

Por qué la antropología trabaja sobre la salud.

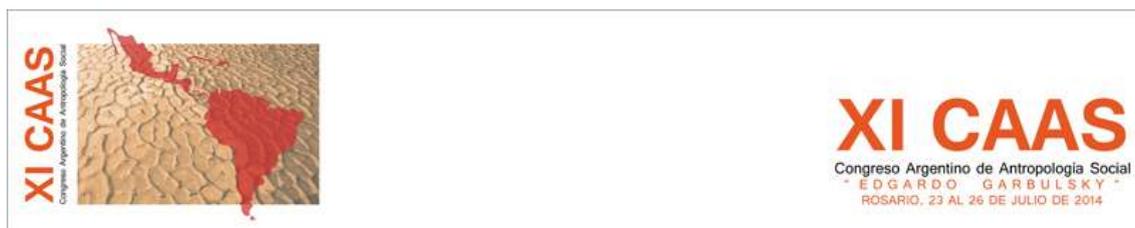
Sampayo, Horacio Ricardo.

Cita:

Sampayo, Horacio Ricardo (2014). *Por qué la antropología trabaja sobre la salud. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/852>

Horacio R. Sampayo.
Licenciado en Ciencias Antropológicas.
Sampayo51@yahoo.com.ar



XI Congreso Argentino de Antropología Social

Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014

**GRUPO DE TRABAJO 40. PLURALISMO ASISTENCIAL:
MULTIPLICIDAD DE MODELOS, PRÁCTICAS Y EXPERIENCIAS EN
SOCIEDADES MULTICULTURALES.**

TÍTULO DE TRABAJO: *Por qué la antropología trabaja sobre la salud*

1

Nombre y apellido. HORACIO RICARDO SAMPAYO

Institución de pertenencia. FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE.

– XI Congreso Argentino de Antropología Social – Facultad de Humanidades y Artes –
UNR – Rosario, Argentina

I. Presentación.

La hipótesis de la que partimos dice: “La antropología es la ciencia que estudia las diferencias sociales y culturales; la atención y el cuidado de la salud son reflejo de las diferencias sociales; luego la antropología estudia las diferencias en la atención y el cuidado de la salud originadas en las diferencias socioculturales”.

Claude Levi-Strauss sostenía que la antropología estudia problemas, es decir que no estudiamos ni las sociedades ni comunidades ni sujetos, sino problemas que éstos nos presentan a partir de las dimensiones social y cultural que viven. Trincherro, en su “Aromas de lo exótico, retorno del objeto” sostiene lo mismo. (Levi-Strauss – 1987 -; Trincherro - 2000 -) En mis propios trabajos anteriores, a lo largo de 25 años de vivir en la antropología, puedo afirmar lo mismo. (Sampayo, 1993, 2004, 2006)

Más allá de estas reflexiones propias de la disciplina, la enfermedad pertenece al universo de la realidad material. Y la memoria humana nos da conciencia del pasado, y también, proyectando este pasado, del futuro. Y en el futuro está la enfermedad y esta la muerte, el sufrir y el no ser. Y esta conciencia de muerte, que produce angustia, motiva muchas de las conductas humanas, a nivel material y a nivel simbólico.

La enfermedad, entonces, tal como una realidad que nos es propia por nuestra condición de seres vivos, por conciencia y por nuestra condición de seres sociales; se nos presenta tanto en acto como eventualidad. Y necesita ser explicada, interpretada y adquirir significado. La necesidad de aprehender la enfermedad, ponerla en palabras y otorgarle significado, es una parte importante sino fundamental de la cura, o por lo menos de la convivencia con ella. La naturaleza o la acción humana la irán derrotando, por lo menos momentáneamente, pues al otorgarle significado podemos convivir con ella hasta la cura o hasta la muerte.

