

ANTROPOLOGÍA 2021

FICHA DE CÁTEDRA 12

Reflexiones en torno a la constitución de una Antropología de los procesos de salud/enfermedad/atención.¹

Cristina Belloc²- Silvia Pérez³-Ana Lia Verón⁴

1 -Algunos antecedentes

Nos parece productivo iniciar nuestro recorrido, siguiendo a Foucault (1990), quien aborda los orígenes de la medicina y su vinculación con los individuos y la sociedad. Este autor expresa que:

“El capitalismo que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la consciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault, 1990: 125)

Foucault reconoce tres etapas en la formación de la medicina social: la medicina del Estado, centrada en la organización de un saber médico estatal y en la normalización de la profesión; la medicina urbana: vinculada a los problemas de urbanización que generaron hacinamiento, cloacas, etc. y la medicina de la fuerza laboral: que se focalizó en la clase obrera y en la necesidad de recuperación de la fuerza de trabajo a través de la hospitalización.

2. Configuración del Modelo Médico Hegemónico (MMH)

Este recorrido de lo que Foucault entiende como medicina social es el antecedente histórico de la biomedicina que luego, el antropólogo argentino, Eduardo Menéndez (1990), va a conceptualizar como Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH).

Menéndez define al Modelo Médico Hegemónico como *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica, que desde fines de siglo XVIII ha ido logrando relegar como subalternos a otro conjunto de prácticas, saberes e ideologías, hasta lograr identificarse como la forma preponderante de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”.* (Menéndez, 1990)

El MMH construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención lo que, en la práctica social, se resuelve a través de procesos de transformación de las otras prácticas y saberes curativo preventivos, que

¹ Este texto corresponde al Capítulo 17 del Libro Antropología, problemáticas y debates. Mainetti, Maria (coord.) 2020. Ed Fundación La Hendija

² Ex Prof. Titular de Antropología. Facultad de Psicología UNMdP

³ Docente de Antropología. Facultad de Psicología UNMdP

⁴ Docente de Antropología. Facultad de Psicología UNMdP

constituyen procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias, constituidas a partir de la hegemonía⁵ obtenida por el Modelo Médico.

La institucionalización del modelo hegemónico acompaña el desarrollo económico político de las capas burguesas que se apropian directamente del poder entre 1750 y 1880. Todos los caracteres del MMH están saturados por concepciones ideológicas de esta burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la pequeña burguesía independiente a la que pertenece la mayoría de los médicos.

Este modelo supone en consecuencia una serie de características: será jerárquico, asimétrico y clasista. Así, entre sus principales rasgos estructurales podemos señalar:

- ☐ Biologismo: los principios causales de todos los procesos de salud/enfermedad son reducidos a los factores biológicos involucrados en ellos.
- ☐ Concepción teórica evolucionista-positivista.
- ☐ Ahistoricidad, asociabilidad, individualismo⁶.
- ☐ Eficacia pragmática: los criterios de verdad de la disciplina se van construyendo y validando de acuerdo a su utilidad práctica.
- ☐ La salud-enfermedad como mercancía: la salud se convierte en un bien más de consumo, alrededor del cual se van construyendo circuitos de poder económico, la atención de la salud se constituye en un servicio profesional que cotiza en el mercado.
- ☐ Orientación básicamente curativa basada en la eliminación del síntoma: apunta a controlar las consecuencias de un proceso que lleva a la enfermedad y no a corregir las causas que le dan origen.
- ☐ Concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia: establece una analogía en la que la salud se asocia a lo normal y la enfermedad a la ruptura de ese orden.
- ☐ Relación médico-paciente asimétrica en la que se da una subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión en el caso de las instituciones psiquiátricas. Esta variable se fundamenta en la siguiente:
- ☐ Concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado incapaz de ser un constructor activo de su salud; en el caso de algunas enfermedades el paciente como responsable de su enfermedad.
- ☐ Por otro lado, se induce a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud (los “pacientes”) desalentando la participación activa y crítica.
- ☐ Exclusión del “consumidor” (paciente) en la producción de prevención (un claro ejemplo lo constituyen las campañas de prevención del SIDA para adolescentes generadas desde el discurso médico sin atender los códigos propios de la población destinataria).
- ☐ Prevención no estructural que atiende a las consecuencias y no a los factores causales: (este rasgo se relaciona directamente con la variable referida a la

⁵ “El poder que se denomina hegemónico es un poder que se puede denominar sutil, simbólico o cultural. Es definido como un proceso de dirección política, ideológica, cultural en el cual una clase o sector en alianza con otras clases logra una apropiación diferencial de las instancias de poder admitiendo espacios donde los grupos subalternos (no hegemónicos) desarrollen sus prácticas independientes.” Boivin, M, Rosato, A., y Arribas, V. (1998) “Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología social y cultural” Cap. II. Pág. 153. Bs.As. Eudeba.

