cual entra en crisis cuando la respuesta del paciente no es tan inmediata, como sucede con las complicaciones neumónicas de la COVID-19.

Es curioso que esta crisis emerja cuando se trata de actuar frente a la clínica de la vieja «pulmonía doble». La neumonía neumocócica acababa en crisis: o muerte o recuperación —tras un curso muy incierto que los primeros antibióticos abortaron. La espera ansiosa de la crisis desapareció de la memoria colectiva (Comelles, 2004). Las actuales complicaciones neumónicas de la gripe, causa principal de su mortalidad, están asumidas

en nuestro acervo cultural, puesto que se asocian a patologías precedentes en pacientes ancianos.

En 1991, a raíz de las observaciones efectuadas en la UCI del servicio de quemados del Hospital La Paz en Madrid, me sorprendió descubrir un discurso profesional distinto (Comelles, 2002). Varios médicos y enfermeras hablaban de la «resistencia» del paciente quemado. Los intensivistas estabilizaban al paciente para que los cirujanos plásticos injertasen piel sana en las zonas quemadas. Cirujanos e intensivistas pretendían darle la oportunidad de «salir adelante» tras una intubación, ventilación mecánica y sedación que podía durar meses. Trataban de ganar tiempo a fin de que la naturaleza —la regeneración de la piel—, siguiese su curso. Un discurso próximo al de los médicos del siglo XIX (Comelles, 1998).

Ante esta pandemia, no me ha sorprendido la invocación a la necesidad «de evitar el colapso» del dispositivo hospitalario «ganando tiempo» y a la «resistencia» de los dispositivos asistenciales. El paciente contagiado debe «tener tiempo» para generar anticuerpos suficientes que acaben con el virus, de ahí la intubación, ventilación mecánica y sedación durante semanas. «Resiste» el paciente y «resiste» la UCI como colectivo humano. Pero no vi en ella ni auxiliares de clínica, ni celadores, ni limpiadoras, ni familias. El discurso sobre la «resistencia» se aplicaba al paciente y a las familias, no a los profesionales, que empleaban sin reparo interpretaciones mágico-religiosas próximas al milagro cristiano. El milagro consistía en que algunos pacientes «saliesen» de la intubación. Y se les aplaudía como ahora les aplauden.

En el relato actual sobre las UCI, el milagro mágico parece no existir, al margen de ciertas retóricas mediáticas. En cambio, la UCI no es «la terapéutica», sino un arma de «resistencia» en la que luchan profesionales. La «misión» de los médicos en La Paz de 1991 es ahora una acción colectiva, transversal, que comprende a médicos, limpiadoras, enfermeras, auxiliares, celadores. La «misión» los representa sin diferencias mientras salvan enfermos concretos. Emergen, asimismo, nuevos «héroes»; sobre todo, los investigadores, en la mejor tradición de Pasteur y Fleming, que nos salvarán a todos con nuevas vacunas y nuevos tratamientos. Un cambio fundamental en los procesos de hegemonía en el núcleo duro del modelo médico hegemónico.

Bibliografía

- COMELLES, J. M. (1998). «Parole de médecin: le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine». En F. LAPLANTINE, J. LÉVY, J.-B. MARTIN, & A. NOUSS (eds.), *Récit et connaissance* (pp. 299–316). Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- COMELLES, J. M. (2002). «Medicine, magic and religion in a hospital ward: An anthropologist as patient.» *AM Revista della Società Italiana Di Antropologia*, 13–14, 259–288.
- COMELLES, J. M. (2004). «Fiebres, Médicos y Visitadores. Notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo». En J. MARTÍNEZ-PÉREZ, I. PORRAS-GALLO, P. SAMBLAS-TILVE, & M. DEL CURA-GONZÁLEZ (eds.), *La Medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica* (pp. 989–1018). Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha.
- COMELLES, J. M.; ALEGRE-AGÍS, E., & BARCELÓ PRATS, J. (2017). «Del Hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica: Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, 10 (Diciembre), 57–85.

NI TODO ES COVID-19 NI TODA
LA AUTOPERCEPCIÓN SANITARIA ES HEROICA

Teresa Vicente Rabanaque
Universitat de València

María Moreno Rubio
Gloria Rabanaque Mallén
Centro de Salud Integral Alto Palancia de Segorbe

Los medios de comunicación han materializado, en los últimos meses, la presencia intangible del virus que ha irrumpido en nuestra vida, el SARS-CoV-2. Con la asignación de un rostro y un nombre, le hemos conferido una identidad que facilita su reconocimiento incluso entre los y las menores. En poco tiempo, y a pesar de su inexistente pasado, le hemos construido una fama legendaria sustentada en el carácter violento, transgresor e intimidatorio con el que está midiendo las fuerzas de todas las potencias del mapa mundial y retando su capacidad de resistencia. Jaque mate a nuestro sistema hegemónico de neoliberalismo económico y mercados globales. Por no hablar de la crisis política, social y sanitaria que ya ha dado las primeras señales de alerta.

En este entorno de emergencia y escenarios cambiantes, el comportamiento epidemiológico camaleónico y el desconocimiento de un tratamiento eficaz ha exigido extremar la prudencia y los protocolos de aislamiento social y de contingencia. Durante varias semanas, la mirada ha estado puesta en la curva que había que coronar, para revertirla. Y la actuación médica se ha contabilizado en cifras absolutas de ingresos hospitalarios, pacientes en las UCI y víctimas mortales de esta pandemia.

Esto ha traído consigo consecuencias asimétricas y polarizadas en el ámbito sanitario, desde nuestro punto de vista, por elogio y por omisión. El personal hospitalario se ha bautizado socialmente como héroes y heroínas por su labor en la primera línea de urgencia, como también se considera heroica la carrera contrarreloj de quienes investigan para crear la ansiada vacuna. Sin embargo, se trata de una categoría uniformadora y clasificadora que no genera entre quienes la reciben un reconocimiento o identificación unánime, por cuanto se detecta en ella una interpretación

subyacente menos benevolente. La proyección de estereotipos implica la reproducción de ciertos roles, relacionados con la presunción de altas dosis de responsabilidad ética y capacidad de sacrificio, que, no en balde, se han repetido hasta la extenuación y a pesar de todas las adversidades, entre ovaciones de balcón rutinarias.

Con todo, las actitudes de reserva, la percepción del riesgo, las secuelas físicas y emocionales, el miedo a contagiarse y contagiarse, y la consiguiente exposición al rechazo social cuestionan la asignación de etiquetas ante el peso de una humanidad que no les diferencia del resto. Nuestros y nuestras titanes no tienen fórmulas mágicas, ni siquiera inmunidad, y el reconocimiento de sus limitaciones obliga a repartir responsabilidades en sentido colectivo, así como a recoger y desmitificar este otro relato.

Frente a esta exaltación, nos encontramos con el reconocimiento omiso del trabajo continuado de la atención primaria, con frecuencia olvidado o devaluado por un sistema que privilegia otras especialidades. Paradójicamente, rara vez es noticia la gran gesta que supone toda una trayectoria profesional volcada al conocimiento experiencial, personal y directo, que proporciona una mirada holística y longitudinal que hace posible escuchar, acompañar, atender y entender, desde la confianza fraguada durante los años, un relato e incluso toda una narrativa vital, a veces familiar. Quizás se deba a su carácter ininterrumpido, a pesar de que estos días hayan multiplicado la atención telefónica, sin desatender la asistencia presencial ni la domiciliaria, sobre todo a pacientes crónicos (Planes, 2020; Pérez, 2020).

Porque, aunque no lo parezca, no todo es coronavirus. De ahí nuestra preocupación por el discurso biologicista que solo pone el foco en virus y vacunas, y pasa por alto otras cuestiones cualitativas. Si nos ceñimos a las cifras, habría que reconocer las hospitalizaciones que ha evitado la atención primaria cuando el sistema había colapsado, el seguimiento de otras patologías que ha llevado a cabo y el acompañamiento durante la enfermedad o la muerte, que, quienes se dedican a los cuidados paliativos, consideran tan potente como cualquier sedación farmacológica.

En esta nueva normalidad, el reto pendiente está en la «pandemia de pánico y deshumanización» y los «duelos complicados» derivados de la falta de acompañamiento familiar y el aislamiento social (Sánchez, 2020).

Bibliografía

- PÉREZ SOLÍS, P. (2020, marzo 27). «Sin atención primaria no hay solución a la pandemia». *El Gerente De Mediado*. Recuperado de <<https://gerentedemediado.blogspot.com/2020/03/sin-atencion-primaria-no-hay-solucion.html>>.
- PLANES MAGRINYÀ, A. (2020, marzo 23). «Un virus que ens qüestiona. El Diari de la Sanitat, 23 de marzo de 2020». Recuperado de <<https://diarisanitat.cat/un-virus-que-ens-questiona/>>.
- SÁNCHEZ ETXANIZ, J. (2020, abril 5). «La necesidad de morir acompañados: sean niños con cáncer o mayores con Covid-19». *Mugalarí*. Recuperado de <<http://mugalarí.info/opinion/la-necesidad-morir-acompanados-sean-ninos-cancer-mayores-covid-19>>.

LA COVID-19 Y LAS INSTANCIAS ASISTENCIALES

Enrique Perdiguero-Gil

*Instituto Interuniversitario López Piñero,
Universidad Miguel Hernández de Elche*

En los últimos años, las tensiones en torno a las diferentes opciones asistenciales a las que recurre la población para solucionar sus enfermedades (Perdiguero-Gil y Comelles, 2020) se han venido incrementando en un complejo contexto. En este sentido destacan el adelgazamiento de los sistemas públicos de protección, los populismos políticos emergentes y una sociedad en la que los procesos de medicalización han conducido a una cultura de la salud en la que esta última se considera un valor incuestionable, muy por encima de otros, como la tolerancia o la sabiduría. Me refiero al caso del Estado español, por ser el que mejor conozco, pero muchos de los conflictos que apunto —que son solo algunos de los existentes— también se dan en otros países europeos y, algunos, en otros muchos Estados.

Hay tensiones en el seno de la medicina científico-experimental, la hegemónica. La presencia del determinismo genético, cada vez mayor, convive con el peso fundamental que sigue otorgándose al papel etiológico de los estilos de vida (Menéndez, 1998). No son tendencias contradictorias, pero sí pueden llevar a versiones muy diferentes de la práctica médica. La profesión médica se ha proletarizado, lo cual no impide una desorbitada demanda para acceder al Grado en Medicina. El hospitalocentrismo y el desprestigio de la Atención Primaria, que, en parte, tienen sus orígenes en el desarrollo del Seguro Obligatorio de Enfermedad franquista (Comelles *et al.*, 2020), se acrecientan. Prácticamente ninguno de los estudiantes que, tras dura competencia, logran llegar a las facultades de medicina quieren ser especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

La relación de esta medicina hegemónica con la propia configuración del ámbito doméstico también presenta tensiones. La creciente medicalización, que genera grandes beneficios para las industrias farmacéuticas, alimentarias y cosméticas, no impide que la asimetría en la relación médico-enfermo sea cada vez más cuestionada, al amparo de la gran cantidad de información, veraz o equívoca, disponible en Internet. Por profunda que sea la medicalización de la sociedad, la gestión de los problemas de

salud sigue estando en manos de la persona —y de su entorno cercano— que considera que los padece, que se apropia y resignifica los saberes y las prácticas de la medicina científico-experimental, como en el caso de la automedicación (Fainzang, 2016). En los países ricos, asimismo, sobre todo mujeres de las clases sociales altas recurren a las medicinas alternativas y complementarias como modo de coger las enfermedades (y los malestares) (Perdiguero, 2010). No es una tendencia significativa en el Estado español, pero la reacción de las autoridades ha dado pie a campañas efímeras y confusas en las que la aceptación acrítica de la llamada «evidencia científica» ha militado en contra de una gestión eficiente de la cuestión¹.

La irrupción de la COVID-19 supone un aumento de las tensiones señaladas. Sin la genética, no es posible conocer la naturaleza del virus causante ni su comportamiento. El virus de la gripe de 1918 se aisló en 1933, pero hasta 2005 no se logró conocer su genoma (Taubenberger *et al.*, 2007). En el caso del SARS-CoV-2, su genoma fue descrito a inicios de enero de 2020². Pero, la ausencia de tratamiento o vacuna ha obligado a recurrir al aislamiento y a la alteración de las conductas de la población, ciertamente impuesta, pero desarrollada en el ámbito doméstico, algo que será todavía más relevante en los próximos meses para evitar rebrotes.

La primacía del hospital, el papel altamente simbólico de las unidades de cuidados intensivos y los respiradores han sido, durante semanas, la cara visible del sistema sanitario. Sin embargo, son los epidemiólogos, unos desconocidos³, los que han llevado a cabo el seguimiento de la pandemia. Y el control de los nuevos casos va a quedar en manos de la Atención Primaria, mal financiada, nada prestigiada y, habitualmente, poco visible. La pandemia se ha gestionado sin «evidencia científica» suficiente. No la había. Lo que existe es la incertidumbre, muy propia de la ciencia, pero que resulta desconcertante para una sociedad que cree vivir al amparo de la tan invocada «verdad científica». Ante las limitaciones de la biomedicina, ¿ha habido posibilidad de coger la pandemia desde instancias alternativas? No lo parece. El peso de la gestión, al margen de las apabullantes cifras de hospitalizados y muertos, ha recaído y recaerá

1 #coNprueba: <<https://www.conprueba.es/>> [consultado el 31/5/2020].

2 Novel coronavirus genome: <<http://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>> [consultado el 31/5/2020].

3 No obstante, su papel capital en el control de las pandemias ya había sido señalado en la ficción cinematográfica (Lynteris, 2015).

en el comportamiento de los individuos y de su entorno, determinado en gran medida por los condicionantes socioeconómicos (Jordà *et al.*, 2020).

¿Modificará la COVID-19 las tensiones en y entre las distintas opciones asistenciales? ¿En qué medida? ¿Supondrá cambios en las políticas económicas y sanitarias? ¿Transformará las culturas de la salud tal y como se han ido conformando en los últimos 80 años? No hay respuestas (todavía), pero parece poco probable que se atine con el camino por recorrer si no se tienen en cuenta las tensiones apuntadas.

Bibliografía

- COMELLES, J. M.; PERDIGUERO-GIL, E. P.; BUENO, E., & PRATS, J. B.(2020). «Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979)». En J. MARTÍNEZ-PÉREZ & E. PERDIGUERO-GIL (eds.) *Genealogías de la reforma sanitaria en España* (pp. 63-124). Madrid: Los Libros de la Catarata.
- FAINZANG, S. (2017). *Self-Medication and Society: Mirages of Autonomy*. Abingdon and New York: Routledge.
- JORDÀ, O.; SINGH, S. R., & TAYLOR, A. M.(2020). «Longer-run economic consequences of pandemics». (No. w26934). *National Bureau of Economic Research*. doi:10.24148/wp2020-09
- LYNTERIS, C. (2015). «The Epidemiologist as Culture Hero: Visualizing Humanity in the Age of “the Next Pandemic”». *Visual Anthropology*, 29(1), 36-53. doi:10.1080/08949468.2016.1108823
- MENÉNDEZ, E. L. (1998). «Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes». *Estudios Sociológicos*, XVI(46), 37-67.
- PERDIGUERO-GIL, E. (2010). «A propósito de las medicinas alternativas y complementarias: sobre el pluralismo asistencial». En M. A. MARTORELL, J. M. COMELLES, & M. BERNAL (eds.) *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II* (pp. 278-300). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- PERDIGUERO-GIL, E., & COMELLES, J. M. (2020) «El estudio del pluralismo médico en España: una aproximación histórica». En C. CUADRADA (ed.) *Pluralismo médico y curas alternativas*, pp. 8-50. Tarragona: Publicacions URV.
- TAUBENBERGER, J. K.; HULTIN, J. V., & MORENS, D. M. (2007) «Discovery and characterization of the 1918 pandemic influenza virus in historical context». *Antiviral Therapy*, 12 4 Pt B), 581-591.

LA FRAGILIDAD ENTRE LOS AFECTADOS Y LOS QUE CUIDAN: SOCIALIZACIÓN DE LA VULNERABILIDAD

Montserrat Pulido Fuentes
Universidad de Castilla-La Mancha

Rescatando parte de lo que la técnica autoetnográfica ofrece y sin perder de vista que escribir sobre una misma nos adentra en el marco de la vulnerabilidad como persona y como investigadora (Esteban, 2019), en el presente artículo se pretende mostrar la mirada de una sanitaria al campo de la comprensión de los acontecimientos actuales relacionados con la pandemia.

Estos días ha despertado de un largo letargo aquella enfermera que, durante más de una década, transitó por unidades de cuidados intensivos y que la actualidad ha puesto en todos los noticieros. Tras huir de escenarios mediáticos y algo rimbombantes, regresa de la ciudad al campo y se sumerge en el ámbito de la salud comunitaria. En este momento de demanda de profesionales sanitarios, todos deben apuntarse a filas. Con recelo y mucha más preocupación, la enfermera observa con atención los vaivenes a los que son sometidas sus excompañeras «de intensivos»: profesionales que han tenido que realizar turnos de trabajo con ocho pacientes a su cargo, pronando y despronando (una técnica no invasiva compleja, que requiere tiempo y destreza e implica cuidados concretos). La situación obliga a reconvertir una gran cantidad de estancias hospitalarias en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) improvisadas en todos los sentidos. Aquellas enfermeras de intensivos se han reproducido, están por todos lados. Así, coloca a estas extrañas «heroínas», «vestidas hasta arriba», en esferas imaginarias de salvación.

Adentrarse en una UCI siempre ha supuesto una forma de aislamiento, no solo del resto del mundo, sino también del resto del ámbito hospitalario. Es un espacio de entrada restringida incluso para los familiares de los pacientes —hasta la llegada de la humanización de la UCI. De alguna forma, estos servicios se han construido como la *crème de la crème* desde la mirada de la enfermera. La ejecución de técnicas complejas, la dificultad de manejo de los servicios y los pacientes, pero, sobre todo, las condiciones en las que estos llegan y el grado de fragilidad de las personas que allí ingresan hacen que ese pódium sea más visible. Durante estos días, se han sentido (aún más) víctimas y esclavas en su propio cuerpo.

Frente a este escenario, se presenta otra enfermera que bien pudiera ser no enfermera. En el imaginario social y colectivo, cuesta encontrar a la enfermera comunitaria y de atención primaria, por lo tanto, subsiste. La vía telemática, más aséptica, la ha alejado del vecino y paciente, y su tarea se ha relegado a un segundo plano. Contrariamente, cumple un papel fundamental en la detección precoz de casos, el rastreo de contactos, el aislamiento de las personas infectadas y de quienes han estado en contacto estrecho con ellas, y el seguimiento de los casos en aislamiento domiciliario, además de contribuir al conocimiento de la evolución de la enfermedad, así como la protección de quienes cuidan y atienden a las personas afectadas, un factor clave en el control de toda pandemia desde un punto de vista epidemiológico. «Nadie habla de esto», señala Helena Legido, experta en sistemas de salud. Se vive otro tipo de aislamiento, de soledad, en el que ha reinado el silencio hasta que alguien ha caído en la cuenta de la dimensión social de las pandemias.

En este contexto, se ha sentido una falta de cuidado; esa escasez de atención se ha vivido como un abandono o aislamiento añadido. En el reino que promueve los cuidados, y en tiempos en los que la responsabilidad de enfermar aparece implícita y es transmitida de forma individualizada, no han encontrado la corresponsabilidad en el cuidado. Algunas de ellas han tenido que «retirarse» por agotamiento, con sintomatología de la COVID-19. De vuelta a la cárcel que estos días han sido sus casas, el negativo por SARS-CoV-2 les hace sentirse doblemente culpables («si al menos fuera positivo...»).

La presión ha sido alta. «Y que no quiero volver [a trabajar] porque estoy muy cabreada, porque, además, esto no se va a acabar». La relativa socialización de la vulnerabilidad arrastra a la socialización de los cuidados —con todas las brechas que ya conocemos. Se han descuidado las desigualdades estructurales en las que se encuentran las trabajadoras del sistema sanitario, ámbito especialmente feminizado, y en el ámbito de los cuidados en general. Son tiempos de cambio, que pone de relieve el grado de interdependencia de todos los seres humanos. Necesitamos cuidarnos y autocuidarnos. La historia continúa.

Bibliografía

- FERNÁNDEZ-GARRIDO, S., & ALEGRE-AGÍS, E. (Eds.). (2019). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II): Perspectivas feministas en la investigación en salud*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

HIBRIDACIONES

Margarita Ríos Domínguez
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Soy enfermera especializada en el bloque quirúrgico. Tras una reorganización general del sistema hospitalario de mi comunidad autónoma a raíz de la epidemia de COVID-19, se decidió que el hospital donde trabajo se considerase «hospital blanco», es decir, no contaminado con pacientes de COVID-19. No obstante, dado que muchos ingresados por otras causas empezaron a manifestar sintomatología y a dar positivo en las PCR, se destinó la tercera planta del hospital a enfermos con coronavirus. Los quirófanos continuaron funcionando para las urgencias, principalmente oncológicas, y cirugías en pacientes no infectados de hospitales cercanos. Ante cualquier complicación grave de los enfermos de la tercera planta, el equipo de anestesia, del que formo parte, era el encargado de trasladarse al lugar para tratar el problema.

Es curiosa la distinción entre «hospital blanco» y «hospital contaminado». Entre personal limpio y personal contaminado. Tales diferencias llaman sobre todo la atención si recordamos las expresiones de Haraway, que hacían alusión al quebrantamiento de las dicotomías y de las oposiciones binarias modernas (Haraway, 1984). E, incluso, las de autores como Latour, que habla de la proliferación de los híbridos, las mezclas y los puntos intermedios en los que se «reensambla lo social» (Latour, 2008).

En este hospital tampoco pudo mantenerse la dicotomía y aparecieron pacientes infectados que debieron reubicarse en una sola planta. El personal «limpio», como yo, se contaminaba al trasladarse allí para intubar a algún paciente o aplicar cualquier otra medida invasiva que requería una cierta especialización.

Hemos podido comprobar también que mantener la distancia y el aislamiento resulta muy difícil en un mundo globalizado. Que el virus ha trascendido fronteras y clases sociales. Que las separaciones y los dualismos se hacen complicados en nuestra realidad repleta de redes socio-técnicas. Que la dicotomía naturaleza/sociedad carece de sentido hoy en día, especialmente si tenemos en cuenta las afirmaciones que apuntan ahora a una relación entre la aparición del virus y el impacto humano en el medio am-

biente; a zoonosis inducidas por las alteraciones de los ecosistemas debidas a las sustancias contaminantes propias de la sobrexplotación industrial.

Pero, volviendo al escenario del hospital, quisiera hacer referencia a las interacciones entre profesionales sanitarios y pacientes. Nos topamos frecuentemente con una crítica contra la actual despersonalización de la medicina y el trato frío y distante del equipo médico hacia los pacientes. Mi entorno habitual, el bloque quirúrgico, es el núcleo duro del sistema sanitario, el lugar frío y aséptico por excelencia. Como he comentado antes, cuando aparece una complicación importante en la unidad hospitalaria, nos trasladamos equipados con EPI (equipos de protección individual) a la habitación del paciente afectado para realizar la terapia pertinente. Las acciones suelen ser bastante impersonales puesto que no conocemos al paciente: nos limitamos a llevar a cabo la técnica y nos marchamos.

Es cierto que en nuestra medicina occidental y, en especial en el departamento quirúrgico, existe una desobjetivación de la agencia del enfermo, reducida a agencia bioquímica. Por consiguiente, cuando nos trasladamos de nuestro departamento a la unidad hospitalaria, seguimos manifestando las mismas características con el fin de asegurar el éxito terapéutico.

Por tanto, quisiera hacer alusión de nuevo tanto a la disolución de las dicotomías y oposiciones binarias mencionada al inicio de este escrito como a las mezclas e hibridaciones que caracterizan nuestra sociedad actual y extender este pensamiento al ámbito sanitario. Si bien es cierto que, en el espacio quirúrgico, debe tratarse al paciente como un cuerpo provisto solo de actividad bioquímica, a medida que nos alejamos de ese núcleo también debería diluirse esa oligopsis hasta llegar a una visión mucho más panóptica en zonas consideradas como la periferia del sistema.

Sería útil promover un trato más personalizado con el enfermo cuando este todavía está consciente, cuando el equipo del departamento quirúrgico se desplaza a la habitación del paciente y cuando se despierta de una anestesia. Es entonces cuando se cuestiona un exceso de dimensión instrumental frente a un déficit de acción local. Es en esos momentos cuando debería surgir la mezcla e hibridación entre las dos visiones, la oligóptica y la global y holística. Una hibridación necesaria para dar una atención óptima a nuestros pacientes.

Bibliografía

- HARAWAY, D. (1984). *Manifiesto Ciborg*. Mar de plata: Puente aéreo.
LATOUR, B. (2008). *Reensamblar lo social*. Buenos Aires: Manantial.

SALUD VIRTUALIZADA:
BIOPODER TELEMÁTICO EN TIEMPOS DE COVID-19

Claudia A. Contreras Realpe
Médica integrativa y antropóloga de la medicina

Desde el decreto de aislamiento preventivo obligatorio o estado de alarma¹ a raíz del SARS-CoV-2, (el virus) popularmente conocido como COVID-19 (la enfermedad), se ha promovido la virtualización de muchas actividades (o casi «obligado» a ella), en especial en la telemedicina, salvo en procedimientos en los que los robots o los profesionales sanitarios son estrictamente necesarios (intervenciones quirúrgicas, tratamientos que requieren hospitalización y algunos exámenes diagnósticos o terapéuticos). Es necesario, pues, analizar cómo esta telematización incide en el proceso salud-enfermedad-atención y lo modifica, a la vez que se considera especialmente su relación con las personas —los mal llamados *pacientes*—, la apomediación, el sistema de salud y su estructura (hegemónica), los profesionales sanitarios, la tan anhelada multidisciplinariedad e interdisciplinariedad (según la disciplina que se practique), el pluralismo asistencial y la creación conjunta de una atención integral.

Es bien sabido que, desde muchas visiones, prácticas y esferas del conocimiento, se intenta devolverles el cuerpo a los «pacientes» y restituirlos como personas en el sistema sanitario. Pacientes virtuales sin cuerpos reales, sin corporeidad táctil, en un entorno donde la biología pierde su «cuerpo» y se desmaterializa en la virtualidad; donde se distancia del síntoma y el signo, y de la objetividad/subjectividad en el diagnóstico y el tratamiento.

La telemedicina, el control social —justificado desde el riesgo de contagio masivo—, el distanciamiento físico obligatorio y el contacto únicamente a través de la apreciación visual y auditiva limitan aún más el

1 Nombres dados en Colombia y España, respectivamente al período de cuarentena obligatoria establecido por decreto para gestionar la situación de «crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19», en el que se promulgan normas y restricciones para la población (situación similar acontecida en la mayoría de países del mundo durante el primer y el segundo trimestre de 2020).

retorno de lo humano a la asistencia sanitaria y favorecen el biopoder telemático del cuerpo y la salud, así como el desempoderamiento individual y colectivo, que estimulan este «tipo de medicina», como se menciona en la siguiente cita del artículo «Telemedicina y cirugía plástica»:

[...] nuestra especialidad, en la que es perfectamente aplicable el antiguo proverbio chino «una imagen vale mil palabras», podría salir muy beneficiada. Esto permitiría una mayor reducción de costes con contundentes mejoras en eficiencia y calidad. [...] Es un hecho claro que estas tecnologías van a producir un gran cambio en la sociedad y en el quehacer diario del médico durante la próxima década. Lo que hoy conocemos como Telemedicina, en breve perderá el prefijo «tele» porque la población entenderá este tipo de Medicina y de aplicaciones telemáticas como algo habitual. Sin duda, nuestra especialidad será una de las grandes beneficiadas de la aplicación de estas tecnologías...

(Cabrera, Leal, Pérez, *et al.*, 2010: 277).

La esperanza podría surgir del proceso vivido por los profesionales de la salud durante la pandemia, por el cual el miedo, el desconocimiento, la incertidumbre, la soledad, la estigmatización, la escasez de recursos y, especialmente, la observación del resquebrajamiento de los modelos sanitarios establecidos deberían dar pie a una reestructuración menos patriarcal y a la limitación de la globalización restrictiva de la vida.

Telematización, biopoder y humanización: extremos que se retroalimentan en tiempos de pandemia y que evidencian las limitaciones del sistema y de sus recursos materiales y humanos, de modo que fortalecen y resquebrajan el biopoder, y contribuyen así a la humanización del proceso asistencial.

Bibliografía

- CABRERA, E. & LEAL, A. (2010). «Telemedicina y Cirugía Plástica». *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 3(36), 277-283.
- CUADRADA, C. (Ed.) (2020). *Pluralismo médico y curas alternativas*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- COMELLES, J., & PERDIGUERO-GIL, E. (eds.) (2017). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- ESTEBAN, M. (2004). «Antropología encarnada: Antropología desde una misma». *Papeles del CEIC*, 12 (Junio). 1-21.
- MATURO, A., & MORETTI, V. (2018) *Digital health and the gamification of life: How apps can promote a positive medicalization*. Bingley: Emerald Publishing Limited.

RECONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE RIESGO OBSTÉTRICO
DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA COVID-19:
REFLEXIONES DE UNA MATRONA Y ANTROPÓLOGA
(O VICEVERSA) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Lara Beatriz Martín Castañeda, Judith Muñoz Carrasco,
Irene Fernández Torm
Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva-Esquerra, Barcelona

Una sociedad superindustrializada es morbosa, en el sentido de que la gente no encaja en ella. En realidad, la gente se rebelaría contra ella si los médicos no le dieran un diagnóstico que explica su incapacidad para luchar como un defecto de salud.