Es un lugar común en nuestra profesión decir que los antropólogos no sabemos bien qué es la antropología. (Barley, 1988; Restrepo, 2012; Reinoso, 1993;) Sin embargo, los antropólogos nos reconocemos en una variedad de

modelos teóricos y de prácticas que aceptamos como propias de la profesión. Hemos leído trabajos sobre pueblos originarios americanos, (Boas, 1911; Trincheró, 2007) sobre sociedades africanas, (Barley, 1988; Evans-Pritchard, 1940; Radcliffe-Brown, 1972) sobre grupos de trabajadores, (Sampayo, 1993; Palermo, 2012; Neiburg, 1988) sobre prostitutas de ciudades de Brasil o sobre casas ocupadas, y referencias a movimientos sociales, sociedades primitivas o salvajes, movimientos políticos, actividades sindicales, sobre lenguajes o formas de intercambio, monedas de sal o prácticas políticas, e infinidad de temas más. ¿Qué tienen en común todos estos trabajos como para ser reconocidos antropológicos?

II. Metodología.

La antropología es una ciencia social. Esta afirmación, muy fuerte, nos enfrenta a otras formas de reflexión más propias de las humanidades, como la filosofía o la teología u otras. Y las ciencias estudian, científicamente, problemas.

Estos problemas tienen que ver con las dimensiones social y cultural, es decir tienen que ser eventos o procesos propios de la vida social, y de la condición social del humano, no problemas individuales ni propios de su condición de organismos vivos. Quiero decir con esto que todo aquello que afecte el humano como organismo vivo será competencia de otras disciplinas científicas salvo en lo que haga a situaciones, fenómenos, eventos, procesos que tengan relación con la vida social. Si el cuerpo se ve afectado por las relaciones sociales, entonces pasará a ser un problema de estudio antropológico. De la misma forma, los problemas exclusivamente psíquicos, o psicosomáticos, individuales, que no afecten la vida social, serán objeto de estudio de otras disciplinas, pero si estos problemas afectan o son causados por la condición social del humano, entonces entrará dentro del área de competencia de nuestra disciplina.

La ciencia es una actividad relativamente nueva dentro de la sociedad humana, y es producto principalmente pero no exclusivamente, de la sociedad europeo occidental. Las civilizaciones china, hindú, islámica, nos dan acabadas muestras de desarrollos científicos, también lo hicieron sociedades clásicas de

la antigüedad como Grecia, Roma y otras. Pero fue durante el desarrollo del capitalismo en Europa moderna donde la ciencia se toma como la principal fuente de conocimiento. La legitimación de la investigación científica como medio de adquisición de conocimientos por parte de los seres humanos data de los siglos XVI y XVII; primero en el norte de Italia, y después en Inglaterra, Francia, Alemania, Holanda. Con el proceso imperialista de conquista del mundo, esta actividad se va a extender a otros países, siempre dentro de la zona de hegemonía europeo occidental, los Estados Unidos y otros países pero dominados por población de origen y lengua europea. (Sampayo; 2014)

La disciplina antropológica entonces se ocupa de estudiar situaciones o eventos sociales transformados en problemas por los científicos; los primeros problemas examinados estuvieron relacionados con la necesidad de explicar la diferencia entre la sociedad europea y las sociedades alternas y la diferencia entre las sociedades alternas entre sí.

La diferencia entonces es transformada en problema; no es que la otredad sea construida por los científicos, no estamos de acuerdo con que la realidad sea una construcción social, (Berger y Luckmann; 1986) ni con que el “otro” sea una construcción de los científicos sociales.(Boivin et al; S/F) Tampoco el problema de la diferencia es “construido” por los antropólogos. Por el contrario, la diferencia es una cuestión que salta a la vista cuando los exploradores europeos se largan a conocer el mundo. Y la diferencia produce problemas. Éstos se constituyen en la medida en que el proceso imperialista busca conquistar el mundo. Al decir constituyen sostenemos que los problemas aparecen, se hacen patentes, en la medida en que el proceso colonizador e imperialista se va adueñando del mundo.

La antropología problematiza la diferencia, buscando para ello explicaciones e interpretaciones que nos den respuesta a la pregunta de por qué y en qué se origina. Dos respuestas surgen a fines del S XIX, la diferencia es “natural”, biológica, la “raza”; o la diferencia está en la cultura. Aparece aquí ese gran concepto explicativo que al mismo tiempo se constituye en un nuevo problema: la **cultura**.

