

## COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibida: 6/4/2022  
Aceptada: 8/6/2022  
Publicada: 5/10/2022

e202210051

e1-e13

*Motivational deficits in the  
promotion of public health?  
A matter for reflection  
on religion and COVID-19.*

La autora declara  
que no existe ningún  
conflicto de intereses

### FINANCIACIÓN

Trabajo realizado en el marco  
de los siguientes proyectos  
de investigación:  
1. PID2019-105935RB-I00 (MINECO); 2.  
PID2020-117219GB-I00 (MICINN);  
3. PID2020-113413RB-C32 (MICINN).

### CORRESPONDENCIA

**Isabel Roldán Gómez**  
Facultad de Filosofía, Lógica y Estética.  
Universidad de Salamanca.  
Francisco Tomás y Valiente, s/n.  
CP 37007, Salamanca, España.  
[iroldangomez@usal.es](mailto:iroldangomez@usal.es)

### CITA SUGERIDA

Roldán Gómez I. ¿Déficits  
motivacionales en la promoción  
de la salud pública? Elementos para  
la reflexión sobre religión y COVID-19.  
Rev Esp Salud Pública. 2022; 96:  
5 de octubre e202210051.

[mcsbs.es/resp](https://mcsbs.es/resp)

# ¿Déficits motivacionales en la promoción de la salud pública? Elementos para la reflexión sobre religión y COVID-19

### AUTORA

Isabel Roldán Gómez

(1)

[ORCID: 0000-0002-8292-3284]

### FILIACIONES

(1) Profesora Ayudante Doctora, Universidad de Salamanca.  
Salamanca, España.

### RESUMEN

Este trabajo está encaminado a analizar si la religión cumple o no un papel relevante en la promoción de la salud y, con ello, si puede incluirse en las interpretaciones sobre el rol positivo de las religiones en la esfera pública. Al respecto, autores como Habermas aluden a una crisis de sentido en las sociedades seculares, desencadenada, entre otras razones, por modos de vida individualistas y egoístas que no logran incentivar la acción moral más allá de los límites del derecho. Parecería, por contraste, que los vínculos sociales fuertes de las comunidades religiosas sí propician actitudes solidarias, desinteresadas, que se traducirían en una mayor cohesión social; pero ¿es realmente así? La situación de pandemia y sus consecuencias sirven, precisamente, para evaluar si el elemento religioso (medido en creencia, pertenencia, vínculo y comportamiento) ha generado actitudes positivas ante los desafíos sanitarios (cumplimiento de las normas de distancia social, primero, y vacunación después) o, por el contrario, los déficits motivacionales de algunas sociedades tienen que ver con otros factores que escapan a la dicotomía religioso/secular.

**PALABRAS CLAVE** // COVID-19; Pandemia; Religión; Secular; Salud pública; Cohesión social.

### ABSTRACT

The paper is aimed to analyze if religion plays a relevant role in health promotion and, thus, if it can be included in the interpretations on the positive role of religions in the public sphere. In this regard, Habermas refers to a crisis of meaning in secular societies that has been caused, among other reasons, by individualistic and selfish lifestyles that fail to encourage a moral action when it goes beyond the law. In contrast, it seems that the strong social ties of religious communities foster solidarity and altruistic attitudes, which could be interpreted as a sign of greater social cohesion; but is it really like that? Pandemic and its consequences help to assess whether the religious element (analyzed as belief, belonging, bonding and behavior) has created positive attitudes in the face of the health challenges (i.e., compliance with rules of social distance, vaccination) or, on the contrary, the motivational deficits of some societies have to do with other factors not related to the religious/secular dichotomy.

**KEYWORDS** // COVID-19; Pandemic; Religion; Secular; Public health; Social cohesion.



¿NECESITAN LAS SOCIEDADES SECULARES un incentivo motivacional para la acción solidaria, más allá del vínculo que proporciona el derecho? Con una pregunta parecida, Jürgen Habermas (1) introducía su reflexión sobre el papel de la religión en la esfera pública de los Estados liberales. Según el autor, las tradiciones religiosas han conservado y transmitido recursos de sentido colectivo que las sociedades seculares, cuyos ciudadanos se guían por el interés propio dentro de los límites del derecho y por ello tienden al individualismo, no deberían desdeñar precipitadamente. Así, si creyentes y no creyentes, dejando a un lado sus diferencias ideológicas, lograsen rescatar el núcleo ético *común* que encierran dichas tradiciones (por ejemplo, ideas de dignidad, caridad, compasión) y lo tradujesen a lenguaje secular, ello dotaría al conjunto de la ciudadanía de un sentido compartido y, por tanto, redundaría positivamente en la cohesión social. Se trata de encontrar la *perla moral* que esconden las distintas religiones, una vez depurados su dogma y su doctrina, y que, en última instancia, puede convertirse en motivación para el comportamiento solidario; motivación que se nutre de una ética común y no de las exigencias formales del derecho.

Pues bien, más allá de lo acertado o no de la propuesta de Habermas, lo cierto es que casi dos décadas después la cuestión planteada cobra un nuevo sentido y se actualiza en la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2. Los desafíos sanitarios a los que todas las sociedades han tenido que hacer frente requieren de una implicación ciudadana que ha fluctuado, en las distintas fases de la pandemia, entre lo obligatorio y lo recomendable (por

ejemplo, confinamiento colectivo, aislamiento individual, distancia social, uso de mascarillas, vacunación). Nos encontramos, por desgracia, con un laboratorio inmenso en el que contrastar la pregunta formulada al inicio: ¿necesitan las sociedades seculares un recurso motivacional para acatar las pautas de salud pública que exceden, en ocasiones, lo obligatorio? Y, asumiendo provisionalmente la premisa de los déficits para la cohesión social del Estado secular, ¿podrían ofrecer las tradiciones religiosas ese complemento motivacional para el desarrollo óptimo de una salud *pública*?