⁶Para explicar el proceso salud enfermedad no bastan los hechos biológicos, sino que es necesario aclarar cómo está articulado el proceso social. Pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico es social en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del contexto histórico, por ejemplo, la duración del ciclo vital es diferente en diferentes épocas.

orientación básicamente curativa), por ejemplo, la campaña de prevención del cólera que hacía eje en clorar el agua y no en subsanar las malas condiciones de provisión de agua potable y cloacas.

- No legitimación científica de otras prácticas: en general las que provienen de culturas no occidentales y aun el caso del psicoanálisis, por considerar que no responden al “método científico positivista”.
- Tendencia a la medicalización de los problemas: ej. la menopausia o el embarazo como momentos del ciclo vital de una mujer son reducidos a problemas que compete resolver a la medicina.
- Tendencia inductora al consumismo médico: ej. desarrollo de especialidades que se dieron en llamar “la medicina del deseo”, cirugía plástica, reproducción asistida, etc.
- Predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad: los criterios de evaluación se focalizan en lo cuantitativo, ej. cantidad de dosis de vacunas que se proveen y no en el análisis del cumplimiento del plan de vacunación.

Estos rasgos estructurales caracterizan inicialmente a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y la mayor parte del actual. Los caracteres enumerados no son fijos, sino dinámicos, dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en los niveles de la sociedad global como en las condiciones autónomas de la propia teoría y práctica médicas.

Estos rasgos determinan un tipo de práctica donde los factores etiológicos⁷ y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente “natural”, donde los procesos sociales determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos sociales son considerados como “pacientes”.

La práctica médica que resulta de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo o, a lo sumo, a la suma de individuos. La explicación causal de la enfermedad es puesta en lo biológico y algunas veces en lo psicológico⁸. Este modelo no reconoce la salud/enfermedad como una construcción social, sino que la define como un hecho biológico “en sí” dejando de lado la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que afectan la salud global de las personas.

Es durante el período constitutivo cuando el modelo formula y consigue imponer su concepción excluyente respecto de otras prácticas consideradas alternativas. Pero esta exclusión se dará en términos ideológicos. Se fundamenta dicha exclusión en su identificación con la racionalidad científica y en un proceso de profesionalización legitimado por el Estado.

La extensión y permanencia de prácticas no hegemónicas (alternativas y de autoatención), no es producto de resistencias contraculturales, más bien se mantienen y reproducen por su eficacia, su reconocimiento social y por ser frecuentemente las únicas y más baratos con que pueda contar cierta parte de la población.

⁷ Parte de la medicina que se encarga de estudiar la causa de las enfermedades.

⁸ La ciencia médica se basa en la reducción a lo objetivable, a lo mensurable; cuando el padecer de una persona va más allá de lo registrable en su cuerpo biológico se clasifica como “enfermedad de etiología no especificada” o “sin causa aparente”, allí es donde se apela a la posible dimensión psicológica tanto para su causa como para su tratamiento. Es decir, la medicina - cuando el discurso médico se encuentra con aquello ante lo cual no puede dar respuesta- lo desplaza a lo psicológico.

El MMH necesita imponer su hegemonía, ser la referencia científica y legitimada de las acciones contra la enfermedad. Tanto la clase obrera como los dueños de los medios de producción y el Estado, requieren, por razones contradictorias y complementarias, una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia; es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra.

La legitimación, para estigmatizar las prácticas alternativas, la obtiene de manera parcial de las funciones de control social e ideológico que comúnmente cumple.

El acto médico constituye no sólo un acto técnico, sino también un acto social e ideológico, pero no es reconocido como tal en su propia práctica. Hechos tan evidentes, como que gran parte de la automedicación con fármacos, la población la ha aprendido del equipo de salud, tienden a ser ignorados o negados. Gran parte del uso erróneo fue transmitida por los médicos. Luego al generarse modificaciones en la práctica médica, tanto en función de nuevas investigaciones, como de observar la resistencia del agente, dichas modificaciones no fueron transmitidas como equivocaciones o cambio técnico, sino que se percibe como error popular, sin registrar de donde partió dicho equívoco.

Lo social constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en su nivel manifiesto, pero no lo aplica a sí misma. En este sentido, Menéndez plantea que tanto el Estado, como la sociedad hegemónica, como el MMH comparten el supuesto que lo social fue concebido como algo dado, natural y no conflictivo.

La estratificación social e ideológica generada en algunos países capitalistas utilizaría indicadores raciales, que como en el caso de Inglaterra se utilizaron para establecer diferenciaciones en cuanto a puestos y jerarquías. El biologismo del modelo se potencia para fundamentar las prácticas discriminatorias institucionalizadas en algunos contextos por las instituciones médicas.

Con ello, se evidencia que la característica de autonomía de la profesión médica, se debe a su relación con el Estado, con respecto al cual no es genuinamente autónomo. El Estado legitima a la práctica médica como la única habilitada para actuar sobre el proceso salud -enfermedad. Gran parte de la intervención médica en la esfera de la salud constituye una fracción que opera sobre el orden social.