(Ilich, 1957: 151).

El enfoque de riesgo permea toda la praxis biomédica y presupone la existencia de elementos no patológicos *per se*, pero que favorecen la aparición de ciertas alteraciones. A partir de ese fantasma ominoso y de la distancia con respecto a él, se deciden determinadas actuaciones futuras (Menéndez, 1998; Taussig, 1995). En el ámbito de los procesos reproductivos, hay autoras que relacionan el enfoque de riesgo con una forma de supeditación social para justificar la medicalización del embarazo, el parto y el posparto con claros elementos racistas (Agüero, 2019; Blázquez, 2009; Davis-Floyd, 2001; Narotzky, 1995; Montes, 2007).

Entre las autoras afines al parto humanizado es frecuente hallar la crítica hacia el control patologizante de los cuerpos de las mujeres que se remonta a la construcción de la obstetricia como disciplina (García, 2018; Bellón, 2015; English y Ehrenreich, 1973; Federici, 2010; Sadler y Rivera, 2015). El expertismo biomédico se confronta en estos discursos con la reivindicación de un conocimiento femenino universal con tintes existencialistas (Odent, 2007; Olza, 2017; Rodríguez, 2000). En las representaciones biomédicas, ser demasiado joven o mayor, pobre o migrante (riesgo infeccioso), delgada o gorda, son características que se consideran factores de riesgo durante la gestación (Departament de Salut, 2018). El etiquetado del riesgo, además, es un proceso que se actualiza en cada visita

biomédica. De esta forma, el embarazo se construye como una yincana llena de riesgos y permanecer dentro de los límites de la normalidad supone caminar por una fina línea digna de equilibrista. Como contraprogramación, el parto humanizado exalta las capacidades biológicas de la mujer para gestar y parir construyendo una dicotomía natural/artificial-cultural de complejísima aplicación práctica (Lázzaro, 2017; Tornsquist, 2001).

En este contexto, emerge un virus que en cuestión de semanas convierte los centros de salud y los hospitales —anteriormente considerados lugares de culto dentro del proceso de salud-atención-enfermedad— en lugares contaminados, impuros (Douglas, 1973). El seguimiento ambulatorio del embarazo tiene que moderar la rigidez protocolaria de sus prácticas materiales y simbólicas, lo que reduce las visitas presenciales a las imprescindibles. Muchas de las embarazadas, con un esperable «síndrome de Estocolmo», nos preguntan, perplejas: «¿Cómo sabré que está «todo» bien...?»; «Y, a mí, ¿quién me va a pesar?»; «¿Cómo sabré respirar y empujar en el parto sin las charlas...?».

En los ambulatorios, nos apresuramos a organizar cursos telemáticos de preparación al nacimiento, aun a sabiendas de que en la situación pre-COVID-19 muchas gestantes de los márgenes no participaban en ellos y parecían reproducirse sin dificultades. Por otro lado, la preparación de los cuestionarios para detectar los casos de violencia de género durante el embarazo se complica. La no presencialidad, lo cambiante de los protocolos en unos ya de por sí exiguos «servicios sociales» y el sesgo patriarcal hacen que, especialmente en situaciones de crisis, las criaturas devengan centro y las madres, periferia (Esteban, 2000). Esta situación convive con un aumento de los casos de violencia de género (John, Casey, Carino, *et al.*, 2020).

Tras siglos tejiendo discursos ominosos sobre los procesos reproductivos (Dona Llum, 2019), el contexto epidemiológico actual obliga a las gestantes a retomar el control sobre su cuerpo y sus criaturas. Ante el aluvión de pruebas y visitas presenciales anuladas, hemos de recordar(nos) que el embarazo es, este mes y los venideros, un proceso fisiológico, o casi. Si los expertos han anulado una prueba es porque no era tan necesaria. Deben confiar en ellas mismas, pero, sobre todo, seguir confiando en el sistema médico-científico que otrora las construyó como incapaces. Por otra parte, las palabras de los movimientos pro parto en casa que advierten que los hospitales no son los lugares idóneos para el alumbramiento se han vuelto proféticas.

Para investigaciones posteriores, pues, queda dilucidar cuál será la deriva del seguimiento biomédico del embarazo y el parto, y si volveremos a negar a las mujeres el papel protagonista. La laxitud actual podría revertirse y transformarse en un control férreo apuntalado por las nuevas amenazas que nos rodean, a fin de recuperar el tiempo y el terreno perdido. Desde hace unas semanas se están realizando estudios sobre el embarazo/parto y las comorbilidades asociadas a la COVID-19 para mantener activo el engranaje de la evidencia científica, siempre ávido de nuevas formas de alimentar el enfoque de riesgo.

Bibliografía

- AGÜERO, S. (2019). «La violencia etnoobstétrica antigitana». En *Disidencia en el cuerpo: Perspectivas feministas* (pp. 68-133). Barcelona: Ménades.
- BELLÓN, S. (2015). «La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica». *Dilemata*, 7(18), 93-11.
- BLÁZQUEZ, M. I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio*. Tesis doctoral publicada. Universidad Rovira i Virgili, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Tarragona, España.
- DAVIS-FLOYD, R. (2001). «The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of child-birth». *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, 5-23. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00510-0
- DEPARTAMENT DE SALUT (2018). «Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya». Recuperado de: <http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspacat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf>.
- DONA LLUM ASSOCIACIÓ [ed.] (2019). *Mirades a la violència obstètrica*. Barcelona: Pol-len.
- DOUGLAS, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI editores.
- EHRENREICH, B., & ENGLISH, D. (1973). *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press
- ESTEBAN, M. L. (2000). «La maternidad como cultura». En COMELLES, J. M., & E., PERDIGUERO-Gil (eds.). *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra
- FEDERICI, S. (2010). *El Calibán y la bruja*. Madrid: Traficantes de sueños
- GARCÍA, M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Tesis doctoral publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico, Madrid, España.

- ILICH, I. (1975) *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral
- JOHN, N.; CASEY, S. E.; CARINO, G., & MCGOVERN, T. (2020). «Lessons never learned: crisis and gender-based violence». *Developing World Bioethics*, (00):1-4. doi: 10.1111/dewb.12261
- LÁZZARO, A. I. (2017). «Cuerpos 'al natural': la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado». *Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales*, 3, (20), 83-94
- MENÉNDEZ, E. (1998). «Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes». *Estudios Sociológicos* 46, (XVI), 37 – 67.
- MONTES MUÑOZ, M. J. (2007). *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral publicada, Universitat Rovira i Virgili, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Tarragona, España.
- NAROTZKY, S. (1995). *Mujer, mujeres y género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- ODENT, M. (1990). *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala Ediciones.
- OLZA, I. (2017) *Parir*. Barcelona: Sipan.
- RODRIGÁNEZ, C. (2000). *Pariremos con placer: Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Murcia: Ediciones Criminales
- SADLER, M. & RIVERA, M. (2015). «El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos». *Revista Contenido.: Cultura y Ciencias Sociales*, 6,60-73.
- TAUSSIG, M. (1995). *Un gigante en convulsiones: El mundo humano como un sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- TORNQUIST, C. S. (2001). «Armadilhas da nova era: Natureza e maternidad no ideário da humanização do parto». *Estudos feministas*, 2(10), 483-492. doi: 10.1590/S0104-026X2002000200016.

EMOCIONES, PRECARIEDAD Y TRABAJO: EL PERSONAL
DE SALUD ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. REFLEXIÓN
DESDE UN HOSPITAL PÚBLICO MEXICANO

Marisa J. Valadez Montes
*Departamento de Sociología y Antropología,
Universidad Autónoma de Aguascalientes*

La pandemia de COVID-19 ha revelado una serie de situaciones relacionadas con los sistemas de salud y sus trabajadores. Las estrategias epidemiológicas en México están condicionadas por factores como la pobreza, el alto porcentaje de empleo informal que se lleva a cabo en las calles y que propicia un mayor número de contagios, así como la disminuida capacidad de los hospitales ante emergencias sanitarias de este tipo. A ello se sumó la falta de material para la protección del personal de salud, que no recibía un abastecimiento suficiente, aun cuando se declaró oficialmente la fase tres.

Este panorama conduce a varias reflexiones que atañen a las ciencias sociales y que, desde la antropología, abren diversas preguntas con el fin de reflexionar acerca de la emocionalidad, los miedos y el trabajo en los hospitales. Los breves apuntes que aquí se señalan surgen de notas de campo tomadas durante el punto álgido de la pandemia en un hospital público de una provincia mexicana.

Describir el miedo del personal de salud implica diferenciar varias dimensiones. Nos encontramos ante una serie de emociones que emergen de una experiencia colectiva que amalgama lo personal, lo profesional y lo institucional. El temor a infectarse e infectar a los suyos, la desconfianza en las instituciones y el riesgo debido a la falta de material han sido las constantes que han orientado sus discursos y prácticas. En las redes sociales, las enfermeras, los médicos y el personal paramédico y administrativo expresan miedo, ansiedad y malestar por la falta de estrategias para enfrentarse a la pandemia en el hospital. Ante la incertidumbre, adquirieron por su propia cuenta cubrebocas, mascarillas y trajes que en dos semanas habían duplicado su precio.

En este sentido, surgen preguntas acerca de lo que nos dicen las emociones que se manifiestan en estos contextos, de cómo se reconfigura el

trabajo del personal de salud en condiciones de riesgo y sobre el tipo de relaciones que construyen los sujetos para solventar provisionalmente la precariedad de las instituciones.

Renato Rosaldo (2000), en su famoso trabajo acerca de los ilingotes, habla del concepto de «fuerza emocional» con respecto a los sentimientos. Esta fuerza nace de la ruptura permanente de una relación íntima particular, de manera que Rosaldo señala la necesidad de considerar el vínculo del sujeto dentro de un campo de relaciones sociales con el fin de captar la experiencia emocional de un individuo. A su vez, el estrés y la ansiedad pueden entenderse como parte de la presión emocional originada en las relaciones domésticas y laborales (Scheper-Huges, 1997). Esta especie de tensión nos llama a considerar la condición del cuerpo expuesto a la enfermedad.

Así pues, más que plantear conclusiones apresuradas, emergen reflexiones pendientes: ¿Efectivamente, a partir de la pandemia de COVID-19, se han conformado nuevos campos de experiencia y relaciones entre los trabajadores de la salud? ¿Se han redefinido los límites entre las instituciones y la población en virtud de la vulnerabilidad? ¿Qué nuevas categorías de análisis se perfilan para estudiar la relación entre las dimensiones íntimas de los sujetos y sus formas de trabajo?

Bibliografía

- ARIZA, M. (2016) *Emociones, Afectos y Sociología. Diálogos desde la Investigación Social y la Interdisciplina*. México: UNAM.
- ROSALDO, R. (2000) *Cultura y Verdad. La Reconstrucción del Análisis Social*. Quito: ABYA-YALA ED.
- SCHEPER-HUGES, N. (1997) *La Muerte Sin Llanto. Violencia y Vida Cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

Referencias de páginas web

- EL CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (2018). «Resultados de Pobreza en México 2018 a Nivel Nacional y por Entidades Federativas». Recuperado de <<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (2020). «Indicadores De Ocupación y Empleo». Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/iooe/iooe2020_02.pdf>.

REFLEXIONES ETNOGRÁFICAS DESDE LA TRINCHERA
DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN TIEMPOS
DE CORONAVIRUS: ANTIMIEDOS Y COMMUNITAS
EN MOMENTOS DE CRISIS

Rita Prat Caballol

Universitat Rovira i Virgili, Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell)

Soy antropóloga y enfermera. Ejercicio la profesión sanitaria en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario comarcal de Barcelona. Las presentes reflexiones etnográficas pretenden describir cómo se ha vivido este episodio de coronavirus en las unidades que han atendido exclusivamente a enfermos por ese motivo.

Es un hecho innegable que las profesiones sanitarias están muy jerarquizadas. La profesión médica ostenta la hegemonía y el poder; las demás, entre ellas la enfermería, están subordinadas, pese a disponer de una cierta autonomía. Así, las relaciones pueden ser tensas y no están exentas de conflictividad.

Durante este período, los medios de comunicación han difundido continuamente noticias, por lo general negativas, al respecto. La sobreinformación, que ha sido constante, y a veces contradictoria, se ha difundido por doquier. No ha habido disputa alguna respecto al discurso oficial, solo alguna voz aislada y crítica con lo que estaba sucediendo que se basaba, sobre todo, en las noticias que llegaban de Italia o que cuestionaba el papel de la OMS y la influencia que ejercen los entes privados sobre este organismo.

El miedo, la incertidumbre y la ansiedad se apoderaron, especialmente en los primeros días, de los espacios asistenciales. No solo hacía mella la información de que algunos profesionales habían enfermado o incluso muerto en otros países, sino que, además, pesaba entre el personal la voluntad de proteger a su familia. A eso hay que añadir que, en un primer momento, los equipos de protección eran más bien escasos y algunos utilizaban más material de lo indicado en los protocolos para intentar protegerse al máximo, por lo que había menos disponible para otros. Esto se puede interpretar como síntoma de miedo y egoísmo de autoprotección.

Sin embargo, en paralelo, la situación de gran tensión y estrés generaba gestos de solidaridad y compañerismo que no suelen darse en condiciones de «normalidad»: en el ambiente flotaban aires de fraternidad. Así, cuando un profesional atendía a un enfermo, en la medida de lo posible, llevaba a cabo actuaciones que corresponden a otros miembros del equipo para evitar que ellos también se expusieran al posible contagio.

Algunas reflexiones de los profesionales eran: «Cuanto menos nos expongamos, mejor; tenemos que cuidarnos y protegernos, porque nadie va a hacerlo por nosotros». Como suele suceder, hay quienes se exponen más y otros con más miedos que, si pueden, evitan el contacto. Por su posición dentro del equipo, la enfermera es quien, en más ocasiones, atendía. De repente, las rivalidades o el poder se aparcaron y se formó un equipo más unido, aunque solo fuera por un período de tiempo limitado.

Para dar una explicación a esta situación, me baso en los *antimiedos* de Morin (1993) y en la *communitas* de V. Turner (1988). Por un lado, Morin reivindica los *antimiedos* como mecanismos de defensa ante situaciones que desencadenan temores de los que se protegen los individuos. Ello se consigue mediante rituales estratégicos como los saludos, la cortesía o preguntas sobre cómo se encuentran, que tienen una función tranquilizadora ante lo que se percibe como una amenaza.

Por otro lado, Turner desarrolla la idea de la *communitas*: el equipo asistencial forma parte de la estructura social, mientras que la *communitas* se desarrolla al margen de esta estructura y necesita circunstancias de espontaneidad para su aparición, que no puede ser programada; une a las personas por encima de otra atadura social y todos comparten la misma condición y objetivo.

Estas dos situaciones se dieron sobre todo durante el inicio y el período agudo. Los saludos y los gestos de compañerismo se intensificaron y apareció también la *communitas* en el sentido de que las jerarquías profesionales no se anularon, pero se debilitaron, se compartían más intensamente unos objetivos y había más complicidad entre todos los actores, algo que, como algunos profesionales han reconocido, no se da en circunstancias de normalidad asistencial.

En resumen, los períodos de crisis que implican anormalidad, incertidumbre, ansiedad y miedos también nos aportan valores humanos positivos y de cohesión de grupo, que en otros momentos se tiende a descuidar.

Bibliografía

- MORIN, E. (1993). «Les anti-peurs». *Communications*, 57, 131-139. doi:10.3406/comm.1993.1871
- TURNER, V. (1988). *El proceso ritual: Estructura y antiestructura* (pp. 103-104). Madrid: Taurus.

3. RELACIONES

IMPERATIVES OF SELF-CARE AND IDIOMS OF RESILIENCE
DURING THE COVID-19 OUTBREAK: AN INSIGHT
FROM PSYCHIATRIC ANTHROPOLOGY

Stella Evangelidou

Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

The COVID-19 outbreak has generated a socio-medical crisis with immediate, short- and long-term consequences on the mental health and psychosocial well-being of the general community globally. Apart from the high-risk population groups (mainly health staff and the elderly), the global community is confronted with stress factors such as the overwhelming exposure to information (“infodemic”), confinement measures, quarantine norms and physical distancing that condition work routines and other aspects of social life. In some contexts, these measures are applied universally without considering the specific needs of certain population groups, such as children, families exposed to domestic violence or people with pre-existing mental and physical difficulties.

Fear of contagion, prolonged separation between caregivers and dependents, feelings of isolation and abandonment, stigma against those infected and their families, grief and loss of loved ones, jobs and daily habits, loss of control and powerlessness as well as uncertainty about the future describe the acute psychosocial situation. The infectious contagion is mirrored by emotional and behavioral symbolic contagions, that is, the rise of a “psychological pandemic”.

A *symptom* of this “psychological pandemic”, which is also presented as a *response* to it, is the excessive publication of self-care methods and techniques. Self-help guides, mental health checklists and stress-management multimedia sessions are offered virtually via online platforms and social media networks addressing the physical, emotional, mental and social/relational aspects of taking care of oneself. They target health staff, the elderly and their caretakers, parents and their children as well as the general community with the aim of promoting well-being and preventing mental illness or exacerbations of mental illness caused by COVID-19 confinement measures. The repeated exposure to this material by multiple sources and the imperative tone of “having to do” during times of crisis

may lead to a “collective hysteria” with obsessive/compulsive reactions, self-guilt or even resistance to comply with a healthy lifestyle. Everyone is called to take care of his/her vulnerability and precariousness and to be resilient during this period. In the face of systemic neoliberal self-care imperatives, the social ecology of resilience provides an alternative discourse.

In line with Michel Foucault’s analysis of neoliberalism, contemporary societies may produce insecurity, uncertainty and social suffering, while at the same time they call every individual to take care of himself or herself and achieve resilience. During the ongoing COVID-19 crisis, societies appear to be already diagnosed with burnout, fatigue, exhaustion, isolation and depression (Han, 2015). The neoliberal care of “self-care” expects the individual to follow self-management techniques based on best practices and rapid results (Reading, 2017). During this precarious existential period caused by COVID-19, the imperatives of self-care are re-considered through which social care is re-valued.

Care of the self, in its ethical meaning, is a practice of autonomous self-government and freedom, a repertory of practices through which the self recreates itself each day, as Foucault has suggested during his latest work (2010). Genuine self-care is freely defined by the self and not promoted and constrained by models of profit-sharing and the norms of multiple industries. It is about maintaining an open-dialogue of the self with oneself and reinventing oneself each time in relation to the other. The real care of oneself implies time, a sincere sense of limits, the capacity to slow down, listen, think and feel. Consequently, facing precarious existential conditions places individuals in personal crises with transformative potential. Beyond endurance, recovery, or a return to a homeostatic state of being, an important dimension of resilience is the sense of meaning-making towards transformation (Panter-Brick & Eggerman, 2012).

During social and personal crises, the observed idioms of resilience across as well as within the countries most affected by COVID-19 suggest that resilience is found within suffering, not in spite of it. Thus, idioms of resilience define the genuine self-care methods specific to the individual experiences and the collective affective environments in a given context during adversity, promoting a sense of self-control and social freedom. Self-care is about self-(re)creation in a social space and a temporal specificity and the most important aspect of resilience seems to rest in the expression of social hope. In times of COVID-19, self-care needs to be re-signified enabling personal transformations and a genuine social care: a personal and social reset.

References

- FOUCAULT, M. (2010). «The government of self and others». *Lectures at the Collège de France 1982-1983*. Trans. G. Burchell. New York: Palgrave MacMillan.
- HAN, B. C. (2015). *The Burnout Society*. California: Stanford University Press.
- PANTER-BRICK, C., & EGGEMAN, M. (2012). «Understanding culture, resilience, and mental health: The production of hope». In *The social ecology of resilience* (pp. 369-386). New York: Springer.
- READING, S. (2017). *The self-care revolution: Smart habits & simple practices to allow you to flourish*. Hachette UK.

DES DEL MEU BALCÓ:
AUTOETNOGRAFIA D'UN CONFINAMENT

Núria Tria Parareda
Universitat de Vic

La mascareta com a símbol

27 de març de 2020

Quan surto a passejar el carro de la compra perquè no tinc gos (de fet ara com ara crec que ja és el carro el que em passeja a mi) vaig interpellant, adés i ara, gent desconeguda: «Disculpa, et puc fer una pregunta?». Aquesta part és retòrica, ja que abans que tinguin temps de contestar els espeto: «Com has aconseguit la mascareta?». Soc antropòloga i duc el treball de camp a les venes. Alguns dels que no acceleren el pas per treure-se'm del mig em contesten: «és una d'aquestes que fan servir a l'obra», «és que em fa vergonya dir-ho però... soc personal sanitari», «a la farmàcia d'allà baix: en tenen unes que venen a preu d'or i són una m...». La gent es busca la vida.

Jo em quedo intranquil·la (bé, de fet la intranquil·litat ha passat a ser el meu estat per defecte) i em pregunto si això de les mascaretes no està esdevenint un símbol que condensa el neguit, la por al desemparament que sentim les persones davant la impotència d'un estat escanyolit que fa el seu darrer sospir. Crec que aquesta epidèmia no ens ve després d'una crisi econòmica, ans al contrari: el que tenim a sobre és una nova crisi econòmica que s'expressa en forma d'epidèmia. I la mascareta n'és el seu símbol.

Aplaudiments 2.0?

6 d'abril de 2020

Aquests dies la divisòria entre la realitat analògica i la realitat virtual se'm desdibuixa. Passem la major part del dia immersos en un mar de xifres que ragen a dojo de tots els mitjans telemàtics amb què vivim, ara més que mai, fusionats: recomptes d'infectats, recomptes de morts, recomptes de material mèdic, del tot insuficient. Tot apunta que no anem gens bé.

Però arriba el final del dia i sentim encara la necessitat d'aplaudir. Al personal sanitari, diem. A la vida, penso jo.

Els aplaudiments que sento cada dia, puntualment, quan enfilem les vuit del vespre són una celebració col·lectiva que ha passat un dia més i estem vius, ens sentim vius. Ens aplaudim els uns als altres, però sobretot ens aplaudim a nosaltres mateixos per haver sobreviscut un dia més. Un ritual que ens retorna a un cert gaudi analògic, sensorial, després d'un llarg dia cada vegada més virtual.

Herois

18 d'abril de 2020

Els herois són figures, reals o mítiques, que ens impacten amb la seva idiosincràsia, les seves virtuts i, molt especialment, les seves proeses. Darrerament estem envoltats d'heroïnes i d'herois les gestes dels quals, probablement, no seran inscrites als llibres escolars. Sí, em refereixo al personal sanitari. Els que es juguen la pell cada dia, al llarg de jornades extenuants, entre recursos escassos i dilemes ètics a dirimir.

Per a mi ja s'havien postulat a l'heroïtat temps enrere, quan van assaltar els carrers per denunciar a cor que vols les «retallades» en sanitat. Inexorablement, passat un temps, en patim tots i en primera persona els seus efectes.

Malgrat que els admiro, m'agradaria no necessitar-ne, d'herois. Preferiria tenir professionals ben pagats, que marxin a casa a l'hora que toca, satisfets de la feina feta. Amb recursos a la seva (i nostra) disposició. A qui no els cal decidir treure el respirador d'una persona per posar-lo a una altra.

Malauradament, quan l'estat fa fallida necessitem més que mai les seves gestes.

El dins i el fora

23 d'abril de 2020

Si Foucault aixequés el cap, potser se sorprendria veient com d'útil resulta encara el seu concepte de biopolítica per desentrellar la punyent realitat que ens envolta. O, millor dit, que ens engarjola.

Mai havia tingut una sensació tan opressiva d'haver cedit el control dels meus moviments a una instància externa, que administra la meva capacitat d'obrar. En algun moment (que ja no recordo) dec haver clicat un botó on deia «acceptar».

D'altra banda, restem «voluntàriament» (devia haver-hi un altre botó) tancats en un dins, que té molt de fora: malgrat estar engabiats, estem més visibles que mai, amb una contínua presència digital.

L'exterior i l'interior s'han intercanviat, o capgirat. L'interior ha esdevingut un plató televisiu amb connexions en directe i una autopista (des) informativa amb hores punta i trànsit a vessar. I l'exterior s'ha convertit, sobtadament, en un refugi enyorat: la veritable llar?

NUESTRA PIEL: ZONA DE CONTAGIO

María Zapata Hidalgo
*AFIT (Grupo de investigación en Antropología Feminista),
Universidad del País Vasco*

Quinta semana de confinamiento. Llevamos más de treinta días de distanciamiento social y, en este tiempo, solo he podido abrazar a mi pareja y a mi perra. Hoy estoy especialmente sensible, con mucha necesidad de que me recojan y preciso abrazos, caricias o cualquier otro contacto físico lleno de cariño. Busco por la casa a la única humana y a la única canina que puedo tocar en este mundo y termino también abrazando la almohada, acariciando la manta de piel sintética que hay en el sofá y sintiendo con las puntas de los dedos varios corazones de alcachofa que ya están florecidos. Hoy es la primera vez en cinco semanas que tomo plena conciencia de que no puedo abrazar a mis amigas, a mi madre o a mi sobrino y de que solo puedo sentir el calor corporal de mi pareja. Solo su olor, solo sus caricias

(Diario del confinamiento, 20 de abril de 2020).

Muchas veces se habla de la piel como de una frontera entre el individuo y el mundo. Pero me gusta más pensarla como límite, porque la idea de frontera es demasiado divisoria, como si realmente hubiera un sujeto aislado de lo social. Sin embargo, sí es el contorno corporal lo que marca la distinción entre el espacio íntimo y el compartido; es a través de la piel como creamos la subjetividad.

Sara Ahmed (2015: 52-53) señala que, a través del dolor, tomamos conciencia de nuestra piel. Esto favorece el proceso de identificación, porque permite la vivencia del propio cuerpo como una entidad tanto material como experiencial, es decir, como una entidad con potencial sensible y que, por tanto, está viva. Pero, además, porque es precisamente la epidermis lo que reconocemos de las otras personas; su aspecto físico depende por completo de ese órgano, el único que es visible y el único que podemos oler, saborear o palpar. En este sentido, Miquel Domènech *et al.* (2001: 31) señalan que «el sujeto ya no es una unidad-identidad, sino envoltura, piel, frontera: su interioridad se desborda en contacto con el exterior».

En efecto, la piel es un espacio privilegiado de interacción social. A través de ella, experimentamos nuestra vulnerabilidad, que no es más que

la capacidad de ser afectadas y de afectar. Tal y como afirma Adriana Cavarero (2014), existen dos posibles orígenes etimológicos para la raíz de la palabra *vulnerabilidad*. El primero es *vulnus*, ‘herida’, es decir, una laceración o un trauma que se produce en la piel después de un golpe violento. El segundo es *vel* (‘piel sin bello’), relacionado con la idea de exposición total al mundo para recibir tanto golpes como caricias. Tanto en la primera acepción como en la segunda, se está hablando de una fenomenología de la piel, es decir, de aquella parte de nuestra corporalidad que está en contacto directo con lo exterior y, por tanto, que está expuesta al mundo y en constante relación.

Sin embargo, la piel se ha convertido ahora en campo de batalla contra la COVID-19, así como en lugar de contagio. Durante la pandemia de sida de los años 90, el elemento corporal relacionado con la trasmisión fue la sangre, que en cierto sentido es algo más íntimo, interno e invisible. Hoy es la piel, nuestro límite directo con el mundo y, cada vez que salimos al «afuera», debemos proteger e inmunizar esta envoltura: la lavamos con jabón constantemente; la cubrimos con guantes, ropa o mascarilla; evitamos el contacto con otras pieles; etcétera.

La pregunta, pues, es si estas nuevas epistemologías sobre lo corporal y sobre la piel traerán consigo cambios en nuestras formas de identificación y reconocimiento, y en las formas de vivir la interacción social. Es decir, de qué manera este cambio en las formas de la intercorporalidad (Merealeau-Ponty, 1968) transformará el espacio social y la producción de subjetividades.

Bibliografía

- AHMED, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CAVARERO, A. (2014). «Inclinaciones desequilibradas». En B. SAEZ (Ed.) *Cuerpo, memoria y representación: Adriana Cavarero y Judith Butler en diálogo*. Barcelona: Icaria
- DOMÈNECH, M.; TIRADO, F. J., & GÓMEZ, L. (2001). «El pliegue: psicología y subjetivización». *Cuaderno de Pedagogía de Rosario*, 4(8), 27-37.
- MERLEAU-PONTY, M. (1968). *The Visible and the Invisible*. Illinois: Northwestern University Press.
- RUIZ MARCOS, L. (2015) *Cuando la memoria pasa por la piel. Escenarios del cuidado en la enfermedad del Alzheimer*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de Sociología V (Teoría Sociológica), Madrid, España.

EL CORONAVIRUS Y LA RELACIÓN ENTRE ANIMALES Y HUMANOS: EL CASO DE LOS GATOS EN MARRUECOS

Josep Lluís Mateo Dieste
Universitat Autònoma de Barcelona

Varios autores como Descola (2005) o Haraway (2008) han observado que la distinción y relación entre animales y humanos tiene múltiples interpretaciones culturales según la cosmovisión. En este sentido, el origen del coronavirus ha disparado todo tipo de hipótesis sobre la transmisión de enfermedades entre animales y humanos, y no ha faltado en diversos lugares la designación de determinados animales como chivos expiatorios, algo recurrente en la historia. La antropología puede aportar mucha luz a la cuestión de la zoonosis analizando la concepción de los animales en los sistemas socioeconómicos de subsistencia y en los sistemas de representación.

