

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/236345332>

Enfermedad, cultura y sociedad

Book · January 1993

CITATIONS

36

READS

2,718

2 authors:



[Josep M. Comelles](#)

Universitat Rovira i Virgili

276 PUBLICATIONS 650 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Angel Martínez-Hernández](#)

Universitat Rovira i Virgili

166 PUBLICATIONS 584 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Medical Drama and ethnographic [View project](#)



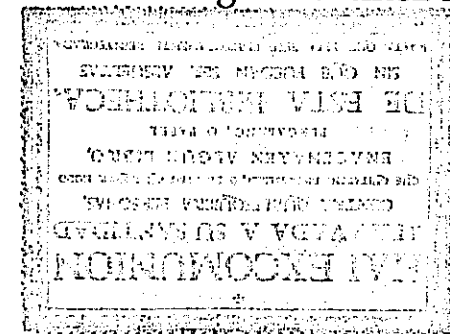
Medical education and health promotion under Francoism in Spain [View project](#)

1325

Enfermedad, cultura y sociedad

Un ensayo sobre las relaciones
entre la Antropología Social
y la Medicina

Josep Maria Comelles
Angel Martínez Hernáez



ENTRADA
N.º 07621
Fecha 1.08.98



Eudema

EUDEMA ANTROPOLOGIA
HORIZONTES

Director de la serie:
Carlos Giménez Romero
Profesor Titular de Antropología
Universidad Autónoma de Madrid

Diseño de la serie y cubierta:
Narcís Fernández

Coordinación editorial:
Cristina Castrillo

Reservados todos los derechos. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 534-bis del Código Penal vigente, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reprodujeren o plagiaran, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Primera edición, mayo 1993

© Del texto, Josep Maria Comelles Esteban y Angel Martínez Hernández

© De la presente edición:
EUDEMA, S.A. (Ediciones de la Universidad Complutense, S.A.), 1993.
Fortuny, 53. 28010 Madrid. Tel.: (91) 308 30 74.
Printed in Spain.
Imprime: Gráficas Ortega. Polígono El Montalvo (Salamanca).

ISBN: 84-7754-150-7
Depósito legal: S. 359-1993

Contenido

Presentación (5)

1

La configuración del modelo médico y del modelo antropológico (7)

2

La Medicina era una ciencia social (10)

3

La Antropología era una ciencia natural (24)

4

La Antropología en la Medicina (35)

5

De la Antropología en la Medicina a la Antropología de la Medicina (52)

6

De la Antropología de la Medicina a la Antropología de la enfermedad (66)

Glosario (85)

Bibliografía citada (88)

A *Claudi Esteva Fabregat, Davydd Greenwood,
Lluís Mallart y Eduardo Menéndez*

«Una constitución racional del Estado debe asegurar de forma indiscutible el derecho del individuo a una existencia sana. Al poder ejecutivo corresponde encontrar los medios y caminos para que ese derecho sea efectivo llegando a acuerdos con las asociaciones de las distintas clases de ciudadanos y personas con derecho a la existencia» (Rudolf Virchow, 1849).

Presentación

La Antropología de la medicina es un área de conocimiento en expansión pero aún escasamente representada en la producción y estructuras académicas españolas. Este libro viene, en parte, a suplir este vacío. Hemos querido destacar, como un principio metodológico que lo informa, que el desarrollo de las ideas y las prácticas científicas debe contextualizarse en sus respectivas tradiciones estatales y en la lógica de sus historias internas y externas. Hemos elegido esta estructura conscientemente.

Con ello hemos querido situar lo que convencionalmente se enseña como «la» Antropología de la medicina —la anglosajona— en sus propias contradicciones y en el contexto de un debate más amplio donde otros discursos, aunque más desconocidos, son también representativos y pueden ajustarse mejor a nuestra realidad.

Por todas estas razones este libro es más un ensayo sobre la historia de las relaciones entre la Antropología social y la Medicina que un manual de Antropología de la medicina. La segunda posibilidad no nos hubiera permitido ofrecer una contextualización y visión de conjunto y, además, debido al creciente volumen de la documentación disponible en esta especialidad, habría estado mejor representado en una obra colectiva. Es por ello que hemos evitado discutir en intensidad las teorías de medio rango que quedan, no obstante, apuntadas a lo largo del texto. El objetivo final ha sido el de ofrecer una visión panorámica de la teoría y práctica antropológica sobre estas temáticas permitiendo a dos colectivos que se desconocen mutuamente disponer de elementos de reflexión común: mostrando a los antropólogos las potencialidades de este campo, y a los sanitarios la existencia de un terreno que es indispensable

para un análisis correcto de la problemática sociosanitaria. Inicialmente, habíamos pensado incorporar también las relaciones con la Psiquiatría, pero la importancia de estas últimas no podría evidenciarse suficientemente en los límites de extensión que nos habíamos fijado. Por ello esas relaciones serán el objeto de otro volumen de esta misma colección.

Un libro de estas características debe tanto o más a otras personas que a los propios autores. En primer lugar está dedicado a Claudi Esteva Fabregat que estimuló a través de su magisterio nuestro interés por estos temas, a Eduardo Menéndez, Davyd Greenwood y Lluís Mallart que sabrán reconocer en este texto su influencia teórica y personal. Al Departamento de Antropología social y filosofía de la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona) hay que agradecerle su apoyo incondicional y desinteresado a una especialidad que ha nacido casi en su seno. A Carlos Giménez y Cristina Castrillo que han sabido esperar con paciencia el desarrollo de este libro. A Serra París, Jose Luis García, Joan Prat, Xavier Granero, Josep A. Rodríguez, Josep Canals, Jesus de Miguel, Oriol Romani, Oscar Guasch, Rosario Otegui, Silvia Carrasco, Txema Uribe, Llorenç Prats, Pablo Huesch, Eduardo Martín, Marina Arnau, Anna Sabaté, Lilian González, Carmen Sacristán, Carles Feixa, Eduard Pardo, Ignasi Terrades, Cristina Larrea, Joan Vendrell, Isabel de la Parte y otros no menos importantes, por sus aportaciones, consejos y sugerencias que han permitido que este campo se desarrolle en este país y este libro vea la luz. También a Joan Obiols por ejercer de «Caballo de Troya» de la Antropología en la Psiquiatría. A Enrique Perdiguero, Josep Bernabeu y a los historiadores de la medicina que desde Alicante han sido interlocutores críticos y amistosos, permitiéndonos aprender de un discurso diferente pero en nada ajeno. Y, finalmente, y sobre todo, a Montse Sanesteban y a Marta Allué y a Pol y Eduard Comelles, que como siempre han de soportar los trastornos que representa un embarazo, parto y puerperio de estas características.

1

La configuración del modelo médico y del modelo antropológico

«Cuando se piensa en la buena constitución de los salvajes (...) cuando se sabe que no conocían casi ninguna otra enfermedad que las heridas y la vejez se llega a pensar que se haría fácilmente la historia de las enfermedades humanas siguiendo las de las sociedades civiles». (Rousseau (1754):44)

Las relaciones entre la Medicina y la Antropología son antiguas, profundas y complejas. Se remontan a los orígenes de ambas disciplinas durante la Ilustración y se configuran en torno al papel que juegan las ciencias naturales, aplicadas y sociales en los cambios relacionados con la preeminencia del capitalismo y la construcción del Estado liberal.

Hasta fines del XIX, la Antropología fue una de las ciencias médicas básicas y como tal jugó un papel fundamental en la consolidación de la teoría médica y de su papel político (Peset 1984). El discurso antropológico sostenido por los médicos hacía referencia a las diferencias biológicas y morales —en el sentido decimonónico del término—, y remitía a la discusión sobre el papel de las variables biológico/ambientales o social/político/culturales en la evolución de la especie humana y en la patogenia y patoplastia de la enfermedad. Los debates sobre los conceptos de *raza*, *evolución*, *monogenismo*, *poligenismo*, *unidad* o *diversidad* psíquica del hombre, *selección natural* y, finalmente, sobre la fiabilidad científica de los textos sagrados, permitieron la emergencia del *modelo médico*, y del *modelo antropológico* conocido como *antropología de salón*.

El *modelo médico* es el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorporó los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y, a fines del siglo XIX, abandonó el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad (Rosen 1974, Menéndez 1978). En Francia, Gran Bretaña y Alemania, y algo más tarde en Estados Uni-

dos, su hegemonía reforzó el *proceso de medicalización* (Foucault 1974); esto es, la penetración de la *mirada o perspectiva médica* en los saberes ilustrados y populares. Este proceso no se debió tanto al progreso técnico, como a estrategias corporativas destinadas a asegurar el monopolio sobre la atención en salud. La implantación hegemónica del *modelo médico* fue haciendo a la Medicina más dependiente de los parámetros biológicos y más centrada en la curación-cuidado que en la prevención. La inflexión se produjo a partir del éxito de la teoría microbiana como marco teórico de explicación etiológica, y supuso el tránsito desde una práctica asistencial individualizada, en la cabecera del enfermo, a otra centrada en el hospital.

La disciplina antropológica se sustanció en el contexto de la elaboración de la economía política, y de las teorías evolucionistas (Duchet 1971, Stocking 1987). Se configuró en torno a un énfasis *histórico-natural* sobre la posición del hombre en la escala zoológica que coincidió con la inclinación de la Medicina por la anatomía comparada, la craneometría y el determinismo geográfico y racial. Junto al enfoque naturalista emergió otro de carácter *moral y etnológico*, interesado por las diferencias y la historia culturales, que se relacionó con las tentativas de la Medicina en aculturar los saberes populares sobre la enfermedad.

El holismo antropológico, el proyecto de una ciencia global del hombre característico de la Ilustración, se ajustó bien a la medicina neohipocrática, ambientalista y holística. A través de su doctrina sobre la civilización y el progreso, contribuyó a combatir las prácticas populares, a identificar en la pobreza el origen de no pocas enfermedades y a denunciar la persistencia en el campesinado de creencias y supersticiones que era necesario erradicar. El *modelo médico* utilizó el discurso antropológico para legitimar la lucha contra el intrusismo y para negar la posibilidad y la eficacia del autocuidado (Menéndez 1992). Ambos intentos eran utopías que la realidad se encargaba de poner de manifiesto. Y es que los obstáculos fundamentales para la hegemonía del *modelo médico* eran sus propias limitaciones estructurales derivadas de su incardinación con el pensamiento liberal que le impedían luchar eficazmente contra las desigualdades en materia de salud.

La Antropología, por su lado, derivó progresivamente hacia un nuevo modelo de práctica: el *modelo antropológico clásico*, que se correspondió con un proceso de institucionalización en el que podemos diferenciar dos fases sucesivas. Una primera, a principios del siglo xx, en la que se produjo la consolidación universitaria de la disciplina de la mano de la reacción contra las teorías evolucionistas y que se articuló sobre la base del positivismo sociológico francés en Gran Bretaña y en Francia, y del historicismo cultural en Alemania y Norteamérica. Y una segunda, ya en los años veinte, en la que desde las antropologías británica, nortea-

americana y alguna de América Latina, se conformó una orientación profesional aplicada que propició su expansión corporativa y el desarrollo de su capacidad explicativa en la resolución de problemas específicos, entre ellos los sanitarios.

A principios del siglo xx, los vínculos entre la Antropología y la Medicina no resistieron el proceso de fragmentación de las ciencias naturales y sociales. Esta escisión se efectuó desde ambas disciplinas. Desde el *modelo médico* se relegó a la Antropología a un segundo plano en tanto que ciencia médica básica. Remitida la polémica sobre la raza y en crisis las concepciones socio-políticas sobre la salud/enfermedad, el individualismo y el biologismo del *modelo médico* se ajustaban mal al emergente discurso culturalista y sociológico de la Antropología, la cual siguió un camino inverso: como su institucionalización —salvo en Francia— se hizo a partir de una crítica a las teorías evolucionistas y al determinismo geográfico y racial en beneficio del enfoque *etnológico*, abandonó la perspectiva biológica y, por tanto, la cobertura de la *biomedicina*.

Esta disociación ha sido, no obstante, más aparente que real, puesto que ambas disciplinas han proseguido su articulación a través de sus respectivos paradigmas subalternos. La *biomedicina* ha mantenido relaciones con la Antropología física, con las corrientes biológicas marginales en la Antropología social y cultural y con el folklore¹. La Salud pública se ha beneficiado de la Antropología y Sociología aplicadas. Además, la Antropología se interesó precozmente por curanderos y creencias médicas de sociedades aborígenes y sostuvo una importante labor de revisión y verificación de los postulados teóricos de la Psiquiatría, del Psicoanálisis y de las escuelas psicológicas, que no siempre trascendían a la Medicina. Estas relaciones se han desarrollado de modo distinto en cada país y de acuerdo con los debates sobre las políticas sociales, las diferencias culturales, étnicas y religiosas; con los procesos respectivos de institucionalización de cada una de las disciplinas; y con sus estrategias corporativas en lo político-ideológico. Un análisis de conjunto de esta problemática es el objeto de este libro.

NOTA

¹ En ellas encontramos el pensamiento racista del siglo xix el organicismo kraepeliniano en psiquiatría, el etnoracismo, la etnobiología, las posturas de Eysenck, la sociobiología o la etología humana. En los años treinta fundamentaron el racismo fascista (Proctor, 1988).

