

## Presentación

E. Jean Langdon<sup>1</sup> 0000-0002-5883-3000

Julio Portocarrero<sup>2 3</sup> 0000-0002-3863-5189

<sup>1</sup>Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil,  
estherjeanbr@gmail.com

<sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP),

<sup>3</sup>Programa de posgrado en Antropología Social, Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, jcportocarrerog@gmail.com

Con gran satisfacción presentamos este conjunto de artículos que capturan la amplitud y variedad de los estudios etnográficos de la salud en Latinoamérica. Nuestro interés es mostrar la diversidad de trabajos basados en el método etnográfico de esta creciente área de la antropología en el sur global. En Latinoamérica, los estudios antropológicos de la salud —a menudo designados como antropología médica o antropología de la salud y la enfermedad— han experimentado un importante crecimiento en las últimas dos décadas tanto en lo que respecta a las investigaciones como a las redes de investigación, aunque, como evidencia el artículo de Remorini y otros (en este dossier), tienen orígenes mucho más antiguos (ver también Menéndez, 1985). Sin embargo, en las antropologías latinoamericanas, estos no configuran necesariamente un subcampo especializado, como en el caso de la Antropología Médica de los Estados Unidos. Desde la década de 1980, cuando se inició un enfoque antropológico sobre cuestiones relacionadas con la salud en el Brasil, los investigadores han objetado la etiqueta «médica» (Langdon y Follér, 2012), percibiendo la antropología médica norteamericana como un reduccionismo biológico que expresa una perspectiva demasiado empírica de los procesos y experiencias corporales, ignorando lo social y lo simbólico (ver, por ejemplo, Duarte, 1998). Durante dos décadas se discutió sobre la designación más adecuada para este campo. En la actualidad, existe un consenso sobre el título Antropología de la Salud entre los antropólogos culturales.

Los artículos elegidos para el *dossier* representan la perspectiva «latina» de la antropología médica crítica, tal como se discute en el número especial de la *Revista de Antropología* (Seppelli y Orgui, 2005), una publicación que contribuyó a la comprensión de la investigación que es característica de las antropologías de la salud periféricas de América Latina (Restrepo y Escobar, 2005; Aureliano y Pérez, 2010). Los estudios publicados aquí cubren una amplia gama de temas,

grupos socioculturales, enfermedades y contextos (indígenas, rurales, urbanos, institucionales). Cuatro países (Colombia, Perú, Brasil y Argentina), divergentes en sus políticas de salud pública y tradiciones antropológicas (Langdon y Cardoso, 2015), están representados. A pesar de la heterogeneidad de culturas, países y sujetos, los estudios comparten ciertas características que fueron decisivas para su inclusión en este *dossier* y marcan cierta unidad en lo que caracteriza a esta área de investigación en América Latina en la actualidad.

Todos se basan en el enfoque etnográfico, utilizando métodos cualitativos fundamentales para el desarrollo de una perspectiva antropológica que a menudo es mal entendida o mal representada en la investigación médica, incluso cuando se identifican con dicha metodología (Menéndez, 2012). El método etnográfico se centra en la perspectiva y la praxis de los sujetos investigados; es dialógico y se basa en relaciones simétricas (Martínez-Hernández, 2009). Como Munera afirma en su artículo (en este volumen), es un «ejercicio comprensivo» en el cual el investigador practica «observación, escucha y diálogo» (Cardoso de Oliveira, 1998) en un intento por comprender las preguntas que los sujetos hacen y los significados que dan a sus acciones. Esto es muy diferente de la investigación monológica, que comienza con preguntas formuladas de acuerdo con la agenda de las ciencias de la salud.

Como demuestran varios de los artículos en esta publicación, el método etnográfico reconoce la multiplicidad de sistemas de conocimientos y de las perspectivas y objetivos de los sujetos. Enío Yukuna, el líder indígena colombiano del artículo de Guhl, interpreta su accidente de tránsito según su percepción chamánica del mundo, y su búsqueda de resolución está guiada por preguntas que involucran la relación entre humanos y no humanos. Flores explora las diferencias en el complejo conocimiento que los awajún tienen sobre las fuerzas que afectan sus cuerpos, y cómo este difiere de la comprensión de la ciencia biomédica. Es importante destacar que también muestra que este conocimiento no está estancado, sino que su comprensión de la enfermedad está en constante construcción y que incorpora ideas aprendidas en la escuela y en las campañas de salud. Portocarrero identifica perspectivas muy diferentes entre los trabajadores de salud y sus pacientes-internos afectados por la tuberculosis.

