

Mediaciones en salud. La familia entre la Antropología y el pensamiento médico social*

*Florencia Peña Saint Martín***

Introducción

Quiero iniciar mi intervención en la celebración de los treinta años de la Maestría en Medicina Social con una breve reflexión sobre los elementos identitarios de esta disciplina y de los presupuestos teóricos, metodológicos y políticos que compartimos quienes nos adscribimos a esta corriente de pensamiento orgullosamente surgida y desarrollada en América Latina. Por supuesto, a lo largo de treinta años este pensamiento no ha estado exento de debates internos y matices diversos debidos a las profundas transformaciones sociales ocurridas a nivel planetario en los tres lustros transcurridos desde su surgimiento.

Quizá el cambio más dramático sea que cuando esta disciplina fue institucionalizada, en la tensión mundial entre el capital y el trabajo no había un “ganador” claro, por lo que uno de los rasgos iniciales de nuestra identidad fue, sin duda, situarnos del lado del trabajo en su lucha por una transformación social profunda para constituir una vida más igualitaria en la Tierra. Treinta años después es indispensable reconocer que el mundo se transformó radicalmente, pero desgraciadamente a favor del capital, y hoy nos toca ser médicos sociales en un mundo unipolar donde la hegemonía capitalista de los Estados Unidos es incuestionable y las políticas sociales de nuestros países son delineadas por organismos supranacionales.

Imposible dejar de mencionar que mientras estamos aquí reunidos en este auditorio, Estados Unidos bombardea a la ciudad de Fallujah, Irak, en el escenario de una “guerra preventiva” que conlleva muertes injustas y violentas, además de la destrucción de culturas y modos de vida, así como la implantación abierta de desesperanza, mutilaciones y orfandades, por la ambición de control absoluto de los soportes naturales de la vida con fines económicos y políticos. Hechos inimaginables cuando comenzaron nuestras primeras reflexiones sobre las relaciones entre los niveles de salud de las colectividades y la organización de la sociedad.

Sin embargo, a pesar de estas condiciones políticas adversas, estoy segura que a todos nos une a través de América Latina el objetivo común de continuar luchando por lograr, al menos, una mayor equidad, más específicamente por lograr, siquiera, la menor inequidad posible en salud. Nos une también el compromiso de dar voz a los sin voz, es decir, hablar en foros académicos y en revistas sobre los “condenados de la tierra”, los “desconfirmados” de siempre por los gobiernos, cuya pobreza se define no sólo por la falta de recursos económicos, sino también por su exclusión del capital cultural y social (como propone Pierre Bourdieu) y por la invisibilización de que son objeto. Seguramente también nos une la firme convicción de que sigue siendo necesario construir colectivamente un mundo más igualitario, además de elementos identitarios del plano de la subjetividad

*Conferencia dictada en el Seminario “XXX años de Medicina Social en la UAM. Pensando el futuro”, realizado en la Ciudad de México el 11 y 12 de noviembre de 2004.

**Escuela Nacional de Antropología e Historia.
Correo electrónico: doniaflor@yahoo.com

que nos dan un sentido de pertenencia que nos cohesionan como grupo académico diferenciado.

Base material y orden simbólico. Desigualdad social y Medicina Social

Las particularidades socio-históricas de América Latina, principalmente la evidente desigualdad social que se genera frente a la apropiación privada de los capitales económico, social y cultural colectivamente producidos; una tendencia histórica que ha significado al área por lo menos desde su “descubrimiento” hace ya quinientos años, fueron las que motivaron una corriente de pensamiento académico que incluyó teorías y metodologías sociales para comprender la enfermedad y la muerte en esta región. Además, hace treinta años, las ciencias sociales en América Latina eran predominantemente marxistas y en la región era vivencial el impacto de la experiencia de la Revolución Cubana de 1959 en ellas. Cuba “primer territorio libre de América” era parte de nuestras vidas, entonces comíamos, caminábamos, soñábamos, con su modelo de sociedad, incluidos sus espectaculares logros en educación y salud para todos.

En este contexto, las ciencias sociales en general y la Medicina Social en particular, se planteaban de manera explícita contribuir a la promoción de un cambio social profundo para construir una sociedad latinoamericana justa y democrática, lo que significaba desligarla del yugo estadounidense. Por tanto, también el pensamiento médico social en salud se reconocía comprometido con la solución de los problemas de salud de las “clases subalternas”. Por supuesto, desde esta perspectiva una de las tareas iniciales fue cuestionar las limitaciones de la medicina preventiva y de la salud pública que abordaban los problemas de salud con la “mirada” de las clases en el poder, completamente funcionales al sistema social injusto e inequitativo.

