



Vol 17. N° 1
Enero - Marzo 2017

ISSN: 1317-2255 (IMPRESO)
Depósito Legal: pp 20002FA828
ISSN: 2477-9636 (ELECTRÓNICO)
Dep. legal ppi 201502ZU4642

Multiciencias

R M C_s

N_F LUZ

Universidad del Zulia
Revista Arbitrada Multidisciplinaria



LUZ Punto Fijo

Núcleo LUZ-Punto Fijo
Programa de Investigación y Postgrado
Falcón-Venezuela

MULTICIENCIAS, Vol.17, Nº 1, 2017 (36-43)

ISSN: 1317-2255 / Dep. legal: pp 200002FA828 (Versión Impresa)

ISSN: 2477-9636/ Dep. legal: ppi 201502ZU4642 (Versión Digital)

Antropología y salud. Diálogos epistemológicos

Xavier Brito Alvarado

*Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, Universidad Técnica
de Ambato- Ecuador*

lx.brito@uta.edu.ec

Resumen

El objetivo general del presente estudio es reconstruir la historia de la antropología médica, a partir del supuesto teórico de que la antropología médica tiene una visión dinámica, compleja y crítica de la salud, por lo que el criterio epistemológico es dialéctico hermenéutico. Los objetivos específicos del estudio son: a) Definir el concepto antropológico de salud, b) Comparar las definiciones que han circulado acerca de la salud, c) identificar el origen o emergencia de la antropología médica, y d) registrar los aportes de la antropología médica de América Latina. Para el logro de estos objetivos se emprendió una investigación documental cuyos conceptos o categorías de análisis son la salud, la evolución del discurso antropológico y la antropología médica, la técnica de recolección de información es el fichaje y la técnica de análisis es el análisis del discurso. Resultados del estudio indican que la antropología médica tiene un concepto complejo, crítico, pluricultural y comprometido de la salud, representando un giro epistemológico y discursivo en lo que se viene concibiendo y diciendo de la salud.

Palabras clave: Salud; antropología médica; complejidad; pluriculturalidad.

Anthropology and Health. Epistemological Dialogues

Abstract

The main objective of the present study is to reconstruct the history of such, due to the theory that medical anthropology had a complex, and dynamic vision critical for health, which is why the epistemological opinion is hermetic dialect. Specific objectives of the study are a.) Define the concept of medical anthropology b.) Compare the definitions circulated about health c.) Identify the emergence and origin of medical anthropology d) Register the contribution of medical anthropology in Latin America.

To get to the findings of these objectives, a documental investigation took place whose concepts and categories analyzed were health, evolution of anthropological dialect and medicine; the technique of collecting information is the record, and the technique of analysis is the dialect.

Results from the study indicate that medical anthropology is a complex concept, critical, multicultural, and committed to health which is why it comes to represent an epistemological turn and a debate from previously perceived thoughts and teachings about health.

Key words: Health; Medical Anthropology; Complexity; Pluriculturalidad

1. Introducción

La antropología médica, una introducción necesaria

La concepción de la salud ha cambiado y no puede ser mirada desde una perspectiva exclusivamente biológica. Los diversos saberes que concurren al debate sobre esta materia y por sus aportes se han ganado un espacio en este campo, entre ellos la Antropología, y de manera particular la antropología médica, que permite hoy en día tener una visión de la salud mucho más relativista, sociocultural y crítica.

“Tanto la medicina como la rama de la antropología dedicada a su praxis, son disciplinas ubicadas en un continuum entre lo puramente práctico y lo totalmente teórico. La naturaleza de sus posiciones en dicho continuum y de sus relaciones entre sí, en y a través de las fronteras disciplinares, determinan las prácticas de las cuales derivan su epistemología. La división epistemológica se acentúa y refuerza cuando se la refiere a temas compartidos. Estos van desde su mirada general hasta su estilo de publicación, pasando por sus métodos de investigación. Sin embargo, una atención diferenciada” (Frankenberg, 2003:12).