Para contestar a estas preguntas, se examinan las relaciones entre salud y religión en la literatura especializada con el fin de ofrecer una respuesta, si bien parcial y orientativa. Para ello, en primer lugar, se traza el estado de la cuestión que conecta los términos implicados, religión y salud, en varios ámbitos y con especial atención a la salud pública. Se hace hincapié en que se ha empleado un concepto demasiado amplio de religión (y con un excesivo enfoque en la dimensión de creencias y prácticas), lo que impide evaluar las potenciales interacciones entre ambos elementos de manera concluyente o, al menos, más precisa y matizada.

La hipótesis es que, así como se tienen en cuenta varias dimensiones de la salud, un concepto analítico de religión que diferencie sus variables de creencia, comportamiento, compromiso y pertenencia, según el esquema de Saroglou (2), ayudaría a diseñar estudios más precisos en los distintos ámbitos de la salud. Una de las claves que se exploran es que, en el caso de la salud pública, el elemento organizativo de la religión (si es una secta<sup>1</sup>, una denominación que compite en el

1 El concepto de *secta* no es peyorativo; es una de las categorías clásicas, por oposición a *iglesia*, de la sociología de la religión que inicia Max Weber y cuyos debates continúan Ernst Troeltsch y Richard Niebuhr. Éste último añade por ejemplo la categoría de *denominación* y la define como una *iglesia que ha reconocido el derecho de otras iglesias a existir* y podría aplicarse a los distintos grupos del protestantismo que marcan la vida cristiana en Estados Unidos.

¿Déficits motivacionales en la promoción de la salud pública? Elementos para la reflexión sobre religión y COVID-19.

ISABEL ROLDÁN GÓMEZ

mercado religioso con otras, una Iglesia, etc.) y su encaje social (si es el grupo representativo de la sociedad o bien una comunidad minoritaria) parecen ser factores más relevantes para la salud pública que el tipo de creencia o las prácticas rituales asociadas. Dicho de otro modo, son la forma de la religión, su organización, y su implantación social y no el contenido religioso las que determinan las relaciones positivas o negativas con respecto a la promoción de la salud pública.

El desarrollo de la pandemia y las recomendaciones de salud pública que se han ido dictando (en varios niveles: la Organización Mundial de la Salud, los gobiernos estatales a través de sus respectivos ministerios o comisiones, etc.) ofrecen un contexto idóneo para analizar qué papel ha jugado la adherencia religiosa de individuos y grupos y cómo ésta ha afectado a los desafíos sanitarios. En aras de la concreción, el artículo concluye con el análisis del comportamiento de los grupos religiosos en España con relación al cumplimiento de las recomendaciones sanitarias, prestando atención a la vacunación. Y la hipótesis planteada de que es el grupo y no el contenido religioso lo que determina el comportamiento respecto a la salud parece también cumplirse en el contexto español.

En última instancia, se sugiere que las sociedades seculares no requieren del potencial semántico de las religiones, sino de políticas de integración de las distintas comunidades religiosas; políticas que garanticen un compromiso colectivo respecto a la salud y, con ello, una verdadera promoción de la salud pública.

## SALUD Y RELIGIÓN: UN CRUCE DE (DEMASIADOS) CAMINOS

LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y RELIGIÓN/  
espiritualidad (R/S por sus siglas en inglés en

la literatura sobre el tema) (3,4) ha sido subrayada como una variable fundamental en distintos ámbitos de la investigación en salud. Se trata de un campo de estudio tan extenso que, más allá de los compendios o monográficos sobre el tema (4,5,6,7), las revisiones críticas (8,9) o los análisis bibliométricos (10), no parece que pueda abarcarse en su totalidad. Por tanto, conviene comenzar por una distinción que, aunque entrelazada en tanto que sus contenidos son concomitantes, considero necesaria cuando se cruza con la religión: la salud física, la salud mental y, para el tema que nos ocupa, la salud pública.

De tal modo, las relaciones positivas que a veces se establecen entre R/S y salud física y mental (donde aspectos como la fe, los comportamientos rituales o la observancia religiosa pueden afectar directamente a la salud de los individuos, como se analiza a continuación), no deberían extrapolarse precipitadamente al ámbito de la salud pública. En este campo, tal enfoque basado en hábitos individuales no es tan decisivo como el comportamiento de las comunidades religiosas, cuyo encaje en la sociedad determina la actitud hacia las políticas de salud pública y el seguimiento de las pautas sanitarias. Es más, a veces las motivaciones religiosas de ciertas comunidades, si éstas no encuentran acomodo o reconocimiento en la sociedad en general, pueden suponer un elemento disruptivo en la promoción de la salud pública, como se verá en relación a la pandemia de la COVID-19.

**Relaciones positivas entre R/S y salud física y mental. ¿Es la religión buena para tu salud? ¿Recomendarían las autoridades sanitarias un modo de vida religioso?** Estas preguntas pueden sonar capciosas pero lo cierto es que un amplio corpus bibliográfico, desde hace aproximadamente treinta años (5), se orienta a recabar datos para ofrecer una res-

¿Déficits motivacionales en la promoción de la salud pública? Elementos para la reflexión sobre religión y COVID-19.

