

Horacio SAMPAYO (Coordinador)

El acceso y la exclusión en el cuidado de la salud: una perspectiva antropológica

Análisis de las continuidades y las rupturas
en la forma de abordar la salud, la discriminación,
la segregación, los prejuicios

AUTORES:

Ángel CERUTTI, María de los Ángeles JARA, Carla FRANQUELLI,
Delfina GARINO, Horacio SAMPAYO, Ana María ROMERO,
Norma CUFRE, Emelina TIERZO, Marta FLORES,
Luisina FONTENLA, Cecilia GONZÁLEZ

educo
Editorial Universitaria
Universidad Nacional del Comahue

ÍNDICE

Prólogo <i>Horacio Sampayo</i>	7
Prejuicio, segregación e iatrogenia en la práctica enfermero- médica <i>Horacio Sampayo</i>	13
El Modelo Médico Hegemónico o Modelo Biomédico <i>María de los Ángeles Jara</i>	25
La diversidad en las afueras del concepto de “cultura” <i>Carla Franquelli</i>	45
La concepción de “cuerpo” frente a las condiciones de su ruptura. Una revisión epistemológica del cuerpo como territorio de la biología <i>Norma Cufre; Carla Franquelli; María de los Ángeles Jara; Ana Romero; Emelina Tierzo</i>	55
Discursos y sociedad: el caso del déficit de atención en los medios de comunicación <i>Delfina Garino</i>	73
Vivir sin médico: el caso del barrio “El Mirador”, Añelo, provincia del Neuquén <i>Horacio Ricardo Sampayo; Luisina Fontenla</i>	93
Educación y xenofobia en la argentina. El caso del prejuicio antichileno en el territorio del Neuquén, Argentina, 1884-1930 <i>Ángel Cerutti; Cecilia González</i>	103
Prejuicios de género en la inclusión/exclusión en la salud. Investigación cualitativa en contexto africano. <i>Trad. y Reseña: Marta Flores</i>	113
“Claroscuros de la salud intercultural en A. Latina” <i>Reseña: Marta Flores</i>	129

PRÓLOGO

INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN SALUD: REFLEXIONES EN TORNO A PROCESOS DE CONSTITUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL CUIDADO

Presentamos este libro como parte de nuestro trabajo de investigación en el proyecto “*Obstáculos al conocimiento e Iatrogenia: discriminación, segregación y prejuicios como fuentes potenciales de errores en la práctica enfermera – médica*”, desarrollado a partir del año 2011 en la Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud, Universidad Nacional del Comahue.

Los artículos que lo integran fueron escritos teniendo en mente las tensiones entre un modelo de atención a la enfermedad desarrollado en la modernidad en occidente, basado en el llamado modelo bio-médico o científico, desde mediados del siglo XIX hasta el XXI, y las necesidades sociales de atender las enfermedades.

Medicina y Sociedad aparecen como dos polos opuestos, agonísticos sino antagónicos, donde los agentes se encuentran demandados al mismo tiempo desde distintos polos de tensión.

Los extraordinarios logros en materia de salud realizados en el período indicado ocultan u oscurecen una realidad en la que las necesidades sociales quedan relegadas a segundo plano y entran, finalmente, en contradicción con los esfuerzos científicos.

El humano vive en sociedad. Al nacer, lo hace prácticamente sin ninguna capacidad para sobrevivir por sí mismo y, por lo tanto, la sociedad lo somete a un largo proceso de enculturación. Este proceso consiste en la transferencia de los conocimientos necesarios para vivir, producir y reproducirse dentro de la sociedad. Gran parte de estos conocimientos son abreviados en forma de estereotipos, que significan una economía cognitiva destinada a aliviar la carga que debe soportar el sujeto. Estos estereotipos, o saberes del “sentido común”, derivan, al reificarse y corporizarse, en prejuicios, es decir,

saberes no susceptibles de crítica, que facilitan a los sujetos sus performances dentro de la sociedad. Estos prejuicios, que todos portamos en tanto humanos, deben ser observados, extrañados, criticados y desarmados para poder acceder al conocimiento real de las personas y de las situaciones relacionales cotidianas.