Sin embargo, críticamente, treinta años después, es necesario reconocer que la medicina social en este primer momento, y bajo el paradigma marxista, elaboró propuestas que hoy podrían ser calificadas como un “determinismo” económico; además, en lugar de vislumbrar la salud como un fenómeno multidimensional desde el pensamiento complejo, se buscaban “determinantes”. Esto ocasionó que muchas veces se estudiaran procesos sin sujetos actuantes, las poblaciones humanas parecían atrapadas por las fuerzas de la historia que actuaban sobre ellas al margen de su propia cultura y de su propia acción cotidiana.

Estos “determinismos” iniciales fueron matizados en periodos posteriores del desarrollo del pensamiento social en salud, tanto por la inclusión de la experiencia y los sentires

de dichos sujetos en la investigación —principalmente a través de grupos focales— como haciendo relevantes las condiciones de vida y salud específicas de grupos particulares (mujeres, migrantes, niños, ancianos, obreros, campesinos, indígenas o desempleados).

Condiciones para una nueva síntesis

Por otro lado, originada en los Estados Unidos, en concomitancia con estos enfoques se desarrollaba en América Latina la antropología médica, de manera paralela a la medicina social y con muy pocos puntos de contacto con sus propuestas, pues en esta última predominaban los estudios de “medicina folk” o “tradicional”, centrados en la cultura, la acción individual y el concepto de “comunidad”, con muy poca reflexión sobre las desventajas sociales o las condiciones políticas y económicas del contexto de las prácticas culturales que estudiaba.

Sin embargo, en el momento actual, la medicina social ha avanzado del determinismo económico inicial a considerar también la acción de los sujetos reales y la dimensión de su subjetividad cultural en el estudio de los perfiles de salud enfermedad; para ello ha incorporado metodologías cualitativas de investigación. Por su parte, la antropología médica ha abandonado el estudio exclusivo de lo “folk” en “la comunidad” para incluir problemas de otros sectores sociales, considerando su desigualdad social estructural, recuperando también teorías y metodologías de otras ciencias sociales.

Así, en el momento actual de desarrollo del estudio de las relaciones entre la salud y la sociedad, se ve en América Latina un escenario prometedor en el que tanto las desventajas sociales estructurales de grandes sectores de la población, como la subjetividad, la cultura y las acciones concretas de los sujetos y grupos particulares que sufren estos procesos son considerados en las metodologías de análisis para la investigación de su salud.

Asimismo, la reflexión ha trascendido el estudio exclusivo de los “problemas de salud” —esto es, la enfermedad y la muerte— y se ha incluido en la búsqueda de la comprensión de los procesos vitales humanos en un sentido más amplio, en escenarios y contextos donde no existe “patología clínica manifiesta”, tales como la reproducción humana (sexual), los nacimientos, el desarrollo físico, la enfermedad, la alimentación, las representaciones corporales, las relaciones naturaleza-sociedad y la muerte. Desde estos nuevos enfoques la vida “biológica” humana se aprehende como un fenómeno multidimensional, complejo, irreductible a explicaciones clínicas, modelos adaptacionistas o “factores” desde una visión de causa-efecto.

Se asume que estos "procesos vitales humanos" son indisociables de las relaciones sociales, de los patrones culturales y la construcción de subjetividades en que tienen lugar, por lo que es necesario recuperar una perspectiva holística, integradora y transdisciplinar. Por tanto, es necesario trascender la comparación entre grupos conformados exclusivamente a partir de categorías macroeconómicas (como clase social, etnia, ubicación rural o urbana, lugar específico de residencia, actividad laboral desempeñada o tenencia de la tierra) para interactuar con los sujetos actuantes recuperando sus sentires y su acción en los modelos de investigación.

Es necesario también abandonar la homogeneización conceptual sobre quienes comparten ciertos "soportes materiales de la vida" porque la apropiación que los sujetos actuantes efectúan del territorio, de sus condiciones circundantes y de sus servicios a través de su capital cultural, sus prácticas cotidianas, sus sentimientos, sus relaciones personales, sus preferencias, sus perspectivas en la vida, su género, su situación dentro del sistema de parentesco o su edad, los hacen heterogéneos. La homogeneización excesiva (el asumir que todos los "pobres", todos los "indios", todos los "campesinos" son iguales) pierde, al menos, una parte de las respuestas sociales a los procesos macroestructurales históricos que los sujetos reales tienen que enfrentar.

En la investigación de las relaciones entre la salud y la sociedad se han privilegiado las comparaciones interterritoriales e intergrupales, dejando de lado el análisis intraterritorial e intragrupal y los mecanismos de heterogeneización de la pobreza y la exclusión a partir de las acciones cotidianas y las subjetividades de los sujetos mismos.