ISABEL  
ROLDÁN  
GÓMEZ

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 96  
5/10/2022  
e202210051

2 No se trata de ninguna pregunta abstracta; es el título de uno de los monográficos sobre el tema: Koenig HG. *Is Religion Good for Your Health? The Effects of Religion on Physical and Mental Health*. London and New York: Routledge; 2008 (7).

puesta (habitualmente afirmativa) a tales interrogantes. Metaanálisis y revisiones sistemáticas apuntan a que más de dos mil estudios empíricos, en distintos lugares, sugieren a una relación positiva entre R/S y salud física (6), llegando incluso a asociarse la religiosidad con menores índices de morbilidad y mortalidad (9,11). No pueden recogerse todos los casos que avalan esta relación, pero algunos resultan muy ilustrativos: se sugieren correlaciones entre R/S y un menor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, enfermedades del sistema inmune o incluso cáncer. Al respecto, y una vez aislados los factores innatos (edad, herencia genética, sexo, etc.), se explica esta correlación por los hábitos de vida de las personas religiosas: menor tabaquismo, menor consumo de alcohol, mejor dieta y ciertas prácticas físicas (6).

Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en California entre los mormones y la contraparte no religiosa señalaba que el frontal rechazo de los primeros al tabaco y al alcohol, por cuestiones doctrinales, incidía positivamente en su longevidad (12); igualmente, un estudio realizado en Jerusalén sugería una menor tasa de grasas saturadas en sangre entre los ortodoxos que entre los seculares, lo que se asociaba a un seguimiento más estricto de la dieta kosher (13); por último, el yoga o la meditación<sup>3</sup>, asociadas a la tradición hindú, aunque practicados por numerosas comunidades religiosas, son considerados ejercicios beneficiosos para la salud tanto física como mental (14).

De hecho, la salud mental es el otro ámbito en el que la variable R/S es clave (3). En este caso, la fe o el apoyo social que se recibe por parte de la comunidad religiosa pueden verse como estrategias de afrontamiento (*religious coping* (3,15)) ante situaciones de duelo, lo que

contribuiría a menores índices de depresión y suicidio (16). En suma, se dice que la religión importa para la salud física y mental porque provee de un componente motivacional (relacionado con la ortodoxia -creencia- y la ortopraxis -prácticas rituales-) que determina el grado en que los individuos adoptan hábitos saludables. La religión, desde este enfoque, sería buena para la salud.

**Relaciones negativas entre R/S y salud física y mental.** No obstante, conviene evitar lemas precipitados, aunque puedan resultar publicitariamente atractivos, y mantener cierta cautela a la hora de extraer conclusiones. Si bien se han referido los estudios que relacionan positivamente R/S y salud, existen otros, aunque menos, que apuntan justo en la dirección contraria, lo que evidencia que las relaciones no son de ningún modo causales, sino que dependen tanto del contexto como de otras variables. Por ejemplo, en Estados Unidos, se analizó cómo un gran número de muertes infantiles podrían haberse evitado si no hubiese sido por la resistencia al tratamiento por motivos religiosos (17). Otro estudio en el mismo país relacionaba inversamente la adherencia al cristianismo con las actitudes hacia la anticoncepción (18), lo cual afectaría en este caso a la salud sexual y reproductiva.

Más arriba se ha hecho referencia a una correlación positiva entre R/S y salud entre la comunidad ultraortodoxa en Jerusalén. Pues bien, un estudio más reciente, de 2020, y que tenía en cuenta otras variables determinantes para la salud como el género, la insularidad del grupo y el nivel de pobreza, arrojaba datos totalmente distintos: las mujeres ultraortodoxas (de acuerdo a los ítems medidos: alimentación, horas de sueño, ausencia o retraso de diagnóstico) podrían tener un mayor riesgo

<sup>3</sup> En España, el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Instituto Carlos III de Madrid han elaborado un informe (*Informe preliminar sobre las técnicas con pretendida finalidad sanitaria*, disponible en [www.conprueba.es](http://www.conprueba.es) y <https://redets.sanidad.gob.es/>) que considera el yoga y la meditación como posibles pseudoterapias aún en evaluación.

¿Déficits  
motivacionales  
en la promoción  
de la salud  
pública?  
Elementos  
para la reflexión  
sobre religión  
y COVID-19.

ISABEL  
ROLDÁN  
GÓMEZ



toma a veces la parte por el todo extrayendo quizá conclusiones precipitadas. Tales dificultades son de sobra conocidas en la literatura sobre el tema (6,9,24). Por ejemplo, Lee y Newberg (9) sostienen que la gran mayoría de estudios arroja correlaciones interesantes pero hay otras variables como el género, el estatus socioeconómico, la etnia o factores medioambientales que podrían ser determinantes y que no se agotan en el elemento religioso, aunque se crucen con él. Otro desafío consiste en la dificultad de medir el grado de *religiosidad* y, por ende, de interpretar cómo ésta determina los estilos de vida y con ello la salud: una persona puede con convicción considerarse a sí misma muy religiosa (religiosidad subjetiva) y en cambio no cumplir con las prácticas rituales o no asistir a los servicios religiosos (compromiso religioso objetivo). Todo ello debería definirse adecuadamente tanto en el diseño de los estudios como en la interpretación de resultados (9).

Pero, además de estas cuestiones metodológicas, la dificultad a mi juicio insalvable tiene que ver con la vaguedad de los conceptos de *religión* y *espiritualidad*, es decir, con la propia variable R/S. No existe, hasta el momento, un consenso sobre el significado preciso de estos términos (6), de modo que aquello que se pretende medir (la relación entre R/S y salud) depende a su vez de las preconcepciones de los investigadores, con lo que el diseño de los estudios puede incurrir en cierta circularidad.