Por otro lado, los agentes de salud pertenecen a un conjunto social y están formados por y dentro de ese conjunto social. En consecuencia, participan de la cosmovisión, acertada o distorsionada, que el conjunto social ha constituido a lo largo de su historia reciente. Y como parte de este conjunto social, comparten gran cantidad de prejuicios. Margarita del Olmo nos dice:

*“En primer lugar, una definición clásica, elaborada por un psicólogo de la Universidad de Harvard, Gordon Allport, que dedicó la mayor parte de su trabajo académico al tema y entabló un famoso debate con Theodor Adorno acerca de si los prejuicios formaban o no parte de la personalidad. Gordon Allport definió el prejuicio, en su trabajo clásico *The Nature of Prejudice*, como «una actitud suspicaz u hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, por el simple hecho de pertenecer a dicho grupo, y a la que, a partir de esta pertenencia, se le presumen las mismas cualidades negativas que se adscriben a todo el grupo» (Allport 1979:7). Gordon Allport, porque consiguió demostrar que los prejuicios no estaban determinados por el tipo de personalidad de cada cual (como argumentaba Adorno), sino que todos nosotros los empleamos porque los aprendemos desde pequeños. En mi opinión, la palabra «prejuicio» contiene en sí misma su mejor definición: Se trata de una idea formada antes de un juicio. Y ello tiene tanto ventajas, como inconvenientes.” (Del Olmo - 2005-)*

En el campo de la atención a la salud, y entre el personal enfermero y médico, estos prejuicios se transforman en verdaderos dispositivos que, de no ser desactivados oportunamente, pueden derivar en retraso en la atención, abandono de persona, errores diagnósticos, tratamientos inadecuados o insuficientes y otras situaciones evitables.

Investigar la presencia e incidencia de estos dispositivos en

los efectores públicos y privados en la región del Alto Valle de Río Negro y Neuquén nos parece del mayor interés con vistas a mejorar la calidad de la formación del personal.

Conocemos, desde los trabajos de Michel Foucault, la crítica que éste hiciera a los dispositivos médico asistenciales de la cultura capitalista occidental como parte de los mecanismos de dominación de los sujetos. Por otro lado, Ervin Goffman nos enfrenta con similar línea de problemas al situarnos frente a las “instituciones totales”, en las que los sujetos son despojados de su libertad en grado extremo, especialmente del control sobre sus cuerpos. Menéndez nos habla sobre el Modelo Médico Hegemónico y nos alerta no sólo sobre la posibilidad que éste tiene de control y dominación sobre los cuerpos, sino especialmente sobre la capacidad, en tanto saberes hegemónicos, de silenciar otros saberes, tanto saberes de los enfermeros como -y muy especialmente- de los enfermos. (Menéndez, 1990) Introduce, a nuestro juicio muy acertadamente, el concepto de “hegemonía” desarrollado por Antonio Gramsci. (Lombardi Satriano, -1978-) Por otro lado, Pierre Bourdieu nos insta a reflexionar sobre la violencia simbólica, es decir, sobre aquella violencia no ejercida directamente sobre los cuerpos, sino que permanece implícita como una intimidación, o que constituye dispositivos que implican una potencial amenaza sobre la capacidad de producción o reproducción de los sujetos.

Si a estos elementos les sumáramos la coacción para la vida y el bienestar del sujeto presentada por la naturaleza bajo la forma de padecimientos y enfermedades, encontramos una verdadera red de pequeños hilillos que mantienen a los sujetos fijos en los dispositivos sociales de dominación, como los hilillos que mantenían sujeto a Gulliver en la isla de Lilliput: cada uno es pasible de rotura, pero sumados son invencibles. (Swift, Jonathan (1796) *Los viajes de Gulliver*)

Si agregamos los saberes implicados en forma de prejuicios y estereotipos de los que todos somos portadores en tanto que pasamos por los procesos de endoculturación comunes a todas las culturas, pero con especiales connotaciones en Occidente, como una sociedad capitalista y clasista, adquiere características propias.

