

Los aportes de la antropología a la medicina. La mirada sobre la familia y su lugar en el proceso de salud-enfermedad-atención

Mónica García Barthe^a

El objetivo de esta publicación es brindar aportes desde la ciencia antropológica a las prácticas de atención de la salud, especialmente en el campo de la pediatría. Para ello primero es necesario preguntarse por la especificidad de abordaje antropológico y qué preguntas hacer desde la antropología respecto de los procesos del cuidado de la salud.

La antropología social surge como disciplina a finales del siglo XIX y principios del XX, fuertemente ligada a los movimientos expansionistas y colonialistas de los países europeos. A partir de la expansión en el siglo XVII hacia otros territorios, los europeos descubrieron que había seres humanos que vivían en forma diferente, así surgió la necesidad de preguntarse sobre esa diferencia. Esta pregunta no era ingenua. Tanto los regímenes coloniales como los estudiosos e intelectuales de esa época comenzaron a interesarse en comprender mejor las costumbres y los pueblos que gobernaban para mejorar su dominio. En los primeros veinte años del siglo XX, proliferaron los estudios etnográficos sobre Oceanía y África en los que se trataba de ordenar y codificar los conocimientos sobre culturas extrañas. Estos estudios se basaban en la descripción detallada de los rasgos físicos y organizacionales de los modos de vida de los pueblos llamados "primitivos" en ese momento o como hoy se denominan: sociedades tradicionales (cuyo principio normativo era la tradición y la costumbre).

La etnografía es una metodología de investigación que implica el estudio de un grupo a través del trabajo de campo y consiste en la recolección de datos en el terreno, teniendo como informantes a los integrantes de una comunidad dada. Los datos recopilados consisten en la descripción densa y detallada de sus costumbres, creencias, mitos, genealogías, historia, etcétera. Dicha informa-

ción se obtiene por medio de entrevistas con los miembros de la comunidad o informantes claves, integrantes de la misma. Lo primero a tener en cuenta entonces, es la consideración del punto de vista del otro y la inclusión de su voz.

Fue así como los primeros antropólogos se encontraron con la tarea de conocer al "otro", otro diferente que se hallaba cultural y geográficamente muy lejos de los centros urbanos de la modernidad. El antropólogo se trasladaba a islas exóticas y países lejanos, se instalaba allí un tiempo y regresaba refiriendo sus conclusiones sobre el modo de vivir y de pensar de aquellos seres tan diferentes. Aquí entonces encontramos la identidad disciplinar, la especificidad de la mirada antropológica. El abordaje de aquel que es diferente incluyendo la perspectiva de ese que se está abordando (esto es, la perspectiva del actor o el llamado "punto de vista del nativo"), obtenida metodológicamente a través de la observación participante.

Luego de un proceso histórico y crítico respecto de su propia posición, la antropología se fue interesando cada vez más en los distintos grupos humanos más allá de que estuviesen localizados lejos o cerca. Pero la especificidad persiste: la antropología aborda la diversidad y la variedad con un enfoque que incluye a los protagonistas de esa diversidad. El trabajo del antropólogo lo obliga a un esfuerzo de reflexión sobre sí mismo y del otro a partir de un movimiento de acercamiento y alejamiento permanente. Actualmente, para hablar de antropología no es necesario re-

a. Psicóloga titular. Antropóloga social, Guardia Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. correo: mgarciabarthe@fibertel.com.ar

ferirse a grupos sociales exóticos, lejanos y muy diferentes de nosotros mismos. Cada grupo humano se define a sí mismo en función de ciertos rasgos que llamamos de identidad cultural, formas de hablar, de vestirse, de conducirse, de organizarse, que no necesariamente incluyen pintorescos y llamativos detalles.

¿Qué puede decir la antropología de los procesos que involucran el cuidado de la salud de las personas, dentro de los cuales el agente social que tiene como función el cuidado de la vida y la muerte es reconocido y diferenciado?

En un texto clásico,¹ el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss, hablando de las prácticas curativas de las sociedades tradicionales, refiere que *"...la eficacia de la magia implica la creencia en la magia y que ésta se presenta en tres aspectos complementarios: en primer lugar, la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo que aquél cuida o de la víctima que persigue, en el poder del hechicero mismo; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación en cuyo seno se definen y se sitúan las relaciones entre el grupo y aquellos que él hechiza"*.²

¿Cuál es la diferencia entre este conjunto de relaciones interpersonales y creencias y la relación entre el médico y el paciente a la que se acostumbra a referir desde la medicina?