Desde mi perspectiva, el problema no tiene que ver únicamente con la falta de consenso al definir la variable R/S, sino con el carácter histórico de los conceptos, que multiplica sus posibles dimensiones y que por tanto los hace refractarios a una perspectiva analítica, necesaria para su estudio. A modo de muestra de tal complejidad, se ofrece una recopilación de los aspectos de la religión o la espiritualidad que deberían tenerse en cuenta en tanto que pueden afectar positiva o negativamente a la salud, a saber: la creencia en Dios o en alguna divinidad, fuerza o energía;

la práctica de un determinado rito; el cumplimiento de las ideas o doctrinas, en caso de que haya un corpus teológico organizado; la pertenencia a la Iglesia, comunidad, denominación o secta; la asistencia a los servicios religiosos; el grado de adherencia o compromiso con la creencia, con el grupo o con el rito; el tipo de religión; el tipo de organización del grupo religioso. Pero, por si esto no fuera suficiente, a cada una de estas posibilidades habría que añadirle las otras variables mencionadas: condición socioeconómica, género, etc. En suma, más que una unidad semántica, podría decirse que la variable R/S constituye un cruce de variables, una interacción.

Por ello, sugiero no tanto una definición de los conceptos (cosa que, como se muestra a continuación, es una tarea ímproba) como una demarcación sociológica que permita comprender las interacciones entre la religiosidad y su organización. Las relaciones entre R/S y salud pública deberían analizarse no a partir de criterios deudores del *contenido religioso* (es decir, no a partir de su potencial semántico, aplicable en este caso a la promoción de la salud), sino a partir de un criterio definido por la organización y estructura de los grupos religiosos. Considero que ello facilita un análisis sobre cómo las religiones encajan en las sociedades y, en consecuencia, permite aclarar las relaciones y efectos de tales grupos sobre la salud pública.

**Religión y espiritualidad.** ¿Por qué resulta improbable una definición de religión y espiritualidad? En primer lugar, el concepto de *religión* sólo adquiere sentido desde una perspectiva histórica y, en particular, desde el trasfondo cristiano del que emerge. No se trata de señalar esta raíz por una cuestión de exactitud teórica o por alguna suerte de reivindicación cultural, sino porque este hecho determina sus posibilidades de aplicación práctica. Por ejemplo, Paul Griffiths sostiene que la idea común que tenemos de religión como *género del que existen muchas especies* (cristianismo, islam, hinduismo, etc.) es un fenómeno en sí

¿Déficits  
motivacionales  
en la promoción  
de la salud  
pública?  
Elementos  
para la reflexión  
sobre religión  
y COVID-19.

ISABEL  
ROLDÁN  
GÓMEZ

mismo histórico, situado en la modernidad, a partir de la expansión misionera del cristianismo y la comparación de éste, y desde éste, con otros fenómenos *religiosos* (25). Dicho de modo simple: la *religión* no sería una categoría universal y equidistante respecto a todos los fenómenos *religiosos*, sino un concepto cristiano que, en su desarrollo histórico y contacto con otros grupos, se ha ido ampliando y generalizando para incluirlos en su definición. No en vano, algunos pensadores musulmanes han comenzado a renegar del concepto por considerar que tiene un claro sesgo eurocéntrico; también se ha dicho que considerar el hinduismo como una religión constituye un acto de violencia epistémica (26).

Pero, más allá de estos debates, lo cierto es que carecer de un concepto común de religión explica la dificultad de su homogenización en el ámbito de la salud; asimismo, explica la inclinación de la *religión* a veces hacia elementos que son netamente cristianos, como la fe, que está muy presente en algunos estudios sobre salud mental (27). De hecho, Koenig, uno de los referentes en el tema, ha reconocido que las asociaciones entre religión y salud mental se han realizado fundamentalmente en países donde predomina una tradición judeocristiana (7). Por tanto, convendría matizar las conclusiones generales.

En segundo lugar, y dado que la religión presenta el mencionado sesgo y además tiende a asociarse con las tradiciones mayoritarias e institucionalizadas, se usa también el concepto de espiritualidad (3,4,5,6,7) para incluir aquellas creencias o prácticas relacionadas,

en general, con lo *sagrado*<sup>4</sup>. En realidad tiene sentido: si se *ensancha* la categoría de religión para que abarque todos los fenómenos (*todo es religión*), a pesar de que no exista un eje común (*nada, en concreto, es religión*), habrán de incluirse por derecho propio también aquellas creencias, prácticas o experiencias individuales que escapan a las tradiciones históricas mayoritarias, y de ahí el término añadido de *espiritualidad*. Pero, de nuevo, el problema no es sólo conceptual, sino también metodológico. En este sentido, Koenig admite que, si se alude a la espiritualidad, tendrían que incluirse en los estudios sobre salud también todas las formas del movimiento *New Age*, la parapsicología, la astrología e incluso ideas del humanismo secular que, en la práctica, daría lugar a un concepto completamente inoperativo. Por ello, dice, la mayoría de la investigación sobre los efectos de la *espiritualidad* en salud en realidad se refiere exclusivamente a la *religión* (7). Se vuelve con ello al problema inicial: o bien una ausencia de definición o bien una definición deudora de raíces particulares que excluye, o no presta suficiente atención, a otros fenómenos.

**Dimensiones de la religión.** Para sortear las dificultades conceptuales arriba mencionadas, resulta útil el esquema<sup>5</sup> planteado por Saroglou, quien distingue cuatro dimensiones de la religión: creencia, comportamiento, vínculo y pertenencia (las *cuatro Bs*, por sus iniciales en inglés: *believing, behaving, bonding and belonging*) (2). A diferencia de los conceptos amplios y borrosos de *religión* y *espiritualidad* que funcionan como un *totum revolutum*, este esquema permitiría distinguir en primera

<sup>4</sup> El sentido de la espiritualidad en tanto que *fe no reglada* conecta, en sociología, con el fenómeno de individualización de la religión, relacionada con su progresiva desinstitucionalización. Autores clásicos como Thomas Luckmann o Peter Berger han tratado ampliamente esta cuestión. Una obra sobre el tema un poco más reciente (2009) es la de *El Dios Personal*, de Ulrich Beck.