Estos prejuicios y estereotipos se constituyen como saberes que significan una fuerte economía cognitiva y, por lo tanto, son aceptados sin una suficiente crítica. La Universidad, en el proceso de formación de Profesionales Enfermeros, busca, a través de distintas materias, desmontar estos saberes y reemplazarlos por procesos de toma de conocimiento basados en elementos científicos con un alto grado de contenido significativo. Sin embargo, estos procesos no siempre tienen éxito, debido a la resistencia al cambio ofrecida espontánea e inevitablemente por los propios estudiantes.

Por lo tanto, observamos, en nuestra vida cotidiana, la presencia de elementos que perturban las prácticas de los profesionales médicos y enfermeros. Nos preguntamos si esto es inevitable o, por el contrario, en nuestra propia práctica como docentes, podemos hacer visibles los dispositivos por los cuales la sociedad discrimina y segrega, especialmente, en las actividades médico-enfermeras de cuidado de personas padecientes. Para ello, y siguiendo los pasos de June Hart Romeo (1998), nos proponemos iniciar un proceso de investigación en este sentido.

Ya en trabajos anteriores sobre la cuestión hemos señalado cómo los prejuicios y estereotipos que llevan a la segregación producen interferencias que pueden dar lugar a mala praxis por omisión e incluso en algunos casos por acción. (Sampayo, 2010) En trabajos de conocidos investigadores como Mario Testa, existen indicios de este tipo de problemas, aunque él no los trata.

Nosotros dirigimos nuestras miradas como científicos sociales a problemas ocasionados por nuestra cultura sobre algunos de nosotros, en un intento por superarlos y mejorar nuestra calidad de vida, muy especialmente la de los miembros menos favorecidos de nuestra sociedad. Pero no sólo nos guía un propósito altruista sino que, en especial, nos preocupa la presencia, en la zona de influencia de nuestra Facultad, en la que se dictan simultáneamente siete u ocho carreras de Enfermería (Viedma, Choele-Choel, Allen, Neuquén, Plaza Huincol, Bariloche, Rawson-Trelew y Esquel), de varias culturas distintas.

La realidad de la región nos indica la presencia de comunidades criollas mayoritarias, pero también de importantes

comunidades mapuche y otros pueblos originarios, además de gitanos, galeses y otras sociedades migrantes. *“Estamos, entonces, en presencia de una verdadera sociedad multiétnica y, en consecuencia, multicultural”*.

Para complejizar aún más la situación, el modelo social neoliberal prevé una fuerte desigualdad social, cosa que se ha logrado exitosamente desde su imposición en 1976, pero muy especialmente desde su hegemonía en los '90. (Minujin, Gorz)

Por lo tanto, a la división de clases sociales propuestas por Carlos Marx debemos agregarle, en la actualidad, la presencia de una población de lumpen-proletarios, desocupados, que viven en “tomas”. Trabajadores de dos tipos: con empleo seguro y sin empleo seguro, con trabajos transitorios o eventuales, y una burguesía a su vez con dos divisiones bien marcadas: la “gran burguesía” y los pequeños empresarios, que tienen entre dos y cinco empleados y cuya situación es fluctuante de acuerdo a la de los mercados. Cada una de estas “clases sociales” vive en diferentes mundos culturales.

Podemos afirmar que existen culturas diferenciadas entre quienes viven en una “toma” (villa miseria asentadas en terrenos usurpados), en un barrio de plan de viviendas gubernamental, en un *country club*, etc; puesto que trabajan en forma diferenciada, tienen viviendas diferenciadas, transportes diferenciado, relaciones sociales diferenciadas y, por supuesto, atención médica, farmacéutica y odontológica diferenciadas.

La compleja realidad social regional significa, entonces, una compleja diversidad cultural.