

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

Antropología, Salud y Cultura Organizacional.

Ricardo Oyarzún B.

Cita:

Ricardo Oyarzún B. (2001). *Antropología, Salud y Cultura Organizacional. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/6>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/eEc>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Hurtado, H. y Gittelsohn J. 1997. Factores sociales y culturales que influyen en el proceso de alimentación del niño en América Latina. En: nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. O'Donnell A, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Lara Pantín E, Peña M (editores). Organización Panamericana de la Salud, Washington DC; pp 391-422.

Kain J, Uauy R, Vio F, Albala C. 2001. Trends in overweight and obesity prevalence in Chilean children: comparison of three definitions. *Eur J Clin Nutr.* (en prensa)

Kristensen, ST 2000. Social and cultural perspectives on hunger, appetite and satiety. *Eur J Clin Nutr* 54: 473-8.

Margetts, BM, Martinez, JA, Saba A, Holm L, Kearney M, Moles. 1997. A Definitions of 'healthy' eating: a pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. *Eur J Clin Nutr* 51 :S23-S29.

Messer, E. 1989. Methods for determinants of food intake. En Pelto G., Pelto P. y Messer E. *Research methods in nutritional anthropology.* United Nations University Press, Tokio.

Nestle M. Animal v. plant foods in human diets and health: is the historical record unequivocal? *Proceedings of the Nutrition Society* 58(2): 211-8. 1999.

Olivares S, Albala C, Garcia F, Jofre I. 1999. Television publicity and food preferences of school age children of the Metropolitan Region. *Rev Med Chile.* 127(7): 791-9.

Ortale, S. y Rodrigo M.A. 1996. Estudio biocultural de

la desnutrición infantil de causa primaria en el ámbito urbano del gran La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Arch Latinoam Nutr* 46:136-42.

Pelto, G. 1989. Methods for determinants of food intake. En Pelto G., Pelto P. y Messer E. *Research methods in nutritional anthropology.* United Nations University Press, Tokio.

Piggott, J. y Kolasa K. 1983. Infant feeding practices and beliefs in one community in the Sierra of rural Ecuador: a prevalence study. *Arch Latinoam Nutr* 33:126-138.

Porzecanski, T. 1994. Aspectos antropológicos de la nutrición Humana. *Rev Chil Nutr* 22(2):91-97.

Rozin P. 1980 Human food selection: why do we know so little, and what can we do about it? *Internat J Obesity* 4:333-7.

Schroll K, Carbajal A, Decarli B, Martins I, Grunenberger F, Blauw YH, de Groot CP, 1996. Food patterns of elderly Europeans. SENECA Investigators. *Eur J Clin Nutr*; 50:86-100.

Uauy R, Albala C y Kain J. 2001. Obesity trends in Latin America: Transiting from Under to Overweight. *J Nutr.*;131: 893S-899S.

Wrangham R.W., Jones J.H., Laden G., Pilbeam D., Conklin-Brittain N.L. 1999. The Raw and the Stolen. *Cooking and the Ecology of Human Origins.* *Current Anthropology* 40(5): 567-94.

Antropología, Salud y Cultura Organizacional

Ricardo Oyarzún B.*

Introducción

La preocupación antropológica por el proceso de salud-enfermedad ha sido constante en el tiempo, no sólo como un área aplicada sino que también, pero en menor medida, en el área de la antropología filosófica que ha revisado los fundamentos epistemológico de esta condición humana: el estar sano o enfermo. Esta ha sido una discusión que se ha centrado, como en otras áreas, en el hemisferio norte: Europa y América del Norte. Nosotros hemos participado de estas discusiones en nuestra etapa formativa en pre y post grado, sin que hayamos tenido la oportunidad de intercambiar vi-

siones, perspectivas, hallazgos investigativos u otros aspectos en nuestra vida profesional.

Por otro lado, los antropólogos en Chile hemos estado siendo demandados por agencias públicas nacionales y organismos internacionales a participar profesionalmente en diferentes proyectos de intervención social y en menor medida en procesos de investigación para aportar desde nuestra perspectivas disciplinaria a la explicación de fenómenos que impactan en diferente medida este proceso de salud-enfermedad en poblaciones o zonas geográficas específicas. También, se nos invita a procesos de aplicación de intervenciones sociales acotadas a una muy dispersa

* Antropólogo. Universidad Austral de Chile.

problemática social asociada directa o indirectamente con la salud de la población.

En este contexto, las temáticas que más se reiteran son la salud indígena, medicinas alternativas, desarrollo local, gestión de políticas públicas, amén de las tareas académicas de carácter formativa, de investigación, de extensión o asistencia técnica desde las universidades. Estas demandas nos han restado posibilidades de ensayar aspectos más conceptuales reduciendo nuestras preocupaciones a cuestiones pragmáticas.