La observación etnográfica a la que invito se centra en la visión de los gatos en Marruecos, donde realizo mi trabajo de campo, y, concretamente, en Tetuán. La clave es qué animales se designan como domésticos y cuáles como comestibles, explotables, peligrosos o respetables, además de pensar cómo estos factores pueden afectar la política hacia los animales en el futuro, desde múltiples nociones culturales y sistemas de clasificación social de la contaminación (científicos, religiosos o de otro tipo).

Durante el confinamiento, seguí varias redes sociales del norte de Marruecos y me puse en contacto con mis amistades en la zona para observar cómo se representaba la relación con los gatos a lo largo de la crisis sanitaria. En la ciudad de Tetuán, el gato es muy respetado y limpia las calles de ratones. Es un vecino más, pero generalmente no es un animal de compañía que conviva como mascota, aunque circula por las casas. Durante esos días de marzo y abril, mis contactos en Tetuán me comentaron que la gente seguía alimentando a los gatos en la calle. No solo el vecindario, sino también algunas asociaciones que ya existían previamente y grupos organizados, como uno en Tánger, que se preocuparon por su estado.

La misericordia hacia los animales está reconocida en las fuentes islámicas (Foltz, 2006). También en las tradiciones sufíes hallamos relaciones especiales entre algunos santos y animales, que a menudo encarnan a ge-

nios. En uno de los santuarios de Tetuán, los gatos ocupan un lugar central y reciben ofrendas de leche y pescado; algunas personas les atribuyen incluso esa condición de genios transformados en animal.



Imagen 1. Muhammad, cuidador del santuario de la 'Awyna (Tetuán), alimenta a los gatos. Junio de 2019. J. L. Mateo.

El confinamiento obligatorio fue decretado por el Gobierno marroquí a partir del 13 de marzo. Desde entonces, han circulado en las redes abundantes fotos de una práctica antigua, que se ha mantenido durante el encierro: alimentar a los gatos de la calle como acto de misericordia, considerado también un acto meritorio en términos religiosos, como indican los textos adjuntos a las imágenes.

En Facebook hallé pruebas tanto de la existencia de voluntarios de organizaciones animalistas como de policías, lo cual dota al acto de un nuevo significado político. Las frases que acompañan estas fotografías ejemplares invocan diversas virtudes de la moral religiosa, como la clemencia y la misericordia.

En el siguiente caso (imagen 2), el periodista rescata la visión religiosa de los gatos y el policía los humaniza al remarcar que toman distancia, tal y como determinan las nuevas normas de separación de los cuerpos.



Imagen 2. «Alabado sea Dios: los gatos son animales domésticos y, entre ellos, hay una distancia segura. Sigamos el ejemplo de los gatos». *Chamal Post*. 25/3/2020

El lenguaje religioso impregna también esta presentación de los gatos:

La reiteración de estas imágenes ejemplares debe situarse en un contexto que presentaba el confinamiento como un deber patriótico, patrocinado por rituales colectivos dirigidos por la Policía en los barrios, en los que se invitaba a cantar el himno nacional. Las fotografías de policías alimentando gatos proyectan una iconografía piadosa con el objetivo de remarcar la virtud moral de quienes controlan el confinamiento.



Imagen 3. «Ten piedad de los de la tierra y los del cielo te la demostrarán, desde Mequinez». *Chamal Post.* 26/3/2020



Imagen 4. «El jefe de la Policía de Tánger no olvidó el deber humanitario mientras realizaba sus deberes». *Tanjanews.com.* 7/4/2020.

A pesar de estas recomendaciones religiosas, no en todas las regiones árabo-musulmanas se siguieron estos patrones y también se dieron casos de «acusaciones» a perros y gatos por la transmisión del coronavirus, como en el Líbano o Pakistán. En definitiva, en esta crisis, los rumores, las retóricas científicas y los antiguos sistemas morales compiten por definir de algún modo la incertidumbre.

Bibliografía

- DARNTON, R. (1984). *The Great Cat Massacre and Other Episodes in French Cultural History*. New York: Basic Books.
- DESCOLA, P. (2005). *Par-delà nature et culture*. Paris: Gallimard.
- FOLZ, R. C. (2014). *Animals in Islamic traditions and Muslim cultures*. Oxford: Oneworld Publications.
- HARAWAY, D. (2008). *When species meet*. London, Minneapolis: University of Minnesota Press.

LA NOSTRA ERBA È SEMPRE PIÙ VERDE:
LA ARROGANCIA DE UNA PANDEMIA¹

Isabella Riccò
Universitat Rovira i Virgili

«Los primeros días están bien, parece una gripe común, luego de repente dejan de respirar. Acabo de entubar a una mujer de 40 años. ¡Quedaos en casa!». Ya habían pasado 10 días desde la aparición del coronavirus en Italia cuando leí este comentario de un médico en Facebook. No sabía si era verdad o no; en ese momento, la sobredosis de información y la rapidez de los acontecimientos no permitían distinguir las noticias fiables de las falsas, pero fue entonces cuando por primera vez entendí la magnitud de lo que estaba ocurriendo. Me quedé helada.

La COVID-19 se detectó oficialmente en Italia el 21 de febrero, en una ciudad localizada a unos 80 km de donde vive mi familia. A principios de marzo, la situación ya estaba fuera de control y pronto la población italiana se dio cuenta de que ¡no!, no era una gripe.

El 26 de febrero se confirmó el primer caso en Barcelona. Como era inevitable, a inicios de marzo, el coronavirus se había convertido en uno de los principales temas de conversación. Fue durante aquellos días cuando varias personas empezaron a preguntarme: «¿Qué tal estás, Isabella?»; «¿Hay casos en tu zona?». Al principio, contestaba con una cierta dosis de tranquilidad y resignación: «Mis padres de momento están bien, pero hay personas enfermas en mi ciudad; estoy preocupada». Hasta que lo vi claro, detenido, como una epifanía de las más banales que, sin embargo, mi entorno no conseguía advertir: «dentro de pocas semanas, aquí estaremos igual».

Me pregunté entonces por qué, viendo lo que había sucedido en China (un país que construyó en 10 días un hospital en el que un sector entero estaba gestionado por robots), el Gobierno y la población de Italia se creyeron inmunes a las consecuencias del virus y no tomaron las medidas necesarias a tiempo. En España y en muchos otros países pasó lo mis-

¹ El título es la adaptación del proverbio italiano «l'erba del vicino è sempre più verde», que sería equiparable a la versión castellana «la gallina de la vecina pone más huevos que la mía».

mo, pero fue aún peor porque, de alguna manera, los europeos ya estaban viendo el final de la película, pero todavía no se lo creían.

Durante aquellas semanas, las circunstancias se agravaron y no pude evitar tratar el tema con mis allegados. Quería que se preparasen para lo que estaba a punto de ocurrir e intentaba transmitirles en cierto modo mis angustias y preocupaciones. Me asombraba observar que la mayor parte de la gente con la cual hablaba no me creía, o al menos no del todo. Intentaban tomarse en serio la situación e imaginarla, pero era evidente que la hipótesis (y la necesidad) de un confinamiento les parecía totalmente lejana e impensable. Yo quedaba horrorizada e impotente y me volvía aún más «terrorista» en mi discurso. Me preguntaba por qué no nos estaban poniendo ya en cuarentena y por qué no aprovechaban las semanas de ventaja que teníamos.

Después del cierre de las fronteras, leí un artículo de un sociólogo alemán que reflexionaba sobre la COVID-19 y la percepción del riesgo en Occidente. En la publicación, se planteaba la tesis de que varios países europeos no se habían tomado seriamente la experiencia de China a causa de su arrogancia poscolonial. Desde mi punto de vista, el problema aquí no era solo que los individuos se negasen a título personal a ver la realidad, sino que también se negaban los Gobiernos.

Reflexioné sobre ello y llegué a la conclusión de que la mayoría de los países europeos necesitaron acumular un número considerable de muertos, SUS muertos, para empezar a caer en la cuenta de la gravedad de la situación. Fue como si cada Estado se hubiese creído capaz de manejar la pandemia, como si se estuviese desplegando una suerte de competición en la que la resistencia al virus acabase por encarnar la metáfora de la valentía, el poder y la buena gestión.

Cuando Pedro Sánchez declaró el estado de alarma y el encierro, mi entorno empezó a asustarse y se rindió a la evidencia de que aquí también estaba pasando. Yo, en cambio, paradójicamente, dejé de tener miedo.

Bibliografía

DISCOVERY SOCIETY (2020). «Othering the virus». Recuperado de <<https://discovery-society.org/2020/03/21/othering-the-virus/>>.

LA PANDEMIA DE LA COVID-19:
UNA OPORTUNIDAD PARA RESIGNIFICAR

Jiun Isabel Zhang Yim
Universitat Rovira i Virgili

«Queridas compañeras de la diáspora: Han detectado un nuevo virus respiratorio en Wuhan, China. Debemos estar preparadas para el racismo que vendrá en las próximas semanas». Con estas palabras, las compañeras del colectivo Catàrsia pronosticamos lo que se nos venía encima ya a finales de enero, antes de que estallase el *boom* mediático y la posterior crisis sanitaria y social del coronavirus, técnicamente llamado SARS-CoV-2. A pesar de que el alcance en cuanto a morbilidad todavía era incierto, nuestro pronóstico se cumplió.

Las redes sociales, los medios de comunicación y los grupos de Whatsapp ardían con comentarios, burlas y bulos sobre los chinos que, al margen de hablar sobre el virus en sí, cuestionaban sus costumbres, su acento, sus hábitos alimentarios y su aspecto físico. Así, se evidenciaba que el fenotipo continúa siendo definitorio de la alteridad y esta, a su vez, legitimadora de la violencia y la discriminación hacia quien es leído como chino.

Cuando oí hablar por primera vez de la COVID-19, una sensación familiar me transportó a lo ocurrido durante la epidemia de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) de 2003. En aquel momento, yo tenía 12 años, estaba en plena adolescencia y pasaba por la crisis de identidad que, años después, he descubierto que es común entre muchas personas racializadas y leídas como «exóticas». Tengo el recuerdo de un grupo de compañeros del colegio apartándose de mí en las escaleras, burlándose y gritándome que no les contagiase la gripe «china».

A partir de entonces, traté de blanquearme lo más posible para que las demás personas me vieran como tal y traté de ser una china occidentalizada: una de mis medidas de protección ante la falta de referentes que me aportasen otra mirada. ¿A quién iba a acudir si desde la propia autoridad se permitían y se perpetuaban estos actos? ¿Cómo levantas la voz ante el miedo a ser llamada «exagerada»? ¿Cómo confías en un sistema en el que, hoy, diecisiete años después, todavía existen profesores que se ríen de sus

alumnos chinos delante de toda la clase? Y no, no son casos aislados, sino el resultado de un imaginario colectivo creado desde la hegemonía blanca y basado en estereotipos discriminatorios. Diecisiete años más tarde, el «*peligro amarillo*» está más vivo que nunca.

A finales de marzo, con la rápida expansión del virus en el territorio local, en cuestión de pocos días pasé de ser estigmatizada a ser elevada a la condición de heroína. Ambas condiciones fueron construidas e impuestas desde una mirada externa que me forzaba a ubicarme en identidades que nunca he reconocido como propias. Por un lado, la sociedad espera de mi condición de médica una figura heroica a quien aplaudir religiosamente cada tarde. Por otro lado, la institución médica reclama eficiencia y plena dedicación a la vez que deshumaniza los cuidados y precariza a sus trabajadores en un intento por arreglar el resultado de años de desmantelamiento de la sanidad pública.

Al margen del falso amparo de la bata blanca, «el entorno exige a nuestros cuerpos racializados el pertenecer, a la vez que luego reprocha el no pertenecer suficientemente bien» (Catàrsia 2018). Una sociedad que nos ha definido bajo su epistemología hegemónica euroblanca, ha negado nuestra heterogeneidad y nos ha obligado a escoger a qué bando pertenecemos. La misma sociedad que ahora nos señala y nos responsabiliza a la vez que nos sitúa automáticamente en el lado del enemigo.

Y ¿qué ocurre cuando ninguno de estos discursos es reconocido como propio? ¿Dónde cabe la confrontación en un lugar en el que pocas veces se permite ser quién eres, sino solo lo que se espera de ti?

Es, pues, en la etnografía donde encuentro un espacio para repensar y cuestionar dichas lógicas impuestas. Un lugar para construir, desde la «zona del no ser», la posibilidad de transitar estos estados liminales que, pese a verme forzada a habitar, transformo y resignifico. No soy un virus, ni soy la china estereotipada. Tampoco soy la médica cuya profesionalidad depende de la negación de su emocionalidad.

Soy la que cuestiona las carencias del marco biomédico, cuyas lógicas se escudan en el principio bioético de justicia para negarle un respirador a un anciano. Soy la que abre la brecha a los constructos monolíticos de «china», «médica» o «heroína». Soy, en fin, la que renuncia a ser definida y empieza a definir su identidad a través de su propia mirada.

Bibliografía

- GROSGOUEL, R. (2012). *El concepto de «racismo» en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser?* Tabula Rasa Bogotá: 16, 79-102.
- ZHANG YIM, J. I., (2020). *La enfermedad que legitima el racismo: una lección no aprendida*. Recuperado de <<https://paipaimag.com/la-enfermedad-que-legitima-el-racismo-una-leccion-no-aprendida/>>.

I LUOGHI DELLA MORALE:
IL COVID-19 COME “PATOLOGIA SOCIALE”

Valentina Sbocchia
Universitat Rovira i Virgili

Durante i primi decenni del secolo XIX, la rivoluzione industriale, la migrazione di massa dalle campagne alle città e la conseguente creazione di una nuova classe sociale furono fenomeni impattanti da cui si diede avvio a una differente concezione della malattia. Nella maggior parte dei paesi europei, i comportamenti pubblici e privati degli strati popolari più bassi furono oggetto di feroci critiche moralizzatrici: la povertà, ovvero la conseguenza diretta delle profonde disuguaglianze sociali, era percepita dall'élite e dalle classi medio-alte come un danno morale che contrastava la crescita del benessere cittadino. Per questo motivo, la medicina iniziò ad essere utilizzata come strumento di intervento volto a ripristinare e contenere le «patologie sociali», ovvero quelle malattie come la tubercolosi e la sifilide, la cui causa si riscontrava nel vizio, nella miseria, nell'alcolismo e nella prostituzione, e che la medicina doveva combattere attraverso l'adattamento delle classi emarginate alla sana vita cittadina.

In questo contesto storico, si sviluppò una visione contraddittoria e paradossale delle patologie: il malessere deteneva una causa di tipo morale che si riscontrava nelle condotte della classe lavoratrice (Arribazalaga, Vidal y Tomás, 1998: 65). Evitare e contenere il contagio significava, dunque, istituire un'opera civilizzatrice attraverso il controllo, la vigilanza e il distanziamento sociale. Di conseguenza, la medicina del tempo si caratterizzò per essere un tipo di pratica scientifica basata sull'esclusione dei soggetti infetti dal resto della popolazione mediante tecniche di quarantena e di separazione tra quartieri agiati e poveri (Foucault, 1992: 138). Stare in salute significava attuare condotte idonee che potessero funzionare come una sorta di protezione dalla contaminazione dell'anima e del corpo.

Questa prospettiva altamente moralizzatrice ci aiuta a riflettere su come il corpo sociale si comporti al pari di quello organico. Come afferma Mary Douglas in *Purity and Danger* (1966), quando il corpo viene minacciato dagli agenti patogeni, attiva differenti meccanismi di difesa per eliminare i microrganismi nocivi. La società, quando vulnerabile, si comporta

allo stesso modo: interviene vigilando i corpi e castigando le devianze sociali, lottando per la sua conservazione. Allo stesso modo, nell'attuale emergenza sanitaria, la propagazione del Coronavirus è vincolata alla responsabilità umana. La pandemia può essere ostacolata dalle nostre azioni volte ad evitare comportamenti dannosi per noi stessi e per gli altri. L'obbligo morale del «cittadino responsabile» è dunque quello di seguire le norme per non infettare sé stesso e l'intera comunità, una logica che difonde un'idea abbastanza perversa di colpevolizzazione e di vulnerabilità.

Il virus rappresenta un male intangibile: le nostre insicurezze a riguardo si materializzano nella sfiducia nei confronti del prossimo, laddove gli «altri» vengono eletti a potenziali nemici. L'hashtag italiano «#iorestoacasa» («#yomequedoencasa») è la perfetta rappresentazione del cittadino virtualmente responsabile, ma è anche un ammonimento nei confronti di tutte quelle persone «incoscienti» che non rispettano le distanze, che non indossano mascherine e guanti, che se ne vanno in giro «a far finta di correre» o che «fanno finta di andare a fare la spesa», persone elette a soggetti amorali, protagonisti indiscussi dei tanti video caricati online.

I comportanti ritenuti irresponsabili vengono patologizzati: le immagini e le riprese mostrate nei telegiornali riguardano per lo più persone comuni che escono di casa senza mascherina e che fanno aggregazione sociale nonostante i divieti. Pochi o nulli, invece, sono i servizi sulla situazione dei più svantaggiati, dei senz'altro, di chi è disoccupato e dei migranti, ovvero di tutte quelle categorie che godono di poca protezione sociale e che, ancora una volta, vengono invisibilizzate dagli stessi decreti-legge. L'attuale pandemia, dunque, è un fenomeno in grado di rivelare le maniere in cui ci (auto)gestiamo di fronte al pericolo e in cui costruiamo e riaffermiamo la realtà, facendo emergere il fatto di come l'esperienza del contagio sia un fenomeno altamente vincolato alla morale: da un lato, sono stati istituiti nuovi soggetti a-sociali ritenuti irresponsabili e incivili, dall'altro, l'esistenza di tutte quelle persone economicamente e socialmente svantaggiate viene ancora una volta marginalizzata, se non addirittura negata.

Bibliografia

- ARRIZABALAGA J.; VIDAL A., & TOMÁS J. (1998). *La salud en la Historia de Europa*. Barcelona: Publicacions i Edicions Univesitat de Barcelona
- DOUGLAS, M. (1966). *Purity and danger. An analysis of concepts of Pollution and Taboo*. London: Routledge
- FOUCAULT, M. (1992). *Historia de la medicalización*. En FOUCAULT M. (Ed.) *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación* (pp. 121-152). Barcelona: La Piqueta.

CUIDAR LES DISTÀNCIES

Laia Ventura Garcia

Medical Anthropology Research Centre, Universitat Rovira i Virgili

Des de l'inici de la crisi derivada per la COVID-19, hem sentit parlar sobre les estratègies de distanciament físic —les que són de caràcter no mèdic— com a mesura de protecció per contenir la infecció i fer front a les necessitats sanitàries del sistema de salut. Un sistema que, en el nostre territori, ja acumulava anys de privatitzacions i retallades pressupostàries (especialment en el camp de la salut pública i l'atenció primària, dues de les àrees fonamentals com a amortidores de les desigualtats socials), amb un conseqüent deteriorament dels serveis sanitaris i socials, i una desprotecció d'amplis sectors de la població que, amb la crisi, s'han vist greument afectats. La COVID-19 no deixa de ser un exemple més de com la salut i la malaltia es distribueixen de forma desigual entre els diferents grups socials, i com aquests disposen d'oportunitats dispars per fer-hi front i per complir les mesures que es van decretant. I és que, en una societat estratificada —per grups d'edat, gènere, classe social, etc.—, la salut, com tants altres aspectes, també ho estarà.

En breu esperem disposar de dades estadístiques al respecte. Aquestes dades son cabdals per visibilitzar la distribució de la problemàtica, però no sempre són suficients per conèixer els processos de caràcter socioestructural associats tant a la morbi-mortalitat com respecte les conseqüències econòmiques i laborals, que ens permetrien comprendre ja no el què, sinó com la pandèmia afecta de forma diferenciada aquests grups, les estratègies que tenen per afrontar-la a curt, mitjà i llarg termini, i les limitacions i oportunitats de què disposen en cada entorn laboral, comunitari i familiar. Perquè tota mesura requereix unes condicions que facin possible que puguin ser acomplertes, i aquestes no sempre es donen o en faciliten el compliment.

Aquests aspectes de caràcter més estructural es relacionen, a la vegada, amb altres processos socioculturals associats a l'experiència social del risc. Plantejar-nos-en l'abordatge i les pràctiques que en deriven transcendeix els discursos de responsabilitat i culpabilitat individual dominants, i ens situa al camp dels valors i les lògiques situades que impregnen les

pràctiques del dia a dia. Les ciències socials han posat en evidència com el risc articula modes de vida, identitats, biografies individuals i col·lectives, visions del món i negociacions quotidianes que van més enllà de la noció epidemiològica. Un aspecte a considerar, conjuntament amb les estratègies de comunicació, especialment si tenim en compte les previsions que durant els propers dos anys es vagin decretant mesures de distanciament físic de forma intermitent. Unes mesures que, d'altra banda, no s'allunyen tant de la idea de distància social —tal com assenyala Rita Segato—, si tenim en compte que la necessitat de la materialitat del cos de l'altre és també una forma de comunicació.

De fet, el que està visibilitzant especialment aquesta pandèmia és com les cures són un dels eixos centrals per fer-hi front i un dels pilars de la vida. I les cures impliquen des de les connexions a la visibilització d'aquells grups que queden ocults a la mirada quotidiana: d'aquelles persones que moren en soledat i les famílies que no poden acomiadar-se'n, les que s'han quedat sense ingressos i/o que ja vivien en una gran precarietat, les persones grans que viuen soles o les que estan malaltes, les dones que pateixen maltractes o «els menors no acompanyats», per fer referència a alguns. D'aquesta manera, parlar de distància comporta cuidar amb tendresa la relació, ja sigui al nivell de les inequitats socials, les lògiques situades o per gestionar l'aïllament social. I més en aquests moments que els discursos mèdics i polítics se solapen amb tanta facilitat.

VIRUS E INTERACCIÓN SOCIAL

Margarita Ríos Domínguez
Universidad Nacional de Educación a Distancia

El ser humano es un ser social por naturaleza; su supervivencia no solo depende de su interacción con el medio ambiente, sino con el orden social y cultural que le rodea (Berger y Luckmann, 2006: 66). Pero, ahora, mientras atravesamos la pandemia de la COVID-19, nuestras relaciones sociales se han visto alteradas. No podemos salir salvo que sea para llevar a cabo actividades consideradas esenciales, guardando los dos metros de distancia reglamentaria con nuestros congéneres y protegidos por una mascarilla. Así pues, pasamos la mayor parte del tiempo confinados en nuestros hogares. El individualismo surgido a partir del Renacimiento, que distinguió al hombre de su comunidad y que lo convirtió en un ser autónomo y dueño de su propio destino, alcanza estos días su máxima expresión.

Calles desiertas; sin coches y sin gente. Tan solo se divisan individuos que sacan a pasear al perro o que hacen cola pacientemente al lado del supermercado o de la farmacia, respetando la distancia de seguridad. Todos en silencio, con el rostro oculto por la mascarilla y observando suspicazmente al que tose o se acerca un poco más de lo establecido por la norma. No obstante, todos los días a las ocho de la tarde se abren muchas ventanas y comienza la sesión de aplausos en agradecimiento al personal sanitario.

Creo que el relato de los sucesos en mi comunidad de vecinos puede resultar interesante a este respecto. La fachada del edificio está orientada hacia un patio de manzana con jardín interior. Somos un total de 200 vecinos y, a las 20h, la mayoría nos asomamos para aplaudir. Durante los primeros días, uno de estos vecinos tuvo la idea de poner música mediante dos altavoces que sujetó en la repisa de su ventana. Empezó poniendo una canción con un mensaje de esperanza. Los demás respondieron con expresiones efusivas. Un día después, al finalizar la canción, los vecinos empezaron a gritar: «Otra, otra...» y el vecino solidario puso más música. Los demás residentes aplaudieron entusiasmados, silbaron y comenzaron a mover sus linternas encendidas al compás de la música.

Al día siguiente, el vecino se dirigió a los otros residentes con palabras de estímulo y ánimo ante la epidemia y los demás le respondieron con aplausos. Durante la sesión musical, todos se movían siguiendo el ritmo y agitando sus linternas.

Una jornada más tarde, el vecino solidario sacó un micrófono y dijo: «Vecinos, ¿cómo estáis?», a lo cual todos respondieron con ímpetu: «¡Bien! ¿Y tú?». Él respondió con más palabras de ánimo y se arrancó a dedicar canciones a determinados colectivos: el primer día, fue a los niños confinados en sus hogares; el segundo, a las personas hospitalizadas; más tarde, a los mayores que fallecían hospitalizados en aislamiento. La comunidad siempre respondía con aplausos de manera entusiástica.

Posteriormente, micrófono en mano, el vecino solidario ofreció una dirección de Facebook para que cualquiera pudiera pedirle canciones, hacer dedicatorias y comentar cualquier cosa. Toda esta sesión solía ser grabada por este vecino y por muchos otros, se colgaba en las redes sociales y actualmente tiene un gran número de seguidores. De hecho, esta iniciativa se ha convertido en un auténtico espectáculo en la comunidad: parece que todos los vecinos esperan las ocho para poner en común dedicatorias, música y palabras de ánimo.

El vecino solidario ha afirmado que ya no solo nos considera sus vecinos, sino que ahora somos sus amigos. Durante más o menos 40 minutos, esta comunidad se olvida de la situación anómala que representa el confinamiento para sumergirse en un ambiente alegre y, lo más importante, para mantener activa su faceta social.

A lo largo de toda nuestra historia evolutiva, el ser humano ha conseguido sobrevivir y desarrollarse gracias a las interacciones sociales. Nuestro sistema endocrino, neurológico e inmunológico y, consecuentemente, todas nuestras funciones fisiológicas están relacionadas con las emociones y el contacto social. A las 20 h, no solo en mi comunidad, sino en la mayoría de ellas, se da esa interacción tan necesaria, ese espacio vital para compartir, esa lucha por mantener lo que nos distingue y define como especie: nuestra interacción social.

Bibliografía

BERGER, P., & LUCKMANN T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Madrid. Amorrortu.

CONTRADICCIÓN DE HEGEMONÍAS: DEL FRENTE COMÚN A LA DIVISIÓN SOCIAL EN LA CRISIS DE LA COVID-19 EN EL DISCURSO POLÍTICO DEL ESTADO ESPAÑOL

Elisa Alegre-Agís

Medical Anthropolgy Research Center, Universitat Rovira i Virgili

A raíz de la crisis sanitaria y social derivada de la COVID-19, hemos visto en el Estado español una serie de lemas que enarbolan discursos políticos hegemónicos: «El virus nos iguala a todos», «Este virus lo paramos unidos»... Todos ellos, marcados por un lenguaje bélico (López-García, 2020) que apela a la unidad para hacer frente común contra un enemigo (el virus) en un marco de unidad/igualdad.

Mientras se van sumando cuestiones como la crisis económica que ya es realidad (Torres y Fernández, 2020), se sigue apelando a esta unidad/igualdad hasta derivar en una suerte de llamamiento a la responsabilidad ciudadana individual, según el cual todas las personas tenemos el mismo papel. Un discurso que no ha sido construido desde la pedagogía y la educación a fin de fomentar la salud necesaria, sino desde dispositivos de control y vigilancia más propios de la anatomopolítica y la biopolítica descrita por Foucault (Salinas Araya, 2014), lo cual resulta contradictorio en términos narrativos y prácticos.

Dicho discurso ha generado un relato de contradicción de hegemonías, como diría Gramsci, ya que se ha apelado a lo colectivo («todos unidos») a la vez que a la responsabilidad subjetiva basada en el autocontrol del comportamiento. Todo ello, sin acompañarse de un sentido de lo comunitario y de la *agency* (Pizza, 2005) de los sujetos. Así, se ha producido una especie de polarización social: por un lado, ha nacido el «policía de balcón», que responde a lo que Bourdieu llamó *violencia simbólica* (Fernández, 2005), por la cual se asume un rol social, de modo que el mismo controlado reproduce el control«».

Por el otro lado, han proliferado los sectores que abogan por no cumplir las normas, que adoptan un criterio propio respecto a los comportamientos, que llegan al extremo de negar la existencia del virus o, simplemente, que se guían por un cierto sentimiento de «qué más da, con-

tagiémonos todos e inmunicémonos», sin atender a la consecuencia de posible colapso sanitario.

Todo el discurso de las Administraciones ha ido pivotando sobre estos polos y, a la vez que desatendía completamente la capacidad de agencia de las personas, apelaba a ella. Mientras ponía el foco en «la vida» mediante el discurso de los cuidados, nos llevaba a concebirlos desde el punto de vista individual y liberal propio del sistema capitalista, que, como es habitual, deja lo comunitario, lo común, en los márgenes de la cuestión.

Este discurso nos asegura que «parar el virus» depende de nuestro comportamiento personal, si bien limita la capacidad de generar criterios subjetivos, individuales y colectivos con respecto a la toma de decisiones, las prioridades y el cuidado de los otros desde el cuidado propio. Por ejemplo, decidir no dejar bajar las criaturas a la calle aunque sí se pueda, porque «prefiero no exponerlas, para que puedan ir pronto a ver a sus abuelos», como han hecho algunas familias, es una cuestión de prioridades.

Sin embargo, no se ha promocionado ni alentado, ni mucho menos puesto en valor, esta capacidad para escoger en el marco de una educación para la salud y una pedagogía que realmente transmita responsabilidad, entendimiento de los factores de riesgo y construcción de comportamientos para la protección de lo colectivo desde lo individual.

Por el contrario, la apelación a la responsabilidad ha potenciado la polarización de la ciudadanía entre los «buenos» que siguen las normas y los «malos» irresponsables y sin criterio crítico, de modo que la participación ciudadana tenga un papel de incidencia comunitaria para, entonces sí, poder decir que el virus «se para entre todos».