2

La Medicina era una ciencia social

«Si la medicina es, en realidad, la ciencia del hombre sano y enfermo, y así debería ser, qué otra ciencia puede resultar más apropiada para incorporarla a la legislación y reclamar como principios del orden social aquellas leyes que ya existen en la naturaleza del hombre. Cuando la medicina se acepte como antropología, el fisiólogo y el médico práctico figuraran entre los sabios con los que se construya el edificio público(...)la medicina es una ciencia social.» (Rudolf Virchow 1849).»

La medicalización como proceso de aculturación: divulgación médica y medicina popular

«Si existe un tipo de tradiciones populares que exija una recopilación técnica esta es ciertamente la de la medicina» (Pitré 1886).
«Hay cientos, millares de hombres(...) cuya incapacidad intelectual(...) no puede ser descubierta por sus hábitos, por sus formas habituales de vida sino por sus supersticiones y sus hechizos (Black 1883:290)

La Medicina mostró un interés precoz por un campo, el de los saberes populares, en donde debía ganar la batalla de la medicalización. Uno de sus instrumentos de inculcación más significativos fueron los libros de divulgación que, junto a los recetarios, iban destinados a aculturar las prácticas domésticas y a combatir creencias consuetudinarias de la población ofreciendo alternativas terapéuticas y preventivas (Rosen 1974, Perdiguero 1992). Con ellos se pretendió transmitir conceptos, prácticas y remedios médicos, consejos acerca del embarazo, parto, puerperio, lactancia y educación infantil, criticar el uso de nodrizas y parteras empíricas (comadronas), y lanzar mensajes terapéuticos que contribuyeron, a medio plazo, a desplazar los remedios caseros por los medicamentos de

farmacia en las ciudades. Su papel, estructuralmente comparable al de la *prédica cristiana*, representa la primacía de lo impreso frente a la evanescencia de lo dicho, y cuestiona la transmisión oral de conocimientos.

Los lectores de esos libros vivían, como los médicos y los boticarios, en las ciudades. Por ello el proceso de medicalización se inició antes en el medio urbano que en el rural, hecho que explica la pronta reivindicación del acceso al médico por parte del proletariado urbano europeo. A mediados del siglo XIX los saberes populares urbanos estaban medicalizados. Los papeles que jugaban la relación médico-enfermo-red social en la visita médica y la asesoría farmacéutica fueron estructuralmente comparables a los que había ejercido la *confesión cristiana* en el control de la intimidad del sujeto.

En el campesinado europeo la medicalización fue más lenta. En bastantes países es tan reciente que explica la vigencia de prácticas consuetudinarias y del recurso a la fe. Penetrar en el campo representó para el médico luchar con alternativas sólidamente asentadas, puesto que eran fundamentales para la reproducción social. Exigió de los médicos un profundo conocimiento empírico del papel que jugaban prácticas terapéuticas y entidades morbosas delimitadas culturalmente, puesto que con ellas debía articular su práctica. En la ciudad los libros de divulgación y la publicidad farmacéutica habían contribuido a ello. En el medio rural y urbano las *topografías* les permitieron estructurar análisis de situación, y el *folklore médico* identificar y clasificar los creencias a aculturar. Los cambios en la práctica médica para disociarla de sus semejanzas con la de otros curadores, tanto en el medio urbano como en el rural, justifican el interés de los cada vez más numerosos médicos rurales por la *medicina popular* que:

«comprende los hechizos, encantos, hábitos y costumbres tradicionales referentes a la conservación de la salud y la curación de las enfermedades, usados hoy y en tiempos pasados (Black 1883:XI)

En el siglo XVIII muchos pensadores arremetieron contra lo que consideraban *supersticiones vulgares*, muchas de ellas religiosas y que estaban en contradicción con lo que sostenían la ciencia y la medicina ilustradas. Estas denuncias se inscriben en el contexto de secularización y del desarrollo de la teoría política ilustrada. Durante la primera mitad del XIX esta literatura se articuló con el folklore que le confirió un marco sistemático. En ella, las referencias específicas a temas médicos se asociaron a las supersticiones religiosas, a los milagros o a las prácticas de prevención. Salud y religión constituyeron un todo que Black, un jurista escocés, trató de sistematizar. Le interesaron también los antecedentes primitivos de la ciencia médica desde una perspectiva evolutivo-comparativa:

«Construir aisladamente la teoría de la medicina popular es imposible, porque esta se ha formado de muy variados y distintos materiales; pero quizás no sea una vana ilusión el esperar que en el estudio de los hechos coleccionados y clasificados se encuentre alguna ilustración para la historia intelectual del hombre» (Black 1883:294)

Para estudiarlo utilizó, como los antropólogos de salón, fuentes muy diversas, aunque sobre todo datos sobre prácticas de salud en el campesinado escocés bajo el prisma de la noción tyloriana de *supervivencia* y en combinación con las tesis de Spencer sobre el psiquismo primitivo. Sus campesinos:

«están en la civilización pero no son de ella (...) son representantes y tipos únicamente de su clase en la sociedad moderna (...) en tanto su situación mental no dependa de hábitos impuestos por circunstancias exteriores, se hallan fuera del círculo de ideas modernas» (Black 1883:288)

Black rechazó las ideas de Spencer sobre el origen onírico o epiléptico de las enfermedades, cuyo origen relacionó con la magia, la religión y la articulación entre el pensamiento religioso y el natural. Utilizó la documentación con una visión comparativa nada localista pese a que insistió en la importancia del estudio de caso.

La segunda gran aportación fue la del siciliano Giuseppe Pitré (1886), que aprovechó su experiencia como médico rural y su formación etnográfica para elaborar una monografía y cuestionarios que sirvieron de modelo a varias generaciones de folkloristas. Estuvo muy influido por Lombroso, que se había interesado por las relaciones entre las supersticiones populares y la delincuencia, y por Mantegazza cuyo efecto se proyectaría en una interpretación psicologista del tema distinta de la propuesta por Tylor y Black (Bronzini 1983:14). Su intención era clasificar la *medicina popular* según los criterios de la científica:

«sin una clasificación ordenada no sabríamos concebir ni una buena recolección de datos para los folcloristas, ni mucho menos para los médicos, los cuales —ninguno se lo oculta— no deben despreciar lo que encuentran en las familias populares, fruto de la experiencia por cuanto lleno de prejuicios (Pitré 1886 cit. en Bronzini 1983:14).

Pitré trataba de situar a la *medicina popular* como un estadio primitivo de la culta. Una medicina desviante y anómala propia de algunas clases y categorías sociales como los delincuentes, los bandidos y los presos y cuya supervivencia había que combatir.

El traductor de Black, Machado y Alvarez, recabó de los médicos Rubio y Galí y Olavarría información complementaria sobre España. Su correspondencia evidencia intereses distintos. Para Machado este campo era uno más en la institucionalización del folklore (1889:343 y ss.). Para Black era útil para discutir tesis generales. En los médicos, en cambio, se advierte una curiosidad intelectual hacia las supercherías pero también la idea de que entre ellas subsistían prácticas empíricas en las que «se suele encontrar un fondo de verdad que deja atónito» y que podían ser recuperadas (Rubio y Galí):

«se pueden discernir orígenes empíricos nacidos de la observación secular sobre las propiedades de determinada sustancia o la acción de determinados agentes. Y también de la medicina antigua que, caída en desuso, pervive en la tradición» (Bouza Brey 1949:X).

Para médicos rurales como Rodríguez López (1895), o Lis (1949) la eficacia empírica es una curiosidad, que no empaña otros objetivos:

«Este librito no tiene otro objeto que coleccionar las supersticiones para que el día de mañana sirvan de curiosidad histórica. A la par me propongo hacer ver a los engañadores, echadoras de carta, curanderos, etc..que conocemos esas prácticas y esas oraciones que ellos ocultan tanto y en cuyo misterio fundan la virtud que les atribuyen para favorecer su engañosa industria» (Rodríguez López 1895:14).

La ambivalencia emerge con la consciencia de luchar contra la superstición, un camino en que les acompañan los que no son médicos:

«El presente capítulo tiene espíritu científico y pensamos difícil que vaya a parar a manos de personas sencillas que hagan uso de las prácticas que contiene; pero con todo, sentimos escrúpulos de dar aquellas fórmulas, el uso de las cuales puede perjudicar realmente a la persona a la que van dirigidas» (Amades 1969:930).

Aunque un análisis del *folklore médico*, que lo contextualice adecuadamente, está por hacer, apuntaremos algunos rasgos generales. La mayor parte de autores deslindan las «prácticas empíricas» de las mágicas, y describen las primeras como una combinación de técnicas eficaces y de prácticas inútiles, tendiendo a sobrerrepresentar los aspectos más vinculados a la magia y al papel de los curadores no empíricos², como se evidencia en los cuestionarios

que manejaba la sociedad *El Folk-lore Español* fundada por Machado y Alva-
rez:

Medicinas: medicinas caseras y medicinas supersticiosas para el hombre y para los animales. —Ensalmos, conjuros y recetas contra la rabia, el mal de ojo y el embrujamiento. —Plantas, piedras y agua maravillosas para la cura de ciertas enfermedades. (...) *La Luna*: influencia de este astro en las enfermedades. *El color* y los números 3 y 7 en medicina. (Folk-Lore Frexnense 1884:339).

Cuestionarios posteriores, más sofisticados, tratan de investigar cuanto se halle en las antípodas de la medicina científica: magia, hechicería, brujería, superstición, endemoniamiento, astrología que se asocian a la falta de educación, a la transmisión oral de conocimientos, al analfabetismo, al fanatismo, al atraso y al aislamiento o desde otras perspectivas al infantilismo de los no civilizados (Black 1883:278 y ss.). Destacan su arbitrariedad fruto de la transmisión oral, o del uso de libros (como el *Ciprianillo*), en los que se rastrean ideas y teorías de las medicinas antiguas o las creencias paganas. Aunque se constate su sincretismo componen un falso modelo evolutivo y los distintos autores se refieren a ellas como creencias estables que actúan como obstáculos a la penetración de la Medicina. No hacen referencia al constante tránsito de enfermos de un modo de práctica al otro, ni explican la razón de tan extraño proceder y mucho menos tratan de relacionar la creencia en la mediación de curadores iniciados con la existencia de una teoría de la Iglesia en relación a la curación de enfermedades. La articulación entre sistemas es precisamente la que les permitió a los folkloristas médicos efectuar sus investigaciones, pero entrar en ese debate representaba no sólo jerarquizar los modelos de práctica sino entrar en consideraciones sobre el discurso curador de la religión (y no solo de la popular)³. Por ello los esfuerzos de los folkloristas por distinguir la *medicina popular* de la culta se sitúan en la confrontación entre la ciencia positiva y las fuerzas de la irracionalidad, representadas en general por el cristianismo.

Los progresistas contemplaban la *medicina popular* en el espejo de la científica, y por ello sus notas características contrastan con las dimensiones que estructuraban al *modelo médico*. Al recoger las informaciones descontextualizadas se describe la patología o las terapéuticas populares del mismo modo que se describe la científica. Al individualismo de la medicina occidental se le opone el papel de la colectividad en el tratamiento, a su a-socialidad biologizante el discurso sobre la causalidad cultural mágico-religiosa de la enfermedad, a su mercantilismo, la *medicina popular* «más pura», no implica remuneración —y si lo tiene

es superchería (Amades 1969:930) — y, finalmente, frente a la falsa imagen de eficacia pragmática, la mágico-popular se presenta como ineficaz.

En estos estudios suelen estar ausentes las referencias a la *medicina popular* de la clase obrera urbana, mientras que éstas abundan en los libros de los higienistas que se esfuerzan por definir el concepto y las formas de *patología social*. Esta paradoja se explica porque muchos folkloristas eran médicos rurales que luchaban contra los obstáculos culturales a su medio de ganarse la vida y que pretendían registrar hechos y situaciones en las que se encontraban más que responder a una teoría con investigación. Lo aparentemente grotesco de algunas experiencias parecía eximirles de más explicaciones: los hechos hablaban por sí mismos. En cambio, los higienistas se enfrentaban a problemas urbanos y lacras sociales que resultaba inevitable relacionar con el origen de las enfermedades, especialmente al calor de la práctica de muchos de ellos como médicos de suburbios y de su vinculación personal a idearios sociales reformistas o revolucionarios (ver Lesky 1984).

La retórica y el estilo expositivo del *folklore médico* pone también de manifiesto el desprecio y el rechazo de los autores hacia esas prácticas que al mismo tiempo salvaguardan. Hay en ello sesgos de clase, educacionales e intentos por parte de los médicos de afirmar su irrenunciable pertenencia y adscripción al dogma médico, aunque cultivasen esas extrañas aficiones. Implica aceptar la universalidad de la ciencia moderna y conduce a un estilo narrativo que refuerza constantemente el particularismo localista de la *medicina popular*. Si los tratados de patología describen las enfermedades por sus formas clínicas, los de *medicina popular* lo hacen según las variantes locales del tratamiento o del diagnóstico. Muchos folkloristas aprovechan el estilo de los tratados de medicina para ordenar sus datos — como Lis —, pero usan el estilo de los folkloristas para listar las variantes locales de las costumbres. Si el uso de este último es útil para la literatura oral o las recetas de cocina, en medicina refuerza la imagen de inconsistencia e irracionalidad a que aludíamos.

