

## El sentido de la salud: antropología de las políticas de la vida<sup>1 2</sup>

**Didier Fassin**

Université Paris 13  
Francia  
Princeton University  
Estados Unidos  
dfassin@ehess.fr

Traducción de Violetta Cesanelli  
en colaboración con Tomás Kierszenowicz y Susana Margulies.  
Universidad de Buenos Aires  
Argentina

### RESUMEN<sup>3</sup>

En este capítulo, extracto del libro *“Antropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux”*, Didier Fassin muestra las líneas de fuerza de lo que llama “el territorio de la Antropología de la salud”. Propone exceder teóricamente y empíricamente el campo de la antropología médica clásica, reflexionando sobre algunos interrogantes atinentes a cuestiones políticas y morales, para el desarrollo de una “antropología de las políticas de la vida”. A partir de varios ejemplos, particularmente el análisis del doble mecanismo de producción y de construcción social del saturnismo infantil en Francia muestra de qué manera esta perspectiva permite abordar de manera crítica las nuevas formas de legitimidad sanitaria o humanitarias que parecen imponerse en detrimento de otras en los espacios locales de la salud pública, como en las escenas mundiales de la acción humanitaria, en donde las economías moral, economía y política se contrabalancean en las decisiones con respecto a las vidas humanas.

### PALABRAS CLAVE

Antropología de la Salud, Ilegitimidad, Razón Humanitaria, Cuerpo, Salud Pública

1 Publicado en Francine Saillant y Serge Genest (dir.), *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Capítulo 14, pp. 383-399. Québec: Les Presses de l'Université Laval; París: Anthropos, 2005, pp. 467 .<http://dx.doi.org/doi:10.1522/030155483>

2 Disponible en “Les classiques des sciences sociales”, biblioteca digital fundada y dirigida por Jean- Marie Tremblay, profesor de sociología en Cégep de Chicoutimi. Sitio web: <http://classiques.uqac.ca/> En colaboración con la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de la Université du Québec à Chicoutimi. Sitio web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

3 Nota de la editora: el artículo original no contaba con Resumen y Palabras clave



## The Meaning of Health: Anthropology of Life Policies

### ABSTRACT

In this chapter, excerpt from the book "Antropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux", Didier Fassin shows the lines of force of what he calls "the territory of the Anthropology of health". It proposes to theoretically and empirically exceed the field of classical medical anthropology, reflecting on some questions concerning political and moral questions, for the development of an "anthropology of the politics of life". From several examples, in particular the analysis of the dual mechanism of production and social construction of child lead poisoning in France shows how this perspective allows a critical approach to the new forms of health or humanitarian legitimacy that seem to prevail in detriment of others in local areas of public health, as in the global scenes of humanitarian action, where moral, economic and political economies counter-balance decisions with respect to human lives.

### KEYWORDS

Anthropology of Health, Illegitimacy, Humanitarian Reason, Body, Public Health

**FECHA DE RECIBIDO** 12/07/2020

**FECHA DE ACEPTADO** 22/12/2020

### COMO CITAR ESTE ARTICULO

Fassin, D. (2021) El sentido de la salud: antropología de las políticas de la vida. Revista de la Escuela de Antropología, XXIX, pp. 1-23. Traducción de Violetta Cesanelli en colaboración con Tomás Kierszenowicz y Susana Margulies. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.149

### Introducción

La Antropología Médica constituye un espacio académico y científico que se caracterizó, a lo largo de las últimas décadas, por un doble movimiento. Por un lado, de diferenciación/especialización en múltiples campos particulares desde la etnomedicina o la etnofarmacología hasta las antropologías del cuerpo, la enfermedad y el sufrimiento. Por otro lado, de apropiación y de reformulación de las grandes cuestiones de la Antropología, rompiendo con la propensión inicial a la construcción de una especialidad supuestamente autónoma y con frecuencia medicalizada. De esta forma, el panorama resultante, en especial en Francia, aparece a la vez particularmente diversificado en virtud de sus objetos y sus campos y, al mismo tiempo, cada



vez menos diferenciado en el marco de la disciplina antropológica. El territorio que será descrito aquí será el de la Antropología de la salud. Si bien las problemáticas a partir de las cuales fue construida abordan dimensiones inéditas respecto de aquello que continúa denominándose por comodidad Antropología Médica, al mismo tiempo encuentra o renueva aquellos interrogantes que de manera general formulan los antropólogos que tratan las cuestiones políticas y morales. Más que un estado de la cuestión de este campo disciplinar naciente, nos esforzaremos en mostrar las líneas de fuerza apoyándonos en los desarrollos franceses y estableciendo conexiones con otros lugares. Entenderemos, de esta manera, que, más allá de la salud, la Antropología Médica participa de una antropología de las políticas de la vida.

### **La salud, entre realismo y constructivismo**

La representación más común de la salud hace de ésta un simple hecho de la naturaleza, cuyos límites han sido conceptualizados por Georges Canguilhem (1966). Su inscripción en el cuerpo, que la visibiliza a través de la enfermedad o, de manera más discutible, a través del bienestar, da por sentado como su *substratum* material a los órganos o los genes. Esta evidencia se refuerza por el desarrollo de profesiones e instituciones que, a través del doble juego de la producción de saberes y la legitimación del poder, disponen de una fuerte autoridad con respecto a la definición de sus límites. Si se afirma que la tuberculosis, el sida o la encefalopatía espongiiforme bovina son problemas de salud, se ven bacterias, virus y priones que se transmiten, infecciones que se desarrollan y enfermos que sufren. Si se habla en los mismos términos del consumo de drogas o de alcohol, del maltrato infantil o de los desórdenes postraumáticos, nadie cuestiona los efectos físicos o psíquicos deletéreos de la dependencia o de la violencia. La visión de la salud que se impone normalmente a los responsables sanitarios, a los pacientes y a los decisores políticos así como también a los ciudadanos, es fundamentalmente una visión naturalista – aún más que biomédica, como frecuentemente se piensa– que las estadísticas de morbilidad y mortalidad vienen, finalmente, a



objetivar (Dozon y Fassin 2001). El número de personas enfermas o fallecidas certifica la verdad del problema de salud en contra del cual los poderes públicos y frecuentemente la sociedad entera deben combatir.