En este sentido, la situación de las madres de personas con autismo ha sido uno de los ejemplos clave, ya que, para que dejaran de recibir insultos desde los balcones por salir a pasear con sus hijos o hijas durante el pico de la pandemia, tuvieron que ser legitimadas desde la Administración pública y el sistema sanitario.

La crisis de la COVID-19 ha puesto de relieve que la confrontación sigue siendo un arma social de división que se emplea desde lo político para conformar una sociedad en la que, al final, los frentes se dividen y el eje de lo común contra el enemigo-virus se diluye y nos enfrenta, una vez más, con el «otro»: la familia que no «saca» a sus hijos o la madre que pasea con su hija autista, entre una infinidad de «otros» que se perciben como alguien a quien aplacar, controlar y vigilar desde los balcones.

Bibliografía

- FERNÁNDEZ, J. M. (2005) «La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica». *Cuadernos de trabajo social*, 18, 7-31.
- LÓPEZ-GARCÍA, G. (2020) «Vigilar y castigar: el papel de militares, policías y guardias civiles en la comunicación de la crisis del Covid-19 en España». *El profesional de la información*, 29. doi: doi.org/10.3145/epi.2020.may.11
- PIZZA, G. (2005). «Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar”(agency) y transformaciones de la persona». *Revista de Antropología Social*, 14, 15–32. <<http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/10240>>
- SALINAS ARAYA, A. (2014). *La semántica biopolítica*. Viña del Mar: Cenaltes Ediciones. doi: doi.org/10.5281/zenodo.16048
- TORRES, R. & FERNÁNDEZ, M. J.(2020) «La política económica española y el COVID-19». *Funcas, Cuadernos de Información Económica*: 275.

“WE HEARD THAT YOU EAT CHICKEN EVERY DAY”

Adam Aronovich
Universitat Rovira i Virgili

We were in the middle of a 23-day workshop when the Peruvian president, Martin Vizcarra, declared a nationwide state of emergency. As a workshop facilitator, my attention was still with the 24 international guests who were now quarantined in the rainforest, experiencing different degrees of anxiety brought about by the uncertainty.

We reduced the local Peruvian workforce drastically, as the new social-distancing measures made it impossible to employ people who needed to commute between the center and the neighboring rural, mestizo communities up and across the Nanay River, one of the main tributaries of the mighty Amazon. Those who remained, providing essential services, were assigned small rooms to live in for the duration of the quarantine. The fears over an imminent and prolonged loss of income became a reality for dozens of local workers whose families' sustenance depended on their labor.

As workshop facilitator —and tangentially, as the resident medical anthropologist and communicator— it was my job to navigate the novel and unsettling situation amongst (at least) three distinct cultural groups: Western staff and workshop participants, that is, the “gringos” (anyone who isn't visibly Peruvian or of at least partial Amerindian descent); the local rural Amazonian “mestizo” population; and the indigenous Shipibo staff members on site.

The Shipibo “healers”, onayabo, “those who know”, are in charge of the magico-medical aspect of the re-treats: the ayahuasca ceremonies, the plants, herbs and practices of Peruvian vegetalismo. Wearing their traditional clothes, adorned by the typical patterning that has become widely recognized as a trademark of “authentic Amazonian shamanism”, they are also the immediate symbolic nexus to a nostalgic pre-industrial past and a heavily romanticized, enchanted animistic world full of sentience, intelligence and agency, where people, animal and plants live in reciprocal harmony and balance —the polar opposite to our disenchanting, alienated consumerist lifestyles.

Communication amongst the westerners was relatively straightforward: getting updates from the WHO and from reliable news sources, local and international, quickly learning and using the terminology used by epidemiologists, virologists and public health experts. At this point, most people were too busy trying to absorb the new reality to start arguing in favor of some conspiracy or the other, which has now become a staple for many in the alternative spiritualities and plant medicine scenes. There's even a word coined for it, not by me: "conspirituality".

The local mestizo population, malnourished and undereducated by long decades of abandonment and neglect by Peruvian governments, were mostly misinformed by the sensationalist local radio stations, and waves of xenophobia and fear started washing as the "gringo virus" spread, prematurely adding Covid-19 to a long and tragic list of diseases brought to the Amazon by foreign invaders. Suddenly, we weren't only clients, employers, and friends: now we were also vectors of disease, and white screens for the projection of the bubbling, perpetually underlying race and class tensions, still fermenting after centuries of colonial violence. The fear was partially warranted, not because of the gringos, but because of the same politics of neglect that had left the healthcare system of Loreto utterly unprepared for what was to come: a still unfolding sanitary catastrophe, including 14 medical doctors dead in Iquitos out of a total of 20 in all of Peru.

The Shipibo perspective is particularly interesting in times when a novel zoonotic virus, likely the inevitable result of civilization's perpetual encroachment and domestication of the Wild, manages to thoroughly disrupt the fragile, globalizing neoliberal order. For the Shipibo staff, the virus was not a microbiological reality but a bad-wind (*mal aire*), an enemy not of the Biological but of the Spiritual order. In many Amazonian medical systems, the etiologies are always relational: disease and illness never happen in a vacuum. People get sick because somebody else wished them to be sick: another person, another spirit, another tree. Everything happens for a reason.

Individual and collective illness signify a loss of balance, a failure of reciprocity, a breach in an ancient and timeless contract of interdependence between all people, human and non-human. The Shipibo *onayabo* sang their *ikaros*, their healing songs, in order to protect us from the invisible virus, blowing tobacco smoke and perfume straight from their mouths

and into people's faces. Nobody raised a brow: the symbolic power of the shamanic performance overruled any basic sanitary precaution.

Ceremonies were suspended. Meals took place separately, and people were asked to stay in their rooms. Group activities were suspended for a while, and then resumed following protocols of social distancing. In the three weeks that followed, all foreign nationals were evacuated from Peru by their governments. Those who didn't find their way to Lima. The Shipibo were evacuated to their communities, via Pucallpa, in a "humanitarian" boat journey that lasted 13 days. We, the gringo staff, remained.

A few days ago, I left the jungle center for Iquitos, following an unfortunate veterinarian emergency. When I tried to go back, I was denied entry by the governor of the small village that controls access to the center. People in the village didn't believe that we would break quarantine because of a pet animal. They thought that I had gone to the city to seek medical care for myself, using the dying dog as an excuse. My friends met with the village council, assuring them that I was healthy and well, that staying in Iquitos was expensive and that I wanted to come back home, to my friends.

"Ah", they said, after deliberating for some time. "Okay, he can come back. But we know that all of you have enough money to be in the city. We heard that you eat chicken every day".

PANDEMIA Y CUARENTENA EN ARGENTINA

Marcelo Sarlingo

*Departamento de Antropología Social, Facultad de Ciencias Sociales
de Olavarria, Universidad Nacional del Centro de la Provincia
de Buenos Aires*

En Argentina, el 13 de marzo de 2020 el Gobierno nacional declaró la cuarentena obligatoria en todo el país. Este hecho se produjo dos semanas antes del aniversario de la última dictadura militar, una experiencia de terrorismo de Estado que exterminó a 30 000 personas y generó una miseria planificada que se mantiene todavía hoy.

El confinamiento de 45 millones de habitantes no generó más que una breve resistencia por parte de algunas personas que intentaron hacer turismo en la costa atlántica. El cierre de las fronteras logró identificar a los viajeros infectados y la vigilancia epidemiológica permitió monitorear la circulación de las personas enfermas debido al contacto con estos viajeros.

En tres días, los ciudadanos pasamos de estar insertos de diferentes maneras en una economía de mercado al encierro total obligatorio. Para casi 18 000 000 de personas pobres y sin ingresos estables, así como para un número impreciso de indigentes —que oscila entre 3 000 000 y 3 500 000—, la realidad se transformó a una velocidad nunca vista. La escasez y la pobreza se volvieron miseria y hambre. En cuestión de días, desapareció todo trabajo informal o en negro y, de pronto, el encierro de los pobres en guetos de miseria y privación, en el hacinamiento y la precariedad urbana, pasó a ser la preocupación principal del Estado nacional.

Casi ochenta días después del inicio oficial de la pandemia, la curva de contagios se aplanó en todo el país, menos en una región. Los focos de contagio activos coinciden con los territorios de precariedad habitacional, denominados «villas miseria». Caracterizadas principalmente por la falta de agua potable, las cuatro mil villas miseria del área metropolitana de Buenos Aires representan el peor ejemplo del fracaso distributivo en una sociedad que produce suficientes alimentos para 400 millones de habitantes.

¿Cómo es posible que esta biopolítica fáctica no generara ningún tipo de rebelión ciudadana? Las insignificantes manifestaciones públicas lide-

radas por una oposición partidaria que endeudó al país no han tenido eficacia. Sin duda, a Paul Virilio le hubiera gustado hacer un ejercicio de dromología con la cotidianeidad argentina: los ciudadanos prisioneros del teletrabajo recibimos la espectacularización de la pandemia según las formas narrativas de una guerra, que ocupan la conciencia y penetran a cada momento por las redes sociales. Los partes permanentes de infectados, muertos y recuperados se han instalado en las pantallas y el Estado omnipresente comunica el avance de la enfermedad mientras desarrolla un accionar total en el plano de las políticas sociales y de la seguridad, con gran consenso ciudadano.

En Olavarría, en el centro de la llanura pampeana, la pandemia se vive como la reactivación microsociedad de la mitología de la seguridad moderna. Para quienes crecimos en plena dictadura militar, nuestra vida está marcada por los planes económicos neoliberales. Esta cotidianeidad implica escuchar todo el tiempo que el «otro» es el enemigo invisible y que puede entrar en tu casa y en tu cuerpo en un encuentro con tu pareja, tus hijos o tu mejor amigo. Así, las personas nos alejamos: la exigencia de distancia social vuelve extraño a quien ayer abrazábamos y con quién nos reíamos. A la vez, nuestros vecinos, que no nos reconocen debido al tapabocas, nos perciben como amenaza.

Inhibición del deseo y lenta disolución de la rebeldía al compás de las escasas muertes y del bajo número de infectados. El aislamiento trae otro *déjà vu* de la última dictadura militar: los vecinos denuncian a quien no respeta la cuarentena, no usa mascarilla o se rebela de manera mínima. El delito contra la propiedad ha desaparecido: en menos de cinco minutos la presencia policial desalienta cualquier aventura.

Afortunadamente, para los adolescentes y jóvenes que solo han vivido en democracia, que no conocen la telefonía por cable y nunca estuvieron en guerra, reemplazar las instituciones por las aplicaciones y el pensamiento crítico por cualquier credo digital no es doloroso: el Gobierno nacional ha comunicado que la cuarentena es la respuesta a la preocupación por la vida y la salud de los ciudadanos, que nunca los dejará abandonados a lo impiadoso de la economía de mercado y que hoy el ejército en la calle no sale a matar. Solamente a repartir comida.

A 30 de mayo: 15 419 infectados, 520 muertos y 4775 personas recuperadas. Resultados opuestos al curso de la epidemia en toda Norteamérica.

DESACELERACIONES, SEPARACIONES Y MUDAS DE PIEL

Mari Luz Esteban
Universidad del País Vasco

La COVID-19 nos ha obligado al aislamiento y a la desaceleración vital y económica. «La pandemia no es un remanso. Mucho menos de paz. Nos hemos detenido en seco, ciertamente, y aunque es claro que la mano que jaló el freno es una mano humana —el cambio climático y la alteración de ecologías terrestres son la forma misma del capitaloceno salvaje— es menos claro si ese freno será suficiente para transformar un sistema económico que, en su afán de producir la mayor ganancia posible, ha devastado sistemáticamente la Tierra» (Ribera, 2020). Un parón, por otra parte, directamente relacionado con un miedo nuevo, vergonzoso e hipócrita: que las víctimas seamos ahora nosotros (Olalla, 2020).

Durante el confinamiento, hemos dejado de lado actividades del día a día; hemos renunciado a trayectorias, espacios compartidos, relaciones sociales; se han alterado nuestros ritmos biológicos, físicos, sociales... Sin embargo, la separación está provocando intensidades, afectos y relaciones renovadas que toman formas y significados desconocidos. El aislamiento, además, nos fuerza a reconocer la interdependencia y la relevancia de lo público y de los trabajos (de cuidado) precarizados y desprotegidos (Herrero, 2020). Los recorridos, los olores, los contactos, los ritmos, los sonidos a los que estábamos acostumbrados han sido sustituidos por imágenes, aplausos, voces, risas y música sobre un fondo de silencio: un silencio hondo, extraño, plomizo.

La distancia física, medida de la protección de los otros y de una misma, se ha acompañado de la hiperconexión (digital), una estrategia frente al vértigo que nos produce la desaceleración. «Parece que estamos ahí, todos juntos, hablando y discurriendo, viéndonos, pero el cuerpo sabe que no estamos ahí. Esa disonancia agota» (Ribera, 2020). Y así la casa se abre y se cierra al mundo, se convierte en refugio, pero también en posible amenaza.

Hoy más que nunca, el cuerpo importa (Butler, 2002), pero seguimos sin saber lo que puede el cuerpo (Spinoza, 1980). Lo que sí sabemos es que, al hilo de la crisis del coronavirus, se rematerializa la vida, se rene-

gocian las distancias y cobran protagonismo (nuevos) espacios y objetos. Todo lo cual nos lleva a preguntarnos sobre el sentir, el tocar, el percibir. En este sentido, podemos aprender mucho de la investigación en África Occidental (Brown y Marí-Sáez, próxima publicación) y, en general, del estudio antropológico de las emergencias (Wilkinson, 2015).

Vivimos un proceso, individual y colectivo, de muda de piel, una reconfiguración sensorial y emocional, cuyas concreciones y consecuencias será preciso explorar al detalle.

Valerie Walkerdine (2010), en su análisis de la desindustrialización de una población galesa, señala que, al margen de lo económico, en dicha comunidad se dio una pérdida del sentido de la cohesión, así como un empobrecimiento de las relaciones sociales. Esther Bick (1968) había subrayado la importancia de la piel en la sensación de seguridad de los humanos y advirtió como el contacto físico, las voces, los olores o los objetos conocidos son los medios que tienen las criaturas para recuperar la seguridad cuando se sienten amenazadas. A esto lo llamó la *segunda piel*, una piel psicológico-emocional. Walkerdine, pues, interpreta lo ocurrido en dicha población como una pérdida de esa segunda piel, un proceso económico, fenomenológico e intersubjetivo.

En definitiva, el análisis antropológico de esa muda de piel puede ser muy relevante para indagar en la potencia de cambio social que contiene la reformulación de las subjetividades y las prácticas.

Bibliografía

- BICK, E. (1968). «The Experience of the Skin in Early Object Relations». *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484–486.
- BROWN, H., & MARÍ-SÁEZ, A. (próxima publicación) *Ebola Separations: Trust, Crisis and 'Social Distancing' in West Africa*.
- BUTLER, J. (2002[]) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- HERRERO, Y. (2020) «El aislamiento ha sido el desencadenante para reconocer la interdependencia» (entrevista realizada por Pablo Gutiérrez de Álamo). <<https://www.lamarea.com/2020/04/07/yayo-herrero-el-aislamiento-ha-sido-el-desencadenante-para-reconocer-la-interdependencia/>>.
- OLALLA, P. (2020). *La ceguera: Gracias, coronavirus*. Recuperado de: <<https://ctxt.es/es/20200302/Firmas/31450/coronavirus-crisis-ayuda-colaboracion-pedro-olalla-medidas.htm>>.

- RIVERA GARZA, C. (2020). *Del verbo tocar: Las manos de la pandemia y las preguntas inescapables*. México: Revista de UNAM, Especial Diario de la Pandemia. Recuperado de: <<https://www.revistadelauniversidad.mx/articulos/6428d-816-f2cf-420d-977e-c9c0f8fc7427/del-verbo-tocar-las-manos-de-la-pandemia-y-las-preguntas-inescapables>>.
- SPINOZA, B. (1980). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Madrid: Orbis.
- WILKINSON, A. (2015). «Why disease epidemics need input from anthropology». Recuperado de: <<https://www.scidev.net/global/ebola/opinion/disease-outbreaks-epidemic-anthropology-IDS.html>>.
- WALKERDINE, V. (2010). «Communal Beingness and Affect: An Exploration of Trauma in an Ex-industrial Community». *Body & Society*, 16(1), 91-116.

VITTIME E CARNEFICI? COVID-19
E DISTANZIAMENTO SOCIALE

Diana Riboli

*Department of Social Anthropology, Panteion University of Social
and Political Sciences*

Le misure di distanziamento sociale adottate nella maggior parte dei paesi colpiti dal virus COVID-19, per quanto sembrano rappresentare al momento l'unica misura efficace al contenimento della pandemia, innegabilmente suscitano sconcerto e preoccupazione.

La stessa scelta della terminologia riguardo ad un distanziamento definito “sociale” e non puramente “fisico” mette contemporaneamente in gioco i tre corpi —fisico, sociale e politico— di cui trattarono Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock nell'ormai lontano 1987.

In un momento in cui la maggior parte dei governi a livello mondiale procedono ad un graduale ritorno ad una supposta normalità, ancor più preoccupante dello stesso COVID-19 appaiono le sue conseguenze a livello economico e sociale nonché l'emergere di pericolose alterità accentuate dalle molte misure volte a garantire un distanziamento in primis a livello corporeo, ma in realtà ben più emblematico e profondo.

Il frequente uso da parte di politici e governanti di un linguaggio attinto dal vocabolario bellico, normalizza e rende accettabile uno “stato di eccezione” (Agamben, 2003) controllato da misure estreme e per lo più non previste dall'ordine giuridico o persino bandite dalle costituzioni di molti paesi. Si proclama a gran voce guerra contro l' invasione del virus nemico, da combattersi strenuamente e con ogni mezzo. Perché in guerra, si sa, tutto o quasi è lecito e ciò che non lo è ben presto lo diventa. La retorica associata al COVID-19 ha pressoché soppiantato quella assai simile, diffusamente usata per la lotta al terrorismo, fino a pochi mesi fa sulle prime pagine della stampa internazionale e mezzo di dissuasione per l'adozione di misure di emergenza volte alla supposta protezione di cittadini inermi. In casi forse estremi ma comunque sostenuti non da semplici visionari o predicatori di strada, ma bensì anche da capi di Stato, primo fra tutti lo stesso Presidente degli Stati Uniti d'America, la retorica su terrorismo e coronavirus si fondono pericolosamente. La minaccia, nonché

le accuse più o meno velate di possibili atti di bioterrorismo dai connotati asiatici stanno avendo indubbiamente un notevole impatto sulla popolazione di molti paesi, alimentando pericolosamente fenomeni che spaziano dall'esclusione sociale al razzismo e alla xenofobia.

Mentre il discorso sul terrorismo, specie di matrice islamica, è soprattutto incentrato sul fatto che chiunque possa rappresentare una possibile e ignara vittima, quello sulla pandemia si spinge ben oltre insistendo sul fatto che chiunque possa potenzialmente essere vittima e -contemporaneamente o meno- carnefice: malato più o meno grave e dunque infettivo o sano e ignaro portatore del virus. Il corpo del singolo rappresenta una minaccia per la comunità e quando questi corpi appartengono a minoranze o gruppi già marginali nell'ordito del tessuto sociale, il pericolo appare ancora maggiore.

In Grecia, dove risiedo e lavoro da anni, la pandemia —giunta con leggero ritardo rispetto ad altri paesi europei— pare per il momento sotto controllo, dato che il governo di centrodestra —basandosi soprattutto sulla tragica esperienza italiana— ha decretato la chiusura di tutte le attività e il confinamento della popolazione nelle proprie abitazioni, in anticipo rispetto a quanto avvenuto in altri Stati. Ma fra le molte misure adottate, il totale sbarramento di campi e quartieri abitati da Rom e di superaffollati e malsani “centri di accoglienza” che ospitano in condizioni disumane migliaia di immigrati e rifugiati, ricorda tristemente politiche coloniali per la “protezione” di scomode minoranze etniche e/o religiose. Gran parte dei mezzi di informazione definiscono queste zone “bombe a livello sanitario” (υγειονομικές βόμβες). Il loro isolamento viene propagandato come necessario ai fini della protezione della popolazione greca e degli stessi gruppi vulnerabili che —come costantemente sottolineato— sono portatori di culture e abitudini sanitarie differenti rispetto a quelle dei popoli europei i quali, in modo neppure troppo implicito, automaticamente vengono elevati a superiori e più civili.

Merrill Singer ha brillantemente messo in evidenza l'importanza dell'analisi della dimensione sociale, politica, economica, culturale ed ecologica nello studio delle malattie infettive (Singer, 2014), nonché il fatto che le malattie e in particolare le epidemie rappresentino artefatti allo stesso tempo fisici e simbolici (Singer, 2009), costruiti naturalmente e culturalmente. La fisicità e il simbolismo del corpo sono aspetti fondamentali in questa pandemia: corpi nemici, corpi infetti, corpi disciplinati, corpi ribelli, corpi singoli e corpo sociale, corpi diversi, corpi sempre più virtuali e

distanti, corpi monitorati da mezzi di alta tecnologia in un fantascientifico cyberspazio dove due concetti in realtà ben distinti —controllo e protezione— si fondono in una sconcertante e preoccupante unità.

Bibliografia

- AGAMBEN, G. (2003). *Stato di Eccezione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- SCHEPER-HUGHES, N. & LOCK, M. M. (1987). «The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology». *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1(1), 6-41.
- SINGER, M. (2014). *Anthropology of Infectious Diseases*. Walnut Creek, CA.: Left Coast Press.
- SINGER, M. (2009) «Pathogens Gone Wild? Medical Anthropology and the “Swine Flu” Pandemic». *Medical Anthropology* 28(3), 199-206.

DESEQUILIBRIO OCUPACIONAL EN ÉPOCA DE PANDEMIA

Carmen Cipriano Crespo
Universidad de Castilla-La Mancha

La COVID-19, que hace unos meses irrumpió en nuestra realidad de manera repentina, ha venido para quedarse. A consecuencia de ello, nos hemos visto obligados a cambiar bruscamente nuestra forma de vida, así como el modo de realizar las actividades diarias. Todo en estas actividades se ha visto modificado: algunos han perdido su trabajo, otros lo llevan a cabo desde casa. Los estudiantes no se desplazan hasta la universidad para recibir clases, sino que son los docentes quienes entran en casa de sus pupilos mediante las nuevas tecnologías (que, a pesar de que permiten seguir los contenidos teóricos, están muy lejos de las interacciones sociales que todos necesitamos para nuestro bienestar emocional). Se irrumpe, pues, en la intimidad de la casa y la vida de las personas.

Esta pandemia también ha puesto en peligro el equilibrio ocupacional de los seres humanos. Un equilibrio que nos ayuda a seguir adelante con todo lo que hacemos en nuestro día a día: todas estas acciones se organizan en función de las ocupaciones productivas de cada uno de nosotros. Nos aseamos, nos vestimos y comemos de acuerdo con nuestro horario de trabajo o de asistencia a clase y según nuestra forma de ocio.

Ahora que no hay que ir a trabajar, que no hay clases, que no se puede salir con los amigos, muchos se preguntan si es necesario quitarse el pijama, vestirse o, incluso, ducharse. Las horas de vigilia y sueño se han visto alteradas. También se han desestructurado las comidas y nuestra vida está más descontrolada. Todo esto pasa factura a la persona en forma de cambios de humor, problemas para dormir, obesidad, etc. Estas situaciones se suman a la incertidumbre que sentimos sobre el futuro, sobre nuestro quehacer cotidiano.

Todo lo que nos rodea —las cifras de contagiados y fallecidos, los datos económicos, las discusiones políticas... en definitiva, la experiencia por la que estamos pasando— nos hace ser más conscientes de que el sufrimiento, la enfermedad y la muerte están presentes y que la posibilidad de contagio es múltiple para todos nosotros. Este pensamiento nos genera tristeza, miedo y ansiedad ante la idea de tener que salir a la calle de nuevo.

Miedo por tener que retomar el trabajo aun a sabiendas de que no hemos ganado la batalla que tantas bajas está causando. Miedo a pensar que podemos ser una de ellas. Sin embargo, es algo necesario para conseguir poco a poco el equilibrio ocupacional que haga posible el equilibrio físico y mental preciso en nuestras vidas.

Anhelamos la vuelta a la normalidad, pero vamos a vivir mucho tiempo una «normalidad anómala», en la que no se contempla el acercamiento a los otros, los besos ni los abrazos para apoyar a esa persona que ha perdido a un ser querido o a quien se ve sobrepasado por esta situación. Sentiremos miedo a que alguien llame a la puerta, tristeza cuando sea un vecino al que no podemos invitar a entrar y pena por no poder comernos unas rosquillas que la vecina ha compartido con nosotros. Estas situaciones, a las que de manera ordinaria no dábamos importancia, se convierten ahora en sueños inalcanzables, añoranza y deseo de poder vivir como antes.

Todo esto aún es más complicado si has tenido sintomatología compatible con la COVID-19, pero no tienes seguridad de haberla pasada. Recuerdas esos momentos de miedo en la cama, de control de la temperatura, de dolor constante, falta de apetito y deseo de escuchar una voz al otro lado del teléfono de información que te diga que lo que te sucede es una gripe común. Tristeza cuando te dicen que te aísles. Pensamientos desconsolados, llantos silenciosos, y, sobre todo, temor a no ser capaz de superarlo y convertirte en una cifra más de las muchas que dan en los telediarios. Miedo a morir sola, pena por los que dejarías, porque el duelo en ellos sería pospuesto. Aflicción al pensar en los tuyos, a los que solo ves alejarse cuando te dejan la comida en una bandeja en el suelo. Angustia por ellos, por el contagio. Anhelos por la ternura, los abrazos y todos los besos que no dimos y ahora no podemos dar.

LA DIGNIDAD DEL TIEMPO: INTERSECCIONALIDAD
DE GÉNERO Y PRIVILEGIOS EN MUJERES-MADRES-
TRABAJADORAS DE CLASE MEDIA-ALTA

Serena Brigidi

*Medical Anthropology Research Center y DAFiTS,
Universitat Rovira i Virgili*

Fabiola Mancinelli

Departament d'Antropologia Social, Universitat de Barcelona

Juan M. Leyva-Moral

*Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés,
Universitat Ramon Llull*

Marta Ausona Bieto

*Facultat de Medicina, Departament d'Infermeria,
Universitat Autònoma de Barcelona*

[...] volver como antes no, no quiero... Así estoy bien, solo necesito la *babysitter* y alguien que me limpie el piso... como antes.

(Fina; abril, 2020)

Fina es una de las mujeres que hemos entrevistado hasta ahora para explorar las contradicciones de las maternidades intensivas (Hays, 1998) impuestas por el confinamiento y la consecuente reorganización familiar. Sobre esta situación, Mara observa que «a cada cerdo le llega su san Martín» (mayo, 2020), en referencia a los roles de género que su pareja y ella desempeñan, y con los que claramente está en desacuerdo.

Esta reestructuración pone en evidencia las desigualdades, ausencias y no presencias (De Martino, 1961) de las parejas y de las estructuras sociales de apoyo (actividades extraescolares, redes familiares, cuidadores, etc.) en un confrontamiento constante entre su realidad personal antes de la COVID-19 y la actual (imagen 1).

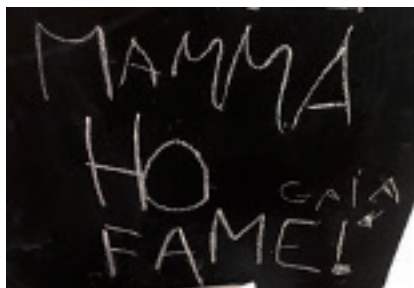


Imagen 1. *Mamma ho fame* (Mamá, tengo hambre).
Foto de Serena Brigidi, 18 de marzo de 2020.

En el presente estudio se explora la gestión del tiempo en mujeres-madres-trabajadoras (MMT) residentes en Barcelona durante el confinamiento y sus distintas fases. Estas mujeres, de clase media/media-alta —una categoría tradicionalmente ignorada por las ciencias sociales—, trabajan de forma remunerada en actividades escogidas voluntariamente y por las que sienten pasión, viven en pareja y son madres. Desde un punto de vista teórico, la investigación se centra en el análisis interseccional de género para explorar diferentes conceptualizaciones como la individualización, el privilegio y la economía del capital humano.

Una de las reflexiones que emerge de estas entrevistas gira en torno a los significados de la movilidad. La ausencia de desplazamiento durante el confinamiento es vivida como un factor de menor estrés, puesto que quedarse en casa evita la obligación de mantener una construcción corporal agradable para otros. En particular, las MMT subrayan la menor carga mental que implica no haber de organizar el ir-volver ni recoger-llevar, además de la independencia con respecto a los horarios «rígidos» (Mara; abril, 2020) de las instituciones y de la red de apoyo basada en canguros, *au pairs* y otras familias: «(...) pues, debería pedírselo a los Armengol... ¡Mi conciliación familiar depende de ellos!» (Fina, abril, 2020). Así que este tiempo «ahorrado» (Mara; abril, 2020) permite, a veces, un desayuno familiar o un espacio compartido con la pareja.

En otras ocasiones, es necesario recuperar el tiempo en lo que se cuida-concilia: «Me despierto a las 6, así puedo adelantar trabajo; he dado disponibilidad horaria a la empresa de 7 a 9; a veces, a las 8 tenemos reunión. Después se levantan las niñas...» (Glòria; mayo, 2020). Aunque esta

sensación resulta también una ilusión: «No tengo tiempo; pensaba tener más. Lo he pensado: ahora voy a tocar el piano cada día (...). Pues es un milagro si lo consigo dos veces a la semana». Con el teletrabajo, las exigencias «no han cambiado, ¿cómo lo hacen las otras?» (Glòria; mayo, 2020).