<sup>5</sup> Uso, al respecto, sólo el esquema en tanto que resulta analíticamente muy útil, pero no el enfoque que adopta Saroglou, que usa estas categorías para subrayar las dimensiones psicológicas de la religión y la religiosidad individual (2). Me interesa sólo tal distinción para subrayar el elemento de la pertenencia que, aunque puede variar dependiendo de la naturaleza del grupo, permite una observación más directa del fenómeno religioso.

¿Déficits motivacionales en la promoción de la salud pública? Elementos para la reflexión sobre religión y COVID-19.

ISABEL ROLDÁN GÓMEZ

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 96  
5/10/2022  
e202210051

instancia las dimensiones concretas que pueden incidir en la salud y medirse. Por ejemplo, en el catolicismo el elemento de la creencia (en Dios, o en la doctrina de la Iglesia) es fundamental; pero, en el judaísmo ultraortodoxo, cabría enfatizar el comportamiento ritual, considerando que es una tradición fuertemente reglada. En cualquier caso, lo importante es que tal esquema permite aislar y combinar distintas dimensiones y atender a fenómenos como los de *pertenecer sin creer* o *creer sin pertenecer* (28), y aquí se incluiría el amplio espectro de la espiritualidad.

Asumiendo esta distinción, mi hipótesis es que las dificultades conceptuales que surgen al medir los efectos sobre la salud provienen de un excesivo hincapié en los componentes motivacionales que se asocian a la religión y, con ello, un énfasis en los aspectos de creencia y comportamiento de los individuos. En cambio, si se atiende a la naturaleza social de los grupos y a su encaje (el grado de pertenencia y compromiso interno) en las sociedades plurales, los efectos que puede tener *la religión* sobre la salud pública serán muy distintos, como se verá en el caso de la pandemia.

En definitiva: ¿aportan las religiones inputs motivacionales para el seguimiento de las normas que afectan en última instancia a la salud de toda la ciudadanía? Depende de su organización. Si se trata de una comunidad o secta, tal vez las motivaciones de sus miembros adopten una tendencia centrípeta, de lealtad al grupo, y por tanto disruptiva respecto a la sociedad en general. Por el contrario, si se trata del grupo religioso mayoritario y existe una continuidad entre éste y la sociedad (una continuidad, por ejemplo, de tipo identitario o cultural (28)), tal vez no haya reticencia de los miembros de tal grupo mayorita-

rio en el seguimiento de las normas de salud pública.

## COVID-19 Y RELIGIÓN

LA PANDEMIA DE LA COVID-19 CONSTITUYE un gran laboratorio en el que contrastar todo lo anterior. ¿Qué papel han jugado los grupos religiosos en la propagación del virus, la prevención o el seguimiento de las recomendaciones? ¿Puede establecerse alguna correlación entre la salud pública y las religiones en este sentido? Lo cierto es que aún no disponemos de análisis cuantitativos o estudios sobre el tema suficientes como para hacer afirmaciones rotundas. Sin embargo, a la espera de un mayor desarrollo de la literatura, los estudios disponibles (29,30,31,32), algunos episodios referidos por la prensa y los estudios previos sobre relaciones entre salud y religión, sí permiten introducir una reflexión e, incluso, tentativas de interpretación que apuntalan la hipótesis expuesta: lo que determina las posibles influencias de la religión sobre la salud pública es su forma organizativa y no sus contenidos doctrinales o prácticas rituales asociadas. Mostraré, a continuación, tres casos en los que puede verse una relación entre la situación de pandemia (y sus diferentes fases de propagación, contención y vacunación<sup>6</sup>) y las actitudes al respecto de los grupos religiosos. Se hace mención al final, en el caso de la vacunación, a los datos disponibles en España y sus potenciales relaciones con la religiosidad.

**Prácticas religiosas y COVID-19. Propagación.** Las prácticas religiosas comunitarias han sido uno de los focos más significativos de propagación del virus SARS-CoV-2, según algunos ejemplos con una fuerte carga mediática que ilustran el comportamiento de algunos grupos religiosos en el inicio de la pandemia.

**6** Las fases de propagación y contención se tratan por separado en aras de la organización del texto, aunque sin poder distinguirlas nítidamente, dado que en la práctica se vivieron de forma solapada. Se entiende, así, por fase de propagación, las primeras semanas de la pandemia en la que, a medida que el virus se expandía, los gobiernos comenzaron a adoptar medidas para tratar de contener dicha expansión.

¿Déficits motivacionales en la promoción de la salud pública? Elementos para la reflexión sobre religión y COVID-19.

ISABEL ROLDÁN GÓMEZ

El 30 de marzo de 2020, unos cuatrocientos Jaredies (judíos ultraortodoxos) participaron masivamente en el funeral de su rabino Tzvi Shenkar, contraviniendo las restricciones sanitarias del momento que obligaban, como en el resto del mundo, a un estricto confinamiento para evitar la propagación del virus (33). De hecho, y de acuerdo a los datos sobre contagio (los Jaredies representan una tercera parte del total de la sociedad israelí), se ha considerado el judaísmo ultraortodoxo un factor de riesgo en la mortalidad por COVID-19, junto con la edad avanzada o la comorbilidad (34). En Corea del Sur, casi las dos terceras partes de infecciones por la COVID-19 se localizaron en el *paciente 31*, un individuo que rezaba en la Iglesia de Jesús en Daegu, una secta cristiana. Al parecer, el líder de la Iglesia, Lee Man Hee instó a sus miembros a que acudieran presencialmente a la iglesia, incidió en la importancia del tacto para preservar la fe, prohibió las mascarillas y se negó a reportar al gobierno las listas de fieles que habían acudido y, por ende, podrían haberse contagiado. Como consecuencia, los autodenominados cristianos en Corea del Sur están tratando de distanciarse de esta secta cuyo líder ha sido además investigado por negligencia contra la salud pública (32). En Estados Unidos, el líder de una congregación pentecostal en Baton Rouge, el reverendo Spell, instó también a sus miembros a acudir a la iglesia y *perder el miedo al virus*, dado que éste sólo era una prueba del anticristo al que había que vencer por medio de la fe. Centenares de personas, que provenían además de regiones pobres del país, acudieron durante el período de confinamiento a defender juntas sus *derechos religiosos* y rezar contra el miedo (32).