Pero las cosas, ¿son tan simples? En contra de la evidencia común, la Antropología Política propone un doble patrón de lectura. La primera es constructivista; muestra cómo lo que llamamos salud es el resultado del trabajo tanto individual como colectivo de los agentes a través de modelos e imágenes, a costa de conflictos y controversias, movilizandando alianzas y desarrollando estrategias. La segunda es realista; analiza cómo los hechos supuestamente naturales son también el producto de estructuras y de disposiciones, de modos de diferenciación y de procesos de desigualdad, de la acción pública y de las iniciativas privadas, que tienen por efecto la prevención o la aceleración del desgaste o del sufrimiento. La salud es, entonces, a la vez una construcción social, en el sentido que los agentes le otorgan al traducirla en el lenguaje de la enfermedad, y una producción de la sociedad, tomando aquello que el orden del mundo inscribe en los cuerpos. Entonces podemos, por un lado, hablar de la sanitarización de lo social y, por otro lado, de la politización de la salud (Fassin 1998). Los dos movimientos operan de manera dialéctica. Este punto es esencial. En efecto, la literatura de las ciencias sociales de la salud ha adoptado frecuentemente, de manera exclusiva o predominante, una u otra de ambas perspectivas: como Peter Berger y Thomas Luckman (1966) cuando describen cómo se construyen los objetos de la salud como el maltrato infantil o el traumatismo psíquico (Hacking 1955, 1999) o, en la línea de Merrill Singer y Hans Baer (1995) enfocando en las condiciones socioeconómicas de la producción de la enfermedad para resaltar las disparidades y las violencias que se manifiestan en los cuerpos (Farmer 1992, 1999). En el presente abordaje, los dos procesos se mezclan y las dos lecturas se informan entre sí.

Tomamos el caso del saturnismo infantil en Francia. Y empezamos con el hecho siguiente. En 1981, un estudio de casos de intoxicación



por plomo en niños franceses, relevó 10 casos publicados en los 25 años previos. Los autores, pediatras y toxicólogos de Lyon, constataron que Francia no había sido tan afectada como los Estados Unidos en donde esta afección había tenido una incidencia preocupante. En 1999, sobre la base de distintas investigaciones epidemiológicas, un informe del Instituto Nacional de Salud y de Investigación médica (INSERM) indicó la existencia de una población de 85.000 niños intoxicados y los especialistas manifestaron su preocupación de que Francia alcanzara una situación aún más grave que la de los Estados Unidos. En menos de dos décadas se pasa así de casos excepcionales a una epidemia de la cual la prensa se hace eco y que lleva a la votación de una ley. ¿Tenemos acaso que pensar que en tan poco tiempo el plomo se diseminó en el cuerpo de los niños, al punto de convertir a esta patología, antes considerada singular, en una nueva prioridad de salud pública? Han de considerarse dos elementos: la movilización de los agentes para hacer reconocer el problema y la modificación de los rasgos clínicos de la enfermedad. La epidemia de saturnismo es, entonces, la consecuencia de la intervención de individuos y de la transformación de indicadores, es decir, es un caso de humanos y no-humanos (Latour, 1991), aunque siempre son mujeres y hombres quienes actúan e interactúan.

En el primer frente abierto, en París, una joven pediatra identifica un caso de saturnismo en una niña de origen malí y lo informa al servicio social, procedimiento poco habitual en aquella época. Impactada por ese caso, una trabajadora social decide, hecho excepcional en el habitus hospitalario, concurrir al domicilio de la familia para constatar las condiciones del hábitat y vuelve tan *shockeada* por la degradación del lugar que contacta, a su vez, a las instituciones de protección materno-infantil. Una médica de este servicio, en colaboración con un toxicólogo y luego dos médicos generalistas amigos que trabajaban en dos organizaciones no gubernamentales, una humanitaria y la otra de salud para inmigrantes y, casi al mismo tiempo, un especialista en salud pública de un departamento universitario –y algunos más– hicieron de este caso, cada uno a su manera, una causa



que defender. La expresión no es demasiado fuerte, ya que las resistencias fueron grandes: para algunos porque el saturnismo les parecía un fenómeno marginal y para otros porque entreveían las consecuencias prácticas en términos de relocalización y rehabilitación del hábitat. Se necesitaron cinco años para que el problema fuera reconocido y que una investigación nacional fuera activada, y ocho más para que la legislación se modificara a fin de permitir el diagnóstico y el seguimiento de los niños y, sobre todo, para hacer obligatorias las intervenciones preventivas en los edificios.

En el segundo frente, que tomó dimensión internacional, la dosis de plomo a partir de la cual se considera que existe intoxicación pasó, en pocos años, de 250 ug/l a 100 ug/l. Si, con el primer indicador, la movilización de los agentes había conducido a descubrir unas centenas de casos de intoxicación, con el segundo, se pasó a admitir la existencia de decenas de miles de niños afectados. En la modificación del nivel de plomo considerado tóxico intervino el trabajo de dos equipos de epidemiología, uno de América del Norte y el otro de Australia, que en los años 80 pusieron en evidencia los efectos tóxicos sobre las capacidades de aprendizaje y los desempeños escolares a partir de niveles cada vez más bajos de plomo. Esta demostración no fue sencilla debido a la multiplicidad de factores no biológicos que interfieren con las competencias cognitivas de los sectores más desfavorecidos, africanos en Francia o hispano-americanos en Estados Unidos. Fue necesario atravesar complejas investigaciones mediante análisis multivariados y controversias científicas que dividieron a los ámbitos académicos para que los Centers for Disease Control de Atlanta, considerados la referencia en salud, incluso en la salud pública europea, admitiera el nuevo nivel de plomo.