La situación de confinamiento resalta las desigualdades dentro de las parejas, así como las múltiples estrategias desplegadas por las MMT para compartir espacios y tiempos, a pesar de las continuas interrupciones derivadas de responder a una maternidad responsable: tanto autopercepción como solicitud explícita de pareja, hijos y maestros. El hambre veraz que manifiestan los hijos (imagen 2); la gestión de las conversaciones con los maestros, los entrenadores y los amigos de los hijos; y la sensación de culpa por no llegar a todo, no mantener la calma («me he enfadado con los niños; estuve un día sin hablarles» [Mara; mayo, 2020]) o no llevar a cabo actividades atractivas, además de las artesanías de Pinterest (aunque «me aburre estar haciendo manualidades (...)» [Glòria; mayo, 2020]).

La gestión de los deberes que llegan por numerosos medios sociales es otra fuente de estrés y conflicto, pues, a falta de una implicación de la pareja, recae sobre ellas. Por tanto, algunas acaban reclamando más tareas «para que estén empeñados, ocupados» (Glòria; mayo, 2020).



Imagen 2. *Mum is in a meeting* (Mamá está reunida).

Foto de Katie Wilkinson, 23 de marzo de 2020.

En resumen, el confinamiento ha puesto de manifiesto la importancia para las MMT de la economía del tiempo y la inquietud por buscar una dignidad ontológica de su existencia. Las preocupaciones de estas mujeres giran alrededor de su existencia, al margen de reconocerse como mujeres, madres y esposas; al margen de la conciliación y las tareas laborales. Estas inquietudes están relacionadas con una forma ontológica de estar y ser en el mundo e implica una profunda reflexión feminista sobre su vida: lo exigido, lo ganado, lo obtenido, lo deseado. Un replanteamiento ontológico del privilegio.

Bibliografía

- HAYS, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós
- DE MARTINO, E. (1961). *La terra del rimorso: Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano: Il Saggiatore.

ALIMENTACIÓN ORGÁNICA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y COMPRAS DE PÁNICO

María Florencia Alvarado Torres
Universitat Rovira i Virgili

Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987) han sabido explicarnos la importancia de las concepciones del cuerpo en la antropología médica mediante la noción de cuerpo individual, social y político. Un aporte que, parafraseando a las autoras, ha ayudado a entender las sociedades y las culturas, así como a reconocer la diversidad de epistemologías y los significados de *salud y enfermedad*. Si llevamos este marco teórico al campo de estudio de los sistemas alimentarios, también es posible comprender los significados de los cuerpos y las nociones de salud y enfermedad que los actores asignan a la alimentación.

Mediante una experiencia etnográfica centrada en los sistemas alimentarios, y, en concreto, la producción orgánica de alimentos en una región rural del suroeste de Inglaterra, he querido conocer qué entienden los productores y consumidores por comida orgánica, alimentación saludable y alimentación sostenible; una especie de paralelismo teórico con las nociones de cuerpo individual, social y político.

Durante el periodo de observación participante, he constatado que tanto consumidores como productores manifiestan una conciencia de sentido entre «los cuerpos» (p. 8) y el medio local. Para ellos, la idea de cuerpo sano está indefectiblemente supeditada a varios factores: 1) el contacto con el medioambiente y la biodiversidad; 2) los alimentos, las circunstancias y los espacios en los cuales estos alimentos se han producido, y 3) las personas que han participado en los procesos para su obtención/producción.

El escenario principal de observación ha sido una granja orgánica en la cual, además de cultivos y animales, hay una tienda de productos comestibles. El momento de la compra ha sido siempre una ocasión para la socialización y el encuentro con la alteridad; en este sentido, la tienda es un espacio vivo donde me fue posible constatar que la alimentación es algo más que los aspectos nutritivos: es un hecho complejo en el que intervienen todos los sentidos y mediante el cual puede identificarse las

capacidades de agencia (*agency*) de los miembros que componen los sistemas alimentarios (Contreras y Gracia, 2005).

En el contexto rural en el que se inserta este escenario, no ha resultado fácil hacer clientes ni mantenerlos, ya que estos se encuentran mediados por las aparentes facilidades de Internet y la posibilidad de llevar a cabo la compra de manera virtual. Un significado cultural totalmente alejado de los fundamentos originales por los cuales el movimiento orgánico impactó en la escena política internacional allá por la década de los setenta del siglo xx. Aquí, como entonces, la producción de alimentos orgánicos sigue implicando una concepción holística en la cual las nociones de equilibrio y salud de un sistema alimentario, y de los miembros que lo componen, tiene un anclaje local-territorial.

Desde la declaración de emergencia sanitaria a causa de la COVID-19, la alimentación y, más concretamente, la alimentación saludable, se ha transformado en una urgencia y la granja-tienda ha visto alterada su actividad al menos en dos sentidos. Por un lado, ha recibido la visita indiscriminada de individuos que, en busca de alimentación saludable para ellos y su familia, han adquirido alimentación orgánica sin tener en cuenta el sentido holístico del cliente habitual. Al nuevo consumidor ya no le importa quién produce, cómo lo hace y qué se produce localmente, sino solo satisfacer su deseo de compra saludable garantizada por una etiqueta indicativa de su certificación orgánica. Esto vacía a los alimentos de todos los significados que han venido elaborando productores y consumidores orgánicos en relación con el medioambiente; en efecto, en las primeras semanas ha primado las «*panic buying*¹» o compras de pánico.

Por otro lado, el segundo cambio es el vinculado al espacio/tiempo de la compra, que se ha limitado a un servicio de envío a domicilio y a breves momentos de contacto interpersonal para la recogida de los pedidos. Son escasos los diálogos mediante los cuales era posible reformular los significados de la experiencia de los sentidos y el alimento de «los cuerpos» (Scheper-Hughes y Lock, 1987: 8).

A pesar de las limitaciones temporales impuestas, reconozco la importancia de mantener estos espacios de interacción social, al igual que la contribución de estos nuevos clientes de lo orgánico. Sin la existencia de ambos, no sería posible pensar la continuidad de los sistemas alimen-

¹ Nota de campo recogida en la tienda-granja estudiada en las inmediaciones de Truro, Cornwall. Comentario procedente de un cliente no habitual (18 de marzo de 2020).

tarios de este tipo. Sin embargo, entiendo que los términos en los que se produzcan las futuras colaboraciones determinará si los sistemas alimentarios orientados a la producción orgánica seguirán presenciando un vaciamiento de la concepción holística que los originó o si, por el contrario, asistiremos a una revitalización de sus bases y a un fortalecimiento de las relaciones entre alimentación, salud y sentido de lo local.

Bibliografía

- CONTRERAS, J., & GRACIA, M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Grupo Planeta.
- SCHEPER-HUGHES, N., & Lock, M. (1987). «The mindful body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1) 6-41.

ALIMENTACIÓN, SALUD Y RIESGO EN TIEMPOS
DE PANDEMIA POR COVID-19

Arantza Begueria

Observatori de l'Alimentació, Universitat de Barcelona

Maria Clara de Moraes Prata Gaspar

*Observatori de l'Alimentació, Departament d'Antropologia Social,
Universitat de Barcelona*

Marta Ruiz Pascua

Observatori de l'Alimentació, Universitat de Barcelona

Amanda Barba Martínez

Observatori de l'Alimentació, Universitat de Barcelona

Sarah Anadon

Observatori de l'Alimentació, Universitat de Barcelona

Cristina Larrea-Killinger

*Observatori de l'Alimentació, Departament d'Antropologia Social,
Universitat de Barcelona*

Las medidas de aislamiento social implementadas en respuesta a la propagación del virus SARS-CoV-2 han conllevado un replanteamiento social e institucional de las formas de estar, relacionarse, trabajar, moverse, convivir y, por supuesto, alimentarse, de los ciudadanos de una parte del mundo y de la sociedad catalana, en particular. El acto alimentario, entendido como una práctica cotidiana compleja atravesada por las dimensiones simbólica, sociocultural, política y económica (Contreras y Gracia-Arnaiz, 2005; Poulain, 2002), se ha convertido en uno de los ejes centrales de la vida diaria en este contexto de confinamiento, un acto en el que se concretan determinadas formas de uso del tiempo y de los cuerpos, de consumo, de sociabilidad, de cuidados, de afecto o de expresión de incertidumbres, entre otras. Desde las primeras teorías del origen del virus, que apuntaron al consumo alimentario en un mercado chino, la alimentación ha estado en el centro del debate, desde los medios de comunicación o las

políticas institucionales hasta las cocinas de cada uno de los hogares de nuestro país. Sin embargo, las prácticas y reacciones respecto a la alimentación en la población distan de ser homogéneas.

Desde el Observatorio de la Alimentación (Universidad de Barcelona) se está realizando un estudio exploratorio cualitativo (en fase inicial) sobre prácticas alimentarias durante el confinamiento a través de herramientas online (email, aplicativos de conversación). Este texto presenta análisis iniciales que se perfilan en las primeras 13 entrevistas que se han realizado con mujeres entre 20 y 65 años y residentes en zonas urbanas de Cataluña en la fase de confinamiento total.

En una situación de riesgo epidemiológico global, la conciencia de la relación alimentación-salud-riesgo, existente en todos los grupos socioculturales (Fischler, 1995; Lupton, 1996), deviene especialmente prominente. En el contexto de estado de alarma, el control de la enfermedad como preocupación institucional se traslada a todos los ámbitos sociales en forma de normas de disciplina social. En este estudio, las relaciones alimentación-salud-riesgo en la cotidianidad parecen devenir un reflejo de estos procesos de control y disciplina de una forma oscilatoria: por un lado, surgen, o se refuerzan, prácticas alimentarias preocupadas por la preservación de la salud física y la minimización de riesgos. En este sentido, encontramos prácticas preventivas de «dieta saludable» destinadas a proteger el sistema inmunológico o a minimizar la posibilidad de contraer otras enfermedades que puedan surgir durante el confinamiento. Así mismo, estas prácticas se dan también de forma material en los llamados «protocolos» a seguir durante las compras alimentarias —disminución de las salidas, distanciamiento físico, medidas de seguridad— o en la higienización de productos alimentarios. Estas prácticas alimentarias medicalizadas se han incorporado o intensificado y suponen un tipo de cuidado de la salud física que apela directamente al control corporal individual, la auto-disciplina y la auto-responsabilización por la gestión del riesgo y la salud propia y del entorno inmediato.

A la vez, y de forma aparentemente contradictoria, la alimentación parece devenir un elemento clave en la salud emocional de las entrevistadas a través del cual se canalizan o subvierten estos procesos de control social. De una forma muy experiencial, mediante el consumo de productos como bebidas alcohólicas, repostería, o aperitivos —productos frecuentemente alejados de aquello que ellas consideran «saludable»— las personas entrevistadas describen formas de gestión del malestar social

provocado por el confinamiento como una vía de escape precisamente de esa disciplina que genera ansiedad e incertidumbre. La incertidumbre respecto al riesgo del virus y su gestión en, y a través de, la alimentación es uno de los elementos que se repiten en las entrevistas: ¿qué información es fiable?, ¿dónde puede estar el virus y durante cuánto tiempo?, ¿cuáles son los protocolos más seguros? Ante la desinformación y la sobreenformación, las entrevistadas presentan dudas que son, de nuevo, dejadas a su gestión individual. En este contexto, el recurso a los alimentos de confort, así como al disfrute culinario y la sociabilidad a través de la alimentación, crean un espacio y una oportunidad para el placer, el bienestar, el cuidado del sí y de los demás.

Estos resultados preliminares muestran la importancia social de la alimentación en la cotidianidad del confinamiento y arrojan elementos de reflexión, por un lado, sobre la variabilidad de respuestas a una situación excepcional, y, por el otro sobre cómo las relaciones alimentación-salud-riesgo son dinámicas y se (re)configuran a lo largo de la evolución de la pandemia.

Bibliografía:

- CONTRERAS, J., & GRACIA-ARNAIZ, M. (2005). *Alimentación y Cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel.
- FISCHLER, C. (1995). *El (H)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- LUPTON, D. (1996). *Food, the body and the self*. London: Sage Publications.
- POULAIN, J.-P. (2002). *Sociologies de l'Alimentation*. Paris: PUF.

LA IMPLANTACIÓN DEL TABÚ EN LA VIDA CULTURAL: LA PANDEMIA DE COVID-19 Y EL SUICIDIO

Lorena Campo Aráuz
Universitat Autònoma de Barcelona

Camus ha sido constantemente mencionado desde que el telón negro de la pandemia de COVID-19 cayera sobre nuestra habitual puesta en escena de la cotidianidad. Desde muchos muros de Facebook y cuentas de otras redes sociales, incluidos también blogs y artículos en noticieros web, entre otros, se ha instado a desempolvar la obra *La peste* del filósofo francés: señal de mecanismo desesperado por encontrar algún tipo de guía de supervivencia frente a lo desconocido e incomprensible.

Durante la pandemia actual, la población mundial consume de manera constante flujos insanos de noticias variopintas, lo que provoca un aumento de la ansiedad y de los pensamientos catastróficos sobre el presente y el futuro inmediato. La cuarentena internacional genera así la imagen de que «no existe nada seguro en el mundo» (Xiang *et al.*, 2020). Esto nos conecta a otra cita continua del pensamiento de Camus, ignorada en estos momentos de desasosiego: «No hay más que un problema verdaderamente serio: *el suicidio*. Juzgar si la vida vale o no la pena de vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía».

El aislamiento, las crisis sanitaria y económica, el cierre de las fronteras, la limitación de las libertades individuales, la estigmatización, el planteamiento de cambios abruptos en muchos ámbitos de la cultura, etc., empujan a millones de personas a replantearse el sentido de su vida bajo estas condiciones. Así, la relación de la pandemia de COVID-19 con el valor de morir y vivir es un problema fundamental para la antropología actual.

Ahora mismo nos resultan familiares los diversos experimentos y estudios que se llevan a cabo para la producción de tratamientos y vacunas. Sin embargo, hay algo que se escapa al ámbito del laboratorio: los efectos en la vida de las personas en sus distintas dimensiones. La vida social, cultural, subjetiva, histórica y cognitiva de los grupos humanos no se limitan a la interacción con un virus, elemento microscópico e imperceptible a la vista.

Las consecuencias de las medidas tomadas por los Gobiernos del mundo para frenar la pandemia superan la dimensión material que supone llevar mascarilla y guantes, y limpiar insistentemente nuestro entorno. Implican atacar mucho de lo que conforma el *habitus* de las personas, lo que los llena de sentido, de identidad, otredad y herencia cultural.

De hecho, para algunos, sobrevivir al coronavirus empieza a tener el significado de «matar» ciertos hábitos que nos conectaban con la vida social mediante sus múltiples plataformas expresivas: costumbres gastronómicas, económicas, afectivas, rituales, comunicativas y sensoriales. Pero ¿acaso no estaríamos «matando» así una parte de nuestra vida en común? Parece el escenario perfecto que alberga en potencia los riesgos suicidas de manual. Un escenario que incita al miedo a vivir para, paradójicamente, sobrevivir a una pandemia.

Se nota una transmutación de lo que las sociedades consideran tabú y destinan al espacio íntimo: hablar de la muerte se vuelve algo público y cotidiano, mientras que las acciones que dan sentido dinámico y político a las vidas de los grupos sociales y los individuos se trasladan al lugar del tabú, a lo impuro, indeseable, prohibido, con el objeto de evitar el contagio.

Tanto es así que se reportan casos de personas permanentemente preocupadas por contagiar a otros, de modo que, entre otras cosas, aparecen comportamientos ansiógenos y autolesivos (Starace & Ferrara, 2020; Petzold, *et. al.*, 2020). En Corea del Sur, por ejemplo, se ha informado de personas que se han suicidado por sospechar que se habían contagiado de COVID-19 después de viajar a China (Xiang *et al.*, 2020).

Ese miedo se observa y disemina constante y globalmente en las redes sociales; en los noticieros; en las conversaciones presenciales o electrónicas con amigos, familiares o colegas de trabajo; o en el autoaislamiento de los pueblos amazónicos de Ecuador y Brasil para evitar la extinción. Se concibe más cercana a la muerte. La muerte: tuya y la de los otros.

Bibliografía

- CAMUS, A. (2012). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial.
- PETZOLD, M. B.; PLAG, J., & STRÖHLE, A. (2020). «Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie» [Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic]. *Der Nervenarzt*, 91(5), 417–421. doi:10.1007/s00115-020-00905-0
- STARACE, F., & FERRARA, M. (2020). «COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry». *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e116. doi:10.1017/S2045796020000372
- XIANG, Y. T.; YANG, Y.; LI, W.; ZHANG, L.; ZHANG, Q.; CHEUNG, T., & NG, C. H. (2020). «Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed». *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 228–229. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8

LA SOLEDAD DE LOS DIFUNTOS

David Moral

Departament de Gestió d'Empreses, Universitat Rovira i Virgili

Pilar Gil Tébar

*Departamento de Historia, Geografía y Antropología,
Universidad de Huelva*

Ariadna Solé

*Grado de Antropología y Evolución Humana,
Universitat Oberta de Catalunya & Universitat Rovira i Virgili*

Sol Tarrés

*Departamento de Historia, Geografía y Antropología,
Universidad de Huelva*

Jordi Moreras

*Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social,
Universitat Rovira i Virgili*

Los tiempos de excepcionalidad que estamos viviendo están afectando a la manera en que nuestra sociedad aborda la muerte. Al incremento de defunciones debido a la propagación de la COVID-19, se suma la decisión de decretar el confinamiento social y la suspensión de todo tipo de actos y celebraciones públicas, entre ellas, las ceremonias fúnebres. Así, hemos tenido que despedir a nuestros difuntos sin ningún tipo de ritualidad, laica o religiosa, de adiós. Los difuntos han sido inhumados o incinerados con una presencia muy limitada de familiares o allegados, o incluso, sin que estos supieran dónde estaban sus fallecidos y sin que mediara prácticamente ningún acto ritual.

La soledad de los difuntos destaca como uno de los elementos que hace aún más trágica la pandemia actual. Las defunciones durante este período —causadas o no por la COVID-19— se ven agravadas por las circunstancias de aislamiento en las que se producen. En algunos momentos de la pandemia, la negación recurrente del fallecido como persona, con-

vertido en un frío número estadístico, incluso podría interpretarse como una reacción al desconcierto ante la enfermedad.

No poder despedir a los difuntos de acuerdo con los cánones y las etiquetas sociales previamente establecidos dificulta la gestión del duelo íntimo y familiar, en tanto que no puede compartirse, aunque sea temporal o electrónicamente, con los allegados y conocidos que acompañan al difunto en su funeral. El duelo, en sus distintas dimensiones, queda suspendido ante la ausencia del ritual preceptivo. Es este un buen ejemplo para reconocer la importancia de las ritualidades cuando nos vemos obligados a prescindir de ellas.

Esta situación excepcional remite de manera inevitable a la tesis clásica de Norbert Elias sobre la retirada progresiva de los vivientes con respecto a quienes están a punto de morir, pues «el proceso de morir se aísla de la vida social normal en un mayor grado que anteriormente» (Elias, 1987: 139). La pandemia y las restricciones sociales obligadas han puesto en evidencia que la articulación de este proceso de distanciamiento respecto a la muerte se había puesto en marcha mucho antes.

En efecto, en 2019, el 55,4 % de los difuntos murió en un centro hospitalario y el 14,7 % de los mayores de 65 años lo hizo en una residencia sociosanitaria¹. Aunque no se abandona a nadie ni en hospitales ni en residencias, es evidente que nuestra sociedad ha optado por estos espacios asistenciales como lugares donde gestionar las situaciones inmediatas a la muerte, especialmente la de la gente mayor.

La muerte es, ante todo, un asunto de los vivos, tal como mostramos en una obra colectiva (Moreras, ed. 2019). En la definición social de la «buena muerte», la dignidad con la que debe tratarse a los difuntos desempeña un papel fundamental. Incluso en ausencia del cuerpo del difunto, celebramos ceremonias de despedida (Thomas, 1989), que facilitan el tránsito y el reajuste de los que sobreviven. Sin embargo, en la situación actual, se produce lo contrario: está el difunto, pero no sus allegados.

Sin ritual, el duelo queda suspendido y no puede cerrarse ni individual ni socialmente. Cuando remita la pandemia, así como la incertidumbre que nos afecta en estos momentos, será tiempo de hacer balance de lo sucedido y de reparar algunas de las situaciones que se han vivido. La

¹ *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Instituto Nacional de Estadística (<www.ine.es>) (consulta: 6 de mayo de 2020).

despedida aséptica y distanciada a nuestros difuntos, así como la gestión del duelo, deberá analizarse.

Porque, en este contexto de muerte colectiva (Clavandier, 2004), en el que las primeras medidas se han adoptado desde la premura y la urgencia, no ha habido mucho tiempo para estimar la dimensión simbólica de esta catástrofe sanitaria global. Y porque, además, va a ser imprescindible combinar la construcción de la memoria en primera persona y su articulación social, para construir su necesaria superación colectiva.

Bibliografía

- CLAVANDIER, G. (2004). *La mort collective. Pour une sociologie des catastrophes*. Paris: CNRS Éditions.
- ELIAS, N. (1987). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- MORERAS, J. (Ed.) (2019), *Socio-antropología de la muerte. Nuevos enfoques en el estudio de la muerte*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- THOMAS, L.-V. (1987). *El cadáver. De la biología a la antropología*. México: Fondo de Cultura Económica.

4. VULNERABILIDADES

#QUÉDATEENCASA: MEDIDAS DE AISLAMIENTO SOCIAL,
PREVENTIVO Y OBLIGATORIO EN CONTEXTOS DE POBREZA
URBANA EN ARGENTINA

Miguel Alejandro Avalos

*Instituto de Estudios Sociales y Humanos, Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Misiones*

En el frenesí por comprender el fenómeno mundial de la COVID-19 y por dar cuenta de cómo una enfermedad está llegando a los lugares más remotos y causando serias consecuencias (Adhikari, Meng, Wu, *et al.*, 2020), se vienen desarrollando numerosos trabajos desde distintas disciplinas. Sin embargo, nos topamos aquí con un punto ciego: la experiencia de los actores.

En efecto, muchas preguntas quedan sin responder en relación con la expansión de este coronavirus: ¿Cómo experimentan los sujetos y los conjuntos sociales las medidas de profilaxis generalizadas? ¿Qué consecuencias tienen las prácticas de policía médica y de control social vividas estos días? ¿Cómo se reconfiguran las subjetividades en el presente marco de incertidumbre y constricciones económicas?

En este sentido, creemos que la antropología médica puede brindar un valioso aporte a estos interrogantes. A continuación, pues, nos hacemos eco de las voces de algunos actores locales y presentamos una somera reflexión sobre la aplicación de una de las principales medidas del Gobierno argentino para contener la pandemia en el país.

Avances globales, acciones locales

Ante la alerta declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020, la principal medida establecida en la República Argentina en materia de contención de la pandemia del virus SARS-CoV-2 ha sido el «aislamiento social, preventivo y obligatorio». El Poder Ejecutivo encabezó, el 19 de marzo, un operativo sin precedentes que ha obligado a todos los ciudadanos (salvo los exentos por ley) a guardar una estricta

cuarentena (que debía durar 11 días, pero que, a 7 de mayo, dura ya 50 días) en virtud del Decreto 297/2020.

Esta medida tenía una doble finalidad: en primer lugar, aislar a la población y, de este modo, prevenir el contagio cortando la transmisión comunitaria; y, en segundo lugar, «ganar tiempo» para organizar el sistema sanitario que, en vista de la experiencia de países como España o Italia, podía verse colapsado eventualmente.

El modelo impuesto, de cuarentena generalizada, responde a una visión de la población que la homogeniza, en la medida en que la contempla desde el estándar de un «ciudadano tipo» o una «familia tipo» que puede estar encerrada en casa, salir una vez a la semana para hacer la compra, entretener a los niños y adolescentes con múltiples estrategias, trabajar en su hogar, etc. Sin embargo, esta no es la realidad de todos los ciudadanos ni de todas las familias.

La sociedad argentina experimenta, desde hace cinco años, un proceso de estancamiento económico y profunda recesión con una alta inflación, sumado a un aumento significativo de la pobreza multidimensional, lo que se traduce en un número cada vez mayor de familias que viven en condiciones precarias, de desigualdad e inseguridad. Este es, pues, el panorama que configura el escenario epidemiológico-social en el que irrumpe la COVID-19.

Necesidad de una epidemiología sociocultural

Subrayo que se trata de un contexto epidemiológico-social justamente para no olvidar que la salud-enfermedad-atención es un proceso social, psicobiológico; pero también profundamente sociocultural.

Por tanto, compartimos algunos interrogantes que surgieron en varias entrevistas telefónicas realizadas con informantes en barrios populares de la ciudad de Posadas, provincia de Misiones: ¿«Cómo encerrarse en casa» cuando se vive en condiciones de hacinamiento o en una vivienda precaria?; «¿Por qué no voy a visitar a mi pariente si sé que no está enfermo?»; «¿Cómo estar sin salir si no tengo agua potable en casa?»; ¿cómo «no salir» cuando el teletrabajo no es una opción y «la patrona me exige que vaya»?; ¿para qué guardar cuarentena si «no soy un grupo de riesgo»?; y ¿cómo van a aislar a su hijo, si consume drogas y no lo pueden contener?

Así, el aislamiento y la cuarentena son medidas sanitarias que deben ponerse en perspectiva. No son solo respuestas médicas, sino que también tienen un carácter social y de salud pública, por lo que necesariamente deben reconocer a quiénes se les aplicarán y cómo. En este proceso de implantación de políticas sanitarias, se hace necesario un enfoque que incluya la participación social.

De hecho, la cuarentena no se cumplió de manera estricta en muchos lugares del territorio nacional, especialmente en los barrios más carenciados y las villas o asentamientos informales (Kessler, Bermúdez, Binstock, *et al.*, 2020). En este contexto, y en tanto que «comportamientos de riesgo», saltarse la cuarentena no puede entenderse sino como un resultado moldeado y configurado por los entornos sociales y las relaciones «más que por productos de actos, actitudes y entendimientos individuales» (Singer, 2009: 201).

Bibliografía

- ADHIKARI, S. P.; MENG, S.; WU, Y. J.; MAO, Y. P.; YE, R. X.; WANG, Q. Z., ... & ZHOU, H. (2020) «Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review». *Infectious diseases of poverty*, 9, (1): 1-12. doi: 10.1186/s40249-020-00646-x
- KESSLER, G.; BERMÚDEZ, N.; BINSTOCK, G.; CERRUTTI, M.; PECHENY, M.; PIOVANI, J. I.; WILKIS, A., & BECERRA, M. (2020). «Informe Final Relevamiento del impacto social de las medidas del Aislamiento dispuestas por el PEN». Recuperado de: <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe_Final_Covid-Cs.Sociales-1.pdf>.
- SINGER, M. (2009). «Pathogens gone wild? Medical anthropology and the “swine flu” pandemic». *Medical anthropology*, 28(3), 199-206. doi: 10.1080/01459740903070451.

DISTANCIAMENTO SOCIAL E QUARENTENA É POSSÍVEL PARA TODOS?

Károl Veiga Cabral
Universidade Federal do Pará

A antropologia como disciplina historicamente tem servindo de ponto de ancoragem para investigações, usando a etnografia como instrumento de análise dialógica para indagar os fenômenos socioculturais. A pandemia da COVID-19 nos fez olhar para nossos territórios e indagar a forma como vivemos e habitamos o planeta. Olhar esse que parte e incorpora o vivido para tentar compreender o que criamos.

Belém, a capital do Pará, situada ao norte do Brasil, amanhece com o sistema de saúde colapsado e gestores reorganizam serviços para tentar fazer frente ao número de infectados pelo coronavírus. Segundo dados oficiais (IBGE, 2009/2019), apenas 47,3% da população paraense tem acesso a rede de água potável e 57,8% tem rede de esgoto, questões fundamentais para garantia da higiene demandada pelo vírus. A rede de saúde mostra-se insuficiente para o enfrentamento da pandemia, sendo que a maioria dos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) está na capital e quatro hospitais de campanha foram montados para enfrentar o problema. Não temos suficiência de rede, profissionais e insumos. O estado tem hoje 18.135 casos confirmados e 1.633 óbitos (Ministério da Saúde, 2020), mas convivemos com muitas subnotificações, já que não realizamos testes em larga escala, assim como muitos óbitos não estão sendo notificados como COVID-19. Cabe lembrar que o efetivo de profissionais de saúde do país sempre apresentou defasagem de médicos, tanto que em 2013 o Programa Mais Médicos (Pinto *et al.*, 2017) foi concebido para levar este profissional a toda população, porém, apesar de exitoso, foi desarticulado pelo atual governo.

A cidade desde março vem realizando uma campanha de isolamento social e em 7 de maio decreta lockdown, e em teoria, estaria de quarentena na perspectiva de conter a curva de casos de infectados pela COVID-19, pois o sistema de saúde não possui ambulâncias e nem leitos de UTI suficientes para fazer frente a um contágio de massa. Sem o problema da

COVID-19, os indicadores de saúde da capital já não eram dos melhores e apenas 67,9% da população tem esgotamento sanitário adequado.

O Pará é um estado de grandes dimensões, coberto pela maior floresta tropical do mundo (Amazônia), além de contar com uma diversidade populacional urbana e rural que inclui ribeirinhos, etnias indígenas, quilombolas, cada qual com um estilo de vida, uma forma de garantir sua subsistência e de acessar a saúde. As formas de moradia destas populações e seu acesso a serviços de saúde é completamente singular, assim, a forma como estas pessoas são afetadas e reagem à pandemia também é distinta. A grande maioria permanece trabalhando para manter suas famílias.