Las funciones del Modelo Médico hegemónico

El análisis de las **funciones del MMH** constituye uno de los principales aportes de la antropología y de la sociología. El MMH cumple una serie de funciones que podemos agrupar en tres tipos:

- 1) el que incluye las **funciones curativas, preventivas y de mantenimiento**; La primera es la que aparece generalmente como única, o por lo menos como la reconocida como más importante y relevante. Y, en cierta medida así lo es, por lo menos son las más frecuentes, son aquellas con las cuales se identifica la práctica médica.
- 2) El segundo tipo integra **funciones de control, normatización, medicalización y legitimación**; son parte implícita del trabajo médico: éste necesita normatizar para actuar, requiere controlar para ser eficaz. Esto se hace evidente incluso en la forma de nombrar las prácticas o los programas: "*Control del embarazo*", "*Control del crecimiento y desarrollo del niño*", "*Control pediátrico*", etc. Todos estos se sustentan a través de las llamadas "*propuestas normativas*" que se construyen a partir de la interacción entre los organismos internacionales (OMS, OPS, etc.), las distintas organizaciones profesionales y el Estado y que

se corporizan en: formularios de historias clínicas, gráficos de seguimiento, criterios unificados de diagnóstico y atención y, fundamentalmente, en los conceptos⁹ y definiciones¹⁰ que serán considerados válidos en el campo médico.

Debemos recordar que el mero hecho de prevenir un padecimiento supone la posibilidad de normatizar y de controlar. El término “vigilancia epidemiológica”¹¹ expresa en toda su transparencia este proceso, que en todos los casos supone además una organización jerarquizada de la normatización y del control, así como una participación pasiva de los “pacientes”.

Estas funciones, por otra parte, tienden a radicar en la subjetividad (sujeto) procesos y consecuencias que deben ser buscados en la estructura, o por lo menos en la relación estructura/sujeto. Los llamados “profesionales de la salud” se han arrogado la facultad de determinar la moralidad de diferentes tipos de conducta y que también tienen acceso a un conjunto de conocimientos y recursos que pueden aplicar “legítimamente” a la eliminación o a la modificación de esas conductas. Por ejemplo este proceso de medicalización se ha expresado por medio de la expansión de la cobertura médica a cada vez más áreas del comportamiento, convirtiendo algunos problemas (“alcoholismo”) en enfermedad, u opacando la determinación económico-política de determinados cuadros de enfermedad (“la contaminación”).

La medicalización constituye un obstáculo para reducir la incidencia de determinados “padecimientos”. El reduccionismo a lo biológico impediría en estos casos reconocer, y en consecuencia actuar, sobre otras problemáticas que son llevadas al campo de lo médico para su solución.

- 3) un tercer tipo en el que se incluyen **funciones económico- ocupacionales** y constituye uno de los campos más investigados, el de las industrias de la salud y de la enfermedad. Estas industrias han generado una demanda de mano de obra comparativamente alta. En los países capitalistas centrales, el sector servicios es el que crea el mayor número de nuevos empleos; y es el sector salud uno de los que más contribuyen a esa dinámica.

Las funciones económico-ocupacionales deben ser relacionadas con uno de los rasgos básicos del modelo: la mercantilización. Esta categoría supone que tanto en términos directos como indirectos las instituciones médicas están determinadas por el mercado.¹² Esto quiere decir que la práctica médica, tanto en lo que hace a la atención reparativa como a la investigación, está regida por los intereses que se juegan en el mercado, intereses que no debemos pensarlos como simplemente “monetarios” sino teñidos de ideología.

La mercantilización se expresa fuertemente en los sistemas de prepago, los seguros médicos, la publicidad para autovenderse como profesional y en la relación de la industria farmacéutica con la indicación de medicamentos (lo que se suele llamar “*el poder de la lapicera*”).

⁹Un concepto clave en la actualidad es el de *riesgo*, que da origen al llamado “*enfoque de riesgo*”, de gran peso en la orientación de las acciones en salud pública.

¹⁰Por ejemplo, qué se define como “*madre adolescente*”, “*madre añosa*” o algo que ha llevado a un debate inagotable qué se define como “*muerte*”.

¹¹Se entiende por vigilancia epidemiológica el registro sistemático del desarrollo de las distintas patologías en una población (fundamentalmente las transmisibles) con la intención de lograr el control de las mismas.

¹² Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol*. México. Alianza

Los sistemas de atención pública de la salud no están exentos de la mercantilización (especialmente en los niveles de decisiones institucionales), pero en ellos predomina la escasez de recursos materiales básicos y el conflicto centrado en los bajos salarios del equipo de salud. El precio de un accidente laboral, la comercialización clandestina de órganos para trasplante, la compra de sangre, la inclusión o no de ciertos tratamientos en los sistemas prepagos también deben ser incluidos en este contexto mercantilizado.

