



Crisis, contextos vulnerables y salud mental: un enfoque antropológico

Crisis, vulnerable contexts and mental health: an anthropological approach

Manuel Moreno Preciado

Universidad Camilo José Cela (UCJC), Madrid, y Universidad San Antonio de Murcia (UCAM).

Contacto: Manuel Moreno Preciado, manuel.moreno.preciado@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2021 / Fecha de aceptación: 20 de febrero de 2021

Resumen

El objetivo de este trabajo de reflexión es describir y analizar cómo, en los contextos de crisis, la vulnerabilidad humana se acentúa, repercutiendo negativamente en la salud de las personas. La salud mental es un claro ejemplo de esta situación. Se apoya en estudios de autores y organismos expertos en la atención a la vulnerabilidad humana, haciendo especial énfasis en el actual contexto de crisis provocado por la COVID-19. La pandemia ha puesto en evidencia que las personas y grupos más frágiles y vulnerables están siendo particularmente golpeados. El ejemplo más claro es el de las personas mayores, pero puede extenderse a otros grupos, como pobres, refugiados, o inmigrantes. Los dispositivos sanitarios basados en la biomedicina desatienden las problemáticas de carácter psicológico o social que plantean estos grupos vulnerables. Se hacen propuestas, especialmente dirigidas al colectivo enfermero, para mejorar esta situación.

Palabras clave: vulnerabilidad, crisis, salud mental, biomedicina, cuidados holísticos.

Abstract

The aim of this paper is to consider, describe and analyse how in a context of calamity, human vulnerability is accentuated, negatively impacting people's health. Mental health is a clear example of this situation. Scientific evidence and many studies conducted by researchers and expert organizations in dealing with human vulnerability proves it, with special emphasis on the current crisis scenario caused by COVID-19. The pandemic has shown that the most fragile and vulnerable people and groups are being particularly hit. The clearest example is that of the elderly, but it can be extended to other groups, such as the poor, refugees, or immigrants. Healthcare devices based on biomedicine neglect the problems of a psychological or social nature posed by these vulnerable groups. In this article proposals are made, especially aimed at the nursing community, to improve this situation.

Keywords: vulnerability, crisis, mental health, biomedicine, holistic care.

Introducción

De forma general, sabemos que vivimos en un mundo muy desigual. Los informes de los grandes organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo confirman de forma continuada. Sin embargo, este conocimiento no tiene su correlato en esferas más locales y concretas. Las problemáticas sociosanitarias de los grupos vulnerables no son, en absoluto, el centro de atención en los discursos políticos, económicos, mediáticos o académicos de los países, donde prevalecen otros intereses. Durante las crisis, la situación de estas personas queda subsumida en el contexto

general de dichas crisis. Es lo que pasó en la gran crisis económica del 2008-2014 y está pasando ahora con la pandemia de la COVID-19. Este trabajo es una reflexión que trata de poner de relieve cómo las situaciones de crisis constituyen factores de riesgo añadidos a la salud de las personas y de los grupos vulnerables. Lo haremos apoyándonos, fundamentalmente, en estudios y trabajos recientes provenientes del campo de la salud y de las ciencias sociales.

En primer lugar, reflexionaremos sobre el concepto de vulnerabilidad humana, sea esta individual o grupal. Interesa describir y analizar la vulnerabilidad humana en su relación con los dispositivos sanitarios y, particu-

larmente, con la acción de las enfermeras. En segundo lugar, trataremos de evidenciar cómo las grandes crisis actuales, sean de carácter económico, político, ecológico o epidemiológico (frecuentemente actúan de manera combinada), están provocando graves problemas en los grupos y sectores más frágiles: pobreza, desplazamientos, persecuciones, o enfermedades, que ponen en riesgo los objetivos de los grandes organismos internacionales en su lucha por erradicar el hambre y la pobreza y por hacer accesible la salud a todo el mundo. Destaca, en estos momentos, el temor a los efectos adversos que la pandemia de la COVID-19 está produciendo en la salud mental, principalmente de los grupos vulnerables, y se evidencia la necesidad de investigar para conocer a fondo la dimensión de dichos efectos adversos.