El enfoque multidimensional parte del reconocimiento de que las estructuras sociales permanecen como tales porque son asumidas y recreadas por los actores al subjetivizarlas e incorporarlas en sus prácticas cotidianas y si bien las estructuras condicionan y enmarcan la acción de dichos actores, no los determinan mecánicamente, ni los hacen completamente predecibles. Desde esta perspectiva, las estructuras no son rígidas ni estáticas, sino constantemente recreadas y reelaboradas. Por otro lado, las acciones individuales no se encuentran determinadas de antemano por la posición de los sujetos en dichas estructuras, sino que si bien éstas sirven de marco histórico a su hacer, son consecuencia tanto de coyunturas políticas y económicas, como de elaboraciones subjetivas en constante cambio.

Así, tanto las estructuras como las acciones individuales son procesos que se construyen a través de una ininterrumpida interacción de contextos estructurales (clase, género, nacionalidad), entornos particulares (escuela, familia o colonia

de residencia) y acciones individuales (interacciones cara a cara y experiencias afectivas biográficas); a lo anterior hay que agregar las interpretaciones de estos procesos que elaboran tanto los mismos investigadores como los sujetos en estudio que terminan por formar parte de la realidad que se pretende conocer.

Por tanto, y desde estos enfoques mutidimensionales, es necesario reconocer que existen "mediaciones" entre los sujetos en estudio y los procesos macroeconómicos, hoy "globales". Estas mediaciones sintentizan condiciones de vida y construcciones simbólicas, tales como la identidad (por ejemplo: étnica, de género o de clase), la construcción de ciudadanía (donde la participación en conflagraciones bélicas y movimientos sociales, es importante) y la familia, entre muchas otras.

Familia y salud

El papel de la familia como una de las instancias mediadoras fundamentales entre los procesos vitales humanos y la dinámica económica, social y cultural de la sociedad es indudable en el contexto latinoamericano. Esto es así, porque las familias de los sectores depauperados no son víctimas pasivas de injusticias sociales y desastres económicos, sino que, conscientes o no, llevan a cabo diferentes estrategias para hacer frente a su situación desventajosa. Así, la dinámica familiar ha jugado un papel crucial en el contexto del nuevo orden económico, por tanto, se trata de un elemento mediador de suma importancia entre la macroeconomía y las condiciones en que ocurre el desarrollo físico y emocional de sus diversos miembros.

Sin embargo, por ejemplo, en el estudio de la morbi-mortalidad de menores de edad y del proceso de crecimiento y desarrollo humano, la dinámica familiar, su composición del parentesco, el ciclo por el que atraviesa y sus estrategias de vida, no han sido sistemáticamente incluidas en el análisis. Dentro del esquema del análisis multidimensional de la realidad social, puede afirmarse que los contextos estructurales (clase, género, "raza", nacionalidad) han sido privilegiados para explicar la salud, no así los entornos particulares (escuela, familia o colonia de residencia) ni las acciones individuales (biografías personales y el plano de la subjetividad).

Es innegable que es en la familia donde, con base en relaciones de parentesco, género y generación socialmente sancionadas, se estructuran derechos y obligaciones en la procuración del bienestar de sus integrantes, aún en presencia de tensión y conflicto, subordinación de mujeres y dependencia de niños, discapacitados y ancianos. Es allí donde ocurren los nacimientos, donde se organiza y decide la atención a

los menores de edad, el cuidado de los enfermos, las prioridades de asignación del presupuesto, se ponen en marcha prácticas higiénicas, se realizan diagnósticos y se deciden mecanismos terapéuticos, donde se reparten los recursos, se conforman patrones alimenticios, se distribuyen los alimentos, se asignan espacios para solaz, descanso y esparcimiento y, en ello, es indudable que la esposa-madre juega un papel protagónico.

Por tanto, lo que ocurre en el ámbito doméstico, en acción sinérgica con otros procesos macro-sociales y las biografías personales, tiene un papel crucial en las diferentes formas de nacer, crecer, vivir, enfermar, envejecer y morir. Desde este punto de vista, no es de extrañar que, por ejemplo, tengan mayor riesgo de fallecer los niños en arreglos fami-

liares reconocidos como vulnerables (aquéllos que se encuentran en un ciclo de vida joven, caracterizados por tener pocos contribuyentes económicos y los encabezados por mujeres) ni tampoco que se haya documentado que un mayor número de muertes infantiles se concentre en unas cuantas familias como ha sido documentado por Mario Bronfman.

Termino esta intervención con una invitación al debate y al diálogo, así como con la esperanza de celebrar otros lustros y décadas de existencia de la Maestría en Medicina Social en un escenario más cercano a nuestros sueños de hace treinta años que, estoy segura, siguen ahí, en el corazón de cada uno de los que nos encontramos aquí y de quienes comparten nuestros rasgos identitarios como corriente de pensamiento que hoy no pudieron acompañarnos.