En este sentido, vemos que este modelo de atención médica (que opera tanto en los países capitalistas metropolitanos, como en los de capitalismo dependiente y en los denominados “socialistas de estado”) – producto de un proceso que se inicia en el siglo XVIII- no escapa a las reglas de juego del consumo, como en el caso de cualquier otro bien, sólo que aquí por tratarse de la salud conecta directamente con el bien primario por excelencia que es “la vida como bien de consumo”, que se operacionaliza en esos conocidos conceptos de tasa de natalidad, mortalidad infantil, índices nutricionales, expectativas de vida, tasas de morbilidad, incidencia de enfermedades, etc. Claramente enunciado esto quiere decir que el orden biológico de la vida humana es una construcción del orden sociocultural, totalmente dependiente de los valores, significaciones y recursos asignados por un grupo a los procesos fisiológicos puros.

Tomando especialmente en cuenta el análisis de las instituciones sociales en el “proceso salud/enfermedad/atención”, Menéndez diferencia, **dentro del “Modelo Médico Hegemónico” tres “sub modelos”:**

1 - el “*modelo individual privado*” donde el rasgo de *mercantilización* de la salud/enfermedad y la *tendencia inductora al consumismo médico* adquieren la máxima expresión.

2 y 3 - Los “*modelos médicos corporativos*”, tanto sean *públicos*¹³ o *privados*¹⁴, en ambos, los rasgos que más se destacan son *la tendencia a la centralización y planificación, la burocratización y la dilución de la responsabilidad*. En ellos las creencias y las prácticas están especialmente influenciadas por el marco institucional que regula las actividades, pero debemos tener muy en cuenta que estos modelos son entidades para el análisis y que tanto los *pacientes* como los *curadores* pertenecen, interactúan y negocian permanentemente en más de un modelo. Decíamos más arriba que el MMH - saber aceptado como verdadero- se expande no sólo por su propia producción teórica, sino también porque incorpora a su práctica los saberes alternativos, subordinándolos ideológica y técnicamente. Es decir que, coherente con las pautas de reproducción del sistema, el MMH se apropia de todas y cada una de las prácticas alternativas reelaborando su significado.¹⁵

Nos parece importante señalar que tanto durante el desarrollo de las sociedades capitalistas como en esta época de globalización (aun en las comunidades más remotas), convivieron y conviven varias prácticas y saberes destinados a la atención de la enfermedad; si bien el MMH tiende a excluir las otras posibilidades de atención, esto no se concreta de una forma mecánica, sino a través de continuos procesos de transformación, resignificación, apropiación y/o articulación de esas prácticas y saberes. Estos procesos de interrelación se dan en todas las direcciones entre el MMH y los modelos subordinados, dependiendo de cada caso las características que adquiera¹⁶

¹³Ejemplos de *modelo médico corporativo público* serían los sistemas provincial, nacional o municipal de atención de la salud.

¹⁴Ejemplos de *modelo médico corporativo privado* serían los sistemas prepagos, o las obras sociales gremiales.

¹⁵Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol*. México. Alianza

¹⁶ Para citar un ejemplo muy actual, las interrelaciones del MMH con la medicina ayurvédica de la India no son las mismas que con la medicina guaraní.

tengamos en cuenta que lo que se está definiendo constantemente en dicha interrelación es lo que será tomado como “verdadero” o “válido” y cuál será su justificación.

3. Modalidades de atención a la enfermedad y la salud

Hablar de modelos de atención a la enfermedad nos remite no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino que incluye todas las prácticas que los grupos sociales implementan intencionalmente tanto para tratar a los padecimientos como para evitar que estos se desarrollen. En las sociedades llamadas occidentales coexisten diversas modalidades de atención a las enfermedades.

Por lo tanto, si tomamos en cuenta las prácticas o comportamientos que los sujetos y grupos sociales, de acuerdo a la posición social ocupada, ponen en juego con respecto a sus padecimientos y, tal como plantea Menéndez, identificamos diversas modalidades de atención. Entre éstas podemos distinguir:

- a) las formas de tipo biomédico a padecimientos físicos y mentales reconocidos como enfermedades, desde la atención primaria de la salud hasta los niveles de mayor complejidad, tanto a nivel público como privado. Aquí se incluyen los distintos tipos de psicoterapias;
- b) modalidades de atención de tipo “popular” y “tradicional” por ejemplo los curanderos, a la vez que deben incluirse ciertas figuras religiosas con un papel curativo como la Rosa Mística y las actividades de sanación desarrolladas dentro de diversos cultos por ejemplo los curas carismáticos;
- c) las terapias alternativas;
- d) formas médicas académicas pertenecientes a otras tradiciones culturales por ejemplo la acupuntura;
- e) las modalidades de atención centradas en la autoayuda
- f) la auto atención.

Cabe destacar que estas diversas modalidades de atención, no son excluyentes entre sí. A lo largo de la trayectoria de enfermedad los sujetos y grupos sociales pueden implementar de manera alternada y/o complementaria la automedicación, la cura del empacho a la vez que consultar con un médico clínico. Por otra parte, siguiendo con el desarrollo realizado por Menéndez, la auto atención se constituye como una actividad estructural implicada en el proceso de salud/enfermedad/atención; que puede desarrollarse o no en referencia a las actividades de los curadores profesionales y que no incluye su intervención central.