Decir que hubo construcción social del saturnismo infantil no es entonces poner en cuestión su realidad clínica o epidemiológica. Es recordar dos cosas. En primer lugar, que sin la intervención de los agentes esta realidad hubiera permanecido, como lo fue hasta



los años 80, como una afección considerada excepcional o rara o como una patología oculta en el cuerpo de los niños inmigrantes de origen africano. En segundo lugar, que esta enfermedad pasó a ser descrita como epidemia, distinta de los casos singulares señalados en los estudios clínicos. En general, los casos singulares presentaban manifestaciones neurológicas graves acompañadas de coma y de convulsiones asociadas a niveles de plomos muy elevados. En su manifestación epidemiológica no tenía por lo general una expresión clínica detectable y se traducía esencialmente en términos de riesgo estadístico de disminución del índice de coeficiente intelectual. Las dos cuestiones son eminentemente políticas: por un lado, se enfatiza en el rol de los agentes sociales para hacer reconocer un problema de salud; por otro lado, se resalta la importancia de los instrumentos técnicos en la aprehensión de fenómenos sanitarios. Pero, en este nivel queda pendiente la respuesta a un interrogante: ¿de dónde proviene la intoxicación por plomo? O ¿cómo explicarla? Interrogante aún más claro toda vez que el 99% de los niños afectados por el saturnismo en Francia vivían en familias de origen africano. Analizar la producción social del saturnismo es también dar cuenta de este porcentaje.

A comienzos de los años 70, el gobierno francés anunció su voluntad de acabar con la inmigración de trabajadores. Hasta esta época, la regulación de los flujos migratorios se había efectuado esencialmente en relación con las necesidades de la economía y la posesión de un contrato con un empleador era requisito suficiente para la obtención de un permiso de estadía. La crisis del petróleo y las reestructuraciones de la industria revolucionaron el mercado del trabajo. Los inmigrantes, sobre todo aquellos menos calificados, se tornaron menos necesarios, salvo en algunos sectores como los trabajos públicos, la agricultura, los servicios gastronómicos. De todos modos, esta nueva política dejó abierta la inmigración denominada de poblamiento, que permitía el reagrupamiento familiar autorizando a cónyuges e hijos a reunirse con la persona ya instalada en el país. A mediados de los años 80, este procedimiento sufrió importantes restricciones lo mismo



que la mayoría de las vías legales de entrada al territorio francés. Al mismo tiempo, se restringió la renovación de los certificados de estadía de las personas desempleadas, los trabajadores de algunos sectores protegidos y de los estudiantes que reprobaban sus exámenes. A partir de este momento, por el doble efecto de las llegadas ilegales y las renovaciones interrumpidas, el número de extranjeros en situación irregular aumentó. Entre ellos, los africanos, originarios sobre todo de África occidental, fueron los más numerosos o los menos invisibilizados.

Durante el mismo período, las mismas causas económicas condujeron a un crecimiento de la demanda de empleo y, más generalmente, a una disminución de la movilidad social y espacial de la totalidad de la población residente en Francia. En un contexto de relativa penuria de alojamiento, las áreas de alquiler de costo moderado devinieron menos accesibles para los extranjeros a causa de la implementación de políticas de cupo no declaradas. A partir de este momento, los inmigrantes recién llegados debieron conformarse con departamentos privados, los más desvalorizados del mercado, los más vetustos e insalubres. Los inmigrantes en situación irregular no podían sino aceptar estas condiciones. Es precisamente en estos hábitats donde se encuentran aún hoy las viejas pinturas con plomo prohibidas desde 1948. Es en estos hábitats donde se intoxican los niños de origen africano.

La historia de las políticas francesas de inmigración y de hábitat, tal como la acabamos de enunciar brevemente, ofrece una interpretación consistente de las razones de la elevada incidencia de saturnismo en los niños que viven en familias inmigrantes pobres. Revela cómo la contaminación del ambiente local es el producto de desigualdades sociales que afectan en particular a los extranjeros, los más precarios económica y jurídicamente. Sin embargo, esta explicación no fue tomada en cuenta en los años 80 en Francia. Para dar cuenta de la intoxicación preferencial en los hogares africanos se supuso la existencia de prácticas culturales singulares de estas familias. Después de haber asignado la



responsabilidad a la tinta utilizada por los *marabouts* musulmanes y a los productos de maquillaje de las mujeres, finalmente se optó por una interpretación que, al mismo tiempo que reconocía el rol de la pintura, señalaba como causante directa a la supuesta ingesta de materia mineral, la geofagia, que las madres del oeste africano habrían transmitido a sus hijos. En contraposición a esta lectura culturalista, los activistas del saturnismo tuvieron que movilizarse para hacer valer sus análisis materialistas que se impusieron progresivamente sólo a partir de los años 90. En fin, la construcción social del saturnismo (por los agentes, que al cabo de sus luchas lo hacen existir no sólo como realidad sino también como etiología) y su producción por parte de la sociedad (como resultante de mecanismos económicos y elecciones políticas) tienen que ser pensadas en conjunto.

Si la intoxicación por plomo es un buen ejemplo, obviamente no es el único. Podríamos, a propósito del delirio del hambre en Brasil (Scheper-Hughes, 1992), del estrés postraumático en Estados Unidos (Young, 1995) o de la psicopatología africana (McCulloch, 1995), demostrar este doble mecanismo de construcción y de producción, de modelos cognitivos y de lógicas políticas que la sociedad tiende, sin embargo, a borrar, haciendo de categorías nosográficas un simple reflejo de la naturaleza de las cosas y eludiendo los procesos sociales que se inscriben en los cuerpos. Pero más allá de esta lectura constructivista y realista de los fenómenos de la salud, cuyo eco puede hallarse en muchos trabajos de la antropología médica crítica, la epidemia del saturnismo puede enseñarnos algo más sobre los fundamentos antropológicos de las sociedades contemporáneas.