En este texto no se abordará el concepto de "sugestión", vía rápida para la explicación de los hechos que involucran prácticas curativas alejadas de la medicina moderna occidental (al decir "moderno" se hace referencia a que conserva las características de lo que se denomina "modernidad" en términos de universalidad y progreso, ciencia positivista cuyos parámetros son la racionalidad, la objetividad y los dualismos), ya que lo interesante es que en términos relacionales, las posiciones relativas de los agentes, sus creencias y el contexto social son equivalentes.

Desde sus inicios, la antropología se ocupó especialmente, dentro de las comunidades que estudiaba, de los procesos referidos a la salud y la enfermedad, puesto que el cuidado de la salud, la enfermedad y la muerte siempre han sido uno de los temas de central interés para todo grupo humano.

En un principio el interés estaba centrado en las prácticas y creencias referidas a la enfermedad y su curación, para luego pasar a las interpretaciones nativas de la enfermedad, el establecimiento de los lazos entre cultura y psiquismo y el análisis de rituales terapéuticos. Modelos posteriores, como los sustentados por la sociología clásica estadounidense (Parsons, Kleinman) se ocuparon de los modelos de interpretación y tratamiento de la enfermedad en términos de características y diferencias culturales. Todos estos estudios, enmarcados en lo que se llamó "antropología médica", estaban focalizados en la enfermedad: el enfermo y sus dolencias, el terapeuta y sus medicinas, las interacciones entre lo biológico y lo social. Significados, rituales, prácticas mágicas y curativas, los modelos culturales de interpretación de la enfermedad.

En todos estos modos de aproximación a los fenómenos, la enfermedad aparece como fenómeno biológico y los aspectos culturales como aportes, contexto, curiosidades y muchas veces incluso como obstáculos. El lugar del antropólogo en esta concepción es el de mediador o traductor entre dos modelos culturales interpretativos de las diferentes enfermedades, que no encuentran un punto en común. En última instancia, el lugar del antropólogo queda reducido a la interpretación y traducción del modelo diferente y a "convencer" o "persuadir" al ese otro distinto para que aceptase las prácticas y concepciones propuestas por el modelo imperante.

A este modelo clásico se opusieron posteriormente modelos críticos y relacionales, como el enfoque de la "antropología política de la salud", propuesto por el antropólogo francés Didier Fassin.³ El mismo articula dos aspectos interesantes: se desplaza del foco de interés a la enfermedad, centrándose en la salud; e incorpora la dimensión política, en términos de la salud como bien colectivo de interés público.

Plantea este autor que la salud adquiere su dimensión política cuando ingresa a la esfera pública, es objeto de la intervención por parte de las instituciones políticas y adquiere un valor de bien colectivo. De este modo, salud y enfermedad se inscriben en el campo de lo político, pero esto no significa que la política se refiera solo a la esfera pública. En las relaciones de poder siempre está implícita la política, tanto en el espacio público como en el privado.

¿Cómo entender entonces lo que plantea

Fassin? Es necesario pensar la política en términos relacionales, ya que de lo contrario estaríamos considerando a la esfera pública y la privada como dos espacios independientes que, algunas veces, entran en intercambio. Si se piensa de manera relacional, dentro de una familia o unidad doméstica se dan, en referencia a la salud, relaciones de poder (quién toma decisiones, quién sanciona una dolencia como enfermedad, quién acompaña al servicio de salud, por ejemplo), que están permeadas por la esfera pública (instituciones médicas, representaciones sociales sobre salud y enfermedad, acceso a los servicios de salud, etc.).

Por otro lado, toda intervención sobre la salud y su cuidado desde el ámbito público interviene directamente sobre la vida privada de las personas y actúa incluso como organizador de la vida cotidiana (por ejemplo, el tener que cumplir con un determinado tratamiento médico modifica rutinas y hábitos individuales y familiares). En el caso particular de la práctica pediátrica, se debe tener en cuenta además que la característica principal de la llamada "relación médico-paciente" está mediada, ya que los niños no acostumbran consultar solos al médico. La escena pediátrica no es tal sin un adulto, testigo y garante del accionar del médico. El pediatra está obligado a contemplar el contexto familiar del paciente y al adulto que acompaña al niño a la consulta, quien se presenta como "responsable" del mismo.