La auto atención puede ser pensada en dos niveles, uno amplio y otro restringido. El primero hace referencia a las diversas representaciones y prácticas que los sujetos y grupos sociales implementan con el fin de asegurar la reproducción biosocial, sobre todo a nivel del grupo doméstico y será en referencia a la cultura del propio grupo. Se incluyen aquí las acciones ejecutadas en la atención de un padecimiento o su prevención, así como toda una serie de actividades referidas al aseo del hogar, a una dieta balanceada y al cuidado del cuerpo entre otros. El sentido restringido de la auto atención hace referencia a todas las acciones que intencionalmente se aplican al proceso salud/enfermedad/atención –por ejemplo, mi hijo tiene gripe, le administro aspirinetas, le hago vapores a fin de levantar los síntomas y no le permito salir afuera para evitar una recaída.

Es necesario aclarar que, si bien se recupera la autoatención como principal forma de atención a la salud, no supone necesariamente que sea siempre eficaz y acertada. Si no más bien, interesa rescatar su importancia, a la vez que el papel que los propios efectores formales de salud juegan en torno a la auto atención, ya que, si bien los conjuntos sociales se apropian y aprenden de la relación médico-paciente, los curadores profesionales “enseñan” más de lo que buscan.

Tal como ha sido descrito, desde la perspectiva antropológica aplicada al campo de la salud, los saberes construidos en torno al proceso salud/enfermedad/atención no son privativos de la perspectiva biomédica; ya que los conjuntos sociales construyen significados, atribuyen sentidos y ponen cotidianamente en juego diversas prácticas en torno al mencionado proceso.

4. El surgimiento de la antropología y su vinculación con el campo de la salud

La tercera vía de desarrollo de la “medicina social”, tal como vimos con Foucault, es contemporánea al surgimiento de la antropología como disciplina científica, la cual recorta su objeto en el estudio del “otro cultural”, que fueron principalmente en este momento las llamadas sociedades primitivas”. La mirada antropológica, condicionada por la escuela evolucionista, tratará como exótico, simple y primitivo todas aquellas prácticas de las sociedades tribales que se vinculen con la atención de los padecimientos, íntimamente ligados a perspectivas religiosas y a la cosmovisión de cada pueblo.

En la década del '30 comenzó a desarrollarse la Antropología aplicada, vinculada directamente a las políticas de Estado. La antropología británica, por ejemplo, desarrolló el trabajo aplicado en sus colonias, a partir de las necesidades que planteaba la administración colonial. Es recién después de la crisis de la antropología aplicada colonial (fines de los '40) que los antropólogos británicos empiezan a ocuparse de los problemas sociales de la metrópoli (década del '50).

En América, el desarrollo de una Antropología Aplicada vinculada a las políticas de Estado se formuló -antes que en EEUU- en el México posrevolucionario, actuando como legitimadora de la política indigenista, que propició la participación de los antropólogos como interventores sociales en materia de aculturación sanitaria, lo que favoreció la introducción del funcionalismo en el estudio de las medicinas indígenas. De este modo, los paradigmas que guiaron el análisis antropológico vinculado a la salud entre los indígenas de América Latina fueron, por un lado, el funcionalismo, cuya referencia inicial fue la obra de Redfield¹⁷ en Yucatán (1941) y, por otro, la escuela de cultura y personalidad en su vertiente configuracionista, que recuperaría más tarde Ackercknecht.

En EEUU, en tanto, la mayoría de los aportes en salud se refieren, hasta los '60, a América Latina, fundamentalmente a programas de cooperación internacional y de penetración ideológica, dejando a la Sociología el análisis de la sociedad norteamericana.

Así entonces, los antropólogos participaron, tanto en el diseño como en la ejecución, de planes de intervención en salud y en educación en comunidades aborígenes o en las áreas coloniales. El trabajo antropológico se orientó a redefinir los

¹⁷Si bien el trabajo de Redfield fue fundacional, su interés por los datos etnomédicos fue tangencial, dado que a él le interesaban los procesos de transición y cambio de las comunidades aborígenes inmersas en procesos de urbanización. En ese contexto estudió los procesos de transición y aculturación de los sistemas médicos en las sociedades tradicionales, que sirvieron de base a estudios posteriores que establecieron el papel de esos procesos como instrumentos de control social. Postuló la existencia de una medicina folk independiente de la biomedicina.

obstáculos en los procesos de modernización como obstáculos culturales, indagando a aquellos actores que impedían la modernización de la sociedad.

Hasta los sesenta adquieren gran trascendencia los programas de cooperación internacional y de penetración ideológica. Estos se despliegan sobre todo en América Latina y las viejas áreas coloniales¹⁸.