En estos ejemplos, los grupos religiosos constituyeron un foco de propagación del virus. ¿Es la religión un factor de riesgo para la salud? Al espíritu ilustrado, secular, puede resultar tentador extraer conclusiones que vinculen religión y superstición; vínculo que, en este caso, además tiene consecuencias directas muy negativas para la salud pública.

Pero, del mismo modo que sería precipitado atribuirle al hecho religioso, en general, incentivos para la acción moral (respeto por las normas que protegen a todos), también lo sería tomar la parte por el todo. Lo que tienen en común estos ejemplos, alejados entre sí geográfica y culturalmente, no es la doctrina religiosa, más allá de las interpretaciones particulares de los líderes, o las prácticas rituales en sí mismas, sino el grado de pertenencia y compromiso de los fieles a su comunidad o secta y, con ello, el grado de disrupción respecto a la sociedad general en la que se integran y cuyas instituciones dictaron las medidas de aislamiento y profilaxis.

Es más, si se atiende exclusivamente a la perspectiva doctrinal, encontraremos que los textos de las principales tradiciones religiosas promueven estilos de vida saludables, puesto que la vida y la salud son considerados *regalos de Dios* que hay que cuidar, como se ha señalado en algunos estudios sobre la importancia de la religión en el contexto pandémico (30). Pero en mi opinión esto, aunque puede resultar un hermoso ejercicio hermenéutico, no es lo relevante para la salud pública, pues no nos dice nada acerca de por qué los grupos religiosos se comportan de un modo u otro. Por el contrario, observar la relación entre el grupo religioso y la sociedad permite analizar los elementos de facilitación o disrupción en salud pública, como se muestra en el siguiente apartado.

### Grupos religiosos y COVID-19. Mitigación.

Un análisis cuantitativo realizado en Estados Unidos en los períodos de confinamiento y luego aislamiento durante la pandemia, sugiere una interpretación afín respecto a las relaciones entre adherencia religiosa y cumplimiento de las pautas sanitarias. La hipótesis que intentaron contrastar es si la religiosidad es un elemento que facilita tal cumplimiento o lo obstaculiza, aprovechando la situación excepcional de la pandemia, que posibilitaba un seguimiento casi en directo de las fases de protección y promoción en salud

¿Déficits motivacionales en la promoción de la salud pública? Elementos para la reflexión sobre religión y COVID-19.

ISABEL  
ROLDÁN  
GÓMEZ

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 96  
5/10/2022  
e202210051

pública (29). Para ello, partían de las dos tendencias en la literatura sobre el tema: de un lado, las relaciones positivas entre religiosidad y salud pública, pues algunos autores sostienen que las creencias religiosas promueven, desde un punto de vista cognitivo, actitudes sumisas hacia la autoridad (35), lo que implicaría el acatamiento de las normas sanitarias; de otro lado, se señalaban las relaciones negativas, pues la religiosidad, y en concreto la que asocia la fe con una suerte de *apoyo ilimitado*, según otros autores, puede implicar una relajación en el cumplimiento de las medidas de protección de la salud (36).

Pues bien, una de las ventajas del diseño del estudio consiste en que el concepto que lo articula no es el factor R/S sino el de *densidad religiosa*, que mide la religiosidad en clave sociológica, es decir, cuantificando el número de congregaciones religiosas por cada diez mil habitantes. La densidad mide, entonces, el nivel de pluralismo religioso en un lugar determinado y si ello ha guardado relación o no con el seguimiento de las pautas sanitarias (confinamiento, aislamiento, distancia social y uso de mascarillas) en el contexto de pandemia. Los resultados, aunque tentativos pues deberían analizarse otras variables, son no obstante interesantes: cuando las medidas de salud pública eran de obligado cumplimiento (por ejemplo, el confinamiento), una mayor densidad religiosa, esto es, un mayor número de congregaciones, llevaba aparejada una mayor reticencia en el acatamiento de estas normas en tanto que se percibían como una restricción a la libertad religiosa (29).

En última instancia, lo significativo es que esta reticencia no depende de los contenidos religiosos, y ni siquiera de las actitudes individuales hacia la creencia, sino del número de comunidades, la densidad. Las políticas de salud pública, entonces, deberían tomar en consideración el hecho del pluralismo, con sus desafíos, y no, como a veces se señala (30), prestar atención a la *religión*. En última ins-

tancia, si se atiende a su forma organizativa y no a su *potencial semántico*, como propongo, tales conclusiones ayudan a comprender de qué modo específico puede la *religión* interaccionar con la salud pública. En este sentido, es revelador que cuando las normas de salud pública se perciben como amenazantes (en este caso porque restringen el derecho a la reunión del grupo), las comunidades religiosas pueden cerrarse sobre sí mismas y, con ello, volverse refractarias a las políticas correspondientes; y, si el número de comunidades es elevado, ello puede suponer un problema de salud pública.