La patología médica fija mediante el razonamiento inductivo modelos de enfermedad; la popular los describe como mosaicos de casos sin llegar a síntesis. Hacerlo implicaría tratar de desentrañar su lógica oculta, lo cual estaría en contradicción con la asunción de irracionalidad que preside la retórica del *folklore médico*. Su estilo narrativo lo aproxima al folklore como colección de curiosidades, en que la variabilidad procede de la arbitrariedad y de la imprecisión de la transmisión oral o de fenómenos de difusión cultural. La vinculación entre ambos lo distanció del discurso dominante en medicina y al presentarlo como un camino obsoleto, reforzó la confianza de los médicos en su propia práctica.

La persistencia del *folklore médico* al margen del Folklore en general y de la

Antropología en particular, se explica porque nació para contribuir al proceso de medicalización del campesinado en los países europeos, y para reforzar inespecíficamente la identidad de los médicos frente a otros sanadores. A medida que el modelo médico se imponía, a veces tardíamente como en España, su único papel era seguir sosteniendo lugares comunes, entre aficionados, sobre los estadios pre-técnicos de la medicina «civilizada».

La independencia entre el *folklore médico* y la Antropología fue una de las consecuencias de la escisión entre la Antropología y la Medicina. En la antropología anglosajona, el tema fue recuperado ocasionalmente en estudios sobre medicina indígena, como veremos más adelante. En la medida en que los antropólogos no se confrontaron hasta los años treinta —mediante el trabajo de Redfield en México—, con la articulación señalada por Black y Pitré entre sistemas médicos en las sociedades campesinas, este discurso pudo construirse al margen de sincretismos explicables históricamente como sistemas autónomos vinculados a culturas específicas. La vinculación de este modelo a la antropología clásica, y la falta de crítica por parte de los antropólogos en relación a las condiciones contextuales en que se construyó una retórica de la *medicina popular* que no cultivaron más que marginalmente, condujo a presentarla a menudo como la versión europea de la medicina primitiva, y analizarla bajo los supuestos metodológicos de ésta. No valoraron suficientemente las conexiones que existen en la *medicina popular*, más generalmente en los *saberes populares*, entre las variables macrosociales, históricas o políticas y los ajustes locales, y no comprendieron la compleja dialéctica que, en las sociedades históricas europeas y de América Latina, se establece entre la religión y la medicina científica y sus aparatos institucionales, los saberes empíricos, y las relaciones de todo ello con la reproducción social y política. Únicamente en Italia ese proceso tuvo lugar desde los años cuarenta en torno a una evolución de la consideración del folklore a la luz de la síntesis entre el historicismo y el marxismo que hiciera Gramsci y que impulsó a Eduardo de Martino a revisar críticamente la conceptualización que el folklore positivista había hecho de las prácticas y de la cultura populares.

Enfermedad y sociedad

«Debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir, el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares bajo cualquier forma de gobierno» (J.P. Frank 1790).

El triunfo del *modelo médico* relegó las alternativas a posiciones subalternas

pero no las eliminó. Si la homeopatía y la medicina natural se sitúan en los márgenes del modelo, en torno a las dimensiones sociopolíticas de la Medicina se configuraron en los países desarrollados discursos complejos sobre ellas denominados *medicina social*, *higiene pública*, *salud pública*, *sanidad o salubridad*, y *salud comunitaria* (Rosen 1974), que si no invierten la tendencia occidental en fomentar una medicina de cuidar y curar frente a la medicina preventiva, si fueron fundamentales en la vigilancia epidemiológica y más recientemente farmacológica, en el diseño de políticas de control de endemias como la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual, en la gestión de las enfermedades profesionales y la higiene laboral, en políticas de despliegue sanitario en las colonias y el Tercer Mundo, en las reformas de la asistencia psiquiátrica, y en la planificación de la protección social tras la implantación de sistemas de seguridad social, entre otras. La evolución de la teoría y la práctica en salud pública no pueden ser estudiadas, metodológicamente hablando, como un proceso común a todos los países capitalistas, sino como procesos idiosincráticos vinculados a sus evoluciones políticas e ideológicas específicas.

El renacimiento de la medicina hipocrático-galénica en el Occidente cristiano coincidió, no por azar, con los primeros indicios del desarrollo urbano. Este se asocia a debates en relación a la responsabilidad de los gobernantes en la salud de los ciudadanos. En la medida en que el Estado moderno constituye su teoría política sobre la base de la que fuera política urbana de las ciudades italianas del Renacimiento, la pobreza, el hambre o la enfermedad —problemas crónicos en la ciudad bajomedieval— se convierten en asunto de Estado; lo cual exige identificarlos, indagar sobre su etiología, y buscar respuestas para solucionarlos. La Medicina recuperó entre el siglo XVI y XVIII el papel político-social que había ejercido en la Grecia clásica a través del neohipocratismo, una teoría naturalista sobre las causas de las epidemias —miasmas y malos aires que emergían de los núcleos de pobreza de las ciudades—, que no cuestionaba los fundamentos de la sociedad y el poder, y que podía sustentar la prevención y la terapéutica⁴. De ella podía surgir un discurso revolucionario sobre las causas sociales de la pobreza, o una postura pragmática o acomodaticia resultante de ver a la pobreza en sí misma como causa de los miasmas.

En este contexto se fraguan diversas ideas que van a constituir los fundamentos de la Salud Pública. Incluían la necesidad de estudiar las relaciones entre la salud y las condiciones de vida determinadas por la posición social. Los factores patógenos existentes en algunos colectivos eran consecuencia de la posición social y las variables que ejercían una influencia morbosa sobre la salud impedían alcanzar el bienestar, la salud y la felicidad. La aparición de estas ideas enlaza con el desarrollo de un modelo de política y de organización social cuyo objetivo

era situar la vida social y económica al servicio del poder estatal: es lo que se conoce como *mercantilismo*, *cameralismo*, o *despotismo ilustrado* (Foucault y otros 1979).

El concepto fundamental que se manejó en este periodo fue el de *policía sanitaria*, desarrollado por Frank en Alemania (1779-1819), y que se refería a la teoría y práctica administrativa en relación con la salud y la enfermedad⁵. Este concepto se aplicó en Alemania a un sistema social, económico y político autoritario y paternalista, en el cual se convirtió pronto en una rutinaria rémora del pasado hasta que el país se enfrentó con los problemas de salud inherentes a la industrialización. En la práctica fue un instrumento para incrementar el poder del Estado, delimitó sus incumbencias en protección social, fue el primer intento de análisis sistemático de los problemas de salud de la vida comunitaria y favoreció el desarrollo de estudios sobre las relaciones entre el medio social y el continuum salud/enfermedad.

El mercantilismo fue también el contexto del desarrollo sanitario en Francia. Sin embargo los franceses no establecieron un concepto tan sistemático como el de *policía médica* aunque no fueron ajenos a sus implicaciones. Utilizaron un marco de análisis distinto al alemán puesto que la Revolución y el desarrollo político e industrial evidenciaron rápidamente la degradación de las condiciones de vida urbana de la clase obrera. Sobre esta cuestión médicos e higienistas desarrollaron estudios estadísticos e informes de campo sobre el trabajo en las fábricas y la vida en los suburbios, que se beneficiaron del desarrollo de la teoría política en el primer tercio del siglo XIX (Ackercknecht 1948, Rosen 1974).

Las monografías francesas tienen que ver con la geografía física y la historia natural del área, la nutrición, la vivienda, los usos de la población, la salud y su relación con las epidemias, endemias y enfermedades esporádicas. Temas relacionados, por tanto, con la declinante teoría miasmática. Los métodos disponibles para su estudio eran el racionalismo empirista, la observación crítica, los estudios de caso y el análisis estadístico. Eran frecuentes estudios cualitativos de campo: repertorios y denuncias de *supersticiones* y *prácticas erróneas* que convenía erradicar (Feijóo 1726-39), o *topografías médicas*, inspiradas en los *Aires, Aguas y Lugares* y las *Epidemias* de Hipócrates⁶. Proponían una descripción holística de pueblos y ciudades: situación, flora, fauna, alimentación, vestido, habitación, aguas y alimentación como factores que influyen de forma más agudizada en el origen de las enfermedades que las causas sociales. Describían prácticas domésticas *supersticiosas* o descalificaban a los *curanderos* como charlatanes, pero recuperaban saberes fitoterapéuticos populares. Eran documentos *internos* de la corporación médica, que no siempre se publicaban, pero que introducían un tipo de descripción cualitativa que permitía relacionar variables ambientales, sociales y culturales con

la salud y la enfermedad. Su corolario fue un proyecto de disciplina a la que se denominó *higiene* y que giraba en torno al papel de las variables ambientales, sociales y culturales en la génesis de las enfermedades, en su configuración, y en el significado de las reformas técnicas y políticas para la mejora de la salud de la población.

El higienismo anterior a la Revolución de 1848 postuló a la Medicina como ciencia social. Afirmación que no era una ensoñación utópica sino que partía de una formulación conceptual destinada a definir principios de un programa de acción en el que la salud era un asunto de interés social que estaba íntimamente relacionado con las condiciones sociales y económicas que debían ser estudiadas. Además, para el mantenimiento de la salud eran necesarias medidas tanto sociales como médicas para fomentar la salud y luchar contra la enfermedad.

Este ideario encontró su primera manifestación teórica en los proyectos de los higienistas alemanes y franceses y dio lugar al manifiesto sobre la reforma sanitaria de Virchow (1849) que consideraba que la medicina debía intervenir en la vida social y política asegurando el derecho del individuo a recibir atención y la capacidad del Estado en limitar la libertad de los individuos en cuestiones de salud. Propuestas que dieron lugar a un discurso teórico sobre las relaciones entre política y salud que iba más allá del concepto de policía sanitaria.

La Medicina Social como disciplina deriva del desarrollo de la Higiene Pública, de la influencia de la doctrina microbiológica y de la discusión en torno a la hegemonía de lo biológico sobre lo social-político en la causalidad de la enfermedad y en las políticas destinadas a intervenir sobre ella, en el pensamiento médico del último tercio del siglo XIX. Se delimitó operativamente en torno a cuatro ámbitos: la cuantificación de los fenómenos demográficos, el valor económico de la salud, la etiología social de la enfermedad y el diseño de directrices o políticas de reforma (Rodríguez Ocaña 1987:17 y ss.). Los higienistas sociales defendieron la pertinencia de las variables socioculturales y la insuficiencia del paradigma biológico-ambiental.

El desarrollo de la disciplina se sustentó en un análisis cuidadoso de la ya abundante y relativamente fiable estadística y demográfica sanitaria, en el análisis de las causas de exención al servicio militar, en la práctica asistencial derivada de la implantación del Seguro Social, en las luchas sindicales por una mejora de las condiciones del trabajo y la elevación del nivel de vida de los obreros, en el despertar de la conciencia social de médicos de izquierdas, y en la emergencia de una nueva patología derivada de las condiciones del trabajo. En su fundamentación teórica encontramos, a la *policía sanitaria* y al *higienismo*, a los socialismos utópicos, al marxismo, y al complejo mundo intelectual de finales del siglo XIX en

donde se entrecruzan el evolucionismo social y biológico, las teorías de la degeneración y la eugenesia.

La sociología organicista, por su parte, recuperó el concepto de *patología social* y lo vinculó a una noción etnocéntrica de *anormalidad social*, que se asociaría rápidamente a la noción biológica de *degeneración*. Por tanto, la interpretación causal en torno a la noción de *patología social* representó uno de los puntos de controversia acerca de la primacía de lo biológico o de lo social/cultural. En el contexto de la consolidación del *modelo médico* el discurso biológico tuvo eco en amplios sectores de la profesión, lo cual explica su éxito en los Estados Unidos y en la derecha alemana, mientras que la izquierda alemana y los ingleses asumieron posturas basadas en la primacía de lo social (Rodríguez Ocaña 1987:13).

El principal teórico de la medicina social fue Alfred Grotjahn, un médico alemán, discípulo de Tönnies que se planteó que:

«para llegar finalmente a una teoría de la *patología social* y de la *higiene social* que (...) deberán investigar y exponer la forma en que la vida y la salud, especialmente de las clases pobres, dependen de las condiciones sociales y del ambiente».

y destacó en su programa que:

- 1) La importancia de la enfermedad desde el punto de vista social está determinada por su *frecuencia*. La estadística médica es la base de todo estudio socio-patológico.
- 2) Una enfermedad no debe únicamente a su frecuencia su importancia social (...) se plantea el problema de la *forma* en la que aparece con mayor frecuencia la enfermedad en cuestión. Sin embargo, las formas características de la *patología clínica* no son las más frecuentes puesto que dependen de las condiciones sociales o condicionan a estas. Por tanto es necesario determinar las formas típicas socio-patológicas.
- 3) Las relaciones más importantes entre los estados patológicos y las condiciones sociales son, naturalmente, de tipo causal. La etiología de las enfermedades es al mismo tiempo biológica y social. Hasta ahora solo se ha investigado detenidamente la etiología biológica. Lo mismo debe hacerse con la social teniendo en cuenta que las condiciones sociales favorecen o crean la predisposición patológica, son vehículos de los condicionamientos patológicos, transmiten los gérmenes patógenos e influyen en el desarrollo de la enfermedad.

- 4) Los estados patológicos influyen en las situaciones sociales, no sólo a la inversa.
- 5) Es necesario dilucidar si en cada enfermedad importante desde el punto de vista sociopatológico la terapéutica médica puede alcanzar resultados efectivos y hasta qué punto está en condiciones de modificar el peso de la enfermedad en la vida social.
- 6) ¿En qué forma podemos, con medidas sociales, prevenir las alteraciones patológicas y modificar su curso? La contestación exige estudiar el ambiente social y económico de los enfermos. (Grotjahn 1915:9-18).