Ao enfrentar a pandemia constatamos da forma mais dura o quanto a crise aprofunda as desigualdades. Os determinantes de saúde, negligenciados por muitos governos, se fazem mais evidentes. Como solicitar isolamento social e quarentena a populações com acesso tão desigual à moradia, trabalho e renda? Muitas pessoas vivem em casas de uma única peça, sem acesso a saneamento, com pouca ventilação e iluminação, muitas em palafitas, sem acesso a internet, longe de mercados ou serviços de saúde. Constatamos um aumento dos índices de violência doméstica alarmante no país. A questão de gênero ainda merece destaque, pois a maioria das cuidadoras de idosos, técnicas de enfermagem e empregadas domésticas são mulheres, que diariamente deixam sua casa e seus filhos para cuidar dos filhos de outros ou de outros doentes e famílias, enfrentando um transporte público ruim e superlotado para manter a renda familiar. Estas mulheres tem uma jornada de trabalho exaustiva, mal remunerada e sem direitos mínimos assegurados, e quando chegam em casa ainda tem que realizar a maioria do serviço doméstico.

Não bastasse todo este cenário desolador o Brasil enfrenta hoje a falência do estado de direito, com uma crise política federal sem precedentes. Desde o golpe de 2016 enfrentamos o aprofundamento de problemas históricos de acesso e renda, além de alterações nas políticas sociais e perda de direitos duramente conquistado. A recomendação de isolamento é absolutamente necessária do ponto de vista sanitário, mas necessita de política pública consistente para que possa ser praticada pela maioria da população. O vírus não é democrático e acaba matando em maior número os vulneráveis, sem acesso à serviços e direitos básicos historicamente negligenciados.

Referências:

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2019). *Dados sobre saneamento e acesso a água de 2009 e 2019*. Recuperado de <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/belem/panorama>>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL (2020). *Coronavirus Brasil: Painel Coronavirus*. Recuperado de <<https://covid.saude.gov.br/>>.
- PINTO, H. A.; OLIVEIRA, F. P. D.; SANTANA, J. S. S.; SANTOS, F. D. O. D. S.; ARAUJO, S. Q. D.; FIGUEIREDO, A. M. D., & ARAÚJO, G. D. D. (2017). «Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015». *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(Suppl. 1), 1087-1101.

RESISTÊNCIA E REINVENÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: A ETNOGRAFIA COMO MEMORIAL DA VIDA

Márcio Mariath Belloc, Adriele Cardoso Sussuarana
Universidade Federal do Pará



Imagem 1. Claudia Vitari – da série: “O-platz, interstitial identities”
(2014-em andamento). Fotos: Alexander Schippel

Claudia Vitari tem seu processo criativo ligado ao encontro com grupos em situação de vulnerabilidade e exclusão: pessoas em privação de liberdade, loucos, imigrantes. Antes de qualquer esboço, a artista se aproxima, convive com as pessoas, faz amizades, acompanha seus movimentos, torna-se parte do grupo. Só depois ela saca bloco de desenho e lápis, e com olhar atento, generoso e cúmplice, plasma no papel as imagens dos companheiros. Incansavelmente capta expressões singulares, emoções, olhares, histórias marcadas nas linhas dos rostos. O exercício do olhar à singularidade de pessoas que têm sua história negada, sua experiência colonizada por saberes científicos e/ou senso comum. Pessoas estigmatizadas, muitas vezes reduzidas a um diagnóstico ou à mônada total do preconceito (Belloc, 2011). Num segundo momento, desenhos se incorporam a objetos elaborados pela artista, que ultimamente escolheu a delicadeza e a transparência do vidro. Nas imagens acima, estão singularidades de imigrantes que ocuparam a *Oranienplatz* em Berlim para protestar por direitos humanos, buscar um lugar para viver.

Imagens em vidro transparente, colocando em cena a invisibilidade dessas pessoas, a necropolítica (Mbembe, 2003) sobre seus corpos, cuja forma esférica se constrói como crítica da geopolítica, dos mapas migrató-

rios ao xenofobismo, das fronteiras arbitrárias que se erguem entre nações e entre pessoas. Rostos-mapas construindo uma geografia de expressões e singularidades. Ao invés de contar mortes, opressão e estigmatização mortificante, a artista compõe um memorial da vida.

No momento atual e no contexto da pandemia do coronavírus, nos bairros periféricos de uma das capitais da Amazônia brasileira, com um projeto de pesquisa-ação (Kemmis, McTaggart, 1988) buscamos alcançar a produção de vida e cidadania que Vitari plasma em sua obra. Trata-se, no nosso caso, de pessoas invisíveis, transparentes para a epidemiologia oficial, que moram em situações extremamente precárias, muitas sem acesso a condições mínimas de moradia, alimentação, água potável, saneamento básico. Pessoas cujo modo de vida já coloca um impasse às formas oficiais de resposta à pandemia, hegemônicas pelo modelo biomédico (Menéndez, 2003), já senhor supremo das ações constituídas pelas atuais políticas nacionais de saúde, que, mesmo na atenção primária, têm legitimado e constituído o lugar da verdade, já antes da pandemia, por exemplo, na consulta médica e prescrição (Cabral, Belloc, 2019). Como fazer isolamento social para famílias inteiras que vivem amontadas em um pequeno cômodo? Como higienizar-se e descontaminar-se sem saneamento básico e sequer água para beber? Aqui o modelo biomédico hegemônico, que nos trata a todos como simples seres biológicos cujas células devem ser protegidas da invasão dos vírus, ou dos protocolos medicamentosos em teste e dos tratamentos intensivos aos corpos com a Covid-19, parece simplesmente lavar as mãos em assepsia necropolítica.

E mais do que localizar as pessoas em situação de risco sanitário extremo, a partir de um olhar etnográfico, o projeto objetiva conhecer as formas singulares de ser-no-mundo (De Martino, 2004) das mesmas, seus modelos explicativos (Kleinman, 1980) para suas formas de padecimento, bem como itinerários tradicionais de cuidado ainda presentes. Identificando lideranças comunitárias nessas regiões e com o apoio dos agentes comunitários de saúde, das equipes de atenção básica, o objetivo é construir com esses atores formas singulares de enfrentamento da pandemia, levando em consideração as diretrizes sanitárias na composição com os saberes profanos (Correa-Urquiza, 2018) ali encontrados. A ideia é produzir coletivamente informação e conhecimento sobre e com essas populações, compartilhar e potencializar possíveis experiências exitosas para promoção e prevenção em saúde no contexto da pandemia do coronavírus.

É na participação e interação de seus integrantes, que as redes sociais podem assumir um sentido inovador quando direcionadas para a recriação de novos modos de solidariedade social e exercício democrático (Saidon, 2008). Trata-se da invenção de novos territórios existenciais, buscando a constituição de um comum (Alemán, 2014) cuja chave de participação e produção é a singularidade. Buscando a potência da resistência à hegemonização biomédica, usar da biomedicina como um saber necessário, mas em composição aos saberes profanos. Reinventar o cuidado, deixar de contar mortes e mortificações, colocando em suspenso o posicionamento especialista, utilizando da potência dialógica (Martínez-Hernández, 2010) para se presentificar como interrogação. Constituir, assim, a etnografia como memorial da vida para construir uma outra geografia de itinerários de cuidados possíveis.

Referências

- ALEMÁN, J. (2019) *En la frontera. Sujeto y capitalismo*. Barcelona: Gedisa.
- BELLOC, M. M. (2011) *Homem-sem-história. A narrativa como criação de cidadania*. Tesis doctoral publicada. Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Filosofia, Antropología y Trabajo Social, Tarragona, España.
- CABRAL, K. V. & BELLOC, M. M. (2019). Política, subjetividade e saúde em tempos precários: linhas de resistência e reinvenção. En: LEMOS, Flávia Cristina Silveira; NASCIMENTO, Maria Livia de (eds.) *Biopolítica e tanatopolítica: a agonística dos processos de subjetivação contemporâneos* (pp.367-384. Curitiba: CRV.
- CORREA-URQUIZA, M. (2018). «La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 38(134), 567-585. doi: 10.4321/s0211-57352018000200012.
- DE MARTINO, E. (2004). *El mundo mágico*. Buenos Aires: Libros de la Araucaria.
- KEMMIS, S., & McTAGGART, R. (1988). *Como planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (2010). «Dialógica, etnografia e educação em saúde». *Rev. Saúde Pública.* 44(3), 399-405. doi: 10.1590/S0034-89102010005000016.
- MBEMBE, A. (2003). «Necropolitics». *Public Culture.* 15(1), 11-40. doi: 10.1215/08992363-15-1-11

- MENÉNDEZ, E. L. (2003). «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciênc. Saúde Coletiva*. 8(1):185-207. doi:10.1590/S1413-81232003000100014
- SAIDÓN, O. (2008). *Devires da clínica*. São Paulo: Hucitec.
- VITARI, C. (2014). *O-platz. Interstitial identities*. Berlín, Alemania: Recuperado de <<http://www.claudiavitari.com/work-portfolio/o-platz-interstitial-identities/>>.

OUTSIDERS: SUBALTERNIDAD INCONFINABLE

Antoni Llorc Suàrez

Servei d'Addiccions i Salut Mental, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

No se ha hablado lo suficiente sobre cómo el confinamiento derivado del estado de alarma afecta a las personas de manera desigual según la clase social. El encierro de muchas familias en pisos muy pequeños o en habitaciones compartidas, sin balcones ni ventanas, sumado a la pérdida del empleo y la falta de ingresos y alimentos, se convierte en un nuevo punto de partida crítico: una crisis socioeconómica sin precedentes en este nuevo siglo.

Aun así, ya había antes subgrupos sociales que vivían sin apenas ingresos ni vivienda fija, ocupando espacios marginales donde poder residir o pasar la noche y que, además, habían sido etiquetados y excluidos, y habían sufrido diferentes tipos de violencia social, por el hecho de que una de las características que los define es consumir sustancias psicoactivas (como el alcohol o los psicofármacos), haber pasado por la cárcel, tener enfermedades como el sida o la hepatitis (también trastornos psicológicos graves), ser usuarios de servicios de adicciones o ser asiduos a servicios de acogida y emergencia social establecidos antes de la crisis de la COVID-19.

En el caso de muchas de estas personas, las imposiciones del confinamiento no han funcionado o no han podido entenderse, o, simplemente, no se han sentido apeladas por la imposibilidad de confinar lo que no puede confinarse. Para ellos y ellas, acostumbrados a un único *modus vivendi* basado en buscarse la vida en la calle, el trapicheo, los encontronazos con la policía y las alianzas para el consumo, el estado de reclusión ha convertido la ciudad en un espacio asfixiante e hipercontrolado.

Las fuerzas del orden vigilan los pasos de quienes deben salir a buscar su dosis necesaria o medicación sustitutiva, a quienes acuden al comedor social o a los servicios de emergencia o a quienes salen a la calle porque no tienen lo que podríamos considerar un hogar. Durante el estado de alarma, las Administraciones locales han cobijado a estas personas en pensiones humildes y se han habilitado algunos albergues para transeúntes

consumidores de droga. Sin embargo, nada garantiza que estos recursos duren; más bien, sabemos casi con certeza que desaparecerán al ritmo del desconfinamiento. ¿A quién, pues, pretendían proteger estas medidas?

De acuerdo con los datos que hemos podido obtener, durante el confinamiento, la heroína —uno de los ejemplos paradigmáticos de sustancias que más tensionan a los consumidores habituales a causa de su continua demanda— ha aumentado de precio, ha perdido calidad y se ha hecho menos accesible. Todo ello genera riesgos importantes a corto y medio plazo, como la sobredosis o los estados de carencia complejos, para las personas asiduas a su consumo.

En este sentido, ¿deberían haberse puesto en marcha programas de dispensación de heroína? ¿Se debería haber reforzado los equipamientos y servicios para las personas sin techo y, de forma más general, la capacidad de respuesta de los servicios sociales del estado del bienestar antes de la crisis? Es evidente que sí. Queda demostrado que estos elementos serían —y algunos han sido— de gran humanidad y utilidad durante y antes de la crisis. Sin embargo, lo más interesante es la reflexión que emerge de ello: si, como sociedad, no somos capaces de solventar, humanizar y garantizar los derechos más básicos de las personas, cualquier otra crisis venidera irá haciendo mella en nosotros hasta destruir toda expresión de cohesión social.

Los *outsiders* no son únicamente lo que nos han enseñado a pensar de ellos: son el reflejo de nosotros mismos mirando hacia otra parte y etiquetándolos como parásitos sociales; excluyendo con egoísmo y legitimando y perpetuando las diferencias sociales que permiten, a unos sí, y a otros no, ser ciudadanos de primera, segunda, tercera clase.

Es nuestro deber denunciar la precariedad del sistema social asistencial, así como la lucha política por atribuirse méritos y despachar culpas. Si ahora no somos capaces de reflexionar sobre la importancia vital de los servicios básicos (no de las soluciones temporales) y la permanente falta de medios del estado del bienestar, continuaremos sin entender nada y el virus de la ignorancia nos exterminará como seres sociales.

Durante las últimas seis semanas del confinamiento, he tenido ocasión de estar en la primera línea de atención básica social para personas que consumen drogas. Ha sido una gran oportunidad para recoger las voces de estas personas y esbozar algunos artículos sobre la realidad local relacionada. Espero que este testimonio sirva de apoyo al ineludible debate que debemos instalar en la sociedad de forma permanente cuando salgamos de este estado de excepción.

Paradójicamente, la emergente crisis económica no cambiará las condiciones de vida de estas personas sino es para empeorarlas. Por eso, de no entender las circunstancias actuales como una oportunidad para iniciar nuevas formas de atender a las situaciones de necesidad —con medidas que pongan a la persona en situación participante para mejorar su supervivencia—, no habremos aprovechado los aspectos positivos que también tiene la pandemia.

EL EFECTO DE LA COVID-19 EN LA SALUD DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

Raluca Cosmina Budian
Universidad de Salamanca

En este momento, en el que quedarse en casa y hacer cuarentena es fundamental para controlar los contagios de la COVID-19, rápidamente pensamos en los colectivos para los que el término *hogar* es intrínseco a su definición: los *sinhogar*.

¿Qué ocurre con estas personas, para quienes es literalmente imposible quedarse en casa durante el estado de alarma debido a la pandemia? ¿Qué pasa cuando unas 33 000¹ personas de los 47 millones de habitantes confinados en España no tienen donde aislarse? ¿Se ha conseguido que toda esa gente sin techo se confine en algún centro de acogida o albergue? Todas estas preguntas nos hacen cuestionarnos la situación del *sinhogarismo* y cómo esta crisis ha afectado a la salud de este colectivo invisibilizado.

Estas personas sufren una doble vulnerabilidad frente al virus: por un lado, tienen una salud deteriorada en términos generales, lo que las convierte de forma automática en perfiles de riesgo. Además, la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con el *Sinhogarismo* (Feantsa) afirma que la prevalencia de las enfermedades respiratorias entre este sector de la población es alta, de modo que aumenta el riesgo de letalidad y gravedad en caso de que se contagien de SARS-CoV-2. Por otro lado, al vivir en la calle, no disponen de los recursos para tomar las medidas higiénicas y sanitarias recomendadas, por no mencionar la dificultad que supone mantener esas medidas en los albergues.

En el ámbito europeo, Feantsa monitoriza la situación de las personas sin hogar y la COVID-19. Hasta el momento, ha detectado varias cuestiones que deberían ser prioritarias para los Gobiernos, los servicios de salud pública y otros proveedores de servicios.

La primera de estas cuestiones sin duda debería ser la adopción de medidas específicas para estas personas. En Londres (Reino Unido), por

¹ Estimación realizada por la Fundación Rais, conocida actualmente como HogarSí. Dirección web: <https://hogarsi.org/>

ejemplo, la organización Pathways está elaborando un plan detallado para separar a los sintecho infectados de los que no lo están en instalaciones aparte para cada grupo. En Salamanca (España), el ayuntamiento, junto con Cruz Roja Española, ha abierto el Centro Municipal de Vistahermosa a quienes den positivo, de modo que puedan aislarse de los demás sinhogar que se encuentran en el Centro de Atención para Personas sin Hogar (situado en el albergue municipal) y las instalaciones Padre Damián (pertenecientes a Cáritas Diocesana), entre otros.

Pero ¿hasta qué punto son seguros los alojamientos colectivos para las personas sin hogar durante esta cuarentena? ¿En qué medida ofrecen la protección que necesitamos todos en estos momentos? En un alojamiento colectivo como un albergue, las instalaciones y los dormitorios son comunes, por lo que una enfermedad tan infecciosa como este coronavirus tiene «vía libre». Ya desde el principio de la pandemia en Europa nos encontramos con que en un albergue en París se habían registrado 13 casos de infectados.

En este sentido, Feantsa, cuyo objetivo es luchar contra el sinhogarismo, proyectó una serie de medidas para los servicios de alojamiento²: reforzar la higiene, aumentar la capacidad de hospedaje para disminuir el hacinamiento, seguir los protocolos de hospitalización y disponer de personal sanitario en los centros para personas sin hogar, entre otras acciones.

A pesar de ello, tal y como se ha observado en las residencias de mayores en España, en el momento en que alguien se infecta, es difícil controlar la enfermedad mediante el confinamiento, por lo que, de hecho, estamos poniendo en riesgo la vida de las personas.

En resumen, en estos momentos, la cooperación y coordinación interinstitucional resulta fundamental para garantizar la seguridad de las personas sin hogar, en lugar de hacerlas más vulnerables. Por ello, la vivienda constituye un elemento indispensable de protección de la salud pública. Aprovechemos, pues, la ocasión para empezar a evaluar todo lo que supone tener o no una vivienda y poder actuar en consecuencia.

2 Más información en <<https://www.feantsa.org>>.

5. METODOLOGÍAS

AUTOETNOGRAFIES D'ANTROPÒLEGS CONFINATS:
APORTACIÓ PROFESSIONAL O EXHIBICIÓ PERSONAL?

Lina Masana
*Medical Anthropology Research Centre,
Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social,
Universitat Rovira i Virgili*

Des de l'inici de les mesures de confinament arran de la pandèmia de la COVID-19, hem rebut un allau considerable de correus electrònics sobre el coronavirus. D'entre tots, m'han cridat l'atenció especialment els que demanaven la contribució des de l'antropologia a la pandèmia i, en particular, requerien les nostres reflexions com a antropòlegs sobre el dia a dia del confinament: com ens organitzem a casa, amb la família, amb el teletreball, amb l'oci i l'avorriment, amb la informació, etc. Aquest tipus de contribucions han estat demanades en qualitat d'autoetnografies. Però, què vol dir fer autoetnografia? A qui li importa la nostra vida privada i la nostra experiència del confinament? Millor dit, per a què serveix? Què ens aporten les vides confinades dels i les antropòlogues? I, sobretot, què aportaran a la societat? Com en tota investigació, hi hauria d'haver un *perquè* i un *per a què* (finalitat), uns objectius, unes preguntes de recerca, etc. Tanmateix, en moltes d'aquestes crides, aquestes premisses indispensables per a la tasca científica no han estat especificades (salvant alguna excepció). Llavors, què aporta l'antropologia com a disciplina a la crisi actual a partir de les narratives personals de la vida confinada dels i les antropòlogues?

Ara més que mai, tenim l'oportunitat de fer etnografia *at home*, des de la casa cultural, social i física en la qual estem confinats. Però escriure sobre la nostra vida confinada no vol dir necessàriament fer autoetnografia. He presentat i debatut en diversos seminaris acadèmics els pros i contres de l'autoetnografia, i malgrat que estic completament d'acord amb l'interès general per a la disciplina i el valor afegit de les aportacions des del jo implicat, des de la subjectivitat posicionada, des de l'autoreflexió, des de l'experiència encarnada i nàdava al camp (*at home*) com a eina de construcció de coneixement, trobo a faltar aquests dies una autocrítica sobre les formes en què se'ns insta a fer autoetnografia, sobretot arran d'algunes d'aquestes crides actuals precipitades «perquè tothom escriu sobre

la COVID». I no paro de pensar en una cita de Ruth Behar: «Vulnerability doesn't mean that anything personal goes. The exposure of the self who is also a spectator has to take us somewhere we couldn't otherwise go. It has to be essential to the argument, not a decorative flourish, not exposure for its own sake» (Behar, 1996:14).

Escriure sobre la vida confinada dels i les antropòlogues —malgrat els problemes personals, d'organització domèstica o de treball que es pateixen— em genera certa recança davant les situacions tan dramàtiques que s'estan vivint ara mateix per part dels “altres vulnerables”: quan els nostres avis i àvies moren a les residències per manca de recursos o negligència; quan l'incessant degoteig de morts als hospitals pot implicar indesitjables triatges capacitistes i eugenèsics; quan la mort arriba sense que els éssers estimats puguin acomiadar-se; quan molts dels nostres veïns s'han quedat sense feina i no saben com se'n sortiran; quan hi ha famílies nombroses que conviuen confinades en espais tan reduïts com impensables mentre d'altres no tenen llar on confinar-se; quan hi ha gent que depèn de la beneficència per poder menjar i sobreviure; quan hi ha dones que estan confinades amb el seu maltractador i pateixen *més* violència; etc. Tots aquests col·lectius altament vulnerables eren fins ara —i són!— els actors principals de moltes de les nostres recerques. Tanmateix, en aquests moments d'excepcional gravetat se'ns demana la mirada sobre nosaltres: els i les antropòlogues confinades. És per tot això que escriure sobre l'experiència personal del confinament des de certes situacions que podem considerar privilegiades (en la majoria de casos, salvant excepcions) em genera dubtes i preocupació. I em pregunto *perquè* i *per a què*.

Les aportacions des de l'antropologia a la greu crisi sanitària, econòmica i social que ha generat la pandèmia poden ser moltes i valuoses. Benvingudes siguin les reflexions i aportacions etnogràfiques, però no ens equivoquem: algunes opinions i vivències personals dels i les antropòlogues confinades poden esdevenir un mer mirar-se el melic i exhibir-se banalment, substituint la riquesa del coneixement antropològic des de la subjectivitat posicionada per una pretesa o il·lusòria aportació de la disciplina a la societat, que es legitima per les presses a escriure sobre la immediatesa dels fets que ens afecten.

Bibliografia

- BEHAR, R. (1996). *The Vulnerable Observer: Anthropology that Breaks your Heart*. Boston: Beacon Press.

REFLEXIONES AUTOETNOGRÁFICAS DE UN VIAJE DE IDA Y VUELTA A LAS ANTÍPODAS EN TIEMPOS DE LA COVID-19

Natàlia Carceller-Maicas

Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

Viajar es, en sí mismo, un riesgo. Riesgo de ampliar horizontes y miradas, de vivir experiencias que invitan a repensarse a una misma y repensar el mundo que habitamos y transitamos. Además de una oportunidad para analizar la realidad y sus matices danzando entre el *emic* y el *etic*.

Cuando planeé viajar a Nueva Zelanda, nunca imaginé que acabaría recorriendo el mundo en plena pandemia. Sin embargo, se convirtió en una experiencia antropológicamente singular que me permitió no solo observar y experimentar las visiones, los discursos, las percepciones, las creencias y las prácticas de la población de los países por los que transité, así como sus políticas de prevención y sanidad pública, y las reacciones de la gente y de mí misma ante la incerteza de una epidemia en extensión, sino también participar en todo ello.

En efecto, la incerteza, la vulnerabilidad y el riesgo estuvieron presentes a lo largo del periplo. Había trabajado estos factores en investigaciones anteriores (Carceller-Maicas, 2017; Carceller-Maicas *et al.*, 2019, 2020), pero nunca me había visto en la necesidad de analizarlos de manera comparativa y simultánea atendiendo a países tan alejados desde un punto de vista cultural y geográfico. Y menos aún con la intensidad y rapidez que requirió la situación: hube de tomar decisiones inmediatas en las que la salud, el bienestar y la seguridad de mi familia y los míos estaban en juego.

No obstante, cuando salí de España a principios de marzo, «no pasaba nada». Ni el Gobierno, ni los *mass media*, ni la población pensaban que ocurriría lo que entonces sucedía en Italia. Con todo, mi viaje, que debía durar dos meses, solo duró 20 días.

El contraste en las percepciones de riesgo y las estrategias preventivas de los diversos Estados se hizo patente ya en el viaje de ida: en Barcelona casi nadie llevaba mascarilla; en cambio, en Singapur, la mitad de los pasajeros la llevaba. Sin embargo, lo más impactante allí fueron los dispositivos de seguridad: pasillos equipados con cámaras y detectores de temperatura corporal controlados *in situ* por un pelotón de vigilantes.

La llegada a Nueva Zelanda fue tranquila; no había casos de COVID y el más cercano estaba a miles de kilómetros, en las Filipinas. La situación en España, sin embargo, empeoraba y finalmente llegó el confinamiento. Nuestro viaje prosiguió hasta que un mensaje por correo electrónico nos informó de que el vuelo de regreso a Barcelona, para el que aún faltaba más de un mes, se había cancelado... Alarma encendida. El discurso en España había cambiado diametralmente: «No volváis aquí: quedaos ahí, estáis más seguras».

Nos informamos de la situación y de las estrategias de acción en torno a la COVID en los países de nuestra ruta. En apenas cuatro días, Nueva Zelanda tuvo los primeros casos, decretó el *self-isolation* (autoaislamiento) de quienes llevaran menos de 14 días en el país, se cerraron los alojamientos y los establecimientos solicitaban rellenar formularios para monitorizar los casos de coronavirus y su propagación. El Gobierno de Nueva Zelanda tomaba decisiones rápidas, rigurosas y certeras frente a la COVID-19 y previmos que el *lockdown* o confinamiento general sería inminente.

Analizamos al detalle las cartas que nos habían tocado: debíamos decidir si volver a España, el segundo país más afectado del mundo, o quedarnos en Nueva Zelanda indefinidamente. Incertidumbre, vulnerabilidad y riesgo eran la triada sustancial. ¿Cómo evolucionaría la enfermedad en cada país? ¿Lograríamos llegar a España? ¿Nos quedaríamos tiradas en cualquier otro lugar con peor pronóstico sanitario?

Con el recuerdo corporal aún fresco de una neumonía sufrida tres años atrás... ¿Qué era lo más prudente para mi salud? ¿Quedarme allí sin saber si mi seguro sanitario de viaje cubriría la COVID? ¿Exponerme a cruzar medio mundo en aviones abarrotados y aumentar así el riesgo de contagio?

Decidimos volver.

La presión internacional obligó a Australia a reabrir el espacio aéreo. Salimos de Nueva Zelanda, rumbo a Sídney, Dubái y Londres. Largas colas, llantos, quejas, angustia por doquier: la pandemia ya era un hecho.

La actitud relajada de Gran Bretaña hacia la COVID-19 posibilitó nuestro retorno a casa, pues mientras se cerraban fronteras y se cancelaban vuelos por todo el mundo, *British Airways* seguía operando y en el país no se confinaba a la población, no había mascarillas, ni distancia de seguridad. Todo permanecía abierto y estaba abarrotado, pues «allí no pasaba nada».

Finalmente llegamos al aeropuerto de El Prat, vacío. La megafonía, que solicitaba mantener la distancia de seguridad, resonaba en el espacio desierto y daba una sensación posapocalíptica al lugar.

Pese a no ser el viaje soñado, como antropóloga médica reconozco que fue un privilegio vivir esta odisea encarnada (Esteban, 2004), pues me permitió observar y analizar en primera línea las percepciones, los discursos y las consecuencias de los estilos de gestión sanitaria internacional y sus repercusiones en la salud global.

Bibliografía

- CARCELLER-MAICAS, N.; ALEGRE-AGÍS, E.; VALLS FONAYET, F.; ROMANÍ ALFONSO, O., & BELZUNEGUI ERASO, A. (2020). *Consumo de Drogas y Vulnerabilidades Sociales en Adolescentes: El caso de la ciudad de Tarragona*. Madrid. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD. doi: 10.5281/zenodo.3693673.
- CARCELLER-MAICAS, N. (2017). *Por mí mism@ saldré adelante. Percepciones, representaciones y prácticas en torno a los malestares emocionales en adolescentes y jóvenes*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Tarragona.
- CARCELLER-MAICAS, N.; ALEGRE-AGÍS, E., & ROMANÍ, O. (2019). «Malestares, vulnerabilidades y riesgos: el abordaje del consumo de drogas en jóvenes desde una antropología médica crítica». En: C. ROJAS JARA (ed.) *Drogas: Sujeto, Sociedad y Cultura*. Talca, Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- ESTEBAN, M. L. (2004, junio). «Antropología encarnada. Antropología desde una misma». *Papeles del CEIC12*.

COVID-19 E INSEGURIDAD ALIMENTARIA: INTERSECCIONES ETNOGRÁFICAS EN EL ORIENTE DE GUATEMALA

Lorenzo Mariano Juárez, David Conde Caballero, Borja Rivero Jiménez
Universidad de Extremadura

La pandemia del SARS-CoV-2 o COVID-19 ha modificado el escenario global. Estamos inmersos en una crisis sanitaria de enormes proporciones que deja miles de muertos y supone una amenaza no solo para los sistemas de salud, sino para la lógica de los sistemas económicos. Las repercusiones se imbrican asimismo en todos los intersticios de la vida social y modifican las prácticas y representaciones en ámbitos tan dispares como las relaciones laborales, la seguridad alimentaria y la sociabilidad, además de ciertas categorías como el riesgo, el estigma o la distancia social.

Sin embargo, frente al discurso universalizador al que se apela desde el determinismo biológico, la pandemia afecta de manera diversa a los distintos grupos y culturas a lo largo de la geografía. Así pues, la etnografía debe ofrecer pistas sobre las que reposar el análisis y las intervenciones adaptadas en términos culturales.