Dado que el descubrimiento de la perspectiva del otro es uno de los objetivos fundamentales de la investigación antropológica de la salud, todos los artículos de este *dossier* presentan, de una forma u otra, diferentes conocimientos y puntos de vista. Dichos estudios nos llevan a mundos de la salud que se extienden mucho más allá de lo que consideramos el objeto de estudio de las ciencias biomédicas. Desde los primeros estudios clásicos, la antropología de la salud, con su enfoque holístico, ha reconocido que el dominio semántico de la salud no está definido por el modelo biomédico, y lo que «salud», «enfermedad» o «bienestar» significan debe ser descubierto a través del método etnográfico.

La población estudiada no tiene que poseer un marcador distintivo, étnico o de otro tipo, ya que los estudios muestran que todos los grupos construyen su comprensión del proceso salud-enfermedad-atención de maneras que difieren, en significado y práctica, de la perspectiva biomédica. Guhl, Silveira y Flores describen dominios de la salud de pueblos indígenas que van mucho más allá de una biomedicina ahistórica orientada hacia el individuo, involucrando fuerzas invisibles y seres no reconocidos como existentes por nuestra ciencia. Los grupos indígenas amazónicos descritos muestran que las fuerzas que afectan la salud y los cuerpos son de naturaleza cosmopolítica y que involucran relaciones con el medio ambiente y los no humanos, así como relaciones sociopolíticas. Del mismo modo, el dominio de la salud entre los guaraní-kaiowá de Brasil se relaciona en primer lugar con el mantenimiento del cuerpo social, lo que se refleja en la producción de alimentos, las relaciones sociales y el intercambio ritual. Este artículo demuestra que el significado de «vivir bien» entre los grupos indígenas invoca una noción colectiva de salud no basada en cuerpos individuales, que involucra acciones preventivas (rituales) y relaciones recíprocas entre los miembros del grupo social. Pero también vemos que las personas viviendo con VIH/sida en Buenos Aires, las mujeres migrantes bolivianas en Argentina, los prisioneros con tuberculosis en Lima o los profesionales de la salud que participan en programas de salud pública para la prevención de la anemia en el Perú rural presentan también perspectivas divergentes de lo que afirma o intenta implementar la ciencia médica hegemónica.

La práctica de los campesinos artesanos de la salud, descrita por Munera como «cuidados de la vida», enfatiza el equilibrio biológico, mental, emocional y espiritual tanto en el mantenimiento de la salud como en su curación. La limpieza ritual no está dirigida únicamente a la eliminación de los síntomas físicos, sino también a empoderar al paciente para transformar su estado de salud en el sentido completo. El artículo de Munera resalta una característica predominante en el contexto latinoamericano de la salud: la del pluralismo médico. Todos los países presentan una variedad de especialistas —curanderos, sanadores, rezadores— que son cuidadores con orígenes en los diversos grupos socioculturales, así como en las prácticas contemporáneas identificadas como complementarias o alternativas. Como han señalado Cueto y Palmer (2015), el pluralismo médico en América Latina es mucho más extendido e importante como recurso de salud que en América del Norte o Europa. Durante mucho tiempo en antropología se ha debatido sobre cómo llamar a estas prácticas tradicionales o populares. A partir de la conferencia de Almá-Atá, muchos han defendido la validez y la necesidad de incorporar a tales especialistas o sus prácticas en los servicios de salud pública. En tanto que la consecuencia ha sido la homogeneización del concepto, este ha llegado a representar para muchos profesionales de la salud la idea de prácticas fijas, idénticas para toda la diversidad de grupos, que pueden ser instrumentalizadas para su uso en los

centros de salud. Lo mismo ha sucedido con la noción de medicina indígena, entendida como un conjunto único de conocimientos y prácticas comunes a todos los pueblos indígenas que representan un pasado y sabiduría arcaicos (ver Cuyul, 2013, para una evaluación crítica de la incorporación de los chamanes mapuche en las clínicas de salud).