Cuando la asistente social descubre a las familias africanas viviendo en tugurios del centro de París, el saturnismo le parece secundario en comparación con el estado de deterioro de las viviendas cuyos pisos se hundían y sus escaleras tambaleaban. Sin embargo, es obrando en contra de la enfermedad y reivindicando la salud de los niños enfermos, que ella y algunos otros pueden



llegar a imponer a los funcionarios municipales parisinos la necesidad de una respuesta a estas familias. Cuando, un tiempo después, una integrante de una gran organización humanitaria que en el ínterin había asumido el rol de funcionaria encargada de poblaciones desfavorecidas en el Ministerio de Salud, decide trabajar para la presentación de un texto legislativo, pone como ícono patético de su reclamo a los niños víctimas de la intoxicación por plomo. Además, los dos ministros a quienes esta funcionaria logra convencer sobre la importancia de su causa son dos antiguos fundadores de Médicos Sin Fronteras que ya adherían a la misma. Dicho de otra manera, la reacción política local y nacional que la indignidad de las condiciones del hábitat de los extranjeros no había podido suscitar, se pudo obtener merced a la invocación del deterioro de los cuerpos. La legitimidad de la enfermedad ganó sobre la ilegitimidad de la población. El recurso moral que busca en la vida física lo que la existencia social no alcanza a justificar, a saber, la relocalización de familias inmigrantes, opera hoy en muchos registros de la acción pública.

### **Economía moral y razón humanitaria**

En un texto citado con frecuencia, Michel Foucault (1976) ha propuesto una teoría del biopoder que va a permitir clarificar el asunto. Durante siglos, escribe, la política se organizó alrededor del poder soberano, que es un "derecho de muerte" sobre los sujetos. A partir del siglo XVII, a través de una progresiva intervención de los principios y valores del gobierno, la gestión de los vivientes devino en objeto central de la política, bajo la forma de un "poder sobre la vida". Ese biopoder incluye la disciplina de los cuerpos, tal como se ejecuta a través de una serie de instituciones, desde la escuela hasta el ejército y la prisión pasando por el hospital, y al mismo tiempo al control de poblaciones, tal como se manifiesta en la invención de herramientas como la demografía, la sociología, la psicología, y en la regulación de los nacimientos, de las enfermedades, de los flujos migratorios. En un primer análisis, la salud pública parece entonces inscribirse perfectamente en este cuadro ya que, por un lado, pretende imponer normas individuales de conductas sanas



y, por otro lado, organiza el conocimiento epidemiológico y la administración sanitaria de colectividades humanas. El ejemplo del saturnismo invita sin embargo a otra lectura.

Ciertamente se trató de intervenir sobre cuerpos y poblaciones para relevar y prevenir los casos de intoxicación por plomo en niños. Pero veinte años después, aunque se dispone de todos los elementos de descripción, análisis y medición, aunque las asociaciones se han movilizadas y una ley fue votada, menos del 1% de las familias que se estima están contaminadas fue beneficiado mediante relocalización o re-habilitación de su hábitat. Por tanto, un biopoder frágil si consideramos los intereses económicos asociados al costo de estas medidas y los intereses políticos en relación con el aumento de la xenofobia. Sin embargo, pudo establecerse un consenso alrededor de las víctimas del saturnismo suficientemente amplio como para que dos ministros, pertenecientes a dos mayorías parlamentarias opuestas y que se sucedieron en el gobierno, defendieran, primero uno y luego el otro, la legislación al respecto. Más que hablar de poder sobre la vida, que supondría una acción pública eficaz, ha de hablarse del poder de la vida, entendiendo mediante esta expresión, el reconocimiento que la sociedad otorga a la cuestión del cuerpo que sufre o al enfermo. Entonces, se trata más de una biolegitimidad que de un biopoder (Fassin, 2000). A través de esta palabra, se trata de enunciar un orden de valores—y no una jerarquía de poderes— que existe en el mundo contemporáneo y cuya traducción concreta se manifiesta en formas innumerables, tanto en los espacios locales de salud pública como en las escenas mundiales de la acción humanitaria. Dos filósofos pueden ayudar a reconstruir su genealogía y a percibir su significado. De un lado, Hannah Arendt (1967) la hace nacer en el movimiento iluminista, en la revolución francesa que hizo de la vida “el bien supremo” y de la “piedad” el primer recurso de la acción; según ella, se impone entonces una verdad del cuerpo que emerge de la necesidad más que de la libertad y la dignidad, y que anuncia la supremacía de los derechos humanos por sobre los derechos ciudadanos. Por otro lado, Giorgio Agamben (1997) distingue, a partir de una relectura



de Aristóteles, los dos sentidos que recubren las palabras griegas que definen la vida, zoe, la vida desnuda, la existencia física "simple hecho de vivir", y bios, la vida cualificada, la existencia política, "manera de vivir propia de un grupo". Esta tensión entre las dos formas de vida y particularmente la manera en que la vida biológica sirve permanentemente para justificar, o, más allá de esto, fundamentar la vida en sociedad, es lo que caracteriza para él, las políticas contemporáneas.