Dado esta situación es prudente y necesario ensayar posturas que permitan analizar el objeto de estudio, las bases conceptuales y las aplicaciones de la antropología en el campo de la salud. Así examinar los aportes que nuestra disciplina pueda entregar a la comprensión de este complejo fenómeno de la salud y la enfermedad. En este ensayo propongo discutir el campo de aplicación de la antropología social urbana en salud bajo dos supuestos. El primero sostiene que por visión disciplinaria la antropología busca comprender el proceso de la salud y la enfermedad desde la perspectiva de la sociedad y la cultura. El segundo sostiene que la salud es un concepto por definición colectivo y por reducción individual y subindividual, en tanto la enfermedad es un concepto por definición individual y por extensión colectivo.

Por lo tanto la antropología se sitúa en la salud más que en la enfermedad que es una cosa médica. En este contexto, un importante aporte antropológico es en la promoción social de la salud, destacando la gestión de las políticas públicas a través de las intervenciones en las Estrategias de Desarrollo Regional y los Planes de Desarrollo Local en donde las culturas organizacionales son de alto interés para la antropología.

Discusión

El objeto de análisis de la antropología en salud son las condiciones socioculturales por las cuales transita el proceso de salud y enfermedad y las respuestas sociales que cada sociedad o grupo social construye. Las condiciones de este proceso tiene que ver con complejas relaciones de los procesos y estructuras sociales. A modo de ejemplo,

las diferentes etapas de la transición epidemiológica nos muestra la relación entre la mortalidad y la natalidad en el tiempo y la explicación de cada una de las etapas se basa en las condiciones económicas, políticas, educacionales, entre otras de cada una de las sociedades. En tanto las respuestas sociales tiene que ver con las políticas, planes y programas que se definen para garantizar la salud de la población. Estas definiciones dependen del perfil epidemiológico y las condiciones de desarrollo de cada sociedad. Es así como entre los países se muestran diferencias en los énfasis que se ponen en promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar los daños en salud, como también en el aporte al gasto en salud.

La base explicativa y comprensiva de estas condiciones y respuestas sociales están en la sociedad y la cultura. Sin desmerecer la importancia de la herencia biológica en las variaciones humanas que tienden a perder la importancia que se les atribuyó a partir de la

CUADRO 1: PROCENTAJE DE LA MORTALIDAD ADJUDICADO A CADA COMPONENTE DEL MODELO GLOBAL, GEORGIA, 1973.

CAUSA	ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS	ESTILO DE VIDA	MEDIO AMBIENTE	BIOLOGÍA HUMANA
Enfermedades				
Cardiacas	12	54	9	28
Cancer	10	37	24	29
Cerebrovascular	7	50	22	21
Accidentes automovilístico	12	69	18	1
Diabetes Mellitus	6	26	0	68
Promedio	9	47	15	29

Fuente: Alan Denver. 1973

PRINCIPALES MODELOS CONCEPTUALES SOBRE LA SALUD PÚBLICA

RESPUESTA SOCIAL OBJETOS DE INTERVENCIÓN	CONDICIONES: PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS	
	SALUD	ENFERMEDAD
Individuo	Modelo higienista/ preventivo	Modelo biomédico
Ambiente biofísico	Modelo sanitarista	Modelo epidemiológico clásico
Ambiente social	Modelo Ecologista	Modelo epidemiológico social
	Modelo sociomédico	

Modificado de Frenk, 1992

teoría microbiana. Hasta hoy la salud pública ha acumulado suficiente evidencia que demuestra la importancia de los factores sociales y culturales en el estar sano o enfermo. En este sentido Denver (1973) muestra que los estilos de vida son responsable de casi el 50% de las muertes por las principales causas de mortalidad (ver cuadro 1). Hoy por efecto del control de los riesgo son casi el 80%.

Frente a esto la salud pública ha organizado sus modelos conceptuales en función de las perspectivas de análisis y de los objetos de intervención de las respuestas sociales a los problemas derivados de su perfil epidemiológico. En este sentido Frenk (1992) ha resumido, en el siguiente cuadro, de manera ilustrativa los diferentes modelos conceptuales que se han aplicado en el área.