**Grupos religiosos y COVID-19. Vacunación.** Por último, en España, los datos más recientes que proporciona el Centro de Investigaciones Sociológicas sobre vacunación, organizados por afiliaciones religiosas, sugieren también resultados compatibles con la hipótesis aquí defendida: es la forma y no el contenido religioso la que determina el grado de seguimiento y confianza en las normas de salud pública, en este caso en las vacunas contra la COVID-19. España es un país con poca densidad religiosa, en el sentido de que la distribución de la religiosidad es desigual: un 68% de autodenominados católicos y sólo un 3% de creyentes de otras religiones (37). Por tanto, y de acuerdo a la hipótesis, el grupo religioso mayoritario, por su continuidad con el resto de la sociedad, no debería suponer un elemento disruptivo en la adopción de las recomendaciones sanitarias, al menos en lo que a vacunación se refiere. ¿Ha sido así? Lo cierto es que sí: el 98% de los católicos practicantes y el 96,4% de los católicos no practicantes se han vacunado, es decir, casi la totalidad de ellos (38). Por supuesto, otros factores que se cruzan con la religión tales como la edad, el género o la clase social deberían ser tenidos en cuenta antes de sacar conclusiones, y de hecho sería positivo que futuros estudios analizaran esta cuestión, pero puede decirse que por el momento los católicos, mayoritarios, no parecen haber mostrado reticencias respecto a la vacunación.

¿Déficits  
motivacionales  
en la promoción  
de la salud  
pública?  
Elementos  
para la reflexión  
sobre religión  
y COVID-19.

ISABEL  
ROLDÁN  
GÓMEZ

Ahora bien, tal vez lo más significativo es que el grupo que menos se ha vacunado lo constituye precisamente el formado por *creyentes de otras religiones*: un 13,6% (en comparación con los no vacunados de otros grupos: el 1,8% de católicos practicantes, el 3,3% de los católicos no practicantes y el 4,3% de los agnósticos). Y las razones esgrimidas por este grupo en concreto también son reveladoras: el 36,7% no lo ha hecho porque no cree que sean eficaces y el 25,4% porque no se fía de las vacunas (38), es decir, por razones de carácter epistémico. Ello sugiere una desconfianza por parte de los creyentes de las religiones minoritarias hacia la efectividad de las medidas de salud pública (en este caso la vacunación) que adopta el gobierno para la sociedad en general.

Cabría mantener cierta cautela a la hora de interpretar estos datos, dado que el tamaño de muestra de los creyentes de otras religiones no es lo suficientemente significativo, además de que otras variables deberían analizarse conjuntamente, pero puede apreciarse una tendencia según la cual los grupos religiosos minoritarios (las comunidades que se cierran sobre sí mismas) son los que, en principio, muestran una menor confianza en las normas de salud pública y lo que, por lo tanto constituye un desafío para la disciplina.

## CONCLUSIONES



¿OFRECEN LAS TRADICIONES RELIGIOSAS un *input* motivacional para un desarrollo óptimo de la salud pública? Desde mi perspectiva, tal pregunta, que conecta con la tendencia a repensar la religión en las sociedades seculares, se difumina y se vuelve poco pertinente cuando aterriza en escenarios y problemas concretos, especialmente ante un problema de salud pública como el que ha supuesto la pandemia de la COVID-19.

Como se ha visto, algunos autores subrayan la importancia de la religión y la espiritualidad para la salud; y doctrinas, creencias, prácticas y actitudes propias de las tradiciones religiosas parecen fundamentar esta relación. Sin embargo, la imprecisión de la *religión*, así como el insuficiente reconocimiento de su carácter social y de su organización y acomodo en las sociedades complejas, hace que otras cuestiones quizá más importantes sean pasadas por alto: ¿Cómo integrar el pluralismo religioso en el desarrollo de políticas de salud pública? ¿Cómo hacer para que esas políticas públicas interpelen al conjunto de la ciudadanía, también a las comunidades que tienden a cerrarse sobre sí mismas? ¿Constituye al respecto la pertenencia una dimensión de la religión más determinante que la creencia? Espero que futuras investigaciones se ocupen de estas cuestiones aquí sólo esbozadas. ●

¿Déficits motivacionales en la promoción de la salud pública? Elementos para la reflexión sobre religión y COVID-19.

ISABEL  
ROLDÁN  
GÓMEZ

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 96  
5/10/2022  
e202210051



1. Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2006.
2. Saroglou V. *Believing, Bonding, Behaving, and Belonging: The Big Four Religious Dimensions and Cultural Variation*. Journal of Cross-Cultural Psychology. 2011; 42(8): 1320-1340.
3. Rosemarin DH, Koenig HG, editores. *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health*. Second Edition. United Kingdom: Elsevier; 2020.
4. Oman D, editor. *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health*. Switzerland: Springer; 2018.
5. Koenig HG, Hamilton JB, Doolittle BR. *Training to Conduct Research on Religion, Spirituality and Health: A Commentary*. Journal of Religion and Health. 2021; 60: 2178-2189.
6. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press; 2012.
7. Koenig HG. *Is Religion. Good for Your Health? The Effects of Religion on Physical and Mental Health*. London and New York: Routledge; 2008.
8. Krause N. *Religion and Health: Making Sense of a Disheveled Literature*. Journal of Religion and Health. 2011; 50: 20-35.
9. Lee BY, Newberg AB. *Religion and Health: A Review and Critical Analysis*. Zygon. 2005; 40(2): 443-468.
10. Demir E. *The Evolution of Spirituality, Religion and Health Publications: Yesterday, Today and Tomorrow*. Journal of Religion and Health. 2019; 58(1): 1-13.
11. Kim ES, VanderWeele TJ. *Mediators of the Association Between Religious Service Attendance and Mortality*. American Journal of Epidemiology. 2019; 188(1): 96-101.
12. Enstrom JE, Breslow L. *Lifestyle and Reduced Mortality among Active California Mormons, 1980–2004*. Preventive medicine. 2008; 46(2): 133-136.
13. Friedlander Y, Kark J, Stein Y. *Religious Observance and Plasma Lipids and Lipoproteins among 17-years-old Jewish residents in Jerusalem*. Preventive Medicine. 1987; 16: 70-79.
14. Kent BV, Stroope S, Kanaya AM, Zhang Y, Kandula NR, Shields AE. *Private Religion/spirituality, Self-rated Health, and Mental Health among US South Asians*. Quality of Life Research. 2020; 29: 495-504.
15. Schieman S, Bierman A, Ellison CG. *Religion and Mental Health*. En: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A (editores). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. 2013. New York: Springer.
16. Paz Mosqueiro B, Rezende Pinto A, Moreira-Almeida A. *Spirituality, Religion, and Mood Disorders*. En: Rosemarin DH, Koenig HG (editores). *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health*. Second Edition. 2020. United Kingdom: Elsevier.
17. Asser S, Swan R. *Child Fatalities from Religion-Motivated Medical Neglect*. Pediatrics. 1998; 101(4): 625-629.
18. Barrett JB, DeVanzo J, Ellison CG, Grammich C. *Religion and Attitudes Toward Family Planning Issues Among US Adults*. Review of Religious Research. 2014; 56: 161-188.
19. Leiter E, Greenberg KL, Donchin M, Keidar O, Siemiatycki S, Zwas DR. *Cardiovascular Disease Risk Factors and Health Behaviors of Ultra-orthodox Jewish Women in Israel: a Comparison Study*. Ethnicity & Health. 2020: 1-16.
20. Idler E. *Religion: The Invisible Social Determinant*. En: Idler E (editor). *Religion as a Social Determinant of Public Health*. 2014. Oxford University Press, pp. 1-23.
21. Barmania S, Reiss MJ. *Health Promotion Perspectives on the COVID-19 Pandemic: The importance of Religion*. Global Health Promotion. 2020; 28(1): 15-22.
22. Farley TM, Samuelson J, Grabowski MK, Ameyan W, Gray RH, Baggaley R. *Impact of Male Circumcision*

¿Déficits  
motivacionales  
en la promoción  
de la salud  
pública?  
Elementos  
para la reflexión  
sobre religión  
y COVID-19.

ISABEL  
ROLDÁN  
GÓMEZ

Rev Esp Salud Pública  
Volumen 96  
5/10/2022  
e202210051

on Risk of HIV Infection in Men in a Changing Epidemic Context; Systematic Review and Meta-analysis. Journal of the International AIDS Society. 2020; 23(6): 1-16.

23. Menczer J. *The Low Incidence of Cervical Cancer in Jewish women: Has the Puzzle Finally Been Solved?* IMAJ-RAMAT GAN. 2003; 5(2): 120-123.

24. Moreira-Almeida A. *Religion and Health: the more we know the more we need to know.* World Psychiatry. February 2013; 12(1): 37-38.

25. Griffiths P. *The very idea of Religion.* First Things. 2000. Disponible en: <https://www.firstthings.com/article/2000/05/the-very-idea-of-religion> [citado en abril de 2022].

26. Maltese G. *Islam Is Not a "Religion". Global Religious History and Early Twentieth-Century Debates in British Malaya.* Method and Theory in the Study of Religions. 2021; 33: 345-380.

27. Anderson N, Heywood-Everett S, Siddiqi N, Wright J, Meredith J, McMillan D. *Faith-adapted Psychological Therapies for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-analysis.* Journal of Affective Disorders. 2015; 176: 183-196.

28. Hervieu-Léger D. *The Role of Religion in Establishing Social Cohesion.* Eurozine. 2006. Disponible en: <https://www.eurozine.com/the-role-of-religion-in-establishing-social-cohesion/> [citado en abril de 2022].

29. DeFranza D, Lindow M, Harrison K, Mishra A, Mishra H. *Religion and Reactance to COVID-19 Mitigation Guidelines.* American Psychologist. 2021; 76(5): 744-754.

30. Barmania S, Reiss MJ. (2021). *Health Promotion Perspectives on the COVID-19 Pandemic: The Importance of Religion.* Global Health Promotion. 2021; 28(1): 15-22.

31. Bouayed J, Hefeng FQ, Desai MS, Zhou B, Rashi T, Soulimani R, Bohn T. *Anti-pandemic Lessons and Altruistic Behavior from Major World Religions at the time of COVID-19.* Brain, Behavior, and Immunity. 2021; 95: 4-6.

32. Wildman WJ, Bulbulia J, Sosis R, Schjoedt U. *Religion and the COVID-19 Pandemic.* Religion, Brain & Behavior. 2020; 10(2): 115-117.

33. Sanz JC. *La plaga se ceba con los temerosos de Dios en Israel.* El País. 2020, 25 de abril.

34. Schattner A, Klepfish A. *Orthodox Judaism as a Risk Factor of COVID-19 in Israel.* The American Journal of the Medical Sciences. 2020; 360(3): 304.

35. Saroglou V, Corneille O, Van Cappellen P. *"Speak, Lord, your servant is listening": Religious Priming Activates Submissive Thoughts and Behaviors.* The International Journal for the Psychology of Religion. 2009; 19(3): 143-154.

36. Wu EC, Cutright KM. *In God's Hands: How Reminders of God Dampen the Effectiveness of Fear Appeals.* Journal of Marketing Research. 2018; 55: 119-131.

37. CIS. *Barómetro de mayo de 2018. Estudio n. 3213.* Disponible en: [https://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/3200\\_3219/3213/es3213mar.pdf](https://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/3200_3219/3213/es3213mar.pdf) [citado en abril de 2022].

38. CIS. *Barómetro de enero de 2022. Estudio n. 3347.* Disponible en: [https://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/3340\\_3359/3347/es3347mar.pdf](https://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/3340_3359/3347/es3347mar.pdf) [citado en abril de 2022].