El ejemplo de la gestión de la inmigración ilumina esta discusión teórica. Luego de las grandes mutaciones económicas y sociales que condujeron, a partir de los años 70, a políticas cada vez más restrictivas en términos de entradas y de estadías de extranjeros, el conjunto de las vías de acceso legal al territorio francés se fue cerrando progresivamente. En el mismo momento, ocurrió una movilización de partidos, primero del Partido Comunista, y luego del Frente Nacional, alrededor de lo que devino "la cuestión inmigrante", en otras palabras, una manera específica de construir la presencia extranjera como problemática en relación con el empleo, la inseguridad y el sida. Esta doble evolución, política e ideológica, generó representaciones de sospecha sobre el otro y justificó prácticas cada vez más inhospitalarias. Con la edificación del espacio Schengen durante los años 90, la suspicacia y la inhospitalidad se extendieron a la Unión Europea en detrimento de "los extra comunitarios", es decir, esencialmente las personas provenientes de países del tercer mundo. En este contexto, se produjeron dos fenómenos notables.

**Primer fenómeno:** El asilo político perdió legitimidad. Mientras que a comienzos de los años 80 el asilo político todavía era un valor simbólico que se traducía en un elevado nivel de opiniones favorables sobre las personas demandantes (alrededor del 80% era reconocido como refugiado), durante la década siguiente ocurrió un proceso de descalificación creciente (con una proporción de reconocimiento de demandas por la Oficina francesa de protección de refugiados y apátridas de apenas el 12%, cifra que se eleva al



18% luego de la intervención de la Comisión que atiende los recursos de apelación). En diez años, el número de refugiados políticos se redujo seis veces, llegando al número sorprendentemente pequeño de 2.000 nuevos reconocimientos por año (sin contar los niños que, cuando llegan a la mayoría de edad, son beneficiarios del mismo status que sus padres). Paralelamente, una serie de medidas dirigidas a eventuales futuros candidatos con propósito disuasivo, tuvo como efecto una mayor precarización y debilitamiento de las condiciones de los refugiados: en 1989, el retiro de los subsidios para alojamiento reorientó a los migrantes hacia dispositivos de acogida de emergencia y, en 1991, la prohibición de trabajar los convirtió en dependientes de la caridad pública. Lejos de las generosas declaraciones que rodearon la firma de la convención de Ginebra en 1951, Francia y Europa consideran a los demandantes de asilo cada vez más como extranjeros indeseables, que, en su mayoría, son destinados a convertirse en clandestinos dadas las bajas tasas de aceptación.

**Segundo fenómeno:** La razón humanitaria se impuso como un nuevo derecho. Esto concierne en especial a los extranjeros enfermos, quienes deben demostrar que su afección es lo suficientemente grave y que ellos no pueden ser atendidos de manera adecuada en su propio país (dos criterios cuya estimación es eminentemente subjetiva). Este nuevo dispositivo se instaló bajo una doble presión, por un lado, el crecimiento de los extranjeros enfermos de sida en un período en que los antirretrovirales no estaban disponibles en el tercer mundo y, por otro lado, por la movilización conjunta de asociaciones de defensa de los derechos a la salud de los inmigrantes. La institucionalización de este derecho se produjo en tres tiempos. A principios de los años 90, la policía migratoria comenzó a usar de manera cada vez más frecuente su poder discrecional de regularización de extranjeros sin certificado de residencia para incluirlos en los registros de enfermos. Poco tiempo después, una legislación sobre inmigración que tenía como propósito hacer más difícil el acceso al territorio francés incluyó una disposición especial que indicaba que los enfermos no podían ya ser



reconducidos a la frontera, deviniendo así en no “regularizables”, no expulsables. En 1997, una nueva ley dio un paso más al instituir el derecho de estadía y de trabajo para los enfermos después de un control que demostraba que su situación médica respondía a dos criterios: de gravedad de la afección y de inaccesibilidad de tratamiento. Durante esta década, el número de regularizaciones efectuadas en el nombre de lo que en la administración se llamó durante mucho tiempo la “razón humanitaria” se multiplicó por siete, incluyendo a 2.000 personas por año. De todas las vías existentes para la obtención de un status legal, es ésta la que progresó más rápidamente durante un período en el que las otras fuentes de reconocimiento se extinguían.

Pérdida de legitimidad del asilo político, por un lado. Aumento de la legitimidad del cuerpo sufriente, por el otro. Se trata de dos maneras de definir una política de lo viviente. Es posible establecer un paralelismo entre ambos fenómenos, no sólo porque se desarrollan durante el mismo período, sino también porque operan de manera interactiva. Así, algunas personas a quienes se niega el asilo intentan hacer valer una patología, alentados por sus abogados, por las asociaciones o por los mismos agentes bien intencionados de la Prefectura. Se trata por tanto de un verdadero desplazamiento de la legitimidad: de los derechos del ciudadano del mundo (amenazado en su país) a los derechos del ser humano (afectados por la enfermedad), si se piensa en las categorías de Hannah Arendt; de la vida política (bios) a la vida biológica (zoe), expresado en términos de Giorgio Agamben. Hoy, la sociedad francesa es menos propensa a reconocer las vidas en peligro de las víctimas de un régimen autoritario o de violencias de guerras, y es más sensible a la enfermedad o al sufrimiento de las personas que padecen una afección grave. Esta forma de reconocimiento también suele ser la que opera en el plano internacional en relación con la gestión humanitaria de los desplazados y los refugiados (Agier 2002). De manera más anecdótica, pero no menos significativa, sabemos que el estado de salud del general Pinochet fue invocado para evitarle un juicio contra crímenes de lesa humanidad en España



y para justificar la liberación del prefecto Papon encarcelado bajo esa misma acusación; en estos dos casos el término "humanitario" fue empleado por los abogados defensores de los criminales.