En Guatemala, la pandemia se expande, de acuerdo con las cifras oficiales, de manera pausada: a 10 de mayo de 2020, había 1052 casos y 26 fallecimientos¹. El miedo, sin embargo, se expande de forma algo más acelerada. El contexto de partida —con el 59,3 % de la población anclada en la pobreza, de los cuales el 23,4 % vive en pobreza extrema— se ve sacudido por un nuevo factor que amenaza con empeorar las cifras de inseguridad alimentaria y nutricional existentes: el 15,8 % de la población, más de 2,6 millones de guatemaltecos (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2018).

La crisis de la COVID-19 ha centralizado los recursos existentes a la par que, solo en el departamento de Chiquimula, se reportaban 221 casos de desnutrición aguda, un aumento del 56,6 % respecto al año anterior (Prensa Libre, 2020). A finales de abril, la USAID (United States Agency for International Development) publicó los nuevos resultados sobre seguridad alimentaria en el país y los efectos de las medidas tomadas por

1 Dirección web: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>> [Consultada el 11/5/2020].

el Gobierno, como las restricciones de movilidad de las personas, la suspensión de la actividad en sectores no esenciales y la prohibición de usar el transporte público. En las conclusiones se evidenciaba la repercusión en el acceso a los alimentos por parte de las familias que dependen de la economía informal².

A todo esto, se suma el descenso de las remesas económicas. La falta de los flujos económicos procedentes de la migración deriva en problemas de acceso a la canasta básica de alimentos para los que se quedan. En este sentido, algunos medios ya señalan el riesgo de que en el Corredor Seco de Guatemala vuelva a darse una crisis alimentaria como las ocurridas en otras ocasiones (Morales, 2020).

En el Estado centroamericano, la repercusión de la COVID-19 en la seguridad alimentaria afecta a los grupos indígenas en mayor medida³. En el oriente del país, los problemas que comienzan a registrarse están relacionados con las dificultades para acceder a la información preventiva o a los medios de protección individual (por ejemplo, la higiene de manos es difícil para quienes no tienen acceso a agua potable; mientras que mantener la distancia de seguridad en el transporte en atestados *pickups* es imposible). Pero también tienen que ver con otras complicaciones derivadas de las medidas tomadas por el Gobierno.

Así, la reducción de la movilidad dificulta el acceso a los mercados locales o al trabajo asalariado (tanto para el personal de las fincas como para las asistentes en casas o comercios de los pueblos). Esto, a su vez, influye en el abastecimiento y en las ya precarias economías domésticas. Con la escuela cerrada, la alimentación que se proporciona en los comedores rurales afecta a las cifras de desnutrición de la región.

En este contexto, las asimetrías clásicas de origen racial se acrecientan mediante procesos de estigmatización del otro, pero también en los problemas derivados de los repatriados desde los Estados Unidos, que se están viendo apartados en algunas comunidades por temor al contagio.

En un escenario tan complejo como este, los comités científicos se organizan a partir del conocimiento de epidemiólogos, virólogos, matemáticos o economistas. Los enfoques culturales, en cambio, destacan por su ausencia. Con todo, la etnografía puede contribuir al análisis de estos

2 Dirección web: <https://fews.net/sites/default/files/documents/reports/GT_FSOU_2020_04_final_0.pdf> [Consultada el 11/5/2020].

3 Dirección web: <<http://www.filac.org/wp/>> [Consultada el 11/5/2020].

procesos aportando material empírico sobre el terreno, delimitando los problemas de acceso y abastecimiento, y las repercusiones en las precarias economías domésticas.

En efecto, en el oriente de Guatemala, la «curva» que no se dobla es la de la incidencia de la desnutrición y las cifras que evidencian la inseguridad alimentaria. El impacto de la pandemia excede las manifestaciones clínicas clásicas y se introduce en otros espacios sociales de morbilidad. Necesitamos, pues, de la etnografía para contar lo que los números no siempre cuentan.

Bibliografía

- FAO, OPS, WFP, UNICEF (2018). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en américa latina y el caribe, desigualdad y sistemas alimentarios*. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04268.x.
- PRENSA LIBRE (2020). «Crisis del coronavirus: Desnutrición y el hambre que agobia a varias familias del Corredor Seco». Recuperado de: <<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/antes-del-coronavirus-en-el-corredor-seco-la-gente-lucha-contr-el-hambre/>>.
- MORALES RODAS, S. (2020). *Lo más duro de la crisis alimentaria está por llegar al Corredor Seco*. Prensa Libr. Recuperado de: <<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/lo-mas-duro-de-la-crisis-alimentaria-esta-por-llegar-al-corredor-seco/>>.

Web consultadas

- JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. CORONAVIRUS RESEARCH CENTER. 2020. <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>.
- FAMILE EARLY WARNING SYSTEMS NETWORK. Acceso a alimentos se dificulta tras restricciones para frenar avance de COVID-19. 2020. <https://fews.net/sites/default/files/documents/reports/GT_FSOU_2020_04_final_0.pdf>.
- FONDO PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (FILAC). COVID-19. <<https://www.filac.org>>.

APROXIMACIONES ETNOGRÁFICAS AL TRABAJO DE MÉDICOS DEL MUNDO EN LA INTERVENCIÓN DE LA COVID-19 EN CONTEXTOS INTERNACIONALES

Irene Pérez, Maria Jesus Girona

Departamento de Programas Internacionales, Médicos del Mundo

¿Desde dónde se está mirando para abordar la crisis sociosanitaria actual? Precisamente una de las preguntas que se ha planteado Médicos del Mundo desde el inicio de la gestión de la pandemia es cómo enfocar la mirada de la intervención. Para encontrar respuesta, se ha recurrido a la antropología de la salud y se han recogido experiencias etnográficas, a fin de ir más allá del abordaje clínico que requiere la emergencia sanitaria.

En este sentido, se ha apostado por que, en el trabajo con la COVID-19 en los contextos internacionales, también intervenga la mirada antropológica, para fortalecer y potenciar la labor con las comunidades, promover el desarrollo y el bienestar, y atender a la defensa y el cuidado del territorio, así como a las prácticas y las actitudes culturales.

Debido al distanciamiento del discurso y la práctica sanitaria estandarizada, es muy complejo desplegar medidas concretas contra la COVID-19 desde un enfoque biopsicosocial en los sistemas de salud local y atención primaria de las comunidades indígenas. Por eso, se ha decidido poner en marcha técnicas antropológicas —como herramientas cualitativas y etnográficas que permitan ampliar la información y abordar la cuestión desde un punto de vista multidimensional— que se enfoquen en factores como el distanciamiento cultural, el contexto, el ámbito sociodemográfico, el sentido, el significado y las prácticas y las representaciones.

Así, se elaboraron, por ejemplo, unas recomendaciones sobre cómo integrar la perspectiva antropológica al trabajo con la COVID-19 basándose en la experiencia de la organización en los lugares de intervención.

Si bien este documento sirve de fundamento para varias actuaciones, da pautas y orientaciones que ayudan a ampliar el conocimiento sobre el lugar, así como las necesidades y percepciones que pueden surgir mientras se trabaja con una comunidad.

Dada la situación de emergencia en algunos de los países en los que trabaja Médicos del Mundo, la implementación de técnicas cualitativas no

siempre es factible, entre otras razones a causa de la rápida respuesta que requiere la intervención. Así pues, la organización, que conoce la riqueza de la investigación etnográfica, decidió abogar por una metodología doble. Por un lado, se mantuvieron las encuestas cuantitativas que se venían realizando para recolectar datos. Por otro lado, se empezaron a integrar técnicas etnográficas —como los modelos de estudio— que, contextualizadas en el espacio temporal, sociocultural y educativo, permitieran interpretar mejor los hechos y las percepciones y representaciones culturales sobre las repercusiones de la COVID-19 en las comunidades.

Es el caso de Angola y Palestina, donde se está introduciendo un modelo de cuestionario cualitativo y de recogida de información entre varios titulares de derechos, a lo que se suma la ya establecida técnica cuantitativa de los cuestionarios, que ha permitido orientar la información y la creación de material diverso diseñado para mitigar el estigma y la fobia social que aparecen en las comunidades en relación con la COVID-19.

A ello se le une el trabajo de comunicación llevado a cabo junto con líderes y lideresas para averiguar qué posibles acciones convendría poner en marcha para hacer frente a determinadas prácticas culturales como el rito del entierro, ciertas prácticas religiosas, la economía informal o la violencia de género.

Estas actividades tienen un gran componente antropológico: el trabajo de campo y la etnografía permiten adquirir una mayor conciencia del sentido, el significado y la representación. Aunque aún es pronto para hacer un análisis exhaustivo, las reflexiones preliminares exponen algunas de las mejoras logradas en lo que se refiere a la ampliación de las medidas preventivas y la sensibilización entre la comunidad.

El fortalecimiento urgente de las comunidades es uno de los retos que Médicos del Mundo se ha propuesto alcanzar ofreciendo un espacio para informar, colaborar o actuar de manera directa o específica en torno a la COVID-19. La epidemia no supone solo una emergencia sanitaria, sino también social, cultural y simbólica.

Las experiencias y los relatos que nos llegan de las actividades sobre el terreno y los documentos de trabajo a los que se ha aplicado un enfoque antropológico responden a una mejora de la intervención, en tanto que se están controlando posibles movimientos que supongan una mayor estigmatización y puedan derivar en una gestión no equitativa y poco pertinente en el contexto.

El mensaje es claro: esta pandemia no debe ser un instrumento de control y poder, sino que las comunidades deben formar parte del proceso de toma de decisiones. Es decir, toda la comunidad debe estar presente en la discusión y mantenerse informada de los pasos que hay que seguir, así como de los porqués y *paraqués*.

En resumen, la apuesta de Médicos del Mundo para abordar la emergencia implica integrar el enfoque antropológico y no pasar por alto los fenómenos asociados al proceso salud-enfermedad-atención, como las enfermedades crónicas, las circunstancias climatológicas, la violencia, la escolarización, el aislamiento y los problemas de comunicación. Además de no dejar de lado el análisis de los determinantes sociales sanitarios que nos hablan del estado de salud de las personas y de las poblaciones.

La COVID-19 constituye un reto que plantea nuevas formas de entender la cooperación en las que se otorgue más protagonismo a las comunidades poniéndolas en el centro de la actuación y atendiendo a los principios antropológicos de escuchar, aprender, comprender y compartir experiencias.

6. PROPUESTAS

COVID-19: NEW HORIZONS FOR THE PUBLIC IN PUBLIC HEALTH

Almudena Mari-Sáez

Centre for International Health Protection, ZIG, Robert Koch Institut

COVID-19 is an emerging disease, caused by the SARS-CoV2 virus, for which there is no vaccine or medicine currently available. In the absence of preventive measures and specific treatment, other practices commonly used to control epidemics are being applied, such as social (physical) distancing, confinement and self-and/or imposed quarantine. The omnipresent message #stayathome, which has been requested by political leaders and medical and public health personnel called on people's responsibility to protect others and to protect themselves from others.

The public have also been repeatedly told that the control of the pandemic and the supposed return to normal, until the arrival of a vaccine, is based on two processes that are not very well known for COVID-19 disease: asymptomatic carriers (Day, 2020) and immunity¹. While the production of immunity passes through contact and certain social approaches; asymptomatic persons keep us in a regime of risk and fear of closeness. Regulation of closeness and distance, which are both already part of our social life (Strathern, 1996, 2004), is fundamental in the management of epidemics (Brown and Mari-Sáez, forthcoming). In current practice, people are active practitioners of pandemic control and their bodies acquire value as public health actors on two levels: their biology as transmitters and/or carriers of immunity; and as part of the implementation of public health measures.

On one hand, immunity of the body, antibodies, or rather plasma, can gain biological and social value, and plasma is being used in different medical tests around the world². This biological and social valuing also occurred during the Ebola epidemic 2013-2016 in West Africa, where the

1 <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/immunity-passports-in-the-context-of-covid-19>> [consultada el 23.04.2020]

2 <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/immunity-passports-in-the-context-of-covid-19>> [consultada el 23.04.2020]

Ebola survivors donated convalescent plasma containing their antibodies. The antibodies were important for them to escape the ostracism by showing that Ebola survivors were not a danger but could be a source of cure (Mari-Sáez, Ronse, Delamou et. al, 2020). Their newly acquired importance also allowed the survivors to gain political voice.

On the other hand, during the pandemic, bodies acquired value also through the regulation of distance: people should isolate themselves to avoid a spreading infection; but by being in contact with others they could also create immunity – individually and herd immunity - that will recuperate the physicality of social relations. People therefore have an active role within public health implementation, and both public health institutions and “the public” must talk to each other, get informed and collaborate. The public is not the same everywhere, but the material, political and economic realities determine how distance and other public health measures can be put into practice. Thus, there is a need for a re-actualization of the ways of relating and working with the public in public health, recognizing their economic, historical, cultural contexts and their modes of participation (Kelly, MacGregor, Montgomery 2017).

Analysis from medical anthropology and epidemic control during the Ebola outbreak in West Africa showed the importance of acknowledging the social and biological value of people, like survivors taking care of sick and children in and out of Ebola treatment units. Now such analysis can help understand how this social and biological value and its ownership is perceived, and explore the consequences for public health, surveillance and epidemiological control to identify ways to engage with the public.

Bibliography

- KELLY, A.; MACGREGOR, H., & MONTGOMERY, C. (2017). «The publics of public health in Africa». *Critical Public Health*, 27(1), 1-5. doi: 10.1080/09581596.2016.1254178
- BROWN, H., & MARÍ-SÁEZ, A. (forthcoming). «Trust and Crisis in West Africa. Ebola separations». *Journal of the Royal Anthropological Institute*.
- DAY, M. (2020). «Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate». *BMJ*, 369:m1375. doi:10.1136/bmj.m1375
- MARÍ-SÁEZ, A.; RONSE, M.; DELAMOU, A.; HABA, N.; BIGEY, F.; VAN GRIENSVEN, J., & PEETERS GRIETENS, K. (2020) «The Plasma Mobile, 'A gift from heaven': The impact of health technology transfer on trial perceptions and expectations

- during the Ebola-Tx Trial, Conakry». *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(4): e0008206. doi: 10.1371/journal.pntd.0008206
- STRATHERN, M. (1996). «Cutting the Network». *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 2(3): 517-535.
- STRATHERN, M. (2004). *Partial Connections*. Oxford: AltaMira Press.

CRISIS SANITARIA Y «GUERRA» CONTRA EL CORONAVIRUS

Nicolás Morales Sáez

Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

Un virus recorre el mundo y no es el «virus de la protesta», al menos todavía. A pesar de ello, en Chile, la respuesta gubernamental a la crisis sanitaria desencadenada por la pandemia de COVID-19 ha empleado recientemente la metáfora belicista para justificar las medidas dictadas por la autoridad sanitaria. El ministro de Salud ha bautizado como «batalla de Santiago»¹ el escenario que prevé para la capital en las próximas semanas. Si no fuera por la concatenación de discursos que le precede, la metáfora bélica resultaría tan solo una muestra más de aquel imaginario corporal que pregona la analogía del cuerpo con una nación, en la cual los leucocitos representan la línea de defensa militar frente a los microorganismos patógenos (García Calvo, 1996).

Sin embargo, el presidente Piñera ya había empleado la alegoría del «enemigo poderoso»² en diversas ocasiones. Primero, el 20 de octubre, cuando anunciaba que Chile estaba «en guerra» luego de las revueltas populares que comenzaron el 18 de octubre. Después, el 28 de noviembre, cuando el «enemigo» correspondía al propio pueblo movilizado en diferentes ciudades contra las desigualdades socioeconómicas generadas a raíz de las políticas neoliberales sacralizadas en la Constitución de 1980 y profundizadas durante la posdictadura.

Las secuelas de la represión que, a fines de 2019, policías y militares efectuaron contra manifestantes, en su mayoría jóvenes, se cristalizaron en múltiples traumatismos, la mayoría de los cuales en la cabeza y el cuello (Cox *et al.*, 2020). Entre los heridos, el Colegio Médico contabilizó 360

1 <<https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/05/03/la-batalla-de-santiago-contra-el-covid-19-manalich-informa-otra-vez-mas-de-mil-contagios-diarios-y-se-queja-del-esca-so-cumplimiento-de-la-cuarentena-en-la-rm/>> (Consultada el 12/5/2020).

2 <<https://www.elmostrador.cl/noticias/2020/04/16/el-manido-discurso-del-enemigo-poderoso-de-pinera-desde-el-narcotrafico-al-coronavirus-pasando-por-el-estallido-social/>> (Consultada el 12/5/2020).

víctimas de lesiones oculares graves en todo el territorio nacional³ (Colegio Médico, 2020).

Una de las principales demandas de las movilizaciones fue, y es aún, el fortalecimiento de la salud pública, mermada por décadas de financiamiento precario y modelos de gestión privatizantes (Crispi *et al.*, 2020; Fraser, 2019; Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2019; Fuentes, 2019).

En efecto, esta pandemia ha debido ser gestionada por los servicios de salud pública en crisis, de modo que progresivamente se han ido saturando los precarios servicios de urgencia y las unidades críticas. A 12 de mayo, se reportan 30 063 casos confirmados y un número acumulado de 323 fallecidos (Ministerio de Salud, 2020).

Artículo aparte merecería el deficiente y opaco manejo de la información epidemiológica, que evidencia que la enfermedad no sustenta una letalidad tan baja si se considera las condiciones de vida de la población más vulnerable (quienes, justamente, dependen de los servicios públicos de salud).

En medio de las medidas de cuarentena parcial y los mensajes contradictorios de una repentina «vuelta la normalidad» mientras atravesamos una de las mayores crisis sanitarias y sociales contemporáneas, esta apología belicista encarnada ahora por Piñera en la guerra contra el coronavirus encubre con su manto patriotero el verdadero «enemigo poderoso»: el poder político subordinado a una élite que concentra el capital y que no esconde la defensa de sus privilegios, aun a costa de la vida de trabajadores, trabajadoras y sus familias.

Ante la incertidumbre y el aparente repliegue del movimiento social en medio del Estado de Emergencia, las inequidades que la pandemia vuelve a hacer patentes urgen la transformación de la salud pública. En la historia resuena la experiencia del Servicio Nacional de Salud (1952-1979). Las demandas ciudadanas de hoy relevan a aquella lucha por el derecho a la salud en un sistema de acceso universal.

3 <<http://www.colegiomedico.cl/colegio-medico-llama-a-carabineros-a-revisar-y-respetar-protocolos-de-uso-de-elementos-disuasivos/>>. (Consultada el 12/5/2020).

Bibliografía

- COX, P.; RIVEROS, R.; LEIVA, C.; CARVAJAL, Y.; FUENTES, P.; RECASENS, J., ... & MUÑOZ, P. (2020). «Bodily distribution of projectile injuries in Chilean protests». *The Lancet*, 395(10233), 1341-1342.
- CRISPI, F.; CHERLA, A.; VIVALDI, E. A., & MOSSIALOS, E.(2020). «Rebuilding the broken health contract in Chile». *The Lancet*, 395(10233): 1342.
- FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE (2019). *Cabildo abierto:- Cambios estructurales para garantizar el derecho a la salud*. Recuperado de: <<http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/159451/cambios-estructurales-para-garantizar-el-derecho-a-la-salud>>
- FRASER, B. (2019). «Violent protests in Chile linked to health-care inequities». *The Lancet* 394(10210), 1697-1698.
- FUENTES, A. (2019). El clamor de las inequidades: Estallido social y salud en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública* 23(2), 93-94.
- GARCÍA CALVO, A. (1996). «Enfermedad, política, progreso». *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, 25, 15-24.
- MINISTERIO DE SALUD (2020). *Informe epidemiológico N° 16. Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19). Chile 11-05-2020*. Departamento de Epidemiología. Recuperado de: <www.minsal.cl>.

PSYCHEDELICS IN TIMES OF PANDEMIC OUTBREAKS

Maja Kohek

*International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service
Department of Anthropology, Philosophy, and Social Work,
Universitat Rovira i Virgili*

Genís Ona

*International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service
Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili*

José Carlos Bouso

*International Center for Ethnobotanical Education, Research, and Service
Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili*

Pandemics, such as the current COVID-19, have a tremendous impact on global society. The threat to health, death of loved ones, and confinement measures resulting in social isolation can produce psychological distress that can lead to the appearance and/or exacerbation of anxiety and depression, hopelessness, confusion, anger, grief, and posttraumatic stress disorder (PTSD) (Brooks *et al.*, 2020). Pandemics appear with a generational cadence (they last occurred in 1918, 1957 and 1968) and epidemiologists have been warning about them for decades, although it is difficult to predict when the next will arrive (Gibbs & Soares, 2006). On October 18th, 2019, a computational simulation of an eventual pandemic was hosted by The Johns Hopkins Center for Health Security (2019), at which it was concluded that: “The next severe pandemic will not only cause great illness and loss of life but could also trigger major cascading economic and societal consequences that could contribute greatly to global impact and suffering”. One of the immediate consequences of climate change is an increased probability of pandemics, because destroying habitats makes viruses and other pathogens more likely to infect humans (Scientific American Editors, 2020).

We propose considering the potential of psychedelics to help people deal with some of the challenges that we are facing in pandemic times. They can serve as psychological protectors to help people deal with highly

stressful events. We also propose considering psychedelics' potential for making individuals feel more connected with nature and other people, as observed in our field work in Catalonia (Kohek, 2020).

Psychedelics research is currently exploring the potential use of psychoactive plants for therapeutic purposes. Numerous studies have reported the benefits of ayahuasca for treating depression (Osório *et al.*, 2015; Sanches *et al.*, 2016; Palhano-Fontes *et al.*, 2019), grief (González *et al.*, 2020), emotional dysregulation (Domínguez-Clavé *et al.*, 2019), and psycho-social wellbeing (Bouso *et al.*, 2012; Bouso *et al.*, 2015; Jiménez-Garrido *et al.*, 2020). A study conducted by our group with a large sample (n = 380) of regular ritualistic ayahuasca practitioners showed that ayahuasca is used as a self-care practice, and subjects had adequate strategies for coping with stress as well as robust social bonds (Ona *et al.*, 2019). Researchers are also investigating if or how psychedelics enhance pro-environmental behaviors (Forstmann & Sagioglou, 2017).

Beyond biomedical-based evidence, psychedelic plants are known to have been used traditionally in communal ceremonies to enhance community bonds, to better adapt to the ecological environment, and even as a tool of resistance for preserving physical territory (UMIYAC, 2019). For traditional societies, the individual, the community, the ecological environment, and the physical territory are all the same thing and coexist with the spiritual world, which individuals enter by ritually taking psychoactive plants. To preserve their cultures and their spiritual worldviews implies the preservation of the territory in which they live. Thus, if pandemics are related to the degradation of ecosystems, the traditional worldview where individual, community, ecology, and territory coexist and are manifested in the spiritual world can offer us important lessons. The deep ecological knowledge of traditional cultures is one of the most interesting fields of collaboration between indigenous people and scientists (Mantyka-Pringle *et al.*, 2017; Mistry & Berardi, 2016).

Although it may seem that those practices and worldviews are exceedingly foreign to us and impossible to incorporate into Western societies, our empirical research demonstrates the contrary. We have observed similar practices in rural Catalonia. Continuing the long and almost lost tradition of European folk medicines, the ritualised use of psychoactive plants (like ayahuasca and peyote) and practices (such as temazcals) is facilitating the emergence of “modern tribes”, small groups of people who function as extended families that take care of each other

in what we call “phenomenological communities” (see Figure 1). These “tribes” are uniting people from diverse backgrounds who meet in a spiritual territory where essential human needs are recognized as a part of a larger ecosystem, and those needs are fulfilled in an environmentally aware manner. Our field research shows how establishing a healthy relationship with the ecological environment is possible through the use of ancient plants and rituals. They may offer solutions as we confront climate emergencies, of which the COVID-19 crisis is probably one manifestation.

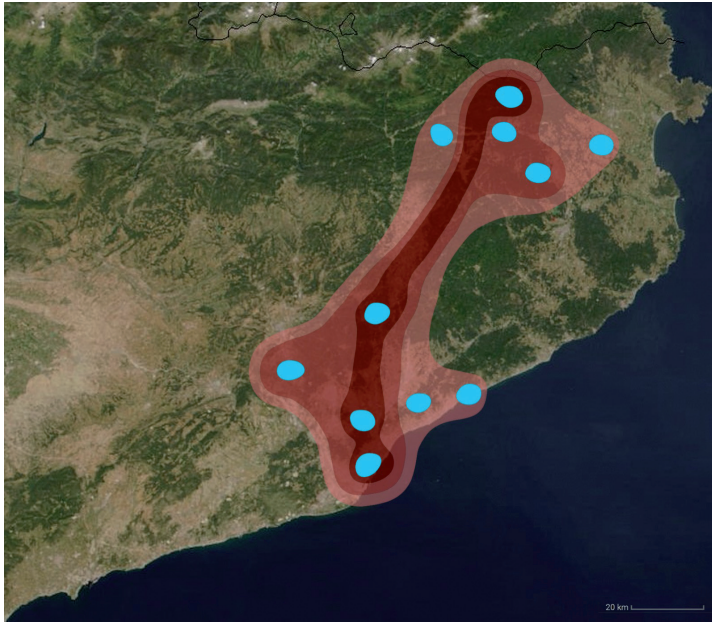


Figure 1. A diagram of ritual sites in Catalonia. Blue indicates ritual zones. Light red indicates relatedness and influence zone. Dark red represents greater relatedness.

References

- BOUSO, J. C.; GONZÁLEZ, D.; FONDEVILA, S.; CUTCHET, M.; FERNÁNDEZ, X.; BARBOSA, P. C. R., ... & RIBA, J. (2012). «Personality, psychopathology, life attitudes and neuropsychological performance among ritual users of ayahuasca: A longitudinal study.» *PLOS ONE*, 7(8), e42421.
- BOUSO, J. C.; PALHANO-FONTES, F.; RODRÍGUEZ-FORNELLS, A.; RIBEIRO, S.; SANCHES, R.; CRIPPA, J. A. S., ... & RIBA, J. (2015). «Long-term use of psychedelic drugs is associated with differences in brain structure and personality in humans». *European Neuropsychopharmacology*, 25(4), 483-492.
- BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; WOODLAND, L.; WESSELY, S.; GREENBERG, N., & RUBIN, G. J. (2020). «The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence». *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- DOMÍNGUEZ-CLAVÉ, E.; SOLER, J.; PASCUAL, J. C.; ELICES, M.; FRANQUESA, A.; VALLE, M., ... & RIBA, J. (2019). «Ayahuasca improves emotion dysregulation in a community sample and in individuals with borderline-like traits». *Psychopharmacology*, 236, 573-580.
- FORSTMANN, M. & SAGIOGLOU, C. (2017). «Lifetime experience with (classic) psychedelics predicts pro-environmental behavior through an increase in nature relatedness». *Journal of Psychopharmacology*, 31(8), 975-988.
- GIBBS, W. & SOARES, C. (2006). «Preparados para una pandemia». *Investigación y Ciencia: Epidemiología*. Retrieved from: <<https://www.investigaciony-ciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/el-espacio-una-ilusin-412/preparados-para-una-pandemia-4160>>.
- GONZÁLEZ, D.; CANTILLO, J.; PÉREZ, I.; FARRÉ, M.; FEILDING, A.; OBIOLS, J. E., & BOUSO, J. C. (2020). «Therapeutic potential of ayahuasca in grief: a prospective, observational study». *Psychopharmacology*, 237, 1171-1182.
- JIMÉNEZ-GARRIDO, D. F.; GÓMEZ-SOUSA, M.; ONA, G.; DOS SANTOS, R. G.; HALLAK, J. E.; ALCÁZAR-CÓRCOLES, M. Á., & BOUSO, J. C. (2020) «Effects of ayahuasca on mental health and quality of life in naïve users: A longitudinal and cross-sectional study combination». *Scientific Reports*, 10(1), 4075.
- KOHEK, M. (2020). «The use of psychoactive plants in Catalonia». *Presentation at the Semana del DAC 14.-17.4.2020*. URV: Tarragona, Spain.
- MANTYKA-PRINGLE, C. S.; JARDINE, T. D.; BRADFORD, L.; BHARADWAJ, L.; KYTHREOTIS, A. P.; FRESQUE-BAXTER, J., ... & LINDENSCHMIDT, K. E. (2017). «Bridging science and traditional knowledge to assess cumulative impacts of stressors on ecosystem health». *Environment International*, 102, 125-137.
- MISTRY, J. & BERARDI, A. (2016). «Bridging indigenous and scientific knowledge». *Science*, 352(6291), 1274-1275. Retrieved from: <<https://science.sciencemag.org/content/352/6291/1274.full>> [Consulted on 07/05/2020]

- ONA, G.; KOHEK, M.; MASSAGUER, T.; GOMARIZ, A.; JIMÉNEZ, D. F.; DOS SANTOS, R. G., ... & BOUSO, J. C (2019). «Ayahuasca and public health: Health status, psychosocial well-being, lifestyle, and coping strategies in a large sample of ritual ayahuasca users». *Journal of Psychoactive Drugs*, 51, (2), 135-145.
- OSÓRIO, F. D. L.; SANCHES, R. F.; MACEDO, L. R.; DOS SANTOS, R. G.; MAIA-DE-OLIVEIRA, J. P.; WICHERT-ANA, L., ... & HALLAK, J. E. (2015). «Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report». *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, (1): 13-20.
- PALHANO-FONTES, F.; BARRETO, D.; ONIAS, H.; ANDRADE, K. C.; NOVAES, M. M.; PESSOA, J. A., ... & TÓFOLI, L. F. (2019). «Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomised placebo-controlled trial». *Psychological Medicine*, 49, (4), 655-663.
- SANCHES, R. F.; DE LIMA OSÓRIO, F.; DOS SANTOS, R. G.; MACEDO, L. R.; MAIA-DE-OLIVEIRA, J. P.; WICHERT-ANA, L., ... & HALLAK, J. E. (2016). «Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: A SPECT study». *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36, (1), 77-81.
- SCIENTIFIC AMERICAN EDITORS (2020). «Stopping Deforestation Can Prevent Pandemics». *Public Health*, May 1. Retrieved from: < <https://www.scientificamerican.com/article/stopping-deforestation-can-prevent-pandemics1/>>.
- THE JOHNS HOPKINS CENTER FOR HEALTH SECURITY (2019). Event 201. Retrieved from: <<https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/about>>.
- UMIYAC (2019). «Conversaciones entre Médicos y Seguidores del Yagé: Gobierno Proprio, Territorio y Conocimiento Ancestral». *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos*. Retrieved from: <https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2017/06/UMIYAC_Medicos_seguidores_yage_ALA_5_jun_2017.pdf>.