Este cuadro muestra como se organizan los modelos conceptuales que han orientado las intervenciones de la salud pública. Es así como podemos ver que las intervenciones se han orientado hacia el individuo, el ambiente biofísico y los ambientes sociales. De estos últimos los de mayor interés para la salud pública han sido la familia, las organizaciones y las comunidades o redes de apoyo social. Como tendencia es indiscutible la prevalencia del modelo biomédico con su énfasis en la enfermedad del individuo. Sin embargo, actualmente se busca el complemento entre los diferentes modelos conceptuales con particular atención a los modelos biomédico y sociomédico, como una manera de ser más eficiente en la respuesta social que los problemas de salud exigen. Pero esta complementariedad se da en condiciones muy asimétrica pues el modelo biomédico tiene un alto nivel de desarrollo en tanto el modelo sociomédico está en condiciones muy precarias para enfrentar los desafíos que la salud pública le plantea.

Sin embargo, la antropología tiene las herramientas teóricas y metodológicas que pueden aportar significativamente al desarrollo del modelo sociomédico. Para esto es necesario comprender que la salud es un concepto por definición colectivo y por reducción individual y subindividual, en tanto la enfermedad es un concepto por definición individual y por extensión colectivo. La salud dice relación con estados de equilibrios dinámicos de componentes biológicos, psíquicos, sociales y espirituales que se expresan de acuerdo al relativismo cultural que lo construye. Estos componentes adquieren significación simbólica solo en la medida en que se analicen en una perspectiva y contexto sociocultural determinado. Por lo tanto es un concepto esencialmente colectivo que manifiesta en sus contenidos las características de la sociedad y cultura que los construye. Sin embargo, es posible reducirlo a niveles individua-

les y subindividuales. Esta reducción tiene una naturaleza más técnica que social.

La enfermedad, en cambio, dice relación con estados de desequilibrios de los mismos componentes de la salud que se expresan de acuerdo a las características de las personas más que al contexto sociocultural. Esto como consecuencia de la estandarización de la medicina que a través del modelo biomédico ha "globalizado" las patologías. Así, las cardiopatías, los cánceres, los accidentes cardiovasculares o la diabetes mellitus son cuadros clínicamente similares en sujetos de muy diferentes sociedades y culturas. Incluso las sintomatologías de las patologías tradicionales como el mal de ojo o el empaño tienen patrones comunes. Las diferencias están dadas por la manera de valorar una u otra enfermedad, pero los cuadros clínicos son muy parecidos.

Las enfermedades se colectivizan por extensión, como lo hacen los epidemiólogos para determinar las prevalencias o incidencias de algunas enfermedades en poblaciones específicas. Sin embargo cuando se buscan las explicaciones del por qué y cómo se logran ciertas tasas, razones o proporciones las enfermedades pierden importancia y son las variables explicativas o independientes las relevantes. Así al colectivizar las enfermedades cardíacas se asocian las tendencias de la obesidad, el sedentarismo, el uso del alcohol o el tabaco y los hábitos dietéticos como los factores predisponentes a sufrir alguna enfermedad cardíaca. Así, la enfermedad es sólo un referente y son las variables explicativas o condicionantes las que nos preocupan. Estas condicionantes más que ser un dato diagnóstico son fenómenos sociales con fuerte arraigo en nuestra cultura. Hasta aquí hemos visto que el campo de aplicación de la antropología en esta área tiene como objeto de análisis a la salud y no a la enfermedad. Y de acuerdo a los modelos conceptuales de la salud pública es el modelo sociomédico que exige de la antropología una particular atención en el proceso salud – enfermedad en ambientes sociales acotados a la familia, comunidad, redes de apoyo social, entre otras organizaciones sociales incluyendo a las sanitarias. Por lo tanto, la antropología debe acercarse aun más su interés a la salud pública pues esta es la depositaria de los aportes que la disciplina antropológica pueda entregar.

Esto nos plantea una serie de desafíos toda vez que al revisar los procesos de investigación de estos ambientes sociales vemos con sorpresa la escasa actividad en estas materias. El SERNAM (1998) muestra en una revisión del estado de la investigación sobre la familia en Chile y concluye que en los últimos 20 años los estudios son muy reducidos y acotados a pequeños procesos que

no permiten tener un acercamiento a la realidad de la familia en Chile. Sin embargo, se define una política de Estado en salud familiar determinando planes y programas que asignan recursos humanos y financieros con cobertura nacional sobre la base de un desconocimiento de aspectos tan relevante como los patrones de autoridad, funciones, composición, entre otras variables propias de la familia. La situación respecto de las comunidades y las redes de apoyo social comparten la misma situación y las intervenciones en estos ambientes sociales se basan en convencionalismos y opiniones de los propios interventores más que en conocimientos sistemáticos y metódicos sobre estas realidades.