A pesar de disponer en España de un moderno y eficaz sistema sanitario, la pandemia lo ha tensionado, dejando ver sus costuras, sus puntos débiles. Fundamentalmente, falla la propia naturaleza del modelo biomédico que, al priorizar lo curativo sobre lo preventivo, y lo biológico sobre lo psicológico y social, se muestra ineficaz en la atención a las demandas en materia de salud mental y atención comunitaria y domiciliaria. El Año Internacional de la Enfermera y de la campaña *Nursing Now* constituyen acontecimientos que habría que aprovechar para una amplia reflexión, dentro y fuera de la profesión enfermera, para mejorar la praxis profesional y acercarnos más a las demandas de la población. En este contexto, la atención a la vulnerabilidad humana debe tener un espacio central. Terminamos planteando, en ese sentido, algunas propuestas relativas a cambios de carácter epistemológico que favorezcan la interdisciplinariedad, nos alejen de los posicionamientos corporativos, acerquen las ciencias y las humanidades, promuevan una nueva relación profesional/paciente, más horizontal y dialógica, y apuesten por fortalecer los aspectos socioculturales del cuidado.

El amplio mapa de la vulnerabilidad humana

Aclaremos, de entrada, que el término “vulnerabilidad” es de origen latino; proviene de *vulneratis*: algo que causa lesión. Según la RAE: “Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente”. Hace referencia a la propia naturaleza del ser humano como algo frágil, débil, finito: “Al reconocerse como vulnerables, las personas comprenden la vulnerabilidad del otro, así como la necesidad del cuidado, de la responsabilidad y de la solidaridad, y no la explotación de esa condición

por parte de otros”¹. Reconocer la vulnerabilidad implica tomar conciencia de la dimensión del riesgo. La consistencia del ser humano (biopsicosocial) está permanentemente amenazada por influjos internos y externos: enfermedad, vejez, exclusión, marginación, pobreza, violencia, o agresiones del medio, entre otros. Ante esas amenazas, debe protegerse, tejer lazos, crear moradas. El grado de vulnerabilidad viene determinado por factores como la edad, el género, el estado de salud, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, la pertenencia a determinados grupos étnicos, o los grupos de riesgo, entre otros. Por tanto, entendemos aquí la vulnerabilidad en un sentido amplio que afecta a personas y grupos por muy diferentes razones.

El concepto de vulnerabilidad es muy cercano a otros como la exclusión social y la marginación. Si el primero alude a las situaciones de debilidad y de fragilidad, los dos últimos describen las situaciones de separación o de rechazo por parte de la sociedad. Ocurre, por ejemplo, cuando esas personas no pueden acceder a los servicios sociales: “... de una parte a todas aquellas personas que se encontraban en circunstancias personales o grupales que les impedían integrarse en la sociedad en las mismas condiciones que un ciudadano medio o ‘normal’ y de otra, personas que no recibían ningún tipo de prestación por parte del Estado”². Aunque se trata de conceptos distintos, en la práctica, es difícil separarlos. La pobreza significa carencia de medios para sobrevivir, la marginación es la falta de acceso al estado de bienestar, la exclusión es la ausencia de derechos y la vulnerabilidad expresa el riesgo para la salud; al final, todos estos factores se retroalimentan afectando, principalmente, a determinados grupos y segmentos de población: ancianos, mujeres, niños, inmigrantes, refugiados o enfermos³. La vulnerabilidad social es un concepto usado para describir a una persona o a un grupo humano en situación de desventaja para el ejercicio de sus derechos. La persona o el grupo está inhabilitado para prevenir, resistir, responder y sobreponerse a las amenazas de las situaciones de crisis: política, económica, social y medioambiental.