Uno de los primeros estudiosos que contribuyó a tener una visión más compleja de la salud, es Friedrich Engels, en: “La condición de la clase obrera en Inglaterra” (1845), este autor asoció el problema de la enfermedad de los obreros a los procesos de industrialización que se estaban viviendo, enfocando los sistemas de salubridad más allá de los determinismos biológicos, significando así una de las primeras aproximaciones a la salud desde lo social.

En cuanto a la antropología médica las primeras raíces teóricas y metodológicas pueden rastrearse a finales del siglo XIX cuando el antropólogo y médico británico William Rivers formó parte de la expedición al Estrecho de Torres¹, que constituyó el límite entre “la antropología especulativa de gabinete y una disciplina basada en el trabajo de campo” (Korsbaek, 2014:5).

De acuerdo con Fajreldin (2006:96), Rivers realizó una recopilación de las diversas expresiones de la medicina “primitiva” englobaba dentro de lo mágico-religioso, abriendo así campo a lo que hoy se conoce como etnomedicina.

Un segundo momento es el trabajo de Bernhard Stern en la década de los veinte, y publicado en 1941, “Society and Medical Progress” que analizaba las diversas reacciones sociales en los procesos de vacunación en los Estados Unidos.

¹ *Espacio geográfico entre Australia y la isla de Nueva Guinea.*

Un tercer aporte proviene de la tesis de Clements (1932), que clasificaba a las enfermedades de acuerdo a: brujería, violación de un tabú, intrusión de un objeto, intrusión de un espíritu y pérdida del alma.

Los aportes de la Escuela de Chicago², de manera especial en los años veinte y treinta, cimentaron las primeras investigaciones sobre la salud que consolidaron a la incipiente antropología médica. No obstante, las dinámicas sociales que conllevaron los procesos de industrialización y urbanización en las décadas de los cincuenta y sesenta permitieron instaurar en la academia estadounidense el término antropología médica, siendo su iniciador Norman Scott que a partir de las influencias de cinco líneas teóricas y metodológicas abrió el camino para su consolidación definitiva:

a) Un interés etnográfico que cristaliza a partir de 1924, sobre magia y brujería, y que incluye a la medicina primitiva dentro de esas dos nociones. La etnomedicina representa la heredera intelectual de este enfoque.

b) Durante la década de los veinte y los treinta se produce un interés por los temas de cultura y personalidad, que a partir de 1934 redefine la contribución freudiana desde una perspectiva más antropológica.

c) La escuela de Chicago centró la atención, a partir de los estudios de 1939, en el análisis de problemas psiquiátricos sobre comunidades concretas, y sus interrelaciones con la variable urbanización.

d) A partir de 1942 se desarrollan en el mundo una serie de estudios de la salud pública, apoyados por la OMS, la PAHO, y algunas fundaciones como la Russell Sage.

e) A finales de la década de los cuarentas se producen un reenfoque cualitativo de la Historia de la medicina, acercándose a la concepción de las ciencias sociales (De Miguel, 1980: 13-14).

El nacimiento de la antropología médica, sin embargo, no estuvo exento de algunas de las cuales vieron una expresión de la ideología dominante por parte de occidente. Según De Miguel (1980:20), la antropología médica estuvo orientada a procesos biológicos y culturales dentro de ciertas condiciones medio-ambientales, que puede asumirse como un campo académico activo y comprometido: “este trabajo, pues, es de una naturaleza específica, activa y comprometida [...] Existe como un campo de conocimiento (un campo disciplinar) y como un campo de acción (un campo de fuerzas). Escribir antropológica puede ser un locus de resistencia” (Scheper-Hughes, 1997:35). Los antropólogos médicos han desempeñado un nexo entre la biomedicina y los contextos culturales para explicar a la salud, y todo su entramado (enfermedad, muerte, asistencia, entre otras).

“De ahí que la antropología médica puede ser comprendida como un escenario “no homogéneo” que “se organiza en torno a teorías heterogéneas y polos múltiples que sólo razones prácticas, en particular la demanda social dirigida a los antropólogos sobre el tema, a saber la construcción de un territorio científico propio, las llevarán a agruparse o a ser reunidas [...] La antropología médica, este frente propone la lectura radical de la medicina, colonial o poscolonial, como práctica de dominación y de la enfermedad, o de su interpretación, como manifestación del orden social”. (Fassin, 2004:288-289).