Hablar de economía moral para tratar las políticas de lo viviente es, entonces, considerar los valores que sustentan las elecciones de las sociedades contemporáneas a propósito de las cuestiones que ponen en juego la existencia física, pero también social, de los individuos. Ofrece un contrapeso necesario a la economía política cuyo análisis de las relaciones de producción pone en evidencia, a partir de otro ángulo, el sentido de las decisiones tomadas en materia de vidas humanas. Cuando se trata de inmigrantes, la economía política permite entender cómo su fuerza de trabajo, central en el proceso de modernización de la posguerra, devino marginal bajo el efecto de las reestructuraciones económicas de las tres últimas décadas. No obstante, la economía moral posibilita leer esta inversión que se produjo paralelamente cuando los cuerpos válidos devinieron ilegítimos y los cuerpos sufrientes fundamentaron un nuevo reconocimiento, cuando su existencia se justificó ya no por su contribución a la riqueza colectiva sino por la institución de un protocolo de compasión. El enfermo a quien se otorga un permiso de residencia simplemente porque se encuentra enfermo adquiere lo que Adriana Petryna (2002), a partir de su trabajo sobre los sobrevivientes de Chernobyl, llama "ciudadanía biológica" y descubre una forma inédita y radical de aquello que Paul Rabinow (1996) llama "biosocialidad" a propósito del programa del genoma humano. La amenaza que pesa sobre la vida física deviene en la razón política de vivir.

El contraste entre las dos formas de vida no da totalmente cuenta de la complejidad de las lógicas operantes. En efecto, sería mejor hablar aquí de configuraciones y de tensiones, poniendo en juego los valores de los actores, es decir, haciendo lugar a las subjetividades y a las estrategias en la confrontación con las normas y los poderes. Cuando quien demanda asilo es rechazado, redefine su solicitud de residencia invocando una patología o trastornos



psicológicos relacionados con las circunstancias que precedieron a su exilio y ya no como militante perseguido o víctima de un régimen violento sino como un ser sufriente o víctima de un traumatismo psíquico. Se puede razonablemente pensar que esta mutación de la representación de sí frente a los otros y frente a sí mismo no carece de efectos, si no sobre su status de sujeto psicológico (que la antropología no es capaz de captar) sí sobre su status de sujeto político, porque apela a la compasión (por su condición clínica) en lugar de reivindicar un derecho (al asilo político). Sin embargo, las investigaciones muestran que los individuos no son seres pasivos en este proceso, que despliegan tácticas y a veces resistencias, y que –el fin justifica los medios– una vez obtenido el preciado certificado de residencia, reconstruyen una existencia social por fuera de la clandestinidad y a veces también de la precariedad. En otras palabras, si su reconocimiento a través de la vida biológica fue un paso obligatorio en su trayectoria, ésta continúa en el registro de la vida política, simplemente como actores de la ciudad. Muestran así que las vidas concretas escapan en parte a la normalización.

### **Historia social y desigualdad incorporada**

De todos modos, la vida no se reduce a esta distinción entre un fenómeno biológico y una existencia política. Si lo que hace al hombre es el lenguaje y si el lenguaje es también lo que más resiste al desciframiento del sentido (Wittgenstein 1961), entonces la vida es también la memoria que uno tiene y el relato que uno se hace de ésta. Las políticas de la vida, entonces, no son sólo políticas de los vivientes, son también, políticas de lo vivido. Memoria y relato proceden de dos lógicas, evidentemente distintas, que sin embargo tienen en común el hecho de inscribir un sentido sobre lo que se ha vivido al mismo tiempo en los cuerpos y en las palabras. Una y otro son, al mismo tiempo, individuales en la experiencia biográfica singular, y colectivos en la experiencia histórica compartida. Desde este punto de vista, la vida del inmigrante no se manifiesta sólo en las frases que formula para hablar de su itinerario personal,



está también en las huellas que afloran de un pasado en el que se alimentan sus raíces y en los signos de un presente que construye con la sociedad en donde se encuentra.

Calificaremos de incorporación la manera en que las estructuras y las normas de la sociedad, las pruebas y las marcas del tiempo se inscriben en los cuerpos. En el campo de las ciencias sociales, Marcel Mauss (1980), analizando las técnicas del cuerpo, y más recientemente, Pierre Bourdieu (1979), proponiendo su teoría del habitus, proveyeron modelos que permiten dar cuenta de la huella de lo social en las maneras de hacer y de ser. Para pensar esta huella, dos conceptos aclaran de manera complementaria la relación con la sociedad y el tiempo. Se puede hablar, por un lado, de condición social para indicar la manera en que los hechos estructurales se imprimen en los cuerpos y, por otro lado, de experiencia histórica para calificar la manera en que son vividos, interpretados y relatados. La primera corresponde a la dimensión objetiva de la incorporación, la segunda a su dimensión intersubjetiva. Ambas son simultáneamente individuales y colectivas. Sin necesariamente apelar a estas categorías, la antropología médica ha tendido con frecuencia a privilegiar implícitamente una sobre la otra. Para los enfoques críticos, la cuestión de las violencias estructurales prevalece, pero a menudo en detrimento del sentido de los hechos para los agentes (Kim et al. 2000; Scheper-Hughes 2002). Para las lecturas fenomenológicas, el relato traduce la experiencia pero deja escapar la materialidad de las existencias (Kleinman 1988; Good 1994). Es importante pensarlos conjuntamente, en particular en una perspectiva de comprensión de los mecanismos de desigualdades.