Esta política de Estado muestra una fuerte y sostenida tendencia en la promoción social de la salud que se plantea como gran propósito el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Aquí hay otro espacio de investigación e intervenciones sociales de alto interés antropológico. El concepto sobre promoción es otro convencionalismo que supone una serie de desafíos que deben ser asumidos. Las preguntas de por qué y cómo la participación social y la intersectorialidad, ejes centrales de la promoción, pueden implementarse, mejorarse o institucionalizarse son muy importantes. De aquí se derivan cuestiones asociado al liderazgo, negociación, convocatoria, comunicación social, entre otros aspectos muy relevante de acuerdo a las teorías desarrollada en el hemisferio norte pero con escaso apego a nuestras realidades locales.

Entre los aspectos que a mi juicio debe ponerse particular y urgente atención, en el ámbito de la promoción social de la salud, son los relativos a la gestión de políticas públicas. En efecto, existe una serie de herramientas en la política pública que puede garantizar un positivo impacto en la calidad de vida de las personas pero que no se utilizan por problemas de gestión pública. Los técnicos y agentes políticos regionales o locales no logran valorar esta situación pues tienen una alta dependencia de sus contextos culturales de carácter organizacional en donde responden a normas de significación simbólica diferente a las que realmente deben animarlos.

Las culturas organizacionales son mecanismos que permiten articular la conducta de las personas con el medio social a través de normas de significación simbólica. Estas significaciones se materializan en estructuras sociales como los sistemas de normas, de valores y de creencias que dan sentido a las relaciones humanas.

Al observar el cómo se toman decisiones en los gobiernos regionales y locales vemos que las normas de mayor significación son la jerarquía del saber hacer, el pensamiento

concreto y pragmático y las lealtades políticas. Siendo esta última de alta importancia a la hora de hacer gestiones en cualquier sentido. Sin embargo, a pesar que estas normas se observan en los niveles regionales y comunales tienen sus propios matices que se explican por las tradiciones en los municipios que obedecen a estilos administrativos de larga data que coexisten con estilos tecnocráticos. En cambio en los gobiernos regionales la tecnocracia es el estilo administrativo predominante. Marginalmente quiero destacar que he usado el término administrar y no gobernar en los niveles regionales y locales pues es lo que en definitiva se hace.

La importancia de estas observaciones radica en que las decisiones en materia de promoción social no fluyen de la manera esperada y estancan los procesos por la escasa valoración que los agentes políticos hacen de la gestión pública. De estas observaciones se desprende la rica materia de interés antropológico desde donde se levantan desafíos para explorar, describir, explicar y comprender por qué y cómo se toman decisiones en materias sanitarias.

Conclusiones

De este apretado análisis se puede desprender algunas conclusiones que espero permitan animar algunas discusiones orientadas a definir el campo de aplicación de la antropología social urbana y su impacto en la salud pública en Chile. Así, las principales conclusiones son:

La antropología debe orientar su interés en las condiciones y respuestas sociales del proceso de salud y enfermedad. Entre las condiciones es necesario aislar las variables socioculturales que inciden de manera significativa en el proceso de salud y enfermedad. En tanto que de las respuestas sociales es necesario revisar las políticas, planes y programas y las dificultades en su aplicación con particular atención a las culturas organizacionales.

La antropología debe valorar la tendencia hacia la promoción social de la salud y posesionarse para aportar al modelo sociomédico en construcción y aumentar las capacidades de este modelo para responder a las exigencias que desde la salud pública se le hacen.

De estas conclusiones se desprende como recomendación el acercamiento desde la teoría y metodología de la antropología hacia los marcos conceptuales y niveles de intervención de la salud pública en una perspectiva interdisciplinaria hacia una acción intersectorial y socialmente participativa.