Grotjahn prefiguró desde la Medicina buena parte de los postulados que definen actualmente a la Antropología de la medicina: el uso de la noción de enfermedad y no la de salud como objeto de estudio operacional, la articulación entre dimensiones biológicas, sociales y culturales de la enfermedad, la variabilidad cultural de las formas del enfermar y su significación social, el problema de la eficacia terapéutica en relación a los contextos sociales y la necesidad de proyectos aplicados que legitimasen la investigación, el uso de la estadística, demografía, antropología (antropometría), economía y de la sociología.

Pese a esas afirmaciones Grotjahn, y buena parte de los higienistas sociales, no fueron más allá del cientifismo médico y por ello su referencia a las ciencias sociales quedó incompleta y retórica. La palabra *social*, empleada profusamente, quedaba a menudo vacía de contenido. Lo prueba la casi nula presencia en Europa de científicos sociales no médicos en programas de investigación básica y aplicada. Esta situación pone de manifiesto la incapacidad del *modelo médico* de aceptar aparatos conceptuales ajenos para comprender determinados procesos sociales y culturales que él mismo no podía explicar⁷. Su proyecto no influyó en las Ciencias Sociales ni en Europa ni en los Estados Unidos⁸: la sociología alemana de esa época era formal y envuelta en controversias teóricas y, para ella, el discurso social de la Salud pública era pobre. También era difícil que las hipótesis de Grotjahn pudiesen interesar a la antropología británica embarcada en experiencias de campo en sociedades primitivas y en trabajo aplicado relacionado con la política colonial, o a la sociología positivista francesa, puesto que sus hipótesis materialistas iban a contrapelo de estas corrientes.

La rigidez académica europea y la escisión entre la Medicina y la Antropología, con sus secuelas de fuertes rituales iniciáticos e identitarios en sus miembros, favorecieron que las necesidades de investigación aplicada en salud pública fuesen asumidas en Europa casi exclusivamente por los médicos en instituciones como los Institutos de medicina social, o medicina tropical, o desarrollando experimentos piloto de gestión sectorial de problemas de salud al margen del desarrollo de las Ciencias Sociales.

NOTAS

¹ Machado y Alvarez tradujo *Folk-Medicine por medicina popular* (1889), utilizando el término que empleara Pitré en 1886. En Guichot y Sierra (1922) hemos encontrado los siguientes términos correspondientes a títulos de libros sobre el tema traducidos al castellano: *supersticiones, creencias, usos* (en Italia), *medicina mágica, arte popular de curar, medicina casera*. Ackercknecht (1971-7-8) distingue *medicina primitiva, etnomedicina* y *folk-medicina*: *Medicina primitiva* es un término relativo a las sociedades aborígenes: *etnomedicina* una concesión de los años cincuenta y *folk-medicina (medicina popular o tradicional)* debe reservarse a los modelos sincréticos de medicina en las sociedades históricas y que se compondría de una mezcla articulada de *medicina primitiva, galenismo* y tecnología médica. Utilizaremos *medicina popular, tradicional o folkmedicina* como sinónimos, para las sociedades campesinas europeas o de América Latina: *medicina primitiva*, lo reservaremos para los sistemas médicos aborígenes. Consideramos como *folklore médico* a la etnografía de la *medicina popular* hecha por médicos, y *etnomedicina* a las investigaciones realizadas por antropólogos.

² Con lo cual se oculta o se disimula la importancia fundamental que tienen la medicina doméstica y las prácticas no institucionalizadas en cualquier sistema médico pese a que en estudios sobre recursos a curadores diferenciados o instituciones realizados en distintas culturas vienen demostrando que solo uno o dos de cada diez problemas de salud se remiten a ellos, mientras que el resto queda en el ámbito de lo doméstico de donde las soluciones empíricas son hegemónicas (Zola, 1966; Kleinman, 1980). Esta actitud es una consecuencia del médico-centrismo que afectará por igual a los folkloristas y a varias generaciones de antropólogos.

³ Los médicos obtienen buen parte de sus datos aprovechando su práctica rural, en la cabecera de enfermos que recurren a ellos cuando conviene. Lisón ha destacado la articulación entre diversos sistemas en la Galicia de los últimos treinta años (1971:35-38, 1979:87-120; 1990:84) y la importancia que tiene en la configuración cultural de la enfermedad, del endemiamiento y en la toma de decisiones.

⁴ Los primeros diseños de políticas sobre epidemias son del siglo XVI pero su desarrollo se produjo entre el siglo XVII y XVIII. Los estados absolutistas del *despotismo ilustrado* o el *cameralismo* alemán las incorporaron progresiva pero ineluctablemente (Rosen, 1974).

⁵ Para Frank la pobreza era una de las causas fundamentales de la morbilidad (Lesky, 1984a). Concibió medidas políticas para la protección del individuo y la salud del grupo con la idea de educar al pueblo e ilustrar y dirigir a los políticos. Se basó en consideraciones demográficas seguidas por reflexiones sobre procreación, matrimonio y embarazo para los que sugería control técnico y protección social de la madre durante el puerperio. Los gobiernos debían alentar los matrimonios y fiscalizar la soltería, alentar la educación para el matrimonio. Se ocupó también de la infancia y de las condiciones de la escolarización, y de la alimentación, vestido, recreo y vivienda (Rosen, 1974).

⁶ Abundaron en Europa entre el siglo XVII y el XX. La primera en España fue la de Zaragoza (1686). A finales del XVIII Finke publicó un manual para prepararlas. En Cataluña la Real Academia de Medicina las alentó mediante un premio anual. Se conservan unas setenta. Han sido redescubiertas recientemente por los historiadores y por los antropólogos (Carrasco, 1989). Llorenç Prats prepara un libro sobre las condiciones materiales de la Cataluña decimonónica a partir de sus descripciones.

⁷ Tekely, un especialista en patología laboral y enfermedades profesionales de afiliación socialista, defendió en cambio que junto al uso de las técnicas cuantitativas tan bien desarrolladas por la medicina y en las que Grotjahn se sentía inevitablemente más cómodo, el trabajo de observación directa era indispensable. Era el fruto de la investigación en salud laboral y enfermedades profesionales, y fue también de los primeros en afirmar que las desigualdades de salud eran un problema de clase (Lesky 1984: 273-286).

⁸ Esta corriente influyó en el desarrollo de la historia social y de la medicina en Austria y Alemania de la mano de Puschaman y sus discípulos, en la que se formaron Sigerest, Lesky, Ackercknecht y Rosen. Ackercknecht (1971:9-18). Influyeron en Laín Entrango y sus discípulos, lo cual explica su interés por la medicina social y el desarrollo de la historia social así como la convergencia entre este grupo y la antropología de la medicina actual en España.

3

La Antropología era una ciencia natural

«...la historia de la humanidad es parte y parcela de la historia natural, (...) nuestros pensamientos, voluntades y acciones están de acuerdo con leyes tan definidas como aquellas que gobiernan el movimiento de las olas, la combinación de los ácidos y bases, y el crecimiento de plantas y animales» (Tylor 1871:2).

En la segunda mitad del siglo XIX, la Antropología oscilaba entre el énfasis *naturalista* al que le conducía el evolucionismo, la práctica de los etnógrafos norteamericanos y los enfoques histórico-culturales en los que se situaban el folklore y el difusionismo alemán. Si dejamos de lado las investigaciones surgidas desde la Medicina —el *folklore médico*, las *topografías* y los estudios epidemiológicos—, los temas *médicos*, con la excepción de la antropología física de la que no vamos a ocuparnos, son excepcionales y marginales en la Antropología de este período. Así lo acredita que obras como las de Black (1883) o Bourke (1891) no tuvieran relevancia en la Antropología mientras si que eran recuperadas por el folklore médico o el psicoanálisis, respectivamente. La hegemonía inicial del evolucionismo cultural, y de sus intereses teóricos en las leyes del progreso de la civilización, fue fundamental para prefigurar el carácter marginal de estas temáticas.

El evolucionismo se consolidó hacia 1870 —cuando Tylor y Morgan publicaron sus obras más representativas—, y desplazó a las doctrinas de principios del siglo XIX que entendían el fenómeno aborígen como una consecuencia del poligenismo, de las catástrofes o de la degeneración moral. En su lugar, adoptó como base una concepción monogenista de la diversidad racial —ya presente en la primera mitad del siglo XIX—, y una idea del progreso de la civilización que se remonta al conocimiento ilustrado (Stocking 1968). Su origen como opción científica e ideológica fue el resultado de un proceso de transformación del conocimiento que, a fines del siglo XVIII, favoreció una división del saber en torno

al trabajo, la vida y el lenguaje (Foucault 1966:245), que condujeron al desarrollo de la economía política en Inglaterra, de la anatomía comparada en Francia y de la lingüística en Alemania (Stocking 1987:30).

De la articulación entre el trabajo y la vida, entre el discurso del nuevo orden económico y la tradición naturalista de Linneo, Buffon y Cuvier, surgió el evolucionismo como opción teórica. Las ideas del cambio continuo de la sociedad, del progreso industrial y de la transformación cultural se unieron a las propuestas taxonómicas de la paleontología y de la geología, de la botánica y de la clasificación de las especies. Clasificación y diacronía constituyeron las bases del nuevo paradigma que se aplicó de forma casi simultánea a la Biología y a la Antropología¹.

Para la Antropología esto supuso asumir una perspectiva naturalista donde los pensamientos, voluntades y acciones estaban sujetos a leyes como el crecimiento de las plantas y la combinación de los ácidos (Tylor 1871:2). La filosofía empirista anglosajona contribuyó a la configuración de esta mecánica mentalista con sus aportaciones sobre la primacía de los sentidos y la experiencia en el desarrollo del conocimiento. El hombre primitivo fue caracterizado por su carencia de método empírico, de aprendizaje de la experiencia y de ajuste a la realidad. Características que permitieron entender la magia aborígen, esa «*hermana bastarda de la ciencia*» (Frazer 1911:51), como un proceso regido por mecanismos similares a los que había estipulado Locke en el entendimiento humano, pero que en este caso dirigían al engaño, al error y a la imprecisión:

«...la magia no es otra cosa que una aplicación errónea del más simple y elemental proceso mental, el de la asociación de ideas gracias a la similitud o la contigüidad» (Frazer 1911:55).

En este sentido se entendió que el aborígen no era capaz de discernir entre *magia*, *medicina* y *religión* (Tylor 1871:145) y que la primera constituía una forma primigenia y animalizada que en su evolución y liberación del error daría lugar al conocimiento científico². Por esta razón, mientras instituciones como el gobierno o el parentesco fueron reconocidas como sistemas específicos, las prácticas médicas indígenas no corrieron idéntica suerte.

Medicina, magia y religión: de la antropología de salón a la práctica etnográfica

Los evolucionistas sustrajeron los temas médicos de la mirada antropológica, pero no así los etnógrafos. Poco después de la configuración del discurso evolucionista se publicaron algunas monografías y artículos etnográficos sobre

terapéuticas y «medicine-men» aborígenes realizados por militares, funcionarios de las reservas y aficionados al folklore indígena norteamericano³. Aunque estaban influenciados por el evolucionismo a través de sus contactos y colaboraciones con la *Smithsonian Institution* o con el *Bureau of American Ethnology*, guardan un tono menos especulativo e insinúan precozmente posibilidades de aplicación del conocimiento etnográfico a programas de aculturación de los grupos aborígenes. Como se ha señalado en relación a Bourke (Porter 1986), el interés por los sanadores indígenas deriva no tanto de un interés etnomédico, como de su papel en la reproducción de la estructura social tribal. Para Bourke su poder:

«debía ser contrarrestado antes que los indios pudiesen ser situados en la senda de la civilización (...) ...mientras existan los *medicine-men* los Indios nunca seguirán el camino del hombre blanco» (Porter 1986:199).

El interés por el papel político de chamanes, videntes y curadores lo encontramos también en Europa. Desde opciones progresistas, representadas también por sectores de la Medicina, se pretendía desenmasacar la superchería y la superstición como una forma de combatir su poder y concomitantemente el de la Iglesia que avalaba este tipo de prácticas. Reencontramos en ello la polémica entre ciencia y religión y la lucha de la primera contra las supersticiones y su reproducción (ver Rodríguez López 1895). Paradójicamente, mientras la Iglesia europea alentaba el renacimiento del culto a apariciones como la de Lourdes, en tierras de misión combatía la emergencia de cultos sincréticos y mesiánicos y milenaristas a los que caracterizaba como reminiscencias paganas que solían cuestionar su poder temporal (ver Métraux 1958). El interés común por esclarecer el estatus de estas prácticas, que implicaban situaciones de trance, explica la inclinación de etnólogos, misioneros, médicos y psiquiatras por ellas, y explica el desarrollo de las descripciones etnográficas de las mismas, así como el interés de la Antropología y de la Sociología finiseculares por establecer una teoría sobre los orígenes de la religión.