Es posible establecer entonces que en el vínculo con el/la pediatra y la institución de salud donde se consulta por un niño/a, se intervendrá en las prácticas de cuidado y crianza al interior de la esfera doméstica, afectando a todo el grupo familiar y el contexto donde el niño/a está inserto (grupo de pares, institución escolar, etc.).

En cuanto al concepto de salud, Fassin considera que no es el reverso de la enfermedad ni se define por su ausencia. No es un concepto biológico, sino que es una construcción histórica y social. Es el espacio definido por las relaciones entre el cuerpo biológico y social. Es una construcción cultural y política que solo puede abordarse como producto del mundo social y en forma relacional. Así, la medicina deja de ser una práctica o contrato entre individuos y revela su carácter eminentemente político.

Entonces, podemos definir la salud como la relación del ser físico y psíquico, por un la-

do, y del mundo social y político, por otro. La salud no es una particularidad del ser viviente, preexistente en la normalidad de un orden fisiológico, biológico o sensible y conducente a hablar de buena o mala salud. Al contrario, históricamente construida, es objeto de competencias y luchas entre agentes que se esfuerzan por imponer visiones diferentes sobre lo que concierne a la salud, es decir, lo que hace falta social y políticamente tratar como un problema de salud. Esto no es negar los aspectos biológicos del ser humano, sino reconocer su complejidad social y cultural. El estudio de la salud comienza ahí donde la enfermedad, saliendo de la relación supuestamente confidencial entre el paciente y el terapeuta, incluye al cuerpo social: los sentidos que porta y por los signos que representa.

Cuando se habla de procesos de salud-enfermedad-atención los aspectos naturales y culturales son inseparables. La salud se produce socialmente, ya que se define como enfermedad lo que socialmente se reconoce y se define como tal, aquellos agentes biológicos materiales sobre los que reposan representaciones sociales.

¿Qué significa proceso de producción social de la salud?

En principio, se puede decir que es el proceso por el cual una realidad social es reconocida como parte del registro de salud. Un aspecto de la vida privada, que no es considerado un problema de salud-enfermedad, en algún momento pasa a ser objeto de la medicina, es decir, se medicaliza. Esta entidad médica se politiza, adquiere carácter político, al convertirse en problema de salud pública: así, una realidad social se convierte en realidad sanitaria.

Los ejemplos más clásicos y tradicionales se relacionan con en el terreno de la salud mental, ya que como profesionales de la salud vinculados a la infancia, es éste un aspecto muy cercano. En otros momentos históricos, de autoridad paterna incuestionable, la educación de los niños era un asunto de la esfera privada y el uso de la violencia física con valor educativo era una práctica habitual. Luego las representaciones sociales respecto de la infancia, de la paternidad y de la educación se modificaron de acuerdo a determinantes históricos y sociales. El uso de la violencia física hacia los niños con fines sancionatorios y educativos comenzó a cuestionarse y a considerarse reprobable. La medicina aisló, des-

cribió y caracterizó el llamado Síndrome de maltrato infantil, pasando este fenómeno a ser objeto de la medicina y convirtiéndose en objeto de salud pública. Se construye entonces una nueva realidad asociada a la salud donde incluso llega a intervenir el campo jurídico y aquello que pertenecía a la esfera de la vida privada pasa a ser de interés público. Por medio de este proceso, el maltrato infantil se convierte en una nueva realidad vinculada al campo de la salud, traduciendo una realidad social al lenguaje sanitario.

Este reconocimiento no es una simple operación abstracta de clasificación de una nueva entidad nosológica, ya que tiene consecuencias concretas en la acción: el problema nuevamente identificado y cualificado se convierte en el objeto de una intervención sanitaria que convoca lógicamente a los profesionales de la salud, pero también a los de lo social, de la pedagogía, de la animación y el tiempo libre, en el marco de unos programas de salud pública en los que todo sufrimiento físico o psíquico se designa como el objetivo de la acción común.

¿Cuál es el lugar de la familia en el cuidado de la salud y en la relación con los agentes e instituciones sanitarias?