Bibliografía

- Augé, M. (1998) *Hacia una Antropología de los Mundos Contemporáneos*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Balandier, G. (1976) *Antropología Política*. Ed. Peninsula, Barcelona.
- Becker Daguerressar, E. (1997) *Los umbrales del Conocimiento: Antropología Filosófica*. Ed. Anibal Pinto. Concepción.
- Cassell, E. (1976) Disease as an "It": Concepts of Disease Revealed by Patients' Presentation of Symptoms. *Social Science and Medicine*, Vol 10B, pp. 143 to 146. Pergamon Press Ltd. Printed in Great Britain.
- Committee for the Study of the Future of Public Health. Division of Health Care Services.
- Institute of Medicine. (1988) *The Future of Public Health*. National Academy Press. Washington, D.C. USA
- Chambla, M.C. (1971) *Introducción a la Antropología Biológica*. Ed. Huemul S.A. Buenos Aires.
- Chapple, E. (1972) *El Hombre Cultural y el Hombre Biológico: Antropología de la Conducta*. Pax-Mexico. Denver, A. (1974)
- Doyal, L. (1980) *Health, Illness and Underdevelopment*. In: *The Political of Health*. Ed. South End Press Boston, Ma.
- Durbin, P. (1984) *Philosophy of Medicine and History of Medicine*. In: *The Culture of Science, Technology, and Medicine*. Ed. The Free Press. A division of Macmillan, Inc. New York. USA. Collier Macmillan Publishers, London. Englan.
- Foster, G. (1974) *Antropología Aplicada FCE*. México
- Frankenberg, R. (1980) *Medical Anthropology and Development: A theoretical Perspective*. *Social Science and Medicine*, Vol 14B, pp. 197 to 207. Pergamon Press Ltd. Printed in Great Britain.
- Frenk, J. (1992) *La Nueva Salud Pública*. En: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*. OPS. *Publicación Científica* N° 540.
- Gadow, S. (1980) *Body and Self: A Dialectic*. In: *The Journal of Medicine and Philosophy*. Vol.5, N° 3.
- Good, B. and Good, M. (1988) *The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*. In: *The Relevance of Social Science for Medicine*.
- Kaufman, Sh. *Toward* (1989). *A Phenomenology of Boundaries in Medicine: Chronic Illness Experience in the Case of Stroke*. In: *Medical Anthropology Quarterly*.
- Laín Entralgo, P. (1984) *Antropología Médica para Clínicos*. Ed. Salvat, Barcelona.
- Leder, D. (1983) *Medicine and Paradigms of Embodiment*. State University of New York at Stony Brook
- Lewellen, T. (1994) *Introducción a la Antropología Política*. Ed. Bellaterra, Barcelona.
- Lock, M. and Gordon, D. (1985) *Psyche, Soma, and Society, The Social Construction of Psychosomatic Disorder*. In: *Biomedicine Examined*. Ed. Kluwer Academic Publishers. Boston and London.
- Lutz, C. and White, G. (1986) *The Anthropology of Emotions*. *Annual Review Anthropology*, vol. 15 pp. 405 to 436.
- Lutz, C. (1984) *Depression and the Translation of Emotional Worlds*. In: *Meanings, Relationships, Social Affects*
- Maretzki, T. (1989) *Cultural Variation in Biomedicine: The Kur in West Germany*. In: *Medical Anthropology Quarterly*. Ed. Department of Anthropology. University of Hawaii.
- Oyarzún, R. (1996) *B. Salud Pública y Salud Comunitaria*. En: *Notas de Clases, Curso de Salud Pública para Graduados*.
- Pelto, P. and Pelto, G. (1991) *Field Methods in Medical Anthropology*. In: *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Edited by Thomas M. Johnson And Carolyn F. Sargent. Preager Publishers New York and London.
- Powles, J. (1979) *On the Limitations of Modern Medicine*. In: *Revision of His article in Science, Medicine and Man* 1, N° 1.
- Plough, A. (1981) *Medical Technology and the Crisis of Experience: The Costs of Clinical of Legitimation*. *Social Science Medicine*. Vol. 15 B, pp 89 to 101. Pergamon Press Ltd. Printed in Great Britain.
- Rosenberg, Ch. (1986) *Disease and Social Order in America: Perceptions and Expectations*. *The Milbank Quarterly*, vol.64, Suppl. 1, 1986. Pennsylvania. USA
- Selva Sutter, E. (1987) *Sobre los Conceptos de Salud y Enfermedad y sus Fundamentos Sociales*. En: *La Continuada Interacción Sociobiológica en la Causalidad Estructural y en la Articulación Social de los Procesos de Salud - Enfermedad*. Ed. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador. San Salvador. El Salvador
- Temkin, O. (1981) *The Scientific Approach to Disease: Specific Entity and Individual Sickness*. In: *Concepts of Health and Disease Interdisciplinary Perspectives*. Ed. Addison-Wesley Publishing Company.
- The Hastings Center (1996) *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*. Special Report.
- Viel, B. (1996) *Influencia del Desarrollo de la Medicina en Chile*. En: *La Vida en la Tierra y el Ascenso del Hombre*. Ed. Cuatro Vientos. Santiago. Chile.
- Wolf, E. et. al. (1990) *Antropología Social de las Sociedades Complejas*. Ed. Alianza, Madrid.
- Wright, P. and Treacher, A. (1982) *Social Construction of Medicine*. Edinburgh Press.
- Young, A. (1981) *The Creation of Medical Knowledge: Some Problems in Interpretation*. *Social Science and Medicine*, Vol 15B, pp. 379 to 386. Pergamon Press Ltd. Printed in Great Britain.