El primer estudio sistemático y que tomaba como base el trabajo etnográfico de primera mano, fue la investigación de Rivers —un evolucionista que se decantó finalmente por el difusionismo— sobre las prácticas aborígenes de Nueva Guinea, y que realizó en el marco de las expediciones británicas al Estrecho de Torres entre 1894 y 1905. Su obra publicada póstumamente (1924) era mucho más ambiciosa que las etnografías norteamericanas, puesto que al proponer un estudio comparado de los sistemas médicos, enlazaba con las innovaciones británicas en el método etnográfico, y delimitaba un objeto de estudio específico que iba más allá de los planteamientos de Black. Rivers dotó a la medicina aborígen del carác-

ter de institución social y distinguió tres grandes subsistemas o concepciones del mundo: la *naturalista* de carácter empírico, la *mágica* y la *religiosa*. La medicina aborígen podía presentar principios empíricos como el masaje y la utilización del vapor de agua, que desde su perspectiva atestiguaban el origen singular de la cultura (1924:81), pero en líneas generales se definía por su articulación más profunda con los otros dos subsistemas: la *magia* que venía personificada en la figura del médico-hechicero y que definía en términos de:

«...un grupo de procesos que el hombre utiliza de forma ritual y cuya eficacia depende de la creencia en su poder inherente, o en los atributos de ciertos objetos y procesos que son usados en los ritos» (1924:4).

y la *religión* de carácter más avanzado y unida a la emergencia del médico-sacerdote:

«...grupo de procesos cuya eficacia depende de la voluntad de algún alto poder cuya intervención es demandada por ritos de súplica y propiciatorios. La religión difiere de la magia en que envuelve la creencia en algún poder en el universo superior al del hombre mismo» (1924:4).

El esfuerzo sistematizador y comparativo de Rivers quedó, como un hecho aislado en la Antropología británica⁴, aunque su esquema comparativo fue recogido en parte por el norteamericano Clements (1932:209), que esbozó una tipología universal de las concepciones primitivas sobre la etiología de las enfermedades basada en cinco categorías: *brujería*, *intrusión de un objeto*, *transgresión de un tabú*, *intrusión de un espíritu*, y *pérdida de alma*. La idea de intrusión de un objeto como causa de enfermedad se retrotrae, según el autor, al Paleolítico y corrobora la teoría difusionista de la cultura.

Aunque antes de 1939 la antropología británica y la francesa no se interesaron por temáticas de salud, la enfermedad fue referencia ineludible en los estudios sobre brujería, hechicería, magia y religión, como fue el caso de la monografía de Evans Pritchard (1937), sobre los zandé. Las razones de este abandono pueden retrotraerse al aforismo de Durkheim (1895:116), «siempre que se explique directamente un fenómeno social por un fenómeno psíquico, puede tenerse la seguridad de que la explicación es falsa» que conducía directamente a deslindar de la interpretación de esos fenómenos la interpretación social (y por tanto el problema de la función y de la eficacia sociales), frente a la indentificación puramente comportamental y clínica. Durkheim, como destaca Skultans (1991:14), añadió a este debate un segundo argumento: es la reacción social y no la natura-

leza intrínseca de un acto lo que determina la normalidad o la anormalidad social del mismo. Ambos argumentos han sido aplicados al problema de la brujería, de la hechicería y de la enfermedad mental.

En el contexto de las relaciones entre Medicina y Antropología, la postura de Durkheim abría las puertas a un análisis funcional de la *magia* escindido completamente de la Medicina, y nucleado en torno al control social y la política: algo que sí podía interesar a las administraciones coloniales. La afirmación de eficacia funcional no tenía el sentido biológico, psicológico, o psicoterapéutico que interesaba a médicos y a psiquiatras en un contexto en que doctrinas como el psicoanálisis o la medicina psicosomática se orientaban a explorar el efecto y el impacto de esas prácticas sobre los pacientes. Estos otros aspectos cautivaron también a los antropólogos que buscaban en las dimensiones psicológicas de la cultura, respuestas teóricas para afrontar la acumulación de datos etnográficos sobre sociedades aborígenes y de biografías de «medicine-man» y que precisaban de otros criterios que las teorías universalizadoras de evolucionistas y difusionistas.

El descubrimiento de la especificidad cultural

Esta actitud estuvo representada en EE.UU. por Boas y su particularismo histórico: una corriente que se alejaba del naturalismo de los evolucionistas pero que no lo abandonaba totalmente. Vino a ser el resultado de una tensión entre la perspectiva de las ciencias naturales («Naturwissenschaften») y la de las ciencias del espíritu («Geisteswissenschaften»), en la que se hallan influencias neokantianas y del historicismo y la geografía cultural alemana.

El particularismo se opuso a la tendencia teleológica del evolucionismo, al organicismo médico y a las teorías de la Antropología biológica configuradas a partir de la craneometría poligenista, etno-racista y especulativa. Contra lo que se suele argumentar, Boas no negó la existencia de diferencias psicofisiológicas entre las razas sino que planteó que éstas eran tan insignificantes cualitativamente que no suponían una dificultad de adaptación de sus miembros al estilo de vida occidental. No era posible, entonces, establecer relaciones causales entre los tipos raciales locales y sus instituciones y menos entender las diferencias culturales a partir de diferencias biológicas (Boas 1966:191). La naturaleza humana no era un determinante sino más bien una dimensión de gran plasticidad (Boas 1966:3-17). Por ello, había que analizar la diferencia cultural más en términos de factores sociales, históricos y psicológicos que en relación a teorías ortogenéticas.

La emergencia del particularismo supuso un interés por lo cultural e histori-

amente específico, y el abandono del reduccionismo biológico. Se tradujo, metodológicamente, por la importancia que concedía a la perspectiva indígena o «emic» frente a la visión exógena o «etic» del evolucionismo y del difusionismo que observaban los rasgos culturales como elementos fosilizados de la historia natural. Boas se opuso a esta reificación del objeto de estudio y diferenciando entre sujeto y objeto, dotó a este último de entidad discursiva. Este giro epistemológico reconvirtió el estudio de *la cultura* —en su acepción universalista— en el análisis de *las culturas* —en su sentido específico—. En este contexto, la etnografía suplió a la comparación de rasgos y a las teorías del desarrollo, el estudio de la lengua y de las concepciones nativas se articuló como una exigencia para el buen conocimiento de cualquier cultura, y la idea alemana del «Geist» de la sociedades se solapó sobre la perspectiva naturalista y utilitarista. Se trató en definitiva de una nueva articulación del conocimiento antropológico: si el evolucionismo había surgido de la interacción entre la vida y el trabajo, el particularismo retomó la tarea antropológica a partir de la confluencia del lenguaje con la vida.

El nuevo enfoque facilitó investigaciones sobre temas médicos que pueden ordenarse en torno a dos asunciones de Boas: el énfasis en la especificidad cultural y el valor de las dimensiones psicológicas de la cultura. La primera inspiró los estudios intensivos de las instituciones médicas indígenas y de los remedios empíricos que acabarían dando lugar a la etnomedicina⁵ La segunda alentó investigaciones sobre las relaciones entre la cultura y la personalidad que darían lugar a la *etnopsiquiatría*, la *antropología psicoanalítica* y el *etnopsicoanálisis*.

El primer grupo lo constituyen los estudios que continuaron la tradición de los folkloristas norteamericanos y mexicanos. Desde el empirismo refutaron algunas de las teorías comunes sobre las costumbres nativas, así como los argumentos evolucionistas⁶. En ellos se perfilan algunos rasgos de las teorías antropológicas de la época y de paradigmas posteriores. En este sentido, Grinnell (1914) apuntó la necesidad de tener en cuenta las dimensiones «emic» del objeto de estudio —un principio en el que Boas había puesto especial atención—, y Parker (1909), a su vez, insinuó el valor estratégico de entender las instituciones aborígenes en términos de sus funciones dentro del grupo social total, un principio fundamental en el desarrollo posterior de la teoría funcionalista de la cultura de Malinowski del concepto de *modelo cultural total* de Benedict (1934).

Los estudios sobre farmacología y sociedades médicas nativas podrían ser catalogados, respectivamente, como etnofarmacológicos y etnomédicos, si no fuera porque el término *medicina* se emplea como sinónimo de *medicamento* o de propiedad terapéutica de los rituales y no en su sentido de sistema cultural de prácticas y conocimientos de los autóctonos. Esta inespecificidad del objeto dota de

cierta marginalidad a esta serie de estudios si los comparamos con la abundancia de investigaciones sobre chamanismo y psicología primitiva.

El chamanismo fue un tema clásico entre los boasianos. Lo prueba la existencia de un discurso teórico sobre este fenómeno⁷. Su desarrollo a principios de siglo se relacionó con la concepción mentalista de la cultura asumida por Boas, que se distinguió de las argumentaciones tylorianas sobre la evolución mental por el abandono de los esquemas teleológicos y por la demarcación entre Psicología y Fisiología cerebral a partir de la idea de plasticidad humana. En esta línea elaboró también su crítica del difusionismo alemán: para él la exclusión de los aspectos psicológicos en la metodología etnológica de Graebner y en la Geografía de Ratzel constituía un grave error ya que dotaba a la investigación de un carácter mecanicista (Boas 1966:295):

«Las condiciones causales de los fenómenos culturales descansan siempre en la interacción entre individuo y sociedad y ningún estudio clasificatorio de las sociedades puede resolver este problema» (Boas 1966:257).

Además en un plano teórico podría ser:

«...un esfuerzo vano buscar leyes sociológicas sin apreciar lo que podría ser llamado psicología social; es decir, la reacción del individuo a la cultura. Estas (las leyes) no pueden ser más que fórmulas vacías que sólo pueden ser imbuidas con vida teniendo en cuenta el comportamiento individual en las diferentes culturas» (Boas 1966:258-259).

La importancia concedida por Boas a los aspectos psicológicos jugó un papel importante en el desarrollo de los estudios sobre cultura y psicopatología, pero dividió a sus discípulos y a la Antropología americana en dos bloques opuestos. Por un lado, los que como Kroeber, Lowie y Wissler sostuvieron una concepción no individual ni psicológica de la cultura sino inspirada —como en el caso de Kroeber— en las teorías sociológicas de Spencer. Por otro, los antropólogos que como Sapir, Benedict o el propio Boas, adoptaron una idea mentalista de la cultura.

La inclusión en la Antropología cultural norteamericana de las variables individuales y psicológicas determinó la asunción de nuevos enfoques que permitieron su vinculación con las teorías psicológicas y psicopatológicas. Esta articulación no se produjo a través del organicismo biomédico que se oponía a la inclinación de los boasianos por la especificidad cultural, sino en relación a corrientes emergentes como el psicoanálisis, las escuelas conductistas y la teoría de

la «Gestalt» que reconvertían el debate sobre la unidad biológica del hombre en términos de su unidad psíquica, un campo en el que los argumentos particularistas sobre la plasticidad humana tenían mucho que decir.

La escuela de *cultura y personalidad* se articuló en esta confluencia de particularismo y psicología. En ella destaca la obra de Benedict (1934) que influyó en el discurso antropológico y en el psiquiátrico. Los frágiles cimientos de categorías como *anormalidad* y *desviación* que utilizaban profusamente clínicos y sociólogos empiristas (Wright Mills 1949:165) fueron cuestionados en un alegato relativista y literariamente brillante que situaba los parámetros y límites de la conducta normal y psicopática en el contexto de la cultura. La conducta patológica de esquizofrénicos, neuróticos y maniaco-depresivos aparecía más que como un fenómeno individualizado, como el producto de una tensión entre la falta de plasticidad e integración individual y las pautas culturales:

«La tradición es tan neurótica como cualquier paciente; su temor extremado ante la desviación de sus modalidades fortuitas responde a todas las definiciones corrientes de lo psicopático» (Benedict 1934:278).

El argumento de Benedict era doblemente crítico. En lo político era un ataque a la moral burguesa de la clase media norteamericana profundamente enraizada en la población y entre los investigadores de la patología social que traducían sus propias pautas en términos de *normalidad* y las diferencias individuales y sociales en términos de *anormalidad*:

«Quizá podemos tener una base sólida a partir de reconocer el sistema capitalista y sus consecuencias como normales (Rosenquist cit. en Wright Mills 1949:169).

En lo teórico se distanciaba del subjetivismo biomédico y del organicismo de Durkheim, Radcliffe-Brown o Kroeber, al que definía como *misticismo*. Su punto débil, no obstante, fue entender que categorías de posible utilización en la dimensión del sujeto como *apolíneo*, *dionisíaco*, o *megalomaniaco* podían ser aplicadas a las diferentes culturas. Había en ello un salto epistemológico semejante al de la aplicación de la teoría freudiana al desarrollo de la civilización, o al de la atribución durkheimiana de lo normal y lo patológico a los fenómenos sociales; pero el desarrollo de la enfermedad como objeto de estudio antropológico y el debate sobre la universalidad de la clínica quedaba abierto.