Ahora bien, la conformación de la Antropología Médica como uno de los campos de mayor desarrollo dentro de las aplicadas, comienza a estructurarse a mediados de los '60 a partir de temáticas que –si bien ya se venían estudiando en la disciplina- son problematizadas y resignificadas a través del proceso de salud/enfermedad/atención. Se va constituyendo, así, un campo con nuevos actores sociales (el enfermo, el paciente, el curador) y recuperando nuevos espacios grupales e institucionales (el consultorio de los médicos o curadores, instituciones de significación social, el hospicio, instituciones de investigación biomédica). Lo sustantivo en este campo no es lo temático, sino el tipo de problematización y el enfoque aplicado. (Menéndez, 1997)

Sin embargo, la medicina científica positivista, producto de un determinado momento histórico de la sociedad occidental, era tomada como referente y parámetro para analizar la atención de la salud en todo el resto de las culturas existentes. Aunque los antropólogos pudieran llegar a conocer decenas de sistemas culturales y sus respectivos subsistemas médicos, nunca considerarían a la *biomedicina* como un objeto más de estudio. Muy por el contrario, aplicaban los conceptos y categorías de la “*ciencia médica*” al análisis de los sistemas médicos del resto de las culturas. (Comelles y Hernáez, 1993)

Estos antropólogos no sólo no se plantearon el estudio comparativo de los distintos sistemas médicos, sino que se dedicaron a estudiar en las medicinas aborígenes aquello que no tenía ningún interés para la biomedicina: el papel social o los discursos de quienes la medicina consideraba legos.

Como consecuencia de este interés se desestimó el análisis de las prácticas de los aborígenes que, además de la medicina tradicional, utilizaban la alopática (tomaban aspirinas, se vacunaban o recurrían al médico). Esta escisión de lo tradicional y lo biomédico, no sólo dificultó la comprensión de la lógica de la articulación entre ambos sistemas, sino que llevó a la etnomedicina de los 50 y 60 a pensar los sistemas médicos en términos de ideas y no de prácticas. (Comelles y Hernáez, 1993)¹⁹

El desarrollo de la Antropología aplicada a temas de salud permitió la inclusión de antropólogos en programas interdisciplinarios durante los '60. Esta participación, sin embargo, tuvo un carácter pragmático que no tomaba en cuenta las relaciones sociales que envolvían a los procesos de enfermedad. El sector sanitario requería de los antropólogos el conocimiento del impacto que las variables socioculturales ejercían en una enfermedad específica o en la viabilidad de un programa.

¹⁸ En América Latina se denominó “Alianza para el Progreso”, programa de ayuda económica y social, patrocinado directamente por USA entre 1961 y 1970. En las viejas áreas coloniales del Pacífico afectadas por la II Guerra Mundial también se aplicaron infinidad de proyectos de intervención.

¹⁹ La vigencia de una antropología centrada en las representaciones y no en las prácticas, conducía, por ejemplo, a la descripción de creencias sobre el susto y el mal de ojo, pero sin producir datos sobre cuántos niños se morían de esos padecimientos. De este modo, las altas tasas de mortalidad fueron interpretadas por las características de la cultura, deduciéndose, así, la ineficacia de las estrategias curativas tradicionales. (Menéndez, 1997)

La demanda de determinados tipos de trabajo antropológico, iniciada tempranamente en los '30, se incrementó hasta que, como producto de una serie de situaciones críticas ocurridas en los '50 y '60²⁰, se formularon denuncias sobre el carácter político e ideológico de la investigación antropológica, que afectaron el desarrollo de la Antropología Aplicada que trabajaba sobre el proceso de salud/enfermedad/atención.

Luego de un periodo de relativo silencio, la Antropología Aplicada se renueva con otras denominaciones a partir de los '80. Ahora es la investigación-acción la que trabajará sobre los padecimientos y su atención.

La Antropología Médica Clínica

En EEUU, dentro de la corriente interpretativa en Antropología Médica, Arthur Kleinman -asumiendo la dualidad disease/illness que había desarrollado Fabrega²¹, y, a partir del concepto de sistema de cuidado de la salud (inspirado en el sistema cultural de Geertz)- propone abordar el análisis de la biomedicina como un sistema médico entre otros, como una etnomedicina fisiológicamente orientada. Todas las actividades de cuidados en salud son respuestas socialmente organizadas frente a la enfermedad y pueden ser estudiadas como un sistema cultural constituido por tres sectores: profesional, tradicional y popular, cada uno de los cuales vehiculiza creencias y normas de conductas específicas y diferentes alternativas terapéuticas.

En la misma línea, Good (1977) y Del Vecchio Good (1980, 1982) proponen el modelo de análisis de las Redes Semánticas para comprender los diferentes factores que intervienen en la construcción de realidades médicas. Consideran que toda práctica médica es eminentemente interpretativa e implica una tarea permanente de decodificación y negociación entre diferentes sistemas semánticos. Las redes de símbolos asociados a enfermedades específicas en una sociedad determinada son utilizadas por los individuos para interpretar lo vivido, articular la experiencia e imprimirla una forma socialmente legítima. Los aportes de Kleinmann, Good y Del Vecchio Good reinscriben las creencias y las normas de comportamientos y las expectativas referentes a la enfermedad en el contexto más amplio de normas y valores que predominan en una sociedad. Tanto las Redes Semánticas como los Modelos Explicativos, sobre todo de los pacientes, son cambiantes en el tiempo y polisemánticos.