Si la diferencia está en la cultura, entonces lo que hay que explicar, que *problematizar*, es qué es la **cultura**. Todas las sociedades tienen cultura, esto está claro, y cada sociedad, no importa el nivel de las tecnologías que utilice ni la complejidad de su organización política, necesita de una cultura para subsistir y para reproducirse.

III. La enfermedad como problema antropológico.

La enfermedad pertenece al universo de la realidad material. La memoria humana nos da conciencia del pasado, y también, proyectando este pasado, del futuro. Y en el futuro está la enfermedad y esta la muerte, el sufrir y el no ser. Y esta conciencia de muerte, que produce angustia, motiva muchas de las conductas humanas, a nivel material y a nivel simbólico.

La enfermedad es parte de la experiencia humana, así como lo es la muerte. Y éstas se constituyen en una experiencia *colectiva, social*, nunca individual ni íntima. Si suponemos, con Wittgenstein, que los límites de la experiencia humana son los límites del lenguaje, y que el lenguaje, los “juegos del lenguaje”, son siempre públicos, colectivos, compartidos por todos los que participan de esa experiencia lingüística y cultural, entonces la enfermedad también es pública, social. (Wittgenstein – 2009 –)

La enfermedad y la muerte, como partes materiales, inevitables y permanentes de la experiencia humana, abarcan a todo el campo social. Entendemos por “campo social” el espacio social donde los agentes luchan por posicionarse en relación a los capitales del mismo. (Bourdieu – 1974 – 1975 – Gutiérrez – 2004 –)

Cuando sostenemos que la enfermedad como experiencia colectiva abarca la totalidad del campo social nos referimos a que la totalidad de los miembros de una sociedad son parte de este campo, incluyendo a los ya muertos y a los que nazcan en el futuro, y lo son en forma pública, colectiva, social. Todos somos jugadores en la lucha por los capitales del campo de la *salud*. (Uso el término salud, puesto que es un eufemismo de la sociedad capitalista para referirse al sistema de atención de la enfermedad)

En nuestra sociedad, capitalista, moderna, todos estamos implicados en el campo de la salud, y todos ponemos en juego nuestros capitales en la lucha por posicionarnos dentro de este campo. Este campo, a su vez, está formado por multitud de campos menores, y los agentes que luchan en él, lo hacen tanto individual como colectivamente. Acá es donde entra en juego la diferencia, y al aparecer la diferencia, entra en juego ésta como **problema**.

El problema de la diferencia en el campo de la salud. Este es el centro del interés de la antropología como disciplina científica y de los antropólogos como científicos sociales.

IV. Axiología y salud.

Observar una atención y un cuidado diferenciados en función de posicionamientos en los mercados, y ver que el cuidado de la salud, que nos parece debiera ser un valor ético y social privilegiado, sean simplemente un conjunto de bienes disponibles en el mercado y para quienes puedan pagarlo, nos presenta un problema. La diferencia entonces se torna en desigualdad. Y la antropología ve reformulados sus propósitos, ya no estudia científicamente la diferencia, sino que ahora estudia, políticamente, la desigualdad.

El cuidado de la salud tiene también valores, y éstos están jerárquicamente organizados. El cuidado tiene un valor ético, puesto que como humanos vivimos en comunidad y por lo tanto somos moralmente responsables del cuidado de los demás miembros de esta comunidad. También tiene un valor social, la sociedad necesita saber que cada humano va a ser cuidado ante el infortunio personal, y eso sólo lo podemos asegurar cuidando a los demás. Y tiene un valor económico, puesto que los humanos saludables debemos hacernos cargo de los humanos que pasan por eventos desfavorables de salud y necesitan de nuestro cuidado. Y sólo quienes están bien de salud pueden producir.

La salud también puede ser un valor en el mercado. Y este valor subvierte toda jerarquía axiológica. Al convertir el cuidado y la atención en bienes en el mercado, puesto que el trabajo mismo es un bien en el mercado,

hemos transformado los valores sociales; éticos e incluso económicos, en simples valores mercantiles.