Eficacia simbólica y análisis estructural

En Europa, antropólogos y sociólogos ignoraron las dimensiones clínicas del problema. La Antropología social británica y los post—durkheimianos franceses trataron la magia y la hechicería como instrumentos de control social, desde perspectivas políticas, sin entrar en las relaciones entre lo consciente y lo inconsciente en el trabajo terapéutico. A través de la influencia del discurso psicoanalítico, pero también del artículo de Cannon (1942) sobre la eficacia psicofuncional de la muerte vudu, los dos artículos de Lévi-Strauss (1958), publicados previamente en 1949, uno de ellos en *Les Temps Modernes*, constituyen puntos de referencia esenciales en el análisis de las relaciones entre medicina y antropología. En ellos, su autor efectuó una serie de analogías, harto heterodoxas, sobre las relaciones entre las experiencias chamánicas y el psicoanálisis, y en los que se definía el significado de la *eficacia simbólica*. Con la introducción de este concepto, Lévi-Strauss iba más allá del funcionalismo positivista más burdo, en la medida en que destacaba dos aspectos fundamentales. En uno de ellos señalaba cómo la fuerza de la palabra —un viejo tema de la «*tekhné*» griega brillantemente explorado por Laín Entralgo desde la fenomenología (1958)—, puede modificar la respuesta fisiológica; y en el otro, cómo la introducción de una innovación por parte del chamán transforma la respuesta social y exige una nueva racionalización del procedimiento. En ambos casos se revisaban las relaciones entre los niveles consciente e inconsciente a la luz de las influencias de la lingüística estructural.

Ambos artículos no tuvieron excesivo eco. Se situaban en un plano intelectual de difícil recibo en la psiquiatría, y menos aún en el psicoanálisis francés de fines de los cuarenta; además, el aristocratismo intelectual del que hacía gala, entonces y ahora, Lévi-Strauss no parecía proclive a alentar investigaciones aplicadas específicas para verificar tales datos. Tras el «*je hais les voyages et les explorateurs*» asumió el rol de antropólogo de salón —en su pleno sentido—, y diseñó una trayectoria para la etnología francesa que rechazaba la contaminación con el trabajo aplicado o interdisciplinar. Por todo ello estas nociones no fueron recuperadas, y aun de forma parcial, hasta veinte años más tarde por la etnología de campo francesa.

NOTAS

¹ Las teorías evolucionistas sobre sociedades primitivas son coetáneas al darwinismo. El evolucionismo asumió una concepción de la cultura que, contrariamente a la teoría darwiniana, incluía ideas de dirección, progreso y, hasta cierto punto, perfectibilidad del cambio de las sociedades, en las que influyeron las teorías socio-evolucionistas de Spencer sobre el principio universal de transformación de lo simple a lo complejo.

² La Antropología, en este punto, legitimaba la ciencia y el progreso técnico europeo y norteamericano ya que por oposición les construía una identidad colectiva. *Superchería, animismo, magia, superstición o irracionalidad* son categorías opuestas a *civilización, racionalidad y ciencia*. En eso el discurso antropológico muestra coincidencias nada azarosas con la retórica utilizada por la biomedicina en relación a la medicina popular europea.

³ Ver los trabajos de Matthews sobre oraciones y ensalmos de los chamanes navaho (1888), los de Bourke sobre «*medicine-men*» apaches (1892), los de Russell sobre las danzas terapéuticas apache (1898) o los de Reagan sobre cánticos y recetas medicinales chippewa (1922).

⁴ Resulta un tanto paradójico en un contexto en el que una parte representativa de los pioneros de la etnología como Rivers, Seligman y Haddon, procedían de la medicina, la psicología o la biología (Stocking, 1968, 1987; Loudon, 1976). Rivers compiló la segunda edición de las *Notes and Queries* que revisaba la técnica etnográfica, y abrió las puertas a su profesionalización.

⁵ En México existe un buen número de recopilaciones sobre etnofarmacología desde el siglo XVI (ver García Mora, 1936: IV: 227-259, Awzures, 1986). En EE.UU. el trabajo sobre farmacopea indígena de Grinnell constituyó un precedente interdisciplinario relevante. Trató de analizar, con un farmacólogo, la eficacia terapéutica del herbolario cheyenne, valorando las categorías diagnósticas nativas y las propiedades medicinales de las plantas utilizadas en los rituales curativos (1905). Wallis estudió las recetas de los micmac que califica de ineficaces y producto de la superstición (1922). También destacan los estudios sobre el papel cultural y religioso de ciertos principios activos farmacológicos. El mejor ejemplo es la investigación de Weston La Barre (1938) sobre la función del peyote en la religión kiowa-comanche. Por su papel de nexo entre cultura y psicofisiología, representó el punto de partida de la etnofarmacología posterior, y ha sido, junto con las etnografías de los culturalistas sobre los usos sociales del alcohol, uno de los pilares sobre los que se ha sustentado el discurso de la antropología actual en relación con las drogodependencias y el alcoholismo.

⁶ Grinnell en su trabajo sobre los cheyenne, descalificó la relación que había establecido Wissler —paradójicamente un discípulo de Boas—, sobre la existencia de la tortura en la Danza del Sol de los indígenas norteamericanos. Para él aplicar la idea de suplicio a estos rituales de iniciación médica era el resultado del error metodológico de infravalorar la cosmovisión autóctona del fenómeno (1914). Parker, por su lado, invalidó la teoría de Morgan sobre el carácter de reminiscencia evolutiva de las logias médicas se-

cretistas iroqueses. Observó, tras seis años de trabajo de campo entre los sénéca —uno de los grupos más reivindicativos de los iroqueses—, que esas instituciones no eran supervivencias a extinguir de un estadio de la evolución, sino mecanismos de construcción de una identidad colectiva necesaria para la supervivencia como grupo frente al acoso occidental, y enfatizó los itinerarios terapéuticos que siguen los individuos enfermos de la comunidad sénéca.

4

La Antropología en la Medicina

«En Estados Unidos, la metamorfosis de la civilización de rural a urbana es ya un hecho. El proceso, aunque iniciado más tarde que en Europa, ha acontecido, si no más rápida y absolutamente, al menos con mayor lógica en el desarrollo de formas características» (Burgess 1926:69).

Las relaciones entre Antropología, Sociología y Salud pública, a partir del trabajo aplicado, no se desarrollaron en Europa sino en los EE.UU. y en América Latina entre los años veinte y sesenta y desembocaron en la Sociología y la Antropología de la Medicina¹. Esta colaboración se contextualizó en los EE.UU. en torno a la transición de un período de capitalismo salvaje a otro de mayor intervencionismo y desarrollo del Estado federal coetáneo a la institucionalización de las tres especialidades. En América Latina, y especialmente en México, se corresponde con el *indigenismo*, que configuró política e ideológicamente al Estado mexicano tras la Revolución, y en el que jugó un papel fundamental la Antropología. Ambos desarrollos convergieron hacia 1930.

El nacimiento de un estado

«Los cambios más sutiles en nuestra vida social (...) denominados «problemas sociales» (divorcio, delincuencia y malestar social) son perceptibles en sus formas más pronunciadas en nuestras grandes ciudades. Las fuerzas profundas y «subversivas» que han acarreado estos cambios se miden por el tamaño físico y la expansión de nuestras ciudades» (Burgess 1926:69).

El desarrollo del capitalismo en Estados Unidos se había caracterizado por la

expansión hacia el Oeste, el crecimiento industrial y las migraciones masivas europeas y asiáticas. Dio lugar a una estructura urbana basada en segmentaciones de clase y «ghettos» étnicos, en los cuales las minorías podían resistirse a la asimilación y mantener parte de sus formas de vida. La debilidad del estado federal, la descentralización de los dispositivos de control social en la esfera local y la hostilidad de los norteamericanos hacia el intervencionismo del Estado favorecieron la aparición de conflictos sociales que fueron identificados como formas de *patología social* e interpretados como formas de deficiente integración. El puritanismo moral de las clases dirigentes y la influencia de organizaciones religiosas y filantrópicas priorizó la represión de algunas de esas formas, especialmente el alcoholismo, el sexo, el juego, o la automedicación con opiáceos, lo cual contribuyó a desarrollar formas de criminalidad marginal u organizada en torno a dispositivos de protección de naturaleza feudal y, al no existir un dispositivo estatal, un sector privado filantrópico y voluntarista de protección social. El sistema entró en crisis en 1929.

El modelo médico norteamericano

«La sociología médica es la ciencia de los fenómenos sociales de los médicos como clase aparte y separada; la ciencia que investiga las leyes que regulan las relaciones entre la profesión médica y el conjunto de la sociedad y que trata de la estructura de ambos» (Mc Intire 1895 cit. en Rodríguez 1987).

La medicina norteamericana se transformó profundamente entre 1880 y 1920 con la implantación del *modelo médico*. Los cambios afectaron a los hospitales y manicomios, a la educación médica, a los modelos de gestión de la práctica primaria en salud, y a la prevención. Se precipitaron por la necesidad de resolver los problemas asistenciales y de acogida que planteó la llegada masiva de emigrantes. Obligó a disponer de políticas de prevención pragmáticas (sanidad exterior, vacunaciones, *Food and Pure Drugs Act* en 1906) (Rosen 1974, Lesky 1984: 287-300), a la construcción masiva de manicomios, a la transformación o a la creación de hospitales jerarquizados en manos de médicos y administradores, a la reorganización de la profesión médica para luchar contra el intrusismo y contra la automedicación, y a proponer profundos cambios en la educación y en las prioridades de la investigación médica.

En Psiquiatría —el flanco más débil y contradictorio del *modelo médico*— el crecimiento exponencial del número de internados en manicomios y de las tasas de morbilidad psiquiátrica, la problemática asociada al proceso de alco-

holización y a la generalización del uso de drogas ilícitas, no podía ser exclusivamente explicado mediante el paradigma biológico. Era indispensable explorar también el peso en la enfermedad mental de las variables sociales, culturales y psicológicas; así como los límites culturales y étnicos entre la normalidad y la anormalidad.

La patología de la desorganización social

«...algunas de las condiciones sociales que son el resultado consistente y natural de la organización industrial capitalista-individualista han de ser, por tanto, consideradas normales en las sociedades modernas (Fairchild cit. en Wright Mills 1949:169).

La Sociología norteamericana se institucionalizó bajo premisas semejantes a las que impuso Boas en la Antropología. Lo hizo en torno a los sociólogos de Chicago y del *midwest*, opuestos al formalismo academicista y al elitismo del Este y que:

«Deseaban responder a las necesidades actuales e influir con su propia obra a favor del espíritu vigorosamente democrático y antielitista de la cultura de la frontera del Medio Oeste (Cosser cit. en Marsal 1977:183)

Estaban influenciados por el pragmatismo de Dewey y Mead, por el evolucionismo de Spencer, por la sociología organicista, por el interaccionismo psicológico de Simmel, y algo más tarde por el funcionalismo y el estructural funcionalismo británico. Son perceptibles estas influencias en las nociones de *ecología urbana*, *organismo*, *función*, *medio ambiente* y *desorganización y patología social* sobre las que construyeron sus criterios de interpretación. Aunque sus aportes teóricos fueron eclécticos y están desfasados, lo que subsiste de sus aportaciones son, sobre todo, sus investigaciones de campo que son reconocidas como clásicos de la Sociología, de la Antropología urbana y de la Psiquiatría social. Se ocuparon fundamentalmente de *problemas urbanos* que trataban de interpretar a la luz de una teoría empírica de la urbanización. Por ello desarrollaron sus investigaciones sobre grupos que hoy llamaríamos de riesgo: minorías étnicas, «homeless» (*hobos*), juventud, migraciones, criminalidad o salud mental, es decir la panoplia de situaciones que ya en el siglo XIX los higienistas consideraban inmersas en la patología social. Su objetivo era explicar las relaciones entre variables biológicas y culturales, la preeminencia de unas frente a otras, y la aparición

de conductas fuera de la norma que fueron interpretadas a partir de la relación entre factores espaciales y socioculturales.

Algunos de ellos —fundamentalmente los del *midwest*— no basaron su práctica en ningún concepto sistemático de *normalidad* y legitimaron, de esta manera, los valores capitalistas norteamericanos. De ahí el éxito en esa época de modelos explicativos de raigambre biológica como la ecología urbana, el pensamiento lombrosiano o la eugenesia. Su comprensión de la *normalidad* se llevó a cabo en el contexto de la moral pequeño-burguesa de la clase media rural a la que muchos pertenecían. Los cambios engendrados por las transformaciones industriales fueron enfrentados a los principios de estabilidad rural, el ajuste del individuo medio a la desviación comportamental del emigrante italiano, polaco o perteneciente a los diferentes grupos étnicos inmigrantes. El individualismo *egoísta* que emergió como consecuencia del nuevo orden político y económico se opuso a la solidez de las normas morales que preexistían en las pequeñas ciudades. De esta manera, configuraron una escuela de investigación basada en un férreo empirismo —que Mannheim calificó de «isolating empiricism»—, a-teórico, pragmático, a-histórico y organicista, que se contradecía con las tendencias de la filosofía histórica mientras se alineaba con los rasgos constitutivos del *modelo médico*. Esta perspectiva contribuyó a la medicalización de la sociedad norteamericana y alentó el papel de los médicos como terapeutas sociales.

Los orígenes de la Antropología Aplicada

«Incluso cuando estudian los yankizados y destrribalizados indios, nuestros colegas norteamericanos ignoran persistentemente al indio como es y lo estudian como debería haber sido una o dos centurias atrás» (Malinowski 1929).

Malinowski hablaba desde una Antropología —como la británica— que efectuaba su progresiva transición hacia el trabajo aplicado a partir de las necesidades de una administración colonial a la que el antropólogo debía dictar la línea de acción más eficaz (Foster 1974; Bastide 1971:29). Lo articulaba en términos funcionalistas interesándose por el papel del parentesco y las dimensiones jurídico—políticas de la estructura social comunitaria, pero sin una orientación de trabajo aplicado en la metrópoli³.