Posteriormente Good, (2003) trabajará en una línea más centrada en la experiencia, afirmando que ningún relato antropológico de la enfermedad puede permitirse abordar solo la enfermedad objetiva y la representación cultural de la experiencia y, mantener la experiencia subjetiva blindada como una especie de caja negra.

Su planteo teórico es fenomenológico y analiza las relaciones entre: 1) la experiencia corporal, 2) el significado intersubjetivo, 3) las estrategias narrativas (que

²⁰ El proyecto Camelot tenía como objetivo la construcción de un modelo de análisis social para predecir los riesgos que un país entrara en un proceso de insurgencia. Latinoamérica era una parte importante de su campo empírico. El proyecto salió a la luz pública en Chile en 1965, cuando un investigador invitado lo denunció. Rápidamente, fue cancelado. Pero generó una ola de debates en Latinoamérica acerca del papel de EE.UU. en las ciencias sociales de la región, y en EE.UU. acerca de las relaciones entre política y academia (Horowitz, 1967).

²¹ En los '70 Fabrega elabora una propuesta teórica que, en definitiva, conserva el paradigma biomédico como referencia, pero al reconocer las dimensiones de la enfermedad deja sentadas las bases para la conformación de un campo específico para la Antropología Médica. Esta propuesta surge en el contexto de crisis relativa del Modelo Médico debido, entre otros, al incremento de la iatrogenia y de los procesos por mala praxis, fracaso de los programas de lucha contra el hambre en el Tercer Mundo, el empeoramiento de algunos indicadores de salud para la población en los países ricos, etc. (Menéndez, 1978).

reflejan y reelaboran las experiencias de la enfermedad) y 4) las prácticas sociales que canalizan el comportamiento de la enfermedad.

La enfermedad grave o crónica aporta una modificación en la experiencia corporal del mundo real, conduciendo a una reconstrucción del mundo.

Tomando conceptos de Merleau Ponty, afirma que el cuerpo es el ámbito más importante de la experiencia y de nuestra comprensión del mundo fenoménico. El dolor fluye del cuerpo al mundo social, invadiendo la vida cotidiana. Muchas de las actividades médicas, así como las formas de curación tradicionales, se dedican a objetivar y reconstruir el mundo vital amenazado. La diagnosis es un esfuerzo para representar la fuente de la enfermedad, localizar y objetivar la causa.

La narrativización es un proceso para situar el sufrimiento en la historia, en un orden cronológico, en un orden significativo a lo largo del tiempo. Tiene también por objetivo abrir el futuro a un final positivo.

Uno de los esfuerzos básicos de la atención médica es simbolizar la fuente del sufrimiento, encontrar una imagen a partir de la cual pueda formarse una estrategia narrativa. Nombrar el dolor es hacerse con el poder de aliviarlo y, la intensidad del dolor exige urgencia. Nombrar el origen del dolor es también dar un paso decisivo para reconstruir el mundo, para la legitimación de un yo integrado.

Estas perspectivas se conocen con el nombre de Antropología Clínica Aplicada o Antropología Médica Clínica, caracterizada por un excesivo pragmatismo, basado en un modelo de sanidad americano y una subordinación a los temas impuestos por la biomedicina. Utiliza conceptos como los de modelos explicativos, redes semánticas, distinción illness/disease, rol del enfermo, etc. Se interesa en las micro relaciones y vivencias subjetivas presentes en las manifestaciones cotidianas de las patologías y en el funcionamiento cotidiano de la medicina.

Hacia una Antropología Médica Crítica

En oposición a la Antropología Médica Clínica, pero surgiendo de su mismo seno, se configura una Antropología Médica que indaga las determinaciones estructurales y las relaciones de poder en las que se constituyen los episodios concretos de salud/enfermedad y las respuestas sociales (o su ausencia) a tales situaciones. Intenta superar las micro-relaciones en que se producen las prácticas de salud, particularmente en la medicina occidental, para develar las relaciones de dependencia que vinculan la salud y los sistemas médicos con las lógicas globales de los sistemas sociales. (Seppilli & Otegui, 2005). Se trata de una Antropología Médica Crítica, que reconoce entre sus representantes en EEUU a Nancy Scheper-Hugues, Margaret Lock, Merrill Singer, Frankenberg y otros.

Desde este enfoque crítico, algunos autores han señalado que el origen de las deficiencias²² de la antropología médica convencional deben buscarse, por un lado, en la vinculación histórica de la disciplina madre con el colonialismo, estableciendo un paralelismo entre las relaciones de la Antropología, los administradores y los colonizados y las relaciones actuales de la Antropología, los médicos y los pacientes (Frankenberg,

²²Limitaciones que deben buscarse en la priorización que los antropólogos médicos- independientemente de sus orientaciones teóricas (simbólicas, hermenéuticas, fenomenológicas)- han hecho del análisis microscópico (Singer).