De acuerdo con Suárez (2001:12), el propósito de la antropología médica es construir una línea teórica y metodológica que permita comprender los problemas de salud en el contexto de la modernidad, a partir de por medio de una serie de cuestionamientos a los principios reguladores del discurso “oficial”. Los procesos de salubridad bajo el triángulo salud/enfermedad/atención médica permiten entablar un diálogo con otras disciplinas como: la Historia, Comunicación, Sociología, Economía y la Medicina para la creación de espacios para el debate social.

El objetivo de la antropología médica no es solo teórico, sino también metodológico con ayuda, especial, de la etnografía. Para Bourgois (2010: 43): “Las técnicas etnográficas de observación participante, desarrolladas sobre todo por la antropología social desde los años veinte, han demostrado ser más adecuadas que las metodologías cuantitativas para documentar la vidas de los individuos marginados por una sociedad civil”.

En el campo de la antropología médica se mueve un sinnúmero de corrientes epistemológicas, entre las que destacan:

El Paradigma de la Ecología Médica.

Comienza con la consolidación de la antropología médica en 1968; entre las fundadoras: Anne Mac y Patricia Townsend quienes argumentaban que la salud es una medida de adaptabilidad de los individuos al medioambiente. Las críticas a este paradigma parten por no considerar a la cultura como un factor determinante en la salud, y enfocarse a las condiciones biológicas de adaptabilidad de los sujetos al medioambiente, una mirada biológica de la salud.

La Antropología Médica Crítica.

Surge en la década de los setentas bajo los postulados de Hans Baer y Merrill Singer, para quienes lo biológico no es una condición determinante para la salud, sino que detrás de esta existe un contexto histó-

² A partir de 1939 comienza a relacionar los problemas psiquiátricos y mundo urbano, desde una perspectiva de la patología social.

rico político y económico, ubicándola en una serie de relaciones de fuerzas políticas y económicas. Los fundamentos epistemológicos de esta antropología parten del pensamiento crítico de Michel Foucault, de manera especial, sobre la biopolítica y el biopoder.

En América Latina este paradigma ha tenido una mayor repercusión debido a la incorporación de las particularidades culturales como elementos determinantes para comprender la salud.

Paradigma Interpretativo Cultural.

Impulsado por Arthur Kleinman y Byron Good, en la década de los noventa, describían la salud como un proceso cultural: “la salud y la enfermedad es cognoscible, desde enfermos y sanadores, solamente a través de un set de actividades a interpretar, de modo que la construcción cultural de la enfermedad es algo claro” (Fajreldin, 2006: 96). Este paradigma se enfoca en encontrar un nexo entre la biología y las prácticas culturales tendentes a producir una realidad clínica de la salud.

2. La antropología médica en América Latina

De acuerdo con Menéndez (1985), la antropología médica es uno de los campos más dinámicos del quehacer antropológico no solo por su producción también diversa. No obstante, estas dinámicas no han tenido el mismo vigor en América Latina que ha presentado, por lo menos, tres momentos históricos en el desarrollo de la antropología médica. El primero relacionado con los: “comienzos más o menos imprecisos de la Antropología Médica en Latinoamérica pueden ser detectados en Mesoamérica en las década de los veinte [...]” (Menéndez, 1985:13).

El segundo momento es de consolidación como campo académico en los años cincuenta con un enfoque teórico y metodológico estadounidense. La mayoría de las investigaciones se enfocaban en las relaciones médico-paciente, enfermedades tradicionales, terapias nativas y los problemas relacionados con el alcoholismo, la salud mental, la alimentación y desnutrición, especialmente en el área rural.

El tercer momento ha sido la diversificación de la antropología médica en campos de estudio más enfocados en la planificación y ejecución de programas de salud, desde una mirada cultural y multidisciplinaria.