¿Cuál ha sido, y es, el papel de la profesión enfermera con respecto a la vulnerabilidad humana? Ayudar a los pobres, a los menesterosos, a los desvalidos, a los desfavorecidos, a los desamparados es una vocación pristina de la enfermería. Durante la antigüedad, el concepto de hospitalidad dio forma a todo tipo de instituciones de ayuda a los necesitados, y durante el cristianismo se configuró el concepto de altruismo, alum-

brando, posteriormente (Edad Media), el concepto de ayuda de carácter “vocacional-cristiano-caritativo”. Hasta el siglo XIX, fueron las órdenes religiosas las que dieron impulso a los cuidados caritativos. La Orden de San Juan de Dios impulsó reformas de gran calado en las formas de cuidar, por lo que algunos consideran el pensamiento juanediano como promotor de un modelo de enfermería basado en la atención tanto a sanos como a enfermos, pero, como señalan las Constituciones de la Orden Hospitalaria⁴, enfatizando en el cuidado de los pobres y menesterosos, independientemente de su origen y clase.

Marie Françoise Collière (2011) describe bien cómo el cuidado de la pobreza está no sólo en el origen de los cuidados enfermeros, sino también de la institucionalización del cuidado. Los prejuicios hacia los pobres hacen que los cuidados salgan del marco de la familia y el grupo: “Con la emergencia del urbanismo y después del cristianismo, la pobreza se convierte en la referencia de la institucionalización de los cuidados, orientando directamente su concepción y determinando el modo de financiación”⁵. El CIE⁶ (Consejo Internacional de Enfermeras) requiere de las enfermeras un fuerte compromiso basado en la profesionalidad y la ética, y menciona que el código deontológico se rige por los principios de derechos humanos y de equidad, especificando en materia social que “la enfermera comparte con la sociedad la responsabilidad de iniciar y favorecer la actuación para satisfacer la necesidad de salud y social del público, en particular las de las poblaciones vulnerables”. Las enfermeras y enfermeros tienen que ser conscientes de la relación que existe entre la desigualdad social y el déficit de salud.

Contextos de crisis: salud comprometida

Vivimos en un mundo desigual, donde el desequilibrio Norte-Sur persiste y cristaliza en flagrantes situaciones de injusticia social: pobreza, tráfico de órganos, el turismo sexual, explotación infantil, etc., son algunos de los grandes problemas que repercuten en la salud y son de difícil erradicación. A pesar de que los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) promovidos por las Naciones Unidas se propusieron acabar en el año 2015 con los mayores agujeros en salud y pobreza que padecen millones de personas en el mundo, según diferentes analistas del *British Medical Journal*⁷, el recorrido de estos ODM ha sido una historia de luces y sombras. La OMS, en el documento *Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año 2019*⁸, señala la persistencia de entornos frágiles y vulnerables: “Más

de 1600 millones de personas (el 22 % de la población mundial) viven en lugares donde las crisis prolongadas (debido a una combinación de problemas como sequías, el hambre, los conflictos y el desplazamiento de población) y la debilidad de los servicios de salud las dejan sin acceso a la atención básica. En casi todas las regiones del mundo existen entornos frágiles, y es en ellas donde sigue sin cumplirse la mitad de las metas clave de los objetivos de desarrollo sostenible, incluidas las relativas a la salud materno-infantil”. Con el fin de dar continuidad a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), finalizados en el año 2015, las Naciones Unidas lanzaron una nueva campaña denominada Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)⁹, con grandes metas a alcanzar en el año 2030: erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo; poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible; garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.

Esperemos que en esta ocasión puedan alcanzarse plenamente estos bienintencionados objetivos. Sin embargo, surgen dudas razonables. El principal impedimento que tuvieron los ODM fue la crisis económica y financiera mundial (2008-2014) por la que los fondos económicos se redujeron drásticamente afectando a todos los países, pero en mayor medida a los más débiles. Ahora estamos inmersos en otra crisis (COVID-19) quizá peor que la anterior y más incierta. Al inicio de la pandemia se afirmó desde los medios de comunicación que se trataba de una pandemia “democrática” porque golpeaba a todos por igual. Poco se tardó en comprobar que se trataba de una afirmación un tanto a la ligera. Aun sin tener datos suficientes, todo hacía pensar que las poblaciones más vulnerables volverían a ser las más afectadas. Así lo señala Pilar Serrano: “Todo hace indicar que las poblaciones más vulnerables, que ya sufren más desigualdades sociales en salud porque no se actúa suficientemente desde los gobiernos sobre los determinantes sociales de la salud que las originan, van a ser las más golpeadas por la COVID-19”¹⁰. Los estudios que van apareciendo confirman estas previsiones. Según un estudio de la OMS¹¹, los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, con incrementos de problemas psicológicos, como ansiedad, depresión y estrés, causados por las cuarentenas, los confinamientos, los problemas económicos y sociales. En este estudio se señala al personal sanitario y, especialmente, a las enfermeras como particularmente afectados por estos cuadros de salud