En los años veinte, los antropólogos norteamericanos estaban todavía más interesados en una amplia operación de salvaguardia del patrimonio cultural indígena, que en valorar el impacto de la monetización de la sociedad india, del cambio tecnológico o de las políticas del Gobierno federal. Aceptaban, implícita-

mente, la política de reservas, pero le oponían actitudes cívicas manifestándose contra el racismo o defendiendo los derechos de los indios, que no facilitaron sus relaciones con el *Bureau of Indian Affairs (BIA)* hasta los años treinta (Bolt 1987:198-201)⁴. Malinowski y Radcliffe-Brown influyeron ideológica y financieramente en el desarrollo de la Antropología aplicada en Norteamérica, dando un impulso a los programas de intervención en grupos aborígenes, a los estudios de comunidades y de organizaciones en los Estados Unidos y al análisis de los problemas de transición social en América Latina⁵.

A partir del estudio de los Lynd (1929) en *Middletown*, se desarrollaron investigaciones sobre organizaciones y comunidades norteamericanas, que se situaban en los límites entre la Antropología, la Psicología social y la Sociología. Las primeras, promovidas por Elton Mayo y Lloyd Warner, respectivamente, dieron lugar a la Sociología industrial y de las organizaciones que influyeron en los estudios sobre hospitales y manicomios. Las segundas articuladas en torno a la noción de comunidad, dieron lugar a algunas monografías clásicas sobre pequeñas ciudades y pueblos en Norteamérica y Europa en torno a los conceptos de *estructura social* o *subcultura*⁶.

Las uvas de la ira

«Brother, can you spare a dime?»

El desarrollo de estas líneas de investigación se produjo como consecuencia de la toma del poder por los demócratas y la implantación del «New Deal»: un experimento de Estado del Bienestar alternativo al Estado soviético, a la Alemania nazi y la Italia fascista. Revisó bajo ópticas socialdemócratas la política de capitalismo salvaje de los gobiernos republicanos, y se asoció a un vasto movimiento ideológico, intelectual y cívico, basado en el idealismo y la confianza en las posibilidades de lo que se ha llamado el «american dream». El poder se alió con los científicos sociales de la Escuela de Chicago, ya que ofrecían análisis y respuestas teóricas que podían ser asumidas sin crear demasiadas contradicciones en el sistema. Su intervención como técnicos de la administración configuró un estilo de gobierno que caracterizaría, posteriormente, a las administraciones demócratas en Estados Unidos. Hicieron análisis y propuestas de reforma sinceras, pero bajo unos presupuestos teóricos de base empírica que tendían a reproducir los valores de individualismo y de mercantilismo y avalaban soluciones específicas aisladas y descontextualizadas de la etiología social de los problemas. Retomaban para ello un viejo discurso clínico que había sido reformulado tiempo atrás por los patólogos sociales:

«La experiencia muestra que la rehabilitación es posible sólo cuando cada caso de pobreza o dependencia es tomada separadamente y sus dificultades manejadas con estricta visión de todas las circunstancias envueltas... Esto debe ser realizado en términos de lo individual... No puede efectuarse en masa» (Gillin cit. en Wright Mills 1949).

Al extrapolar el discurso empírico sobre la patología biológica a la patología social, evitaban análisis radicales y acentuaban el pragmatismo de sus intervenciones políticas. Aprendieron a pensar como los jueces, los asistentes y educadores sociales, y a operar en términos de *situaciones* (Wright Mills 1949:171). En la medida en que buena parte de las soluciones sociales pasaban por formas de exclusión, las principales el manicomio y la penitenciaría, su concepto de sociedad tendió a parcelarse en torno a sectores discretos (de riesgo), donde proceder a diagnósticos situacionales sobre grupos primarios, «gangs», pequeñas comunidades, etc. Su situacionismo permitió, por otro lado, obviar la contradicción —presente en *Las uvas de la ira* de Steinbeck— de responder a situaciones de miseria humana que venían inducidas desde el propio poder político y económico, con un discurso filantrópico en el que la bondad del individuo, como en el cine de Capra, vencería las lacras sociales y fundamentaría un pacto social.

América indígena

El desarrollo de una antropología aplicada vinculada explícitamente a la política de Estado se formuló, antes que en Estados Unidos, en el México postrevolucionario donde adquirió, a través de Gamio y Saenz, el papel de legitimadora de la política *indigenista*: una estrategia de los indígenas opuesta a la integradora exclusión en reservas. Los antropólogos mexicanos elaboraron programas prioritarios de intervención en educación y en la lucha contra el hambre y la enfermedad puesto que tras la Revolución, los indicadores mostraban una imperfecta penetración del *modelo médico* (Menéndez 1981). En 1937, el antropólogo Othon de Mendizábal, un colaborador de Saenz, que estudió en los años treinta la distribución de médicos en la República, atribuyó los problemas sanitarios de México a la escasez de médicos en el medio rural, a su mala distribución geográfica, a obstáculos económicos y a la deficiencia de los servicios médicos gratuitos (Aguirre Beltrán 1986:33). Propuso crear *médicos rurales*, personajes procedentes del medio rural a caballo entre el médico, la enfermera y el agente primario de salud, y para ello fundó la *Escuela de Medicina Rural* que, aunque fracasó en sus intenciones iniciales, contribuyó a despertar el interés por parte de los médicos acerca de

la problemática sociocultural del campesinado y a la necesidad de tomar en cuenta las creencias y costumbres de los indígenas para desarrollar programas de intervención y aculturación (García Mora 1986, IV: 251, Aguirre Beltrán 1986)⁸. Este panorama suscitó un interés sobre la aplicación del conocimiento antropológico al que se le unió, a partir de la Conferencia de Patzcuaro (1940), la posibilidad de colaboración con los antropólogos norteamericanos, y que se plasmó en la traducción de los clásicos del culturalismo, en la colaboración norteamericana en revistas como *América Indígena*, y en la conversión de México, tras las huellas de Redfield, en un gran laboratorio internacional de investigación e intervención.

«Folk-medicine» y medicina primitiva

«El notable libro de Redfield Tepoztlan puede quizás caracterizarse como una miniatura de *Middletown*» (Kroeber 1931:236).

Los paradigmas teóricos que encuadraron el análisis antropológico de la problemática de salud entre los indígenas de América Latina fueron el funcionalismo que giraba en torno a las nociones de *estructura* y *cambio social*, *comunidad* y *sociedad folk*, y cuya referencia inicial fue la obra de Redfield en Yucatán (1941); y la escuela de *cultura* y *personalidad* con sus aportaciones configuracionistas que recuperaría más tarde Ackercknecht. Ambas ofrecían conceptos y una técnica etnográfica recientemente sistematizada e innovadora que permitía una nueva manera de observar y comprender la realidad.

El impulso inicial en relación con la salud procede sin duda alguna de Robert Redfield. En él se reconocen las influencias de los sociólogos urbanos de Chicago, de la sociología positivista francesa y de Radcliffe-Brown. En su trabajo de campo los datos etnomédicos tuvieron un interés meramente tangencial ya que su objetivo era verificar hipótesis sobre los procesos de transición y cambio social en comunidades aborígenes inmersas en procesos de urbanización. Sus aportaciones generales conformaron buena parte de las investigaciones posteriores sobre los procesos de transición y aculturación de los sistemas médicos en las sociedades tradicionales y establecieron su papel como instrumentos de control social. Estudió la transición entre el significado social de los sistemas médicos nativos de las aldeas a la sociedad urbana yucateca y observó que, junto al proceso de urbanización, aparecía una secularización progresiva de las prácticas terapéuticas asociadas a cambios en la división sexual de las funciones terapéuticas. El poder de curar se identificaba con el prestigio y esto propiciaba que en la sociedad tradicional los curadores fuesen fundamentalmente varones, mientras que en la ciudad —debido a la irrupción del *modelo médico*—, proliferasen las sanadoras⁹.

Redfield postuló la existencia de una *medicina folk* («folk-medicine»), independiente de la biomedicina y próxima al concepto que manejara Black¹⁰. Al igual que este autor, tenía una noción médico-céntrica de la medicina ya que tendía a disociar la biomedicina de los sistemas médicos indígenas, creando un sector alternativo *tradicional* que adquiriría entidad propia (Menéndez 1981:310) y que se diferenciaba también del concepto de *medicina primitiva* que acuñó Ackercknecht (1971:545). Su carácter sincrético se oponía a la idea de independencia de los sistemas médicos en tanto que lógicamente integrados en una configuración cultural determinada; una idea que ya subyacía en los estudios de Grinnell y Parker. De hecho, hasta Redfield los antropólogos no habían utilizado de manera sistemática ningún término para definir ni las prácticas aborígenes ni las tradicionales sincréticas. La preeminencia de la idea evolucionista de que las cosmovisiones nativas estaban fuertemente entrelazadas con la magia y la religión —configurando, por tanto, un sistema en nada comparable a la biomedicina— es, probablemente, la clave que permite entender este retraso. Ello explica que el término *medicina primitiva* no fuese acuñado anteriormente.

El discurso de Ackercknecht contenía elementos contradictorios fruto de su ambivalencia entre universalismo y particularismo: asumió una *medicina primitiva* profundamente articulada con la magia y que reproducía la vieja asunción tyloriana; pero refutó las teorías evolucionistas que la entendían como un embrión de la *biomedicina*. En su obra dotó a los estudios etnomédicos de un nuevo enfoque en donde la medicina aborígen fue observada, siguiendo a Benedict, como parte de un *modelo cultural total* (1971:11).

Esta ambivalencia se explica por las influencias teóricas que recibió: su funcionalismo, adquirido con Mauss en Francia, se superpuso a su formación médica en Leipzig con Sigerist en historia y medicina social¹¹. Aunque dejadas de un lado, estas influencias se vislumbran en la tensión entre universalismo y particularismo presente en sus escritos y en su aparato conceptual: *autonormal* y *autopatológico* y *heteronormal* y *heteropatológico*. Los primeros sirven para determinar la comprensión y catalogación que desde dentro del contexto cultural se efectúa de un fenómeno o conducta determinado y, por tanto, asumen el relativismo. Los segundos definen la interpretación que desde el punto de vista occidental puede hacerse de esos mismos fenómenos y por tanto adoptan un enfoque reduccionista y universalizador.

Su esquema no contentó ni a relativistas ni a anti-relativistas como Devereux que, desde una antropología psicoanalítica ortodoxa basada en la unidad psíquica, no aceptaban tales paradojas. Su obra adquirió valor más que por sus teorías, por su rigor comparativo y compilativo sobre la terapéutica nativa —de los mejores realizados sobre esta temática— y en los que se refleja su formación europea.

También, y de manera indirecta, por su influencia en la obra sobre historia de la medicina que preparaba Sigerist (1951) y que junto a su propia producción fueron los puntos de referencia de la etnomedicina durante más de dos décadas.

Medicina indígena

En México, en el seno de la política indigenista, se abrieron las puertas al papel de los antropólogos como interventores sociales en materia de aculturación sanitaria. Varios antropólogos norteamericanos sancionaron positivamente la política mexicana de *integración*, y desde el interior los autores autóctonos se plantearon estrategias de intervención en las bases económicas, políticas y sanitarias de los grupos indígenas. Estas circunstancias permitieron la progresiva introducción del funcionalismo en el estudio de las medicinas indígenas:

«Esta medicina indígena esencialmente mística, que los religiosos de la Colonia calificaron de supersticiosa y que los positivistas de principios de este siglo han catalogado como prelógica, cualquiera que sea la opinión que de ella formemos nosotros que la miramos desde fuera y cualquier sea el adjetivo que le apliquemos, cumplía la misión para la cual había sido creada, esto es, disminuía la ansiedad del grupo propio y le ofrecía seguridad y consistencia. Esta era su función fundamental, lo demás sólo accesorio» (Aguirre Beltrán 1947:127).

Ackercknecht, Redfield o Aguirre Beltrán observaron los sistemas médicos en términos de su función social, como ya habían señalado Parker y Bourke. Desde el indigenismo, el análisis funcional permitió una panorámica para la posterior intervención que generalmente se orientó a través del uso de los sanadores autóctonos en las campañas de inculcación sanitaria:

«En algunos casos en que este Instituto Indigenista colaboró en tan importante misión, se obtuvieron muy buenos resultados, pues los curanderos que son de las personas más inteligentes en los citados pueblos, adoptaron desde luego las indicaciones de los médicos y mejoraron las condiciones de salubridad. Esperamos que el procedimiento arriba indicado sea seguido en numerosos pueblos indígenas del Continente» (*América Indígena* 1958:91-92).

Algunos de los que publican en *América Indígena* defendían la preservación y utilización de los curanderos indígenas por parte de las instituciones biomé-

cas. Y es que entendían que el sanador local no se ocupaba tanto de enfermedades orgánicas como de disfunciones psicológicas para las que desarrollaba, además, formas eficaces de psicoterapia. Una estrecha interacción entre médico y curandero fue así una de las fórmulas debatidas como más eficientes. Quizá porque se entendió que el indígena «desde su infancia asocia en su mente el brujo con la curación de sus enfermedades» (Leighton 1943:127)¹².

La Antropología aplicada se institucionalizó notablemente en el contexto sanitario mexicano. En relación a las medicinas indígenas se adoptaron principalmente las propuestas de Redfield que, como ha indicado Aguirre Beltrán (1986:21-31), se articulaban bien con las doctrinas dominantes de la mexicanización. Su trayectoria ininterrumpida está bien sintetizada en algunas publicaciones, y la historia específica de la evolución del Estado mexicano ayuda a comprender sus contradicciones pero también su continuidad.