La enfermedad impone dependencia. El estar enfermo es ser dependiente de quienes atienden y cuidan. El enfermo es por definición un humano incapaz de valerse; y por lo tanto dependiente. Pero así como existe una dependencia de hecho, también existe una dependencia eventual. La enfermedad es tanto un hecho como una eventualidad. Y eso nos pone, por lo menos potencialmente, en manos de nuestros cuidadores.

Enfermeros y médicos se convierten entonces, por lo menos simbólicamente, en nuestros salvadores, son quienes “salvan vidas”. Y todos podemos estar enfrentados a la necesidad de atención y cuidado. De ahí la particular posición que en nuestra sociedad tiene el personal sanitario. Los médicos se transforman en gurúes cuyos saberes abarcan mucho más que el simple campo de la salud. Esta especial posición o status social, pone a la corporación médica como hegemónica frente a los no médicos que nos transformamos en subalternos.

Esta hegemonía justifica y legitima acciones de los poderes públicos y también el orden jerárquico de la sociedad. Se desarrollan investigaciones científicas que legitiman la subordinación de género, étnica o social. El subordinado carece de atributos o virtudes que sí son propios de los grupos hegemónicos. Por ejemplo: son más inteligentes, o más fuertes, o de alguna manera más apt@s, convirtiendo la inteligencia en un atributo medible, etc.

En función de esta hegemonía, se supone que los médicos deberán ganar más dinero en función de sus mayores responsabilidades. Es justo que esto sea así, puesto que son responsables de las vidas y de la salud de los demás. A su vez, esta valoración simbólica del valor salario para la corporación médica, se traslada a los mercados. Vemos así como de una valoración axiológica del cuidado y la atención pasamos, casi sin darnos cuenta, a una valoración mercantil de los servicios de salud.

Los mercados no son ni neutros ni igualitarios. Por el contrario, son el mecanismo íntimo de acumulación de capital en el sistema neo-liberal. Y en los

mercados se acumula poder. Poder económico, político y militar. Es en los mercados dónde se juegan los mecanismos de posicionamiento tanto político como simbólico. Quienes tienen poder monetario toman las decisiones, cambian las reglas de juego e incluso nos van imponiendo una hegemonía cultural desde lo simbólico.

Al integrar los cuidados y atenciones en salud a un sistema de valoración mercantil, tenemos entonces que las diferencias se transforman en desigualdades. Se constituye entonces una desigual apropiación de la atención y del cuidado, y un acceso a la atención diferenciado.

El excelente trabajo etnográfico de Hart Romeo en la ciudad de Nueva York es un ejemplo claro de nuestra posición. (Hart Romeo, June; 2005)

Ella relata, después de vestirse como indigente y buscar acceder a servicios de salud en Nueva York, las dificultades de los pobres de esa ciudad para acceder una atención mínima para sus padecimientos.

Las teorías acerca de la pobreza sostienen que esta se reproduce por las condiciones de vida las características que determinan su reproducción en el tiempo. Los pobres lo son y no hay manera de cambiar su situación. Por lo tanto no merecen acceder a servicios de salud de calidad. Estas características son: orientados al presente, fatalistas, resignados, sin cultura del trabajo, sin capacitación para trabajar, autoindulgentes, desorganizados e irresponsables. Estas características son las que reproducen la pobreza. Si bien hemos criticado muy fuertemente desde las ciencias sociales estas teorías liberales de la pobreza, este pensamiento sigue siendo hegemónico en la sociedad, en los mass media y en los propios grupos empobrecidos. (Galbraith, 1979; Samuelson; 1997, Gutierrez, 2004)

El trabajo de Hart Romeo nos resulta muy familiar. En el artículo inédito de Franquelli y Franquelli, "Vivir en Neuquén, sufrir el Oeste" las investigadoras llegan a conclusiones parecidas. La diferencia se constituye en desigualdad y ésta en desiguales condiciones sanitarias.

V. Discusión.

Los agentes en lucha tienen *diferentes capitales*. Capitales culturales: habitus, *illusio*, saberes. Capitales sociales: relaciones que permitan posicionarse en el campo. Capitales económicos: dinero y otros medios materiales necesarios para enfrentar la enfermedad. Pero no están solos, actúan tanto en lucha como cooperativamente, conformando agentes colectivos, de esta manera, aunque están en lucha entre sí, posponen esta lucha y conforman organizaciones de distinto tipo. Al hacerlo dan forma a un campo donde predomina un conjunto de ideas hegemónicas, al mismo tiempo que son cuestionadas desde otros conjuntos de ideas que conforman diferentes campos de resistencia.