La epidemia de sida en Sudáfrica, aunque trágica, es un buen ejemplo de esto. Tal como se construye y se enuncia, la trama narrativa de la epidemia mezcla varias líneas de relatos. La primera es epidemiológica. En una década, la tasa de seroprevalencia pasó de menos de 1 a más del 25% de la población adulta y el sida devino



la primera causa de mortalidad de hombres y mujeres de entre 15 y 49 años. Las proyecciones demográficas son todavía más preocupantes al mostrar que entre 1990 y 2010, la esperanza de vida podría bajar 20 años. La segunda es histórica. Pone en relación dos series de eventos, el fin del régimen *hloni* del apartheid y la progresión inexorable del sida, como si la segunda derivara, por lo menos parcialmente, de la primera, como lo sugieren algunos, o como si una y otra participaran de la misma eterna aflicción del continente africano. La tercera es política. Varias controversias se han sucedido durante los últimos años alrededor de la etiología viral del sida y de la toxicidad de los antirretrovirales, dividiendo la alianza de tres partidos que está en el poder, oponiendo al primer gobierno democrático a sus viejos aliados de ayer en la sociedad civil, y haciendo de la epidemia la amenaza más grave para una unidad nacional apenas esbozada. La cuarta es biográfica. Los relatos de vida que relevan los investigadores y los periodistas, los fragmentos de historia que se narran en las asociaciones o durante los funerales, las grabaciones y los recuerdos dejados en las *memory boxes* como únicas herencias para los niños y sus allegados, son muchas formas a través de las cuales las personas se esfuerzan para hacer existir lo que fue, lo que es todavía y lo que pronto ya no será. Pero, ¿cómo dar cuenta de esta trama sin desatar cada uno de estos hilos? Para preservar el espesor y la verdad de la materia narrativa, ha de aprehendérsela como materia que habla de una cierta condición y de una cierta experiencia.

La condición social del sida vincula los relatos epidemiológicos e históricos, alimentando a los otros dos. Para interpretar esta progresión inédita de la infección, hace falta analizarla a la luz de la historia que es también una historia de profunda desigualdad; desigualdad que encuentra su justificación en las diferencias de naturaleza humana para justificar, a su vez, las soluciones más inhumanas. El *apartheid*, que devino la biopolítica oficial de Sudáfrica a partir de 1948, prolongó las políticas de colonización, dominación, explotación y segregación radicalizándolas, con dimensiones raciales y racistas que estuvieron siempre presentes.



La rapidez de la evolución del sida y las disparidades de su distribución resultan de fenómenos complejos en los que se mezclan desigualdades, violencias y migraciones. Cada uno de estos factores es un producto de la herencia del régimen anterior y se exagera paradójicamente en el momento de su desaparición: las desigualdades socioeconómicas y socio-raciales devienen más visibles a partir del cierre de la visión oficial de la sociedad según el color de piel; las violencias ordinarias y sexuales inducidas por un dispositivo de terror y exclusión fueron liberadas o visibilizadas por la desaparición brutal de los dispositivos de coacción extrema; los desplazamientos de poblaciones directamente provocados por las guerras dirigidas por el poder anterior fueron acelerados por la libertad de circulación y la desaparición de sanciones internacionales después de 1994. Los niveles de infección particularmente elevados en hombres y mujeres jóvenes de los *townships*, de las villas miserias y de los viejos *homelands* atestiguan la dinámica de esta incorporación del orden social a través de la expansión del sida. Así, más bien que en especificidades comportamentales o culturales rápidamente calificadas de promiscuas a través de las cuales se quiso dar cuenta de la epidemiología de la infección, ha de buscarse la interpretación de los hechos y, por consecuencia, las pistas para corregir su curso en las maneras en que cada historia individual es marcada por la historia colectiva, cuyas relaciones entre individuos, entre hombres y mujeres, entre ciudadanos y el poder, conservan los rastros de este pasado reciente.

La experiencia histórica del sida establece una correspondencia entre los relatos políticos y biográficos, pero su dureza resulta del choque de las otras dos. En lugar de hablar de la negación de la enfermedad, como se hace a propósito de las elecciones del gobierno así como de las actitudes de la población, habría que analizar cómo esta conjunción entre fin del apartheid y el inicio de la epidemia se presenta para muchos como intolerable e impensable. La proliferación de los relatos que cuestionan las verdades eruditas u oficiales sobre la epidemia surge de esta lógica de incredulidad o de incompreensión. Pero, aquí otra vez, la presencia del pasado no puede ser subestimada, ya que los eventos más dolorosos son



también los más recientes. Si las primeras medidas de segregación racial fueron tomadas en nombre de la salud pública durante la peste de 1900 y después durante la gripe de 1917, si la tuberculosis es, al mismo tiempo, el producto de la explotación de la mano de obra en las minas y la razón evocada para sustituir la fuerza de trabajo, el sida mismo dio lugar a discursos y prácticas discriminatorias y estigmatizantes hacia las poblaciones negras por parte de la medicina. La suspicacia hacia la ciencia biomédica y el recuerdo de las violencias cometidas en nombre de la razón sanitaria, construcciones imaginarias de complot y de producción efectiva de proyectos genocidas, la herencia histórica mezcla distintos niveles de realidad tanto en las declaraciones del presidente sobre el virus o los antirretrovirales como en los discursos relevados durante el trabajo de campo haciendo referencia a una voluntad de los poderes públicos actuales de eliminar una población de pobres inútiles y de enfermos. Para quienes los expresan, estos relatos dicen una verdad más profunda aunque la verdad de los números de la infección y de los mensajes de prevención.

El cuerpo, que materializa en cada uno de nosotros la impronta de la sociedad y el trabajo del tiempo, brinda testimonio de esa impronta, a través de la enfermedad como dato físico y material pero también como relato individual y colectivo. Seguramente, la antropología de la violencia, tal como se desarrolló según diversas perspectivas en Colombia (Taussig 1987), en Irlanda (Feldman 1991), en India (Das 1995) o en Sri Lanka (Daniel 1996), reproduce las preocupaciones epistemológicas y éticas de toda la antropología que se esfuerza por aprehender a la vida como hecho objetivo y producción subjetiva.