mental ¿Será la salud mental la próxima pandemia? Esta es la pregunta que se hacen un grupo de expertos en Reino Unido al analizar las consecuencias de la pandemia del COVID-19. Aseguran que “existe una necesidad urgente de investigación para abordar cómo se pueden mitigar las consecuencias para la salud mental de los grupos vulnerables en condiciones de pandemia”¹².

Sin duda, unos de los grupos vulnerables en esta crisis están siendo las personas mayores. Hemos asistido (con impotencia unas veces, pero con indiferencia otras) al abandono a su suerte de millares de ancianos confinados en residencias. La estrategia seguida hacia ellos es tan paternalista como cruel; podemos llamarla “edadismo”, donde el mayor no cuenta para nada. Se les considera, siguiendo a Bauman¹³, como “gente superflua”. Se ha llegado a negarles la asistencia hospitalaria: “Me identifico con Adela Cortina cuando sostiene que el triaje por razones de edad introduce la terrible convicción de que hay vidas sin valor social. Esta pandemia ha abierto una brecha intergeneracional al separar a los ancianos del resto; se ha agudizado hasta tal punto que podemos hablar de gerontofobia: pérdida de las libertades en los mayores internados, ausencia de visitas y de despedida final”¹⁴. La dureza y frialdad con la que se ha actuado con los ancianos no se habría permitido en cualquiera de los otros grupos de edad: niños, jóvenes y adultos. Esto ha sido posible por la baja consideración que la vejez tiene en la sociedad occidental.

La pandemia también ha propulsado cambios tecnológicos y culturales que, sin duda, repercutirán en la salud de los más vulnerables. Se está imponiendo el dataísmo y con él el final de los rituales¹⁵: “Han nos previene de que con la desaparición de los rituales la comunidad está desapareciendo a medida que avanza la hipercomunicación consecuencia de la digitalización. Estamos cada vez más interconectados, pero esto no trae consigo más vinculación ni más cercanía”¹⁴. Esta “comunicación sin comunidad” acentúa en nuestra sociedad la soledad y el aislamiento. Podemos observar sus efectos en temas como la docencia o la asistencia sanitaria. En la educación a distancia (*online*), los rituales pierden fuerza y quienes más necesitados están de la cohesión grupal lo resienten. Me refiero a aquellos estudiantes con un entorno de menor nivel socioeconómico y/o con menor capacidad tecnológica o formativa. De igual forma, las contingencias de la pandemia están afectado gravemente a la relación entre profesionales y pacientes: prevalece la distancia.

Este tipo de relación también tiene sus partidarios, por lo que existe el riesgo de que, una vez superada la pandemia, cristalice la idea de la relación a distancia como norma y la relación cercana como excepción. Una vez más, este tipo de relación profesional-paciente perjudicará en mayor medida a los más vulnerables: ancianos, grupos marginales, pobres, inmigrados, etc.; es decir, a quienes dispongan de menores recursos económicos, tecnológicos y formativos.

Biomedicina y salud mental

Hemos descrito y analizado las desigualdades sociales y cómo estas inciden en la salud de las personas en función de su grado de vulnerabilidad; también, hemos enfatizado en señalar cómo las situaciones de crisis, como la actual pandemia, agrandan las dificultades golpeando con fuerza a los más débiles. Lo hemos ejemplarizado con el caso de los mayores, pero puede extenderse a todos aquellos grupos que disponen de menos mecanismos de defensa, sean de carácter biológico, psicológico o social.