EL PAPEL ESENCIAL DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO
PARA PROMOVER HÁBITOS QUE LIMITEN EL CONTAGIO
DE LA COVID-19

Jacinto López Arrabal
Enfermero y antropólogo

Imaginemos que Madrid y Barcelona están sufriendo grandes incendios. Mientras, en otras provincias, hay fuegos de mayor o menor intensidad, además de algunos conatos. Cientos de miles de bomberos realizan una ardua labor de extinción; muchos, sin la protección adecuada. En los medios de comunicación, como si de un parte de guerra se tratase, se dan las cifras diarias de fallecidos. La población general, que no está siendo afectada, observa la contienda contra las llamas a través de los medios. Se dice que la solución real vendrá en unos meses, con la llegada de las lluvias.

La ciudadanía, cuyo papel es el de «#QuédateEnCasa», espera pacientemente a que unos números vayan ajustándose a los indicadores establecidos. Las autoridades ofrecen unas normas de prevención de incendios que el pueblo percibe como confusas. A la vez, la gente recibe una intoxicación de información desde otros medios, que se centran en el fuego y en la capacidad del sistema para apagar las llamas.

Se habla mucho del material que se emplea para extinguir los incendios y las soluciones a futuro, para las que incluso se utiliza el *big data* y la inteligencia artificial. También se visibilizan, tanto en los medios como en las redes sociales, los conflictos internos en la forma de apagarlo, así como las personas que no respetan ciertas normas y que corren el peligro de quemarse y quemar a los demás.

La ciudadanía observa todos estos fuegos con incertidumbre y resignación, aunque se distinguen algunas señales de apoyo mutuo para dar respuesta a ciertas necesidades que superan los incendios en sí.

En efecto, nos centramos tanto en las llamas, que apenas prestamos atención a sus causas y a las formas de prevención activas. Los porqués y el cómo del inicio de los fuegos casi no se han explorado. No se está estudiando si los incendios nacen por arrojar colillas desde el coche, por quemar rastrojos o por organizar barbacoas descuidadas.

Sabemos que el factor de la visibilidad desempeña una función muy importante en la toma de decisiones del ser humano: así, el sistema le está más agradecido al médico que realiza una reanimación cardiopulmonar por un infarto que a un médico que evitó el infarto con medidas preventivas. Los dos salvan vidas (el segundo incluso a menor costo), pero es muy probable que la sociedad reconozca más el trabajo del primero.

En cuestión de recursos y eficiencia, el enfoque preventivo debe estar a la altura del curativo en cualquier epidemia o pandemia. Para ello, toda la ciudadanía debe ser partícipe de dicho enfoque. Varias experiencias en epidemias anteriores han demostrado que el trabajo de participación comunitaria es vital para acabar con ellas lo más rápido posible. De otro modo, la incertidumbre, la impotencia y la pérdida de confianza pueden ir haciendo mella y favorecer otras corrientes pseudocientíficas, por no hablar de causar enfrentamientos políticos o dar pie a teorías conspirativas que dificultan el objetivo propuesto.

Por ello, las ciencias del comportamiento tienen el deber vital de hacerse un espacio digno de su importancia en la crisis. Si no nos lo dan, debemos crearlo.

Entender el factor humano en la cadena de transmisión de la COVID-19 es fundamental. Aún no conocemos el grado de adherencia entre la población de hábitos tan básicos como lavarse las manos y desinfectar el móvil, el uso adecuado de mascarillas o guantes, el factor que tiene tocarse la cara, etc. Sin embargo, por simple observación, suponemos que no es el deseado.

Llevar a cabo estudios del comportamiento humano nos permitirá aplicar medidas más efectivas de educación para la salud que ayuden a disminuir la cadena de transmisión de la COVID-19. Dicha implementación debería acompañarse de estrategias de participación ciudadana en las que las personas se sientan involucradas, de modo que creen o difundan en su entorno las prácticas de comportamiento adecuadas.

En caso contrario, si la participación y la educación de la ciudadanía queda relegada a un segundo término, surgirá la oportunidad para que otras realidades como el uso del *big data*, la inteligencia artificial y las aplicaciones móviles de control ciudadano, o simplemente otras medidas más coercitivas, adquieran cada vez más relevancia para la gestión de esta pandemia con las consiguientes consecuencias de restricción de los derechos fundamentales que ello acarree.

RETORN... RESET...

RETORN AL POBLAT PEL CORONAVIRUS¹

Lluís Mallart Guimerà

Etnòleg jubilat

En parlem cada dia amb tothom, d'una porta a l'altra, amb la gent del veïnat, amb mascareta o sense, com podem. Parlem de la sida, de l'Ebola i d'aquesta COVID-19 o coronavirus: en parlem sense parar. Escoltem la ràdio. Intentem seguir les recomanacions. Estem neguitosos. Tampoc sabem distingir les vertaderes notícies dels simples rumors. Ho barregem tot i es crea un clima de molta inseguretat. Diuen que tothom hauria d'anar amb mascareta. A la farmàcia no n'hi ha. Hom en troba al mercat, tantes com se'n vulgui, de totes classes i preus, fetes amb roba de *pagnes* sobretot, però sense cap garantia de res. Abans es veia de mal ull les dones musulmanes que anaven amb vels o es tapaven la cara. Ara es recomana més o menys que fem com elles. D'això se'n parla també de porta a porta al barri de New Bell, a Kribi, una ciutat del Camerun.

Com cada dia, avui n'hem tornat a parlar el meu marit i jo. Està molt nerviós. La feina que té perilla. Potser més que mai. Treballa en una empresa xinesa: és un dels seus comptables. Avui hem parlat per primera vegada de la possibilitat de tornar al poblat. Allí estarem més segurs. I a més no haurem de pagar lloguer ni comprar menjar. Potser en una ciutat més gran tindriem més ocasions de trobar una feina millor. Però ara no és el moment. La gent està espantada. Es diu que molta gent agafa el coronavirus. Alguns diuen però que a nosaltres, els africans, no ens passa res, que som els millors de la Terra, com a Yaoundé, que alguns ho celebren com si haguessin guanyat el mundial de futbol. De totes maneres està prohibit fer reunions, com aquelles de les cotitzacions, els bars tanquen a les 6 i fins i tot està prohibit anar als enterraments... o a missa els diumenges... Ni tan sols ve el capellà... Els temples de les altres religions també estan tancats. Els nens no juguen a pilota, no van a l'escola: són a casa i només se'n veuen els caps per la finestra, alguns són a les verandes sense saber què fer... Es

¹ Que se'm permeti donar les gràcies a Montserrat Vall Mayans que durant aquest acte d'escriptura m'ha anat enviant documents sobre el Camerun per anar afinant el que escrivia.

comenta també que aquesta vegada és diferent de l'Ebola. Llavors es deia que eren els blancs que havien inventat aquesta malaltia per desfer-se dels africans i quedar-se amb les nostres riqueses. No se'n van sortir. Ara les notícies ens diuen que són els xinesos els que volen fer-se amos i senyors de tot el món.

De fet, ja fa un cert temps que molts xinesos han tancat els negocis i han tornat al seu país. Ahir jo mateixa vaig veure com insultaven una xinesa i no la deixaven entrar a una botiga dient-li que tornés al seu país. Parlant de porta a porta, ja no saps a qui creure. Una dona molt cristiana m'ha dit que el bisbe ha agafat aquesta malaltia i que volia anar a Europa o a l'Àfrica del Sud per curar-se i no ha pogut, ja que les fronteres estan tancades com a tot arreu. Fins i tot es comenta que es fa difícil viatjar d'un lloc a l'altre; d'anar al nostre poble, doncs.

—Tinc un amic taxista que ens pot portar fins a Bipindi. Em diu que coneix molt bé els policies que fan el control.

—Sí, però ens costarà molts diners... Fins i tot diuen que els preus dels cars han doblat...

—Ens farà un bon preu: és algú de la família...

Van fer uns quants farcells. Van omplir totes les maletes que tenien. Van enquibir-hi tot el que van poder. A mitja nit va venir l'amic taxista. Ja hi havia un client. De totes maneres vam entaforar tots els paquets com poguérem. A la porta del cotxe hi havia inscrita la divisa de l'amic taxista, com feien també els autocars. Hi deia: «Ici, c'est la mécanique à l'état pur». Jo hi hauria escrit allò que ja fa temps em va ensenyar el director de la SOCOPEK. «Dieu, plus que nous» (Déu hi faci més que nosaltres). El director de la cooperativa de pesca SOCOPEK era un blanc català. La sortida de la ciutat va ser fàcil. El taxista va ensenyar un document on segurament se l'autoritzava a portar alguns clients tot fent lliscar a la mà d'aquell gendarme que controlava la situació un bitllet de banc. Nosaltres estàvem immòbils. Sabíem que eren moments delicats. Aquell gendarme ens va demanar els nostres documents d'identitat. Al fer la comprovació, ens mirà fixament la cara i amb la llum d'una lot mirà la fotografia, i tot tornant-nos un a un els nostres documents, va fer un gest perquè aixequessin la barrera de bambú i ens deixessin passar.

«Aquí», va dir el taxista al cap d'una estona d'haver superat aquell primer obstacle, «els militars estan preparant un hospital de campanya i la gent diu que hi ha molts més estris sanitaris que en els altres hospitals». Èrem als afores de Kribi, sobre uns terrenys d'una antiga leproseria.

A Bandewuri, a uns 20 km de Bipindi, l'altre client i la seva dona van baixar. Ell era un fang que es deia Menguna. Bandewuri era el seu poble natal. Segurament també fugia del virus. De totes maneres no va fer-ne cap comentari. Després d'estirar les cames i de beure una mica de cervesa o de taronjada a casa dels parents d'aquells altres clients, seguirem endavant.

La carretera estava més o menys com sempre, sense asfaltar. Es deia que una companyia xinesa havia d'asfaltar-la fins a Bandewouri, i que acabaria l'obra l'any vinent. De tant en tant, entre les ombres de la nit, arraconada a un costat, havíem vist alguna màquina excavadora, però si fins fa poc no s'hi treballava massa, darrerament encara menys, comentava el taxista. I hi afegia: com sempre!

Arribaren al pont sobre el riu Lacoundje, a l'entrada de Bipindi, amb alguns clots però sòlid gràcies a la seva estructura metàl·lica, construït durant la colonització alemanya. Travessaren el pont i el taxi s'endinsà per alguns carrerons de la petita ciutat de Bipindi, on naixia la carretera vers Nsola i cap endavant; la carretera per on veníem s'enfilava cap a Ngovayang i Lolodorf.

La família ens esperava.

Abans d'anar a descansar i dormir una mica, bescanviaren impressions. El tema obligat era el de la pandèmia. Es deien moltes coses. La gent tenia por. Els fantasmes de l'Ebola eren molt presents, encara que el Camerun no fou massa infectat per aquest virus. A la petita ciutat de Bipindi tothom tenia un transistor. Hi havia alguns aparells de televisió. Algunes de les seves imatges s'havien transformat en fantasmes d'un imaginari popular que ara, uns anys després, alimentava de nou l'angoixa de molta gent per una malaltia certament diferent, però molt semblant pel que feia a l'imaginari de la gent: aquelles bruses grogues i blanques, les grosses ulleres, les cues, tots aquells complicats aparells dels hospitals, el nombre de morts dit impúdicament cada vespre a la ràdio i a les cadenes de televisió... Totes aquelles imatges, d'ahir i d'ara, del continent africà o d'un hospital americà es barrejaven i es feien presents en la ment de molts de nosaltres...

«A Bipindi», deia el germà petit, «se'n parla molt, però les ordres vingudes de dalt que l'alcalde deu rebre es fan difícils de complir: en fa còpies i les va fent penjar per tot arreu. A la nostra escola. A les escoles de la Missió també. En tinc una fotografia al mòbil». «Sí, jo també...», va dir el germà gran, i afegí: «Vaig fer-la a Kribi». «Es diu que els pigmeus han fugit a la selva. La gent està preocupada. Ja fa setmanes que es va morir un

nen evuzok de mvok Olama, al costat mateix de les clarianes bassà. En un primer temps alguns van començar a dir que era a causa del coronavirus. Van intervenir-hi les autoritats sanitàries. Es van emportar al cadàver del nen. Després aquells metges van tornar per calmar la gent, dient que els infants no agafen la COVID-19 i que aquell havia mort de paludisme i d'una melsa inflamada, que actualment, al nostre país, eren més corrents que les morts per coronavirus». «Sí, ho vaig sentir a dir, ja que a Kribi aquest assumpte es comentava», va dir el germà gran, i preguntà: «Com va acabar tot plegat?». «Ja t'ho pots imaginar», va continuar: «si després d'haver-ho intentat tot el malalt no se'n surt i es mor, la gent llavors ja no es pregunta de què s'ha mort, sinó que vol saber qui ha desitjat i ha provocat la seva mort. Entre les clarianes bassà i evuzok hi ha molt mal estar. Es busca un culpable». «Una mica com el que ara estan fent els americans i els xinesos: també ells busquen un culpable», va dir el germà gran, i afegí: «Encara que en ells tot és més gran». «Sigui el que sigui, el cas és que aquí», va dir el germà petit, coneixedor de la realitat local, «la policia vigila molt: per no res et clava una multa. Deu ser per això que la gent surt poc de casa. La majoria d'aquests policies són estrangers: bamilekés, hauses...; és difícil d'entendre-s'hi. La carretera de Nsola està molt vigilada. No entendran que tornes a casa per ocupar-te dels afers de la família perquè el pare va morir fa poc i ets el gran de la família...». «No penso presentar-me a la policia, ni tampoc llogar un taxi; i menys encara travessar tot el país bassà anant per la carretera. Anirem a peu pels camins de la selva. La conec bé. He fet moltes anades i tornades. Els nostres pares ens ensenyaren a caminar sols per la selva», va recordar amb una mica de melangia el germà gran.

Van passar un parell de dies a Bipindi.

Era fosc. L'alba encara no havia mostrat les primeres clarors blanques. «Sortirem abans de *kidí yalénde*», havia dit el germà gran emprant aquesta fórmula tan musical.

El germà petit els acompanyà fins als afores de Bipindi travessant carreterons, camins i dreteres fins a arribar al lloc on les dues ribes de la Lakundje s'apropaven i un gros i llarg tronc d'arbre feia de pont. Allí s'acomadaren. Havien agafat allò que creien indispensable; ell i ella ho portaven sobre el cap, mentre que ell tenia a la mà un matxet per obrir-se camí si calia. Per la resta de coses, el germà petit es cuidaria de trobar una ocasió segura quan tot estigués més calmat.

Passaren pels camins de darrere d'algunes plantacions de cacau, d'alguns antics horts abandonats que fàcilment hom reconeixia per la seva brossa i manca d'arbres, mentre que els uns i altres mostraven la relativa

proximitat de les cases on vivien els seus propietaris, a la vorera de la carretera.

S'endinsaren, doncs, més lluny. Els grans arbres ja no servien de guia: només calia endevinar sota algunes herbes i rebrots les soques dels arbres que la SAFOR havia abatut. De soca en soca, doncs, seguien el camí; bé, el camí el feien ells tot caminant... Miraven el terra i veien els arrels que serpentejaven; aixecaven una mica els ulls i encara podien veure els magnífics contraforts com a testimonis d'uns arbres que tenien un nom que apren-gueren dels pares, dels avantpassats. De fet eren les soques, els arbres que no havien tallat, les lianes que penjaven o que s'enrotllaven en algun tronc i les herbes que els ensenyaven el camí: aquelles plantes anunciaven que per allí hi havia uns aiguamolls que calia evitar; aquelles altres mostraven que s'estaven apropant a llocs habitats. Els calia, doncs, endinsar-se més per la gran selva. Les primeres clarors de l'albada els feien veure millor el relleu de les mil coses que conté: el termiter *ngudu* amb el seu caperó, el campament abandonat d'una família de pigmeus, la cabana de fulles, mig enfonsada on hauria passat les nits un caçador, alguna de les trampes que ell instal·laria, aquella liana que té una saba refrescant, les petjades d'algun antílop, els excrements d'altres animals...

«Feia temps que no sentia el plaer de caminar per la selva», va dir Amugu a Ada, la seva muller, mentre deixava la càrrega a terra i amb el matxet tallava un tros de la liana *ngon*, l'obria i amb la seva saba es refrescava una mica i en feia beure a la dona. «La meva selva és molt semblant, encara que aquesta és d'una vall molt més planera, més suau», comentà ella.

Ada era una ngoe de les muntanyes de Melombo. Havia anat moltes vegades fins a Lolodorf, Ngovayang o Nsola, de petita a l'esquena de la seva mare i de joveneta a peu. Després, amb les companyies forestals, s'esperava un car o una ocasió per anar a qualsevol lloc, sobretot a Nsola, on va viure a casa d'uns parents per anar a l'escola primària, i després a Bipindi, on també va viure per seguir els cursos d'ensenyament secundari. Els seus pares van fer tot el possible perquè estudiés.

«Mentre caminàvem, em deia el mateix que tu», digué Ada al seu home. «Feia anys que no feia un tros de selva, que no sentia el seu silenci trencat només per la suau remor de les fulles o del cant dels ocells, que es desvetllen al mateix ritme de les primeres clarors de la matinada, com si es saludessin els uns als altres».

Aquell silenci (trencat de tant en tant per la fresa d'algun rierol) o l'olor de les plantes (que exhalaven el perfum quan hom les fregava tot caminant) no es podien sentir a la sorollosa Kribi, on de bon matí hom sentia l'olor de fregit dels bunyols que les dones preparaven per anar a

vendre al mercat, i on durant tot el dia ressonava la música dels bars, els clàxons dels cotxes, el moviment de la gent...

«Ah!», s'exclamà Ada, «que agradable que és tornar al país sense haver de seguir cap camí assenyalat pels altres, fent-lo tu mateix per allí on vas passant». «Veus aquell arbre amb grans contraforts?», preguntà Amugu. «És un *oveng*: som a l'altura de Mamel... Els nostres pares deien moltes coses d'aquest arbre». «Els meus també: el consideraven el més poderós, i potser per això l'anomenaven *el que ho governa tot*». «Els meus també l'anomenaven *l'arbre dels qui veuen les coses*, i deien que amb els esperits dels morts i el doble de certes persones es reunien al seu peu per fer el bé o el mal».

S'hi acostaren a poc a poc, amb respecte, una mica temorosos... Amugu va fer-li una ofrena i amb una pedra va fer saltar algunes plaques de l'escorça, primer des del cantó on s'aixeca el sol i després des del cantó on es pon, com ho feia el seu pare, que era un gran medecinaire. Agafà aquells trossos d'escorça i seguiren endavant. Aquella trobada amb l'arbre *oveng* —gens inesperada per part d'Amugu— va donar peu a encetar una conversa.

Va començar Ada dient: «Els *bekon*, els *minkuk* i els posseïdors d'*evu* que troben les seves forces en aquest arbre són éssers invisibles: no es poden veure, una mica com el coronavirus, de qui es diu que circula per tot arreu però que no es veu». «Els nostres pares deien», continuà Amugu, «que un simple ull humà no pot veure res del que passa a *mgbël*, el món de la nit, al peu d'aquest arbre, per exemple». «De vegades penso», continuà ella, «que entre el que diuen els blancs i el que deien els nostres pares hi ha moltes coses semblants. Un ull simplement humà, com dius tu, no pot veure el Déu que prediquen els blancs, ni pot veure com és el paradís o l'infern, ni tampoc el coronavirus. Moltes dones de Kribi deien que el que ens passa ara amb aquest ésser invisible és quelcom del món de la nit, de *mgbël*». «Tant els blancs com els nostres pares», afirmà Amugu, «creuen en éssers invisibles, en éssers que no es poden veure». «Has fet bé», va dir Ada, «d'agafar aquelles escorces de l'arbre *oveng*: em sembla que les necessitarem».

Van seguir caminant. El silenci de la selva convidava a seguir pensant en tots aquells éssers invisibles que ho omplien tot. La selva no era un espai tancat, ans al contrari: transportava lluny els seus pensaments; el silenci que els envoltava ressonava en els seus records repetint el nom dels arbres i herbes que els seus ulls contemplaven.

Ja feia una bona estona que la llum del sol passava entre fulles i branques, dibuixant sobre l'humus que anaven trepitjant una mena de mosaic bellugadís, que canviava de forma a cada pas que donaven, segons la brisa de cada moment.

«Mira, un *asam*», va exclamar Ada tot assenyalant les moltes arrels que sortien a flor de terra i aguantaven el tronc d'aquell arbre. «És un *asam* o un *ebebege Zamba*?». «Què vols dir?», va contestar Ada a la pregunta del seu marit. «Els pares m'ensenyaren que quan aquest arbre creixia lluny li deien *ebebege Zamba*, l'arbre plantat pel mateix avantpassat Zamba, perquè era molt potent, mentre que quan creixia a la vora del poblat l'anomenaven *asam*, el desvalgut, perquè tothom intentava treure'n profit... Jo crec que és un *asam*, perquè devem estar a la vora del poblat». «A mi», va continuar Ada, «era un arbre que em feia por perquè en una cantafaula es deia que una dona malvada havia quedat presa entre les seves arrels... Tant de bo que li passés el mateix al coronavirus». «Hi penses massa, dona! Tot anirà bé», va dir-li ell.

De mica en mica s'anaven apropant als poblats. Deixaven els gran arbres al darrere. S'anaven acostant als boscos més clars i amb molta més brossa. Alguna palmera tallada que anava degotant dins d'una garrafa la seva saba, el mal anomenat vi de palmera. A mesura que avançaven es trobaven amb alguns camins que portaven darrere les cases, amb els seus estris abandonats però amb les grans fulles d'un verd clar dels bananers.

En arribar per la carretera no asfaltada al seu poblat, es van sentir alguns *oyenga* o crits de benvinguda, encara que tímidament... Malgrat tot la mare va abraçar el seu fill i la seva nora Ada.

Passada mitja tarda, els parents del veïnat anaren a saludar els novinguts amb un vas a la mà, i algun d'ells amb una garrafa amb vi de palmera. En aquelles reunions familiars era difícil mantenir el nombre i la distància que la ràdio des del 18 de març no parava de recordar. Abans de compartir el vi, un dels presents s'aixecà i preguntà a Amugu si havien vingut per quedar-se o per passar només uns dies. Va ser discret: no li preguntà si havien vingut fugint del coronavirus. De fet, sense aquesta malaltia estaven avesats a beure el vi de benvinguda amb membres de la família que venien només per passar uns dies. Era el sentit de la divisa «ha vingut, se n'anirà» (*angasò, angakë*), que ja fa temps es donava amb un deix d'ironia a certes persones. Amugu va prendre la paraula per anunciar a tothom que havien vingut per cuidar la mare i les plantacions de cacau que el pare havia deixat, i que així que pogués faria la «diada de la mort» en record del seu pare.

Les dones llançaren a l'aire uns llargs *oyenga* o crits de joia, mentre algú amb la garrafa entre els genolls es posà a omplir els vasos. Abans un vas servia per a tothom: ara cadascú es portava el seu pensant que així s'evitava un cert contagi, es mantenia un cert distanciament... A partir d'aquell moment, la conversa va ser no tant sols més informal, sinó molt més animada, gairebé sobre un sol tema: tothom volia saber què es deia a la ciutat sobre el coronavirus. Li feien moltes preguntes. Els nous arribats també van aprendre que allí, mig en broma mig seriosament, no es parlava ni de corona, ni de coronavirus, ni de covid-19, sinó de *sugu-bikum* o *ton-sigui*. «Sembla», va explicar un dels presents, «que un vell de Melondo va trobar en els seus records aquests noms tot dient que allò que passava actualment era com aquella malaltia que els nostres pares anomenaren *sugu-bikum*: els qui l'agafaven tossien molt, esternudaven contínuament, els feia mal al pit i no tenien ganes de beure ni menjar... i finalment es morien. La gent de llavors s'imaginava aquesta malaltia com una persona que anava a cercar llenya per fer foc: deixava les soques (*bikum*) més fortament arrelades que no podia arrencar i s'enduïa les més febles com a teies per al foc». També l'anomenaven *nton-sigi*, ja que volien dir que la persona malalta d'aquella malaltia (la grip espanyola) era com un bastó inútil que hom abandonava recolzant-ho a una paret. «És recordant aquestes coses», va acabar dient, «que nosaltres anomenem el coronavirus amb aquests noms». «És com si el virus de la corona», va dir un altre dels presents, «hagués infectat allò que deien els nostres avantpassats». Tothom es posà a riure per aquest acudit. Es van encendre alguns llums de petroli. La vetlla va anar continuant, la garrafa buidant-se... Un veí més aviat jove va preguntar a Amugu amb veu alta perquè pogués sentir-ho tothom: «Faràs com quasi tota la gent de plantar un *ayang* al costat de la porta?». «Aka!», va fer un assistent, i tot seguit s'aixecà i aixecant-se amb el bastó es va acomiadar deixant entendre que no era el moment de parlar d'allò.

Havia caigut la tarda. Ja era fosc. La tradició volia que en aquells moments no es parlés mai del poder de cap planta, ja que algun ésser nocturn podria rondar per allí sense deixar-se veure per ningú i apoderar-se del nom de la planta, del seu poder, per fer després els seus afers.

De fet, amb el coronavirus s'havien fet més fortes les creences de tots.

L'endemà vingué a veure'l de nou aquell vell: era el germà més gran del seu pare; el seu pare, doncs, vivia en aquella mateixa clariana amb la dona i algun dels seus fills. Li digué: «Vinc a explicar-te allò de l'*ayang* d'ahir al vespre... Resulta que quan va haver-hi allò de l'Ebola la gent també estava

molt espantada. Els vells dels país es van reunir i van decidir que a les entrades i sortides de totes les clarianes, i quan es pogués a les entrades de les cases, es plantés un *ayang*; però no un *ayang* qualsevol, perquè com tu saps n'hi ha de moltes classes: com que resulta que els nostres avantpassats deien que curaven gràcies al nom de les plantes, van triar l'*ayang-bibolo*, ja que *bibolo* [plural d'*ebolo*] recordava a aquella malaltia [és un derivat d'*ebola*, que significa podrit]. Així es va anar fent i aquella malaltia no va atrapar a ningú dels nostres. L'*ayang-bibolo*, doncs, va protegir a tothom. Ara, amb aquesta nova malaltia hem decidit de fer el mateix. Et venia a dir que a l'entrada i sortida de la clariana hi hem plantat aquest *ayang*. Alguns diuen que és una ximpleria, coses dels vells com en Bikoe d'ahir al vespre... Si vols et puc portar un brot del meu *ayang-bibolo* perquè el plantis a casa teva». «Gràcies, pare», digué Amugu: «el plantaré junt amb una escorça d'*oveng*». «Tens una escorça d'*oveng*?». «Sí, ahir, tot venint en vaig trobar un al mig de la selva i en vaig fer saltar algunes plaques d'escorça. Te'n donaré una». «Gràcies, fill». I quan anaven a donar-se la mà es van posar a riure perquè s'acabaven d'adonar que no havien guardat ni la distància reglamentària ni portaven mascaretes... Lavi es va aixecar amb el bastó i va marxar tot dient en francès: «Ah, les blancs...!».

* * *

Postdata: Amugu va passar molt de temps pensant i parlant amb Ada i altres persones properes al llinatge sobre com s'ho faria per celebrar la «diada de la mort» o el funeral per al seu pare, que tradicionalment reunia molta gent. Mentrestant el coronavirus o el que fos que Amugu va contraure a Kribi es manifestava cada vegada més en ell, amb febrades, cansament, mal al pit, esternuts... La ciència mèdica oficial diria que era un asimptomàtic. Si podem dir que la ciència mèdica ha fet un gran pas endavant per conèixer el coronavirus, les seves aplicacions terapèutiques (normes, lleis, decrets, consells, regions, províncies, fases...) ignoren completament les cultures dels pobles.

El término *reset* apela a la sensación de reinicio, paréntesis o *stand-by* que ha sacudido nuestras vidas desde el inicio del año 2020 a consecuencia de la pandemia de COVID-19. Como suele ocurrir, los reinicios alimentan la incertidumbre; en ellos se depositan esperanzas y también precauciones. Son ambiguos en términos de su temporalidad, pues en ellos se confunde fácilmente el acto de reiniciar con lo que ya se está reiniciando. Son límite y limen, y, como tal, engullen pasado, presente y futuro. Este libro se ha escrito desde el *reset* de forma coral, pues incorpora 48 reflexiones elaboradas durante el punto álgido de la pandemia, entre el 14 de abril y el 11 de mayo de 2020, en diferentes países.