Teniendo en cuenta un enfoque antropológico y considerando la variabilidad de los fenómenos humanos, en el abordaje de la niñez cuando se piensa en una intervención dirigida al cuidado de la salud no hay que olvidar que este niño o niña forma parte de un grupo social, contextualizado en un momento histórico, inserto en el marco de una estructura político-económica e involucrado en un marco determinado de relaciones de género por mencionar sólo algunos.

Si desde lo biológico, niño es un invariable natural definido en términos de maduración biológica, al pensar en "la infancia" se corre el riesgo de considerarla linealmente, como si al decir niño se refiriera a una realidad única. Antropológicamente, se piensa en infancias plurales simultáneas, como categoría socialmente construida en un momento histórico que determina políticas sociales y prácticas concretas. No son las fases de maduración biológica las que ubican los ciclos de vida, sino las relaciones que establece un individuo con el grupo social y que delimitan sus funciones, obligaciones y derechos. La niñez como un grupo diferenciado es producto de la construcción de saberes y prácticas de un

grupo en particular y por lo tanto comienza a existir en tanto tal para sus integrantes y para los demás cuando es distinguido y recortado a través del conocimiento y reconocimiento de ciertas características que lo transforma en una categoría social.

Desde este punto de vista entonces, se considera que el paciente es un sujeto enmarcado en un contexto complejo donde intervienen múltiples relaciones, ya que en las prácticas relativas al cuidado de la salud familiar intervienen las relaciones de poder, las relaciones de poder existentes en el vínculo con los servicios de salud, la posibilidad de acceso a los servicios de salud en todo sentido (económico, territorial, social y cultural), las prácticas culturales en relación a la procreación, la crianza y la educación, las representaciones acerca de la infancia y las relaciones de género entre otras.

Si de acuerdo a lo referido anteriormente, la salud se produce socialmente, no es posible dejar de reconocer el lugar del contexto familiar en la producción de salud de sus integrantes. Desde la alimentación, la higiene y los primeros cuidados frente a alguna dolencia hasta la decisión de concurrir a un servicio de salud, pasando por la definición de qué es una enfermedad y cuáles son los cuidados necesarios, el primer nivel de atención queda bajo la responsabilidad de algún integrante del hogar, en general la madre o la persona que ocupa su función, mayormente de sexo femenino, quien articula la eficacia médica con las medicinas familiares, tradicionales y populares.

Es necesario tener en cuenta entonces que los aspectos familiares, culturales y sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad-atención no son meramente un contexto, un telón de fondo o un complemento. Son parte del mismo proceso de construcción de salud. El equipo de salud, el paciente y su grupo familiar no son dos unidades que toman contacto sólo para resolver un problema puntual. Son parte de una red de vínculos y relaciones sociales donde las variables institucionales, históricas, políticas y económicas también participan, puesto que la diversidad cultural no está en aquellos muy diferentes, exóticos o pintorescos, sino que se expresa en todos los sujetos humanos insertos en realidades sociales complejas y diversas.

Para concluir es imprescindible recordar unas palabras que Florencio Escardó escribió hace más de 50 años. Estas palabras son

significativas por su valor de actualidad, ya que además de ubicar al sujeto humano como ser social y cultural antes que biológico, reconocen la variabilidad de organizaciones familiares dentro de las cuales la experiencia humana se produce.

“Dicho de un modo más concreto, el recién nacido humano más maduro, más sano, más fuerte y completo muere si es abandonado a sus propios recursos; para asegurar su continuidad biológica tiene que ser recogido por una organización social que, ya constituida antes de su aparición, lo proteja, ampare, guíe y acondicione; tal organización es, genéricamente, la familia. No importa qué tipo o variedad de familia (ha habido muchas a lo

largo de la historia y aún coexisten muy distintas en el mismo tiempo actual), lo esencial es que se trate de una estructura social, es decir, no construida naturalmente sino organizada culturalmente”.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Lévi-strauss C. Antropología estructural. Buenos Aires: Eudeba; 1984.
2. Lévi-strauss C. Op. cit. Cap. IX: El hechicero y su magia.
3. Fassin D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. En: Revista Colombiana de Antropología. 2004; 40:283-318.
4. Escardó F. Qué es la pediatría. Buenos Aires: FUNDASAP Ediciones; 2007.