Una antropología de las políticas de la vida excede por mucho el horizonte teórico y empírico de la antropología médica clásica. Como lo he demostrado en varias ocasiones, la antropología de las políticas de la vida reúne en muchos puntos lo que del otro lado del Atlántico llamamos a menudo antropología médica crítica, la cual



comparte una cierta mirada sobre la autoridad de los saberes y los usos del poder, sobre las violencias estructurales y las desigualdades sociales. De todos modos, la antropología de las políticas de la vida puede caracterizarse según tres órdenes de inflexión. Primero, si el cuerpo, la enfermedad y la salud son el material para pensar, ella se ocupa de analizar sus modos de construcción y de producción y de este modo aborda la comprensión de los mundos sociales. Segundo, en su búsqueda de la creciente significación de estos problemas de las sociedades contemporáneas, la antropología de las políticas de la vida desarrolla una crítica de las nuevas formas de legitimidad sanitaria o humanitaria resultantes que parecen imponerse casi naturalmente en detrimento de otras configuraciones posibles. Tercero, atenta a la vez a las condiciones objetivas y a las experiencias subjetivas, esta antropología procura poner en tensión la lectura de los hechos del antropólogo y la visión de las personas que los viven, para evitar los análisis demasiado lejanos, o al contrario, carentes de distancia. Las inflexiones no se tienen que endurecer ya que se inscriben evidentemente de manera variable en los distintos autores y obras. El estudio de las políticas de la vida abre espacios propicios al diálogo de los antropólogos, no sólo entre ellos tal como se planteó aquí, sino también con los hombres y mujeres cuyas historias relatan.

## Referencias bibliográficas

- AGAMBEN. G. (1997) [1995]. *Homo sacer Le pouvoir souverain et la vie nue*. Paris, seuil.
- AGIER, M. (2002) *Au bord du monde, les réfugiés*. Paris, Flammarion.
- ARENDT, H. (1967) [1963] *Essai sur la révolution*. Paris, Gallimard.
- AUGE, M. et C. HERZLICH (1984) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des archives contemporaines.
- BERGER P. y T. LUCKMAN (1966) *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York, Anchor Books.
- BOURDIEU, P. (1979) *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris, Minuit.
- BROSSAT, A. (2003) *La démocratie immunitaire*. Paris, La Dispute.



- CANGUILHEM, G. (1966) *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses universitaires de France.
- DANIEL, V. (1996) *Charred lullabies. Chapters in an Anthropology of Violence*. Princeton, Princeton University Press.
- DAS, V. (1995) *Critical Events. An Anthropological Perspective on Contemporary India*. Oxford, Oxford University Press.
- DOZON J. P. et D. FASSIN (dir.) (2001) *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris, Balland.
- FARMER, P. (1992) *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley, University of California Press.
- FARMER, P. (1999) *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*. Berkeley, University of California Press.
- FASSIN, D. (1998) « Politique des corps et gouvernement des villes » : 7-46, dans D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte.
- FASSIN, D. (2000) « Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé », dans *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1 : 95-116.
- FELDMAN, A. (1991) *Formations of Violence. The Narrative of The Body and Political. Terror in Northern Ireland*. Chicago, University of Chicago Press.
- FOUCAULT, M. (1976) *La volonté de savoir Histoire de la sexualité*. Tome 1, Paris, Gallimard
- GOOD, B. (1994) *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- HACKING, I. (1995) *Rewriting The Soul. Multiple Personality and The Sciences of Memory*. Princeton, Princeton University Press.
- HACKING, I. (1999) *The Social Construction of What?*. Cambridge, Harvard University Press.
- JAFFRE, Y. et J. P. OLIVIER DE SARDAN (2003) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala.
- KIM J. Y., J. MILLEN, A. IRWIN et J. GERSHMAN (dir.) (2000) *Dying For Growth. Global Inequality and The Health of The Poor*. Monroe, Common Courage Press.
- KLEINMAN, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering, Healing and The Human Condition*. Basic Books.
- LANZARINI, C. (2000) *Survivre dans le monde sous-prolétaire*. Paris, Presses universitaires de France.
- LATOUR, B. (1991) *Nous n'avons jamais été modernes. Essais d'anthropologie symétrique*. Paris, La Découverte.
- LEMARCIS, F. (2004) « L'empire de la violence. Un récit de vie aux marges



- d'un township » : 235-272, dans D. Fassin (clin) *Afflictions. L'Afrique du Sud, de l'apartheid au sida*. Paris, Karthala.
- LOCK, M. (2002) *Twice Dead. Organ Transplants and The Reinvention of Death*. Berkeley, University of California Press.
- MAUSS, M. (1980) [1934] « Les techniques du corps » : 363-386, dans *Sociologie et anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France. [Texte disponible dans Les Classiques des sciences sociales. JMT.]
- McCULLOCH, J. (1995) *Colonial Psychiatry and the African Mind*. Cambridge, Cambridge University Press.
- MEMMI, D. (2003) *Faire vivre et laisser mourir Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, La Découverte.
- PETRYNA, A. (2002) *Life Exposed. Biological Citizens After Chernobyl*. Princeton, Princeton University Press.
- RABINOW, P. (1996) *Essays on The Anthropology of Reason*. Princeton, Princeton University Press.
- RABINOW, P. (1999) *French DNA. Trouble in Purgatory*. Chicago, University of Chicago Press.
- RAPP, R. (2000) *Testing Women, Testing the Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York, Routledge.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1992) *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.
- SCHEPER-HUGHES, N. (2002) « Bodies for sale - Whole or in Part » : 1-8, dans N. Scheper-Hughes et L. Wacquant (dir.), *Commodifying Bodies*. Londres, Sage Publications.
- SINGER, M. et H. BAER (1995) *Critical Medical Anthropology*. Amityville NY, Baywood.
- TAUSSIG, M. (1987) *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*. Chicago, University of Chicago Press.
- VIDAL, L. (1996) *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris, Anthropos.
- WAHNICH, S. (2003) *La liberté ou la mort. Essai sur la terreur et le terrorisme*. Paris, La Fabrique.
- WITTGENSTEIN, L. (1961) [1945] *Investigations philosophiques*. Paris, Gallimard.
- YOUNG, A. (1995) *The Harmony of Illusion. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press.