3. La salud, aproximaciones antropológicas

De la salud depende no solo el bienestar físico, psíquico o la reproducción de la población, sino el “continuum” cultural. Hablar de la salud implica aludir una serie de determinantes y condicionamientos como: la

educación, alimentación, vivienda, situaciones laborales, sexualidad, procesos históricos, políticos y culturales. La carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud establece que “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o invalideces”. Para lograr esta definición se ha tenido que atravesar una serie de procesos históricos, muchos de ellos conflictivos.

Con la llegada de la Revolución Industrial, en el siglo XVIII, comenzó una apertura hacia las políticas públicas de salud, panorama que se debió, en gran medida, a las fuertes disputas entre las clases burguesas y obreras. El incremento de las desigualdades sociales y económicas provocó el apareamiento de nuevas formas de pobreza que repercutían directamente sobre la salud y la vida misma.

“La Revolución Francesa dio a luz a dos grandes mitos: uno, que los médicos podían sustituir a los clérigos; el otro, que con el cambio político la sociedad podía volver a un estado de salud original. En el nombre del progreso ha dejado de ser de la incumbencia de los que están enfermos” (Illich, 1975:139).

El dominio de la vida por parte de un orden político burgués concede a la salud una categorización política-ideológica que determina un condicionamiento sobre la vida de los obreros y de sus familias, configurando un escenario de control de la población. El capitalismo en el siglo XVIII creó lo que Foucault (2005), denominó como “Medicina del Estado” que en el siglo XX paso a denominarse como Medicina Social influenciada por la ideología del “Estado de Bienestar Social.” Esta nueva forma de medicina buscaba, entre otras cosas, una reforma de los sistemas y políticas de salud para enfocarla hacia la educación como un mecanismo de bienestar de la población.

“La “medicina de Estado” se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Sobre este problema específico conviene mencionar la afirmación de Marx en el sentido de que la economía era inglesa, la política francesa y la filosofía alemana, pues fue en Alemania donde se formó en el siglo XVIII -mucho antes que en Francia e Inglaterra-lo que puede denominarse ciencia del Estado. El concepto de “Staatswissenschaft” es producto de Alemania, y bajo el nombre de “ciencia de Estado” (Foucault, 2005: 88).

Para Suárez (2001:11), la llegada del discurso científico occidental colocó a la salud como una promesa de la Modernidad, que es entendida como un dispositivo central para el orden y el funcionamiento de las sociedades. “La nebulosa original de la salud no se reduce a las dimensiones de lo corporal y lo médico, toca también aspectos jurídicos, morales, intelectuales

y tecnológicos que el reduccionismo sanitarista tiende a escamotear” (Fassin, 2004:293).

Roseberry (2014), argumenta que en estos procesos históricos, la salud quedó en poder de los grupos dominantes y con ello el discurso hegemónico sobre la salud gira en dos aspectos: la medicalización del sujeto y el poder de la biomedicina como reguladores de la vida. Para Menéndez, citado por Masana (2010: 27), son características de estos:

“Biologicismo, como explicación de tipo biológico de la causalidad (etiología) de las enfermedades y de su tratamiento; b) Individualismo, como identificación de los pacientes por enfermedades con un rasgo biológico común y responsabilización (culpabilización) individual de la salud/enfermedad. c) Ahistoricidad, interés en la evolución de la enfermedad en detrimento de su historia; d) Asocialidad, ausencia o negación de las condiciones o problemáticas sociales/estructurales relacionadas con procesos de enfermedad; e) Mercantilismo, transacción económica entre el médico y el paciente, servicios y productos de consumo para la salud, recursos económicos públicos destinados a la asistencia e infraestructuras sanitarias, intereses económicos de las grandes corporaciones e industrias farmacéuticas, etc.; e) Eficacia pragmática, objetivo que define la práctica médica y el uso de los servicios/productos por parte de los ciudadanos, bajo el paradigma de una medicina basada en la evidencia.”

Estos discursos han dado paso a lo que Foucault (2005) conceptualizó como la medicalización de la vida desde los siglos XVIII, XIX y la primera mitad del XX.

“Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; 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 conciencia 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 antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 2005:87).

En este sentido, la medicalización comprende una serie de mecanismos de intromisión en la salud de la población por parte del Estado bajo el presupuesto de control sanitario que dependía de los médicos permitiendo la categorización y clasificación poblacional en: género, la edad y condiciones socioeconómicas. “La gente aceptada como verdad trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por el simple hecho de que van a nacer, están recién nacidas, en la infancia, en su

climaterio o en edad avanzada” (Illich, 1975:53). Desde este momento la salud se ha consolidado como un espacio de disputas sociales, políticas y económicas.

“La salud es objeto de una verdadera lucha política. A partir del fin de la guerra y de la elección triunfante de los trabajadores en Inglaterra en 1945, no hay partido político ni campaña política, en cualquier país más desarrollado, que no plantee el problema de la salud y la manera en que el Estado garantizará y financiará los gastos de los individuos en ese campo” (Illich, 1975: 154).

Esta dependencia ha creado la idea de que en las diferentes etapas de la vida se necesita de atenciones y tratamientos médicos, así como en diversos aspectos cotidianos como: el trabajo, la sexualidad, entre otros.

Esta especialización degrada la calidad del hogar, de la escuela, de la calle, y de la plaza del mercado. El médico comienza a apoderarse de la vida con el examen prenatal mensual, cuando decide cuándo y cómo habrá de nacer el feto; termina con su decisión de suspender las actividades de resurrección. El ambiente llega a considerarse como un útero mecánico y el profesional de la salud como el burócrata que asigna a cada quien su lugar adecuado (Illich, 1975:54). Situación que ha creado una serie de discursos sobre la necesidad de que la vida depende de mecanismos científicos-médicos para subsistir convirtiéndola en un valor mercantil donde la prevención, la asistencia médica y la enfermedad se convierten en factores determinantes para su debate. “La extensión del control profesional sobre la atención de personas sanas es otra expresión de la medicalización de la vida. Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas” (Illich, 1975:54).

Rose (1997:35), argumenta que la mercantilización de la vida pretende regular la pluralidad de intervenciones de los expertos médicos que se convirtieron en los primeros agentes del bienestar de la salud. Estos procesos insertos en la globalización han posibilitado una hegemonía en el mercado de la salud, implicado una racionalización en las prácticas de atención sanitaria imponiendo una lógica instrumental que promovía de costo-beneficio como primicia principal en la elaboración de políticas públicas de salud. En este escenario, Fassin (2004: 295) argumenta que:

“La salud no es una cosa que se fabrica”. Tres presupuestos sostienen esta reflexión: primero, lo viviente humano es una forma particular de naturaleza; segundo, la salud es un atributo de lo viviente; y tercero, la medición de la salud es una objetivación de este atributo. En contra de esta triple aserción propongo construir una antropología de la salud. Ya sea, palabra

contra palabra, primero, lo viviente humano tal como lo aprehendemos resulta de un juego entre naturaleza y cultura; segundo, la salud es una producción social, pues la sociedad define lo que posee salud, más bien, da una expresión sanitaria a ciertas realidades en lugar de otras; tercero, el trabajo de objetivación contribuye a esta producción y entonces se vuelve inseparable de una operación de subjetivación”.

La crisis económica capitalista de la década de los setenta permitió reflexionar los límites de la salud y las políticas sociales de esta. Para Mainetti (2012:1), esto implicó que una serie de discursos sobre la salud se cimentó en la población, moldeando los comportamientos de la cotidianidad: “perder peso”, “evitar las grasas”, “practicar sexo seguro”, “dejar de fumar”, “hacer deporte”, son discursos que se encaminan a crear escenarios para que las personas se conviertan en objetos destinados a satisfacer las demandas de mercado laboral que exige personas sin problemas de salud.