Ahora detengámonos un momento a plantearnos la situación de nuestros dispositivos sanitarios para afrontar las situaciones de crisis. Muchas veces, hemos escuchado decir: “El sistema sanitario español es el mejor del mundo”. En el curso de la pandemia, esta afirmación ha sido bastante cuestionada. Más allá del carácter subjetivo de estas afirmaciones, conviene, a mi entender, detenerse a examinar la naturaleza del modelo biomédico y contrastarla con las necesidades actuales de la población en materia de salud.

Los nuevos conceptos de salud y enfermedad, definidos e impulsados desde las grandes instituciones sanitarias, persiguen el desarrollo del cuidado de la salud desde una perspectiva holística, que tenga en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales de las personas. No obstante, en la práctica, aún predominan los enfoques biologicistas. El actual modelo de medicina es un obstáculo para desarrollar un cuidado de carácter holístico que tenga en cuenta las necesidades señaladas. Enfatiza este modelo en el carácter biológico de las enfermedades, relega a un segundo plano la perspectiva psicológica, dejando fuera de su análisis los factores socioculturales.

La biomedicina, en su predilección por la curación, desatiende la prevención. En 1978 la conferencia de Alma Ata consagró los estilos de vida como el princi-

pal determinante de la salud, instando, en consecuencia, a todos los países del mundo a que fortalecieran los sistemas de atención primaria. Sin embargo, pasadas más de cuatro décadas de aquella esperanzadora conferencia, el objetivo de equidad en los servicios de salud está muy lejos de conseguirse y el modelo sigue siendo fundamentalmente curativo y no preventivo. Predomina el “hospitalocentrismo”, donde el hospital, como taller de reparación, absorbe la mayor parte de los recursos. La reciente crisis de la COVID-19, como otras anteriores, evidencia, por el contrario, que en la comunidad y en la prevención están las principales fuentes de energías para luchar contra las enfermedades, las crisis y las catástrofes: ¿cuántas muertes se habrían evitado si las residencias de ancianos hubiesen estado debidamente acondicionadas o si existiera un servicio potente de atención domiciliaria?

Ya hemos podido ver que las situaciones de crisis impactan en la salud mental de las personas: estrés, ansiedad, depresión, suicidios, etc. Estos cuadros no atraen la atención de la biomedicina, en la forma en que lo hacen los cuadros y afecciones de carácter biológico y/o agudos. ¿Por qué? La psiquiatría siempre fue la hermana pobre de la medicina. A eso contribuye el hecho de que sobre el enfermo mental recae aún un importante estigma social. El enfermo mental es una construcción social¹⁶ y esta construcción se concreta en una etiqueta negativa socialmente: “A diferencia de una cardiopatía isquémica, las enfermedades mentales constituyen violaciones de la organización de los lugares públicos, de las calles, las vecindades y los comercios”¹⁷. De esta incompreensión social se ha valido la biomedicina para asignar a la psiquiatría (como ha hecho con otras disciplinas) un carácter gregario. La enfermería de salud mental también ha sufrido las consecuencias de esta consideración subalterna de la psiquiatría. Durante años se consideró que el rol principal de los enfermeros y enfermeras en las instituciones psiquiátricas era la de custodios de aquellos que debían permanecer recluidos. Por eso, como señalan Duro, Megías y Castro¹⁸, “no se concebía la presencia de la enfermería fuera de la institución manicomial. Esto condicionaba el ejercicio profesional de los enfermeros de una forma particular”. A pesar de los cambios introducidos por las diferentes reformas y, en concreto en España, por la Ley General de Sanidad de 1986, aún persisten carencias, como señalan los citados autores: “Una de las funciones fundamentales de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica fue el respeto a los derechos humanos. En este sentido, queremos manifestar nuestra repulsa a las distintas formas de transgre-

sión de los derechos humanos en diferentes situaciones de violencia e indefensión en algunos lugares del mundo”.