La introducción de Munera al concepto de artesanos de la salud hace una contribución importante al debate sobre cómo entender a estos especialistas no biomédicos. El uso de «artesano» expande la manera en que pensamos sobre estos especialistas, tradicionales o no, cuyas prácticas se interpretan como análogas a las de la biomedicina. El autor rompe con el concepto de una tradición técnica fija. El concepto de artesano se refiere a un sistema dinámico de conocimientos que se crea a través de la experiencia y vocación del sanador. Involucra las manos, el pensamiento y el corazón del practicante y puede ser extremadamente innovador. Como se mencionó anteriormente, el artesano trabaja dentro de un dominio semántico mucho más amplio que el de la biomedicina. Como Cassel (1976) argumentaba para la práctica médica, se preocupa por la creación o el arte de la curación, con el taller/casa como el lugar donde se produce este conocimiento/práctica. El conocimiento y la experiencia del artesano son validados por el cuerpo social dentro del cual se inserta la práctica.

Otra expresión de la pluralidad médica es la de las prácticas de autoatención (Menéndez, 2003), abordadas en los dos artículos sobre migrantes bolivianas en Argentina. Menéndez define estas prácticas como la actividad nuclear y sintetizadora de las diversas alternativas que los sujetos y grupos sociales llevan adelante en relación con el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA) para «diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, resolver o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos sean la referencia». Así, entre las mujeres migrantes en Buenos Aires que enfrenten barreras para el acceso a servicios de salud pública, la circulación de información entre familiares, vecinos, amigos y «paisanos» es el medio más frecuente de acceso a conocimientos sobre las alternativas de atención. Las prácticas de autoatención desempeñan un papel primordial en el comportamiento referente a la salud y los itinerarios terapéuticos de la mayoría de personas, independientemente de su grupo social y aflicción, ya sea física, mental o espiritual. El itinerario terapéutico comienza casi siempre con prácticas de autoatención y desempeña un papel importante en la búsqueda de resolución, incluso cuando los servicios biomédicos estén implicados. Este concepto, como el de *artesanos de la salud*, señala la naturaleza autónoma de los agentes sociales, cuyas acciones dependen de la percepción propia de sus cuerpos y aflicciones.

La mayoría de los estudios en este número no se limita a una descripción de

la perspectiva del otro, sino que examina también las relaciones establecidas entre los profesionales de la salud y los sujetos con quienes trabajan. Dichos estudios tienen el potencial de mejorar los servicios de salud si son tomados en consideración por los programas y los trabajadores de salud pública.

El estudio de mujeres migrantes bolivianas en la Patagonia examina la gestión de la salud pública mediante el acompañamiento a los trabajadores comunitarios de salud en sus rondas en barrios periurbanos. Demuestra que, a pesar de las motivaciones humanitarias de los agentes de salud para mejorar la salud de estas mujeres, estos trabajadores tienden a culparlas como responsables de su condición y sus visitas resultan en una falta de comunicación e intentos de control sobre el comportamiento de los sujetos como una solución a sus problemas de salud. Culpar al paciente a través de la construcción de la noción de riesgo, estereotipos o una lectura etnizada (Briones, 2005) y otros malentendidos también son evidentes en estudios como los de anemia y VIH/sida entre los awajún, tuberculosis en una prisión peruana y los pobres urbanos de Buenos Aires.

Dos estudios utilizan el concepto de biocomunicabilidad en sus etnografías de interacción entre trabajadores de la salud y sus sujetos de intervención. A partir de la discusión de Charles Briggs (2005), Palma define que la biocomunicabilidad puede ser entendida como el «proceso de producción, circulación y recepción de conocimiento vinculado con la salud, tomando en cuenta cómo aquello que se comunica —y las ideologías que están detrás— afectan a las audiencias y las ubican social y políticamente». Las ideologías de salud se transmiten a través de relaciones asimétricas establecidas por trabajadores y técnicas de salud, ya que las enfermedades son individualizadas y los pacientes son considerados responsables de su condición. La etnografía de Palma sobre la interacción entre madres awajún y trabajadores de salud involucrados en una campaña contra la anemia muestra cómo la comunicación unidireccional presente en los intentos para erradicar la anemia da como resultado tanto la culpa como la producción de un awajún insalubre a través del escrutinio y condena de sus prácticas alimentarias. A través de su etnografía sobre las estrategias para abordar la tuberculosis entre los reclusos de una prisión, Portocarrero aborda las ideologías de la salud comunicadas a los internos con tuberculosis a través de estrategias de comunicación monológicas que circulan ideas sobre la enfermedad y la culpabilidad de los portadores.