En las sociedades occidentales los discursos sobre la salud están fuertemente influenciados por las políticas económicas de las industrias farmacéuticas. “La medicalización de la vida no es, sino un solo aspecto del dominio destructor de la industria sobre nuestra sociedad” (Illich, 1975:77). El poder de estas industrias es polémico. Para Angell (2004: 25):

“Está acostumbrada a hacer lo que le da la gana. El año clave fue 1980. Antes era un buen negocio, pero después de ese año se volvió descomunal. De 1960 a 1980 las ventas de medicamentos bajo receta se mantuvieron más o menos estables en términos del porcentaje de producto interno bruto de los Estados Unidos, pero de 1980 a 2000 se triplicaron. En los últimos años han aumentado a más de doscientos mil millones al año. Por los demás, desde comienzo de 1980, la industria se ha posicionado como la más lucrativa de los Estados Unidos, y tiene gran ventaja sobre las que siguen”.

Como argumentó Beck (2004), asistimos a la “Sociedad del Riesgo” que Rose (1996:35) ha conceptualizado como “el riesgo pasa a ser algo manejable mediante nuevas relaciones distanciadas de control entre los centros políticos de decisión y procedimiento, dispositivos y aparatos no políticos, tales como escuelas, hospitales o empresas, sobre las que recae de nuevo la responsabilidad de la salud, la riqueza y la felicidad”. Las campañas publicitarias de las industrias farmacéuticas han creado el teatro ideal para la dependencia a las medicinas como lo denuncia Lakoff (2003:33), en la crisis económica y social de inicios de este siglo en Argentina “[...] la campaña fue exitosa más allá de las expectativas de sus promotores: los hospitales de la ciudad se vieron inundados de pacientes que se quejaban de síntomas de estrés” (2003:33). Biehl (2011), argumenta que

la globalización y la economía han influido en la toma de decisiones dentro de las industrias farmacéuticas.

“En general, he estado interesado en las artes de gobierno que acompañan a la globalización económica y la reconstrucción de las personas como segmentos de mercado (específicamente, los mercados terapéuticos). Como los pacientes son ciudadanos actúan para acceder a los recursos del gobierno al negociar los caprichos del mercado y la supervivencia ¿Cuándo y condiciones se consideran las personas marginadas de la población objetan nuevos regímenes biomédicos?” (Biehl, 2011:264).

Entonces, la lógica imperante es extraer, producir y distribuir para generar productos farmacéuticos que se puedan consumir. En la globalización subyacen tres grandes mecanismos de acumulación de capital y concentración de la riqueza social, “la aceleración, el despojo y el shock que han hecho que los niveles “normales” de deterioro de la salud “se desborden y complejicen, tensionando al extremo no solamente el proyecto concentrador y privatizador, sino la legitimidad y hegemonía de los moldes reduccionistas y lineales de los paradigmas que habían servido para la gestión funcional al poder” (Breilh, 2008:2). En las políticas neoliberales la salud se enfoca dentro de una economía que permite aumentar la capacidad de control y administración de los sujetos como objetos para el trabajo, de ahí que la biomedicina se ha convertido en el discurso médico neoliberal.

4. El discurso de la biomedicina

La biomedicina puede ser rastreada desde el siglo XVIII cuando el término “gente enferma” es reemplazado por el de “pacientes”. Foucault argumentaba que en este siglo se inauguró el diálogo entre el doctor y los pacientes; estos últimos poseían una propia gramática y estilo para describir a las dolencias que fue sustituida por “¿Dónde le duele?” En la cual se reconoce la operación de la clínica y el principio de su discurso entero, Con la llegada del discurso biomédico la mirada científica sobre la salud colocó la voz del enfermo como algo inútil, silenciándola e incluso eliminándola” (Foucault, 2005:18).