¿Cómo está configurada la diferencia en el campo de la salud, aun dentro de una sociedad capitalista? De varias maneras: enumeraremos algunas.

Por un lado está la lucha, dentro del campo de los agentes individuales en tanto nacen, sufren de enfermedades, y mueren. Mantener la salud es entonces uno de los objetivos de esta lucha. Pero como hemos dicho los agentes no son mónadas aisladas sino que conviven en grupos que se constituyen en "agentes colectivos". Estos grupos son los de parentesco, los de la comunidad, y los de organizaciones más complejas como, por ejemplo, las sindicales. Buscamos nuestros objetivos y nos apoyamos en estas instituciones.

A partir de fines del siglo XVIII pero sustantivamente durante el Siglo XX, los Estados pasan a ocuparse del tema de la salud. Ya no es un problema a nivel de grupo de parentesco o de parroquia, ahora los Estados tomarán cartas en él.

La sociedad capitalista es una sociedad de clases, en términos de Marx, burgueses y proletarios. La apropiación del producido social es diferenciada en función de la pertenencia de clase, y los es no sólo para la acumulación capitalista, sino también para hacer públicos los atributos externos de esta apropiación desigual: es decir mostrar, a través de símbolos externos, esta diferencia y el poder que esta diferencia conlleva.

Esta demostración externa de poder y status, que pasa a constituir parte del universo simbólico que legitima la hegemonía, está formada por todo un aparato que varía en función de la posición de clase, la nación en la que se inserta y otras características. Está formada por los símbolos de status tales como vivienda, automóvil, ropas. Esto incluye la atención y el cuidado al ser víctimas de un evento de salud. No se debe atender a todos de la misma forma. Quienes pueden pagarse una atención de “excelencia” deben hacerlo, aún cuando esta excelencia sea solo en los símbolos externos, tamaño de la habitación, individual para cada paciente, lujo en los baños y en el mobiliario, salas de espera más espaciosas y suntuosas, y la atención y cuidado en sí mismos dependan de médicos y enfermeros que tienen los mismos conocimientos y la misma dedicación de cualquier otro profesional.

El cuidado ante la enfermedad entonces está diferenciado por clases sociales, más allá de las declaraciones de los gobiernos o de organizaciones internacionales como la OMS o la OPS. No todos tienen los mismos recursos. En palabras de una informante, originaria de Aluminé, Pcia. del Neuquén:

“... ahora la vialidad (Se refiere a la Dirección Provincial de Vialidad) manda una máquina, que lo lleva hasta dónde pueda llegar a Aluminé o que abre el camino...; antes íbamos a caballo, medio día, o nos atendíamos en casa, con infusiones de hierbas naturales...; aspirina si alguien accedía la guardábamos para estos casos...; la miel no la conocíamos...” “...igual en Aluminé solo hay una asistencia de urgencia, después lo derivan a Zapala o directamente a Neuquén”.

VI. Conclusiones.

Las diferencias son de clase, culturales, étnicas, de género, geográficas. No es lo mismo ser pobre en Capital Federal que en Aluminé o Las Lomitas o El Dorado. Las diferencias, cualquiera sea su origen, determinan finalmente diferencias culturales. Este es el centro de nuestra argumentación. Las diferencias culturales se constituyen en problema, ahí entra la antropología.

*Horacio R. Sampayo.
Licenciado en Ciencias Antropológicas.
Sampayo51@yahoo.com.ar*

Las diferencias culturales implican también una apropiación diferente de los saberes acerca del cuidado de la salud. ¿Significa esto que debemos unificar, “universalizar” estos saberes? Desde ya que no, porque esto significaría que existe la posibilidad de decidir cuáles son “buenos” y deben ser reproducidos y cuáles “malos” y debe ser desechados. Por otro lado, nada nos asegura que los mismos cuidados son útiles para todas las personas.