La mayoría de estos artículos coincide, además, en entender la enfermedad y su curación como procesos de pérdida, negociación y recuperación de la agencia. En este sentido se observa cómo la biomedicina, la ciencia y la salud pública pueden convertirse en un agente de aflicción en tanto que mucha de su ideología, tecnología y práctica, además de desalentar la recuperación de estas capacidades, termina siendo desagenciante.

El artículo final, de Remorini y colegas, es una valiosa descripción de la

evolución e innovación de una red de investigación que se ha desarrollado a lo largo de seis décadas. Muestra la diversidad de estudios contemporáneos en la Antropología de la Salud y cómo la red ha evolucionado desde el enfoque folklórico clásico, que busca comprender las prácticas de salud, hasta desarrollar innovaciones teóricas y metodológicas a través de la búsqueda de nuevas metodologías que combinan estudios etnográficos con datos demográficos, epidemiológicos y geoespaciales. La red reconoce la salud como multifactorial y multidimensional, un tema que impregna todos los artículos de este *dossier*. Su perspectiva es interdisciplinaria, ecológica y relacional, en un intento de diseñar proyectos colaborativos que optimicen las intervenciones en salud pública.

Este número de *Anthropológica* es publicado en medio de la crisis global generada por la pandemia de COVID-19, en la que varios países de Latinoamérica han sido fuertemente afectados tanto a nivel epidemiológico como socioeconómico, demostrando la multidimensionalidad de los impactos de los problemas de salud en el mundo contemporáneo y develando las fuertes inequidades existentes a nivel de servicios básicos, sistemas de protección social, condiciones laborales y etnicidad de la población. Esta enfermedad ha golpeado duramente a varios de los grupos estudiados en los artículos que aquí presentamos, particularmente a pueblos indígenas de la Amazonía, internos en prisiones y migrantes. Aunque para la biomedicina buena parte del comportamiento de esta enfermedad aparece como un fenómeno totalmente nuevo, varias de sus manifestaciones económicas, culturales y socio políticas ya han sido documentadas a través del estudio de diversas epidemias realizado desde la antropología y la historia de la salud. Esta crisis nos ha demostrado justamente que las aproximaciones sociales sobre las enfermedades deben ir más allá de lo terapéutico, contribuyendo a la comprensión general de nuestras sociedades y al entendimiento de las crisis globales contemporáneas.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Aureliano, Waleska y Andrea Lissett Pérez Fonseca (2010). Debate sobre las antropologías latinoamericanas: voces y miradas. *Boletín de Antropología*, 24(41), 395-398.
2. Briones, Claudia (2005). *Cartografías argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires: Antropofagia.
3. Briggs, Charles L. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124.
4. Cardoso de Oliveira, Roberto (1998). *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: UNESP.
5. Cassel, Eric J. M. D. (1976). *The Healer's Art: A new approach to the doctor-patient relationship*. Nueva York: Penguin Books.
6. Cueto, Marcos y Steven Palmer (2015). *Medicine and Public Health in*

- Latin America*. Nueva York: Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781139152174>
7. Cuyul Soto, Andrés (2013). La política de salud chilena y el pueblo mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. *Salud Problema. Segunda época*, 7(14), 21-33.
  8. Duarte, Luis Fernando Dias (1998). Pessoa e dor no Ocidente. *Horizontes Antropológicos*, 4(9),13-28. <https://doi.org/10.1590/S0104-71831998000200002>
  9. Langdon, Esther Jean y Maj-Lis Follér (2012). Anthropology of Health in Brazil: A Border Discourse. *Medical Anthropology*, 31(1), 4-28. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.598198>
  10. Langdon, Esther Jean y Marina D. Cardoso (2015). *Saúde indígena: políticas comparadas na America Latina*. Florianópolis: EDUFSC/IBP.
  11. Martínez-Hernández, Ángel (2009). Dialógica, etnografía e educação em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 399-405. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000016>
  12. Menéndez, Eduardo (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7 (28), 11-27.
  13. Menéndez, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1),185-208. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
  14. Menéndez, Eduardo (2012). Metodología cualitativa: Varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de Enfermeria/Primero-Segundo trimestre*, 21(1-2), 62-68. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962012000100014>
  15. Restrepo, Eduardo y Arturo Escobar (2005). Other Anthropologies and Anthropology Otherwise. *Critique of Anthropology*, 25(2), 99-129. <https://doi.org/10.1177/0308275X05053009>
  16. Seppelli, Tullio y Rosario Orgui (2005). Presentación. Monográfico: Antropología médica crítica. *Revista de Antropología Social*, 14, 7-13.