La antropología norteamericana siguió un camino más complejo y contradictorio en su aplicación a la salud, en la medida en que el grueso de sus aportaciones hasta los sesenta se refiere todavía a América Latina —fundamentalmente a programas de cooperación internacional y de penetración ideológica—, mientras parece abandonar a la Sociología el análisis de la sociedad norteamericana. El incremento de la población «spanish» en Norteamérica y su impacto sobre los servicios de salud norteamericanos contribuyó a mantener su participación en el estudio de las medicinas de México, y a ir engendrando un campo de estudio específico en Norteamérica (Rubel 1960).

Los límites del funcionalismo en el análisis de los sistemas médicos

Asumir empíricamente el sincretismo entre sistemas médicos no conducía a discutir sus raíces históricas en clave evolucionista, puesto que el funcionalismo combatía esta idea y podía simplemente derivar hacia el psicologismo (Menéndez 1981:334n). Además, el desarrollo en Europa del *folklore médico* evidenciaba que el sincretismo no era una condición suficiente para desarrollar un análisis dialéctico sobre su génesis, sino que podía reconducirse al terreno de ese falso evolucionismo característico de la historia natural en el que se postula la anterioridad o la posterioridad a través de comparaciones formales (Foucault 1966: 151 y ss.). Para huir de ello, la única alternativa para el discurso funcionalista sobre el prestigio, el control social y la búsqueda del equilibrio social, era ubicarse, con todas sus contradicciones, en el seno de un modelo como el de Ackercknecht que disociaba las prácticas mágicas de las puramente empíricas y situaba lo que quedaba en el esquema conceptual de la *medicina primitiva*.

La disociación entre ambas medicinas, en un contexto de relativismo, permi-

tía presentar a la biomedicina como una más entre decenas de sistemas médicos con lo cual se resolvía, en apariencia, la brutal dualidad creada entre la Medicina y el *folklore médico*. Este juego ocultaba que, aunque los antropólogos pudiesen llegar a conocer las decenas de sistemas culturales y sus subsistemas médicos, nunca considerarían a la *biomedicina* como un objeto más de estudio, puesto que estaban utilizando categorías y prioridades de la *biomedicina* para estructurar las medicinas primitivas, sin osar recorrer el camino inverso.

La caracterización de la «folk-medicine» era mucho más refinada que la que podían hacer los folkloristas: no la presentaban como una simple relación de datos no contextualizados, sino que destacaban su lógica y su funcionalidad social, y explicaban las claves simbólicas de su eficacia. Los modelos funcionalistas permitían relacionar la eficacia con el control y el equilibrio sociales, con la disminución de la ansiedad individual y colectiva y con su papel integrador de la comunidad. De ahí su énfasis en las dimensiones simbólicas y psicosomáticas frente a las puramente biológicas, en lo colectivo frente a lo individual, en su desmarque de la eficacia pragmática, en su falta de mercantilismo y en su contextualización social, cultural y comunitaria pero no individual. Un modelo cuyas notas características son precisamente las inversas a las que configuran el *modelo médico* (Menéndez 1981:494-504).

La consecuencia de ese proceder fue no sólo no plantearse el estudio (explícitamente) comparado de todos los sistemas médicos salvo el suyo, sino dedicarse a estudiar en las medicinas aborígenes aquello que *no tenía ningún* interés para la biomedicina y que esta había abandonado, esto es, el papel social o los discursos de los que la medicina consideraba legos y sobre los que seguía postulando la ignorancia y la inanidad¹³. Ocultando su papel, la Medicina se desinteresaba por las razones sociales y culturales que impulsaban sus prácticas. Al apropiarse del discurso de los legos, los antropólogos se interesaron mucho más por el discurso teórico de los mismos —es decir por las relaciones entre magia, hechicería y religión, por ejemplo— que por la estructura de sus prácticas y por la paradoja que representaba que, a pesar de sus apólfneas descripciones sobre la eficacia reguladora de la ansiedad, los aborígenes tomaban aspirinas, se vacunaban, o recurrían al médico. Al haber escindido lo tradicional de lo biomédico resultaba imposible comprender la lógica de la articulación entre ellos y que era perceptible en los itinerarios terapéuticos de los pacientes. Por ello la etnomedicina que se desarrollará en los cincuenta y los sesenta pensará los sistemas médicos en términos de ideas y no de prácticas¹⁴, y el discurso de los antropólogos, salvo en el marco estrecho de la Salud Pública en el Tercer Mundo, o de la teoría y práctica de la Psiquiatría social, careció de interés práctico para la biomedicina, y fue ignorada.

La distancia entre el relativismo antropológico y el pragmatismo biomédico, situó al discurso sobre la medicina aborígen en el contexto ya no tanto del trabajo aplicado sino de la propia elaboración de teoría antropológica y como un tema relativamente marginal que servía para discutir tesis sobre las relaciones entre la biología y la cultura, sobre control y desviación social o sobre las características diferenciadoras de las prácticas *mágicas* de las «científicas» que cada vez más tendían a co-habitar en unos contextos culturales con límites más difusos. En torno a estas cuestiones se sitúa buena parte de la literatura sobre temas médicos de los años cuarenta y cincuenta.

En los sesenta la *Etnomedicina* se irá configurando como el campo de análisis de los sistemas médicos ajenos a la *biomedicina*, incluyendo los estudios sobre los de tradición escrita como el ayurvédico, el tradicional chino o el tibetano¹⁵, pero sin una configuración disciplinar sino como un, cada vez más gigantesco, cajón de sastre en el que se reúnen trabajos aplicados, investigaciones académicas, e incluso registros puramente etnográficos. Hasta los setenta, buena parte de la tarea antropológica en cuestiones de salud no revirtió en la delimitación de un objeto de estudio y de un corpus teórico-metodológico, sino que empleó la salud como una excusa para explorar otros mundos, o como un procedimiento para disponer de acceso a un mercado de trabajo relativamente secundario que permitiese, indirectamente, explorarlos. Esto fue resultado de una demarcación tácita que por motivos corporativos giró en torno a un doble criterio: medicinas indígenas frente a biomedicina y enfermedades mentales frente a enfermedades orgánicas. Las primeras constituyeron posibles objetos de análisis antropológico, las segundas delimitaron un terreno estrictamente clínico y biomédico.

Antropología y políticas de salud

El desarrollo de investigaciones aplicadas a la salud realizadas por antropólogos y sociólogos entre los años cincuenta y sesenta refleja el desarrollo profesional de las Ciencias Sociales tras la II Guerra Mundial y debe asociarse al papel del trabajo aplicado en Norteamérica y en algunos países de América Latina. Este crecimiento tendió a crear un cierto grado de confusión, puesto que resulta a menudo difícil distinguir al sociólogo, al antropólogo, al psiquiatra, al psicólogo social y al médico. Las dificultades del trabajo interdisciplinar dieron lugar a un cierto eclecticismo teórico en el que se mezclan la Sociología y la Antropología funcionalistas, la Psiquiatría social y la Salud Pública. En este panorama, la *Etnomedicina* y los estudios aplicados fueron un discurso subalterno¹⁶.

Este relativo relegamiento, se explicaría porque en este periodo, y una vez institucionalizada, la antropología parece recuperar su interés por el debate teórico y la reflexión académica al calor del resurgir del evolucionismo y de la emergencia del estructuralismo¹⁷, mientras que el trabajo aplicado de los antropólogos se confunde cada vez más con el quehacer sociológico, como así lo indican los dos balances más significativos de la producción de este periodo.

Caudill (1953) clasificó la literatura disponible (unas 200 referencias norteamericanas y británicas) en *medicina primitiva en sociedades ágrafas, organización y práctica de la medicina en las sociedades contemporáneas occidentales, medicina psicosomática, medicina social y estrés en la enfermedad y tipos de trastornos*. Los estudios etnomédicos eran escasos frente a las investigaciones sobre organizaciones hospitalarias o los trabajos interdisciplinarios en Psiquiatría. Su énfasis en estos últimos tenía que ver con su propuesta de una «clinical anthropology», en la que se detectaba su convicción en las posibilidades de respuesta de la Antropología a problemas de la Medicina como los relativos a enfermedades crónicas y no infecciosas, el crecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida con su secuela de envejecimiento, el papel del hospital en el sistema sanitario, los problemas relativos al crecimiento de ciertos trastornos específicos como el alcoholismo y el consumo de drogas, así como la problemática relativa al custodialismo en los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de nuevas técnicas de rehabilitación en asistencia psiquiátrica o en relación a discapacidades. Aunque su propuesta no tuvo eco sino mucho más tarde, la obra de Goffman se inscribe plenamente en este proyecto. Su noción de *institución total* (Goffman 1961), iba más allá de los límites de la sociología hospitalaria o de la *antropología clínica*: en su delimitación del objeto de estudio abría un debate sobre la genealogía de esas instituciones, y su significación histórica¹⁸. En torno a la noción de *carrera moral* cristalizan ideas manejadas por la sociología hospitalaria y el estructural-funcionalismo británico: encontramos su concepción de los procesos rituales e iniciáticos y de los itinerarios terapéuticos, y en sus nociones de *adaptación primaria y secundaria*, las relaciones entre la norma y las adaptaciones individuales y colectivas a la misma que alimentará nociones esenciales en la Antropología de la medicina actual como las de *health seeking process, natural history of illness* (Chrisman 1977), *sickness process* o *sickness career*. Su «estilo etnográfico» y su aparato conceptual se han adaptado muy bien a los estudios sobre sociedades complejas.

Polgar (1962) revisó el doble de referencias que Caudill. Quería llamar la atención sobre un campo en el que los científicos sociales habían dicho algo pero aún no lo suficiente. Los comentaristas de su artículo —entre otros Freidson, Caudill y Edgerton— enfatizaban las insuficiencias teóricas del trabajo aplicado. Pero

estas críticas eran parcialmente injustas, puesto que en esa documentación coexistían dos discursos paralelos: uno en que la salud estaba al servicio de la teoría antropológica general y que por tanto utilizaba una retórica propia que no se interesaba por la Medicina; y otro en el que la antropología era un simple instrumento al servicio de una teoría médica y que, por tanto, utilizaba la retórica propia de la Medicina. Ninguno de los dos se planteaba una teoría de síntesis.

Con la perspectiva del tiempo transcurrido, el balance de este período no es fácil de hacer ya que carecemos de una revisión crítica y no meramente enumerativa como las de Polgar y Caudill. Menéndez (1981) esbozó, aunque desde la perspectiva acotada de la *medicina tradicional* en México, las limitaciones teóricas de lo que llama *modelo antropológico médico clásico* y, aunque su postura es fundamentalmente crítica en algunos de sus aspectos teóricos, reafirma tanto la categoría etnográfica de la producción de los funcionalistas como su influencia en las políticas de salubridad del Tercer Mundo. En este sentido, llamaron la atención sobre las ventajas, para la aculturación sanitaria, de tratar de comprender que los saberes populares no eran ni absurdos ni fruto de la irracionalidad y la superstición como postulaba el *folklore médico* y que, por ello, soluciones razonables que fuesen percibidas como no disgregatorias podían ser integradas y aceptadas dentro de políticas reformistas. Revelaban también que, en el seno de la comunidad, en la medida en que la gestión de la salud es un factor de equilibrio social, es también un instrumento de defensa de la identidad étnica; y, por tanto, un obstáculo a la expansión del igualitarismo jacobino que daba argumentos a políticas no particularmente comprensivas de la diversidad. En su conjunto su repercusión inicial sobre la *biomedicina* fue limitada. En los años cincuenta, de la mano de los avances en la farmacología de las enfermedades infecciosas, el *modelo médico* adquirió una total hegemonía en los países desarrollados y, prácticamente, excluyó a las alternativas terapéuticas. Pero en cambio, en el Tercer Mundo, en donde ese proceso ha sido más lento, la influencia del discurso antropológico sobre las medicinas indígenas estimuló políticas de creación de paraprofesionales —*médicos descalzos*— nativos, para suplir la falta de médicos y enfermeras y así poder desarrollar no sólo programas de prevención, sino también programas sectoriales terapéuticos.

NOTAS

¹ En este período resulta difícil distinguir, al margen de su adscripción académica, al sociólogo del antropólogo. Antes de 1945 emplean indistintamente técnicas de campo, biográficas o cuantitativas. Los antropólogos sólo se distinguen cuando trabajan como tales en sociedades aborígenes. En Estados Unidos y en América Latina coinciden sus procesos de institucionalización respectivos en los que se proyecta la tradición utilitarista-pragmática que encontramos en Boas, Gamio, Park, Burgess, Othon de Mendizábal y en el *Flexner Report*.

² Lo hizo más tarde que en Europa, pero más rápidamente. Hasta fines del siglo XIX había una enorme liberalidad para erigirse en «doctor». Fue cuestionada a principios del siglo XX con el establecimiento de reglas estrictas de formación médica y de homologación hospitalaria (Flexner, 1910; Freidson, 1978:37).

³ Los antropólogos estaban convencidos de la necesidad de examinar los cambios producidos por el contacto étnico para asegurar que los caminos y las necesidades específicas de los indígenas se hallaban respetadas. En Gran Bretaña se hizo a través del *Institute of African Languages and Culture* y en EE.UU. a partir del *Social Science Research Council (SSRC)*