A modo de propuestas finales: cambio de rumbo

Acabamos de pasar el Año Internacional de la Enfermera y del *Nursing Now* (ambos prorrogados como consecuencia de la pandemia). Con estas efemérides se persigue acrecentar el reconocimiento social de la profesión. Pero también deben permitir una reflexión interna para mejorar nuestra praxis profesional: ¿estamos preparados para los desafíos que implican los cambios y crisis actuales? Una vez planteados los dilemas y contingencias asociados al actual momento de crisis, especialmente en las personas y grupos vulnerables, pasamos a exponer algunas propuestas que sirvan no como respuestas definitivas, sino, sencillamente, como ideas para avanzar en el necesario debate. Los tiempos de crisis son también tiempos de oportunidades, como sugieren Moreno Preciado³ y Serrano Gallardo¹⁰.

1. Superar las barreras disciplinares y corporativas. Para avanzar en la necesaria interdisciplinariedad que incluye no sólo a los colectivos convencionales como médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos, fisioterapeutas, etc., sino también a todos aquellos perfiles que de una forma u otra intervienen en el proceso salud/enfermedad.
2. Promover la ética del cuidado y tender un puente entre la ciencia y las humanidades. Van Rensselaer Potter¹⁹, con su libro *Bioethics: Bridge to the future*, pretendía unir el campo de la ética y el de la biología, o lo que es igual, el necesario diálogo cultural entre la ciencia y las humanidades, con la intención de dar respuesta a lamentables acontecimientos históricos donde la práctica médica había abandonado su deontología para colaborar en experiencias inhumanas. La apuesta por la excelencia es el principal lema de una profesión; y esa excelencia viene normalmente definida por la adquisición de unos conocimientos científicos y técnicos apropiados para cumplir los objetivos profesionales. Sin embargo, siendo este el primer deber moral del profesional, no debe ser el único. Así lo afirma la filósofa Victoria Camps²⁰, para quien la responsabilidad profesional exige algo más, sobre todo en las profesiones sanitarias. Considera la citada autora que, para conseguir la excelencia, los profesionales sanitarios tendrían que adquirir las siguientes virtu-

des: benevolencia, respeto, cuidado, sinceridad, amabilidad, justicia, compasión, integridad, olvido de uno mismo y prudencia: “Ni las leyes ni las normas de los códigos deontológicos son operativas cuando falta la voluntad del sujeto de recoger el auténtico espíritu de los mismos y aplicarlos adecuadamente en cada caso”. En tiempos de crisis, la dignidad de los pacientes requiere, más que nunca, por parte de los profesionales, una actitud ética: “Para la enfermería la Ética del Cuidado es una filosofía que nos indica cómo establecer prioridades en base a las necesidades de los pacientes, pero sin discriminaciones de ningún tipo”¹⁴.

3. Pasar del modelo monologal al modelo dialógico. La relación profesional/paciente en el actual modelo sanitario se enmarca en una comunicación vertical de carácter unidireccional, del experto al profano fundada en una representación pasiva y paternalista del paciente: todo por el paciente, pero sin el paciente. Siguiendo al antropólogo italiano Paolo Bartoli²¹ (1989), al paciente se le considera como un recipiente que o bien está vacío de conocimientos que el profesional debe rellenar o bien está lleno de prejuicios e ignorancia que los profesionales deben erradicar. De ahí la poca importancia que se presta a su relato, sus síntomas sólo interesan cuando son susceptibles de ser transformados en signos: hable, respire, tosa, le duele, no le duele, etc. Por eso en la cultura profesional se valora más la capacidad de hablar que la de escuchar. Vean cuantos cursos hay para aprender a hablar y qué pocos hay para aprender a escuchar. Pasar del modelo monologal al modelo dialógico significa establecer una alianza con el paciente, basada en un intercambio de saberes, en beneficio de todos.
4. Prevenir, mejor que curar. Este dicho popular podría aplicarse a nuestro sistema sanitario. Necesitamos superar este modelo biologicista y hospitalocentrista para conseguir una asistencia integral y un cuidado holístico, cercano a las necesidades y deseos de los pacientes y usuarios. Debemos apostar por el fortalecimiento de la atención primaria. La visita domiciliaria es una señal de identidad de las enfermeras.
5. Cuidar desde la mirada cercana. En el cuidado de los pacientes la cercanía es un valor esencial. No se puede cuidar desde la frialdad de la distancia, porque cuidar es interrelacionarse con la persona cuidada. Evidentemente, se pueden aplicar tratamientos

técnicos de igual forma que se aplican a los objetos inertes, pero el cuidado es otra cosa. Las tecnologías avanzadas pueden facilitar y aliviar el trabajo instrumental de la enfermera, pero no pueden sustituir el simbolismo del cuidado.