Estamos muy lejos de posiciones esencialistas, no creemos en la cultura como “auténtica” y diferenciada de la “apócrifa” y también estamos lejos de creer en una ciencia poseedora de conocimientos universales y universalizables. Por el contrario, suponemos que el cuidado de la salud debe basarse en conocimientos científicos y debe estar al alcance de todos por igual. Pero debemos tener la humildad de saber que los conocimientos científicos sólo son una mirada sobre los problemas de salud. Con las limitaciones y falencias que toda mirada humana necesariamente tiene.

Neuquén, junio de 2014

Bibliografía:

Barley, Nigel: 1988 El antropólogo Inocente. Barcelona, Anagrama.

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas, 1986. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. [ISBN 978-84-85043-11-8](#).

Boas, Franz (1911), *The Mind of Primitive Man (La mente del hombre primitivo)*, [ISBN 0-313-24004-3](#)

Boivin, Mauricio, et-al S/F “Constructores de otredad” Buenos Aires, Antropofagia.

DE SOUZA MINAYO, MARIA CECILIA: 2004 “el desafío del conocimiento, investigación cualitativa en salud” Buenos Aires,.

Evans-Pritchard Edward 1940 *The Nuer: A Description of the Modes of Livelihood and Political Institutions of a Nilotic People*. Oxford: Clarendon Press.

Franquelli, Carla, Franquelli, Laura, 2013 *Vivbir en Neuquén, sufrir el oeste*. Ms.

GALBRAITH, JOHN. K. 1990., "Historia de la Economía", Buenos Aires, Ariel,

Guber Rosana: 2001 “La etnografía”. Buenos Aires

GUTIERREZ, Alicia (2004): *Pobre: Como siempre... Estrategias de Reproducción social en la pobreza-* Edit. Ferreyra- Córdoba-Argentina-ISBN N°987-1110-12-x

Hart Romeo, June: 2005 *Down and auto in New York City: a participant-observation study*. *Journal of Cultural Diversity*. Vol. 12 N° 4 Winter of 2005.

Levi-Staruss, Calude,

Neiburg, Federico; 1988 *Fábrica y villa obrera, historia social de los obreros del cemento*. Buenos Aires. CEAL.

Horacio R. Sampayo.
Licenciado en Ciencias Antropológicas.
Sampayo51@yahoo.com.ar

Palermo, Hernán: 2012 Cadenas de oro negro en el esplendor y ocaso de YPF. Buenos Aires. Antropofagia.

Radcliffe-Brown, Alfred, 1972 Estructura y función en la sociedad primitiva. Barcelona. Península.

Reinoso, Carlos, 1993. De Edipo a la máquina cognitiva. Buenos Aires, El Cielo por Asalto.

Restrepo, Eduardo, 2012, Antropología y estudios culturales. Buenos Aires. S XXI.

Sampayo, Horacio. 1993. Estudio de la vida en las villas transitorias de las Grandes Obras Hidroeléctricas. Buenos Aires. Udegoc.

Sampayo, Horacio. 2005. Antropología y Psicología: epistemes convergentes, Neuquen, Educo.

Sampayo, Horacio: 2014 “La ciencia, fenómeno burgués” www.pedco.uncoma.edu.ar. Neuquén.

Samuelson, Paul, en Hart Romeo, June: 2005 Down and auto in New York City: a participant-observation study. Journal of Cultural Diversity. Vol. 12 N° 4 Winter of 2005

Trincheró Héctor Hugo- 2000 – Los dominios del Demonio. Buenos Aires. Eudeba.

Trincheró Héctor Hugo. 2007. Aromas de lo Exótico, retornos del objeto.

Trincheró, Héctor Hugo: “Aromas de lo exótico, retorno del objeto”

Troncoso, Carlos, Eleine Danielle y Horacio Sampayo, 2006. “Aulas Llenas, Aulas vacías” Neuquén, Educo.

Wittgenstein, Ludwig en Isidoro Reguera, ed (2009). *Obra completa*. Colección Biblioteca de Grandes Pensadores (Edición bilingüe alemán/español). Madrid: Gredos. ISBN 978-84-249-3619-8 / 978-84-249-3622-8.