Singer, Scheper-Hugues)²³. Y, por otro, la subordinación de la A.M. como un sector de servicios para la biomedicina.

La concentración en elementos simbólicos y rituales –como si éstos existieran independientemente del contexto político económico- y la búsqueda de rasgos psiquiátricos y médicos exóticos en los estudios etnomédicos, contribuyeron al empobrecimiento de la subdisciplina, llegando a plantear un determinismo cultural desvinculado de la sociedad mayor.

Los estudios convencionales de la A.M. tienden a ser ateóricos y ahistóricos, por cuanto no se establecen conexiones entre los sistemas médicos que se analizan y los contextos económicos- políticos nacionales y mundiales en que éstos se insertan. Pueden incluso ignorar la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud más amplios dentro de los cuales tiene lugar el problema particular o la faceta en estudio.

Scheper-Hughes, en la misma línea que Singer, considera que, -al igual que los primeros antropólogos coloniales que aceptaron la inevitabilidad de la empresa colonial- los antropólogos médicos no cuestionan el carácter inevitable ni la superioridad tecnológica de la biomedicina. Lo que no se está dando es el cuestionamiento radical de las premisas materialistas de la biomedicina (con la posible excepción de Taussing).

En síntesis, en la antropología médica convencional no existen rupturas epistémicas con la medicina científica, de manera análoga a las eventuales rupturas de la antropología social con el mundo colonial y su hegemonía.

Finalmente, tanto Scheper-Hugues como Singer consideran que una condición necesaria para constituir una Antropología Médica Crítica es la desidentificación y, por ende, la independización de los intereses de la biomedicina.

En consecuencia, un enfoque crítico debiera estudiar los problemas de salud en el contexto de las relaciones de clase e imperialistas propias del sistema capitalista mundial (Baer, 1982). La A.M. debe prestar atención sobre las maneras en que la experiencia del paciente desafía a la hegemonía médica y a la medicalización, tanto en niveles colectivos como individuales. Por estas razones el estudio de la experiencia y la acción del paciente es un correctivo importante a la tendencia a dar por sentado que, dado que el poder está concentrado en las estructuras del macronivel, el micronivel está determinado mecánicamente desde arriba. Aquí se pierde la capacidad de lo micro para influir en el macronivel.

Otro aporte importante a la reflexión sobre el proceso de medicalización es el realizado por Conrad, P y Schneider, J.W (1985), cuando abordan la problemática de la desviación. Para dar cuenta de la hegemonía de la medicalización comienzan entendiéndola como la búsqueda de soluciones médicas para una variedad de conductas o condiciones desviadas. En años recientes la jurisdicción de la profesión médica se ha expandido y cubre problemas que anteriormente no estaban definidos como entidades médicas, (la medicalización del embarazo y el parto, la anticoncepción, la dieta). Estos autores centran su interés en la medicalización de la denominada “conducta desviada”.

²³ Los antropólogos clínicos, al igual que los antropólogos en servicio en las colonias, operarían como ‘intermediarios culturales’: los primeros intentando evitar ‘desórdenes’ en el mundo tribal; los segundos poniendo el saber antropológico al servicio de las necesidades del personal de salud (Maretzki), o al servicio de los intermediarios del poder (Singer).

Referencias bibliográficas

- Alves, P. y Rabelo, M. (2001). Experiencias de aflicción y tratamiento en el ámbito religioso. En Briceño León, R; de Souza Minayo, C. &Coimbra, C. (ed.) *Salud y equidad: Una mirada desde las Ciencias sociales*. Fiocruz.
- Castro, R. (2000). La experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad. En Castro, R. *La vida en la adversidad:el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*. Morelos: UNAM-CIM
- Comelles, J. & Hernáez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid:Eudema.
- Conrad, P. &Schneider, J. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*.Ohio: Merrill Publishing Company, Columbus.
- Foucault, M. (1990). Historia de la medicalización. En Foucault, M *La vida de los Hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Frankenberg, R. (1995). Learning from AIDS: The future of Anthropology. En Ahmed, A. & Shore, C. (comp.) *The future of Anthropology. Its relevance to the Contemporary World*.London:The Athlone Press.(trad.)
- Good, B.J (1994). El cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital:una exposición fenomenológica del dolor crónico. En *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Cambridge: Cambridge UniversityPress.
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social* Nº17.
- Horowitz, I. (1967). *The Rise and Fall of Project Camelot: Studies in the Relationship between Social Science and Practical Politics*. Cambridge, MA: M. I. T. Press.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E.(1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades, Año 4, Nº 7*.
- Scheper-Hugues, N. (1990). Three Propositiones for a criticall applied Medical Anthropology. *Social Science and Medicine*, 30, (2). (trad.)
- Singer, M. (1990). Reinventing medical anthropology:toward a critical realignment. *Social Science and Medicine*, 30, (12). (trad.)