6. Apostar por las investigaciones de corte cualitativo y etnográfico. Los problemas de salud de la población tienen hoy una etiología de carácter mayoritariamente sociocultural. Necesitamos indagar sobre esta nueva realidad, partiendo de la perspectiva *emic*, es decir, la perspectiva del “otro”. La etnografía y los métodos cualitativos, en general, permiten captar e integrar, desde la multidimensionalidad, la voz y la participación de los diferentes actores del proceso salud/enfermedad.

Bibliografía

1. Cavalcante, T. y Sadi, P. (2017). Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Rev. Bioét*, 25 (2), 311-9. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n2/es_1983-8042-bioet-25-02-0311.pdf
2. Estébanez, P (Ed.). (2002). *Exclusión social y salud*. Barcelona: Icaria.
3. Moreno Preciado, M. (2020) *Enfermería cultural. Una mirada antropológica del cuidado*. Madrid: Garceta.
4. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. *Segundas Constituciones de la Orden Hospitalaria*. Roma, 1587. Reimpresas en Madrid, 1977; 94.
5. Collière, M.F. (2001). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris: Masson.
6. Consejo Internacional de Enfermeras (2011). “Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad” (2011). Ginebra: CIE. Recuperado de: <https://www.slideshare.net/fjalemany/da-internacional-de-la-enfermera-2011>
7. Marín, C. (22 de abril de 2015). El Mundo. ¿Se han cumplido realmente los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Recuperado de: <https://www.elmundo.es/salud/2015/04/22/5536600422601d16058b457e.html>
8. OMS. Centro de Prensa. (2019). “Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año”. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
9. Naciones Unidas (2015). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
10. Serrano Gallardo P. (2020). COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. *Enferm Clin*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Manuel/Downloads/Editorial_EnfClin2020_covid-19%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Manuel/Downloads/Editorial_EnfClin2020_covid-19%20(2).pdf)
11. OMS. Comunicado de prensa (5 de octubre de 2020). “Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS”. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
12. Carmen M. López (21 de abril de 2020). “Un grupo de expertos en Reino Unido analizan las consecuencias de la pandemia del COVID-19 para la Salud Mental”. *Gaceta Médica*. Recuperado

- de: <https://gacetamedica.com/investigacion/salud-mental-la-proxima-pandemia/>
13. Bauman, Z. (2009). *Confianza y temor en la ciudad. Vivir con extranjeros*. Barcelona: Arcadia.
 14. Moreno Preciado, M. (2020). *Que vuelvan los abrazos*. *Index de Enfermería*, Vol. 29, Nº 3.
 15. Han, B.C. (2020). *La desaparición de los rituales*. Barcelona: Herder Editorial.
 16. Pacheco, G. (2010). *La construcción social del enfermo mental*. Sevilla: Editorial Académica Española.
 17. Martínez, Á. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
 18. Duro, A., Megías, F. y Castro, F. (2017). *Salud mental y enfermedad mental. La Reforma psiquiátrica*. En: F. Megías y F.J. Castro (Eds.), *Manual de la enfermera residente de salud mental*. Madrid: AEESME.
 19. Potter, V.R. (1971). *Bioethics bridge to the future*. New York: Prentice-Hall.
 20. Camps, V. (2007). *La excelencia de las profesiones sanitarias*. *Humanitas. Humanidades médicas*, nº 21: 1-13. Recuperado de: http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/archivos_pdf/Victoria%20Camps%20La%20excelencia%20en%20las%20profesiones%20sanitarias-1.pdf
 21. Bartoli, P. (1989). *Antropología en la educación sanitaria*. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7:17-24.