Como discurso hegemónico la biomedicina se consolidó con el diagnóstico médico, la observación hacia los enfermos apuntaló todo un entramado de procesos científicos basados en los exámenes físicos, análisis anatómico-patológicos y estadísticas. Frankenberg (2003) describe este proceso:

“El paciente se acerca al médico de atención primaria buscando ayuda o legitimación, con una historia que ha alcanzado un clímax pero no

un final, o al menos así lo espera. Por medio de preguntas y observación, el clínico construye una historia, derivada de una visión teórica del pasado que, sin embargo, se proyecta hacia el futuro con varias conclusiones posibles. A cuál conclusión se arribe dependerá, en teoría, del consejo clínico, del cumplimiento del paciente y de otros eventos que intervengan. Si se requiere tratamiento hospitalario o el consejo de un especialista, la narrativa transmitida será obviamente la construida por los médicos y, de la misma manera, los especialistas también transmitirán sus propias narrativas como definitivas, o sea determinantes de la acción, a aquellos que les soliciten confirmar sus juicios o actuar sobre ellos” (Frankenberg, 2003:16).

La salud pasó a tomar una categoría objetiva y universalista. La patología, anatomía y fisiología constituyeron los discursos para referirse a la salud. “La anatomía y la fisiología serían las disciplinas encargadas de construir la entera geografía del cuerpo, así como su funcionamiento” (Moreno, 2006: 111). Para Rose (2012), la biomedicina reduce al ser humano a un ente meramente biológico sus partes parecen formar un conjunto de piezas reemplazables y moldeables.

Sin embargo, con el perfeccionamiento de la biotecnología la posibilidad de nuevas herramientas para el mejoramiento de la vida ha sido un discurso imperante que ha conllevado a una tecnologización de la vida. Para Rose (2012: 25), esta tecnologización ha llevado a una capacidad de control, administración y modificación, cada vez más profunda de las capacidades vitales.

Consideraciones finales

El tema de la salud ha comenzado a tomar fuerza dentro del campo antropológico, implicando una reestructuración epistemológica de la salud como de la antropología, y poder lograr comprender las dimensiones reales de la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte, como parte cultural de los seres humanos.

La salud si bien está sujeta a factores económicos, políticos y sociales, es un espacio exploratorio para colocar otros saberes como discursos válidos y legítimos (pluricultural, etnomedicina), permitiendo que la esfera cultural cada día cobra más interés en los debates, y así poseer otras miradas reflexivas que escapan del autoritarismo científico de la biomedicina y a la tecnociencia.

La relación entre la antropología y la salud refleja una serie de formas, valores y roles tendentes a crear escenarios que muestren las diversas aptitudes de afrontar la vida de los sujetos, develando una serie de estrategias simbólicas, discursivas para dar respuestas a la salud por

fuera del discurso impositivo de la ciencia occidental.

La biomedicina, que en sus primeros momentos se dedicó a la sanación de muchas enfermedades, ha devenido en un gobierno de la vida pasando a ser un instrumento de manipulación de los sujetos por parte de la ciencia médica, conllevando escenarios políticos y éticos confusos, debido a la tecnologización de los procesos biológicos.

Estos escenarios tecnologizados se relacionan con el comercio de productos farmacológicos los cuales cumplen en un doble propósito; en primer lugar crean nuevas fórmulas para el mercado de la salud con precios elevados con la promesa de salvación del cuerpo, por otro lado juegan con la esperanza de los enfermos.

En el mundo capitalista la salud así como la vida, están sometidas a las leyes del mercado, se necesita que haya enfermos para que adquieran las medicinas y salven sus cuerpos y almas, para así fortalecer a las industrias farmacéuticas.

En resumen la antropología médica si bien tiene un recorrido histórico importante, aún le falta en América Latina, un empuje mayor. Son pocas las universidades donde se ofrece esta disciplina de manera directa, delimitando su accionar, que en muchos casos ha sido asumida desde la bioética.

Referencias Bibliográficas

- ANGELL, Marcia. (2004): **La verdad sobre la industria farmacéutica**. Editorial Norma: Bogotá-Colombia.
- BECK, Ulrich. (2006): **La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad**. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona-España.
- BIEHL, João, (2011): **Antropología no campo da saúde global**. Porto Alegre-Brasil. Horizontes Antropológicos, año 17, n. 35.
- BREILH, Jaime. (2008): La Determinación Social de la salud "Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud". Ponencia, Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, México D.F.-México: ALAMES.
- BOURGOIS, Philippe. (2010): **El busca del respeto**. Siglo XXI Editores: Buenos Aires - Argentina.
- CLEMENTS, Forrest. (1932). Primitives Concepts of Disease. University of California, American Archeology and Ethnology 32. 185-252.[Consulta 12/09/2016]. Disponible en: <http://www.digitalassets.lib.berkeley.edu/anthpubs/ucb/text/ucp032-003.pdf>
- DE MIGUEL, Jesús M. (1980): “Introducción al campo de la antropología médica”, en KENNY, Michael y DE MIGUEL, Jesús M. (Editores): **La Antropología Médica en España**, Editorial Anagrama, Biblioteca Anagrama de Antropología, No. 15, Barcelona – España.

- ENGELS, Friedrich. (1975). **La condición de la clase obrera en Inglaterra**. EMESA:Madrid-España.
- FASSIN, Didier. (2003): Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. Buenos Aires-Argentina. **Cuadernos de Antropología Social**. Vol. 17.N.3.
- FAJRELDIN, Valentina. (2006): Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplinar. **Revista Ciencia y Trabajo**. No.8. [Consulta 12/09/2016]. Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/20/pagina%2095.pdf>.
- FOUCAULT, Michel. (2005): **El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica**. Siglo XXI Editores: México DF-México.
- FRANKENBERG, Ronald. (2003): *Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: laalegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología*. Buenos Aires-Argentina. Cuadernos de Antropología Social. Vol. 17.N.3.
- ILLICH, Iván. (1975): **Némesis médica**. Seix Barral. Barcelona-España.
- KORSBAEK, Leif. (2014). W. H. R. Rivers: médico, psicólogo, etnólogo y antropólogo británico, y en todo carismático.[Consulta: 12/11/2016]. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/download/3874/3757>.
- LAKOFF, André. (2003): Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina. Buenos Aires-Argentina. **Cuadernos de Antropología Social**. No.18.
- MAINETTI, José Alberto (2002). Bioética en América Latina. **Revista de Selecciones Bioéticas**. Instituto Bioético Cenalbe. Bogotá-Colombia.
- MASANA, Lina (2010) El cuerpo medicalizado, medicamentado y mercantilizado. Ponencia presentada en la *Mesa Redonda "El cuerpo medicado"*, organizada por el Forum Psicoanalítico. Tarragona-España. [Consulta: 12/11/2016]. Disponible en: http://www.ffcle.es/files/2010/El_cuerpo_medicalizado_LM.pdf.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1994): La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? **Revista Alteridades**, vol. 4, núm. 7. México DF-México.
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1985): Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. En: **Revista Nueva Antropología**, Vol. VII, N° 28, pp. 11-27. México DF-México.
- MORENO, Carlos. (2006): Salud- enfermedad y cuerpo- mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea. **Revista Antípoda**, No 3, Universidad de los Andes. Bogotá-Colombia.
- ROSEBERRY, William. (2014): Antropologías e historias: ensayos sobre cultura, historia y economía política. El Colegio de Michoacán. Michoacán-México.
- ROSE, Nikolas. (2012). **Políticas de la vida**. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI.UNIPE: Editorial Universitaria. La Plata:-Argentina.
- ROSE, Nikolas. (1997): El gobierno en las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo. Barcelona- España. **Archipiélago**: Cuadernos de crítica de la cultura,número 29.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. (1997): **La muerte sin llanto**. Ariel Barcelona-España.
- STERN, Berhard. (1941). **Society and Medical Progress**. Princeton University Press New Jersey - Estados Unidos.
- SUÁREZ, Roberto. (2001): **Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología**. Ediciones Uniandes: Bogotá-Colombia.
- SUÁREZ, Roberto. et, al. (2004): Antropología del cáncer e investigación aplicada a la salud. **Revista de Estudios Sociales**, No 17. Bogotá-Colombia.



UNIVERSIDAD
DEL ZULIA

Multiciencias

Vol 17, N° 1

Edición por el Fondo Editorial Serbiluz.

Publicada en marzo de 2017.

Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

www.luz.edu.ve

www.serbi.luz.edu.ve

produccioncientifica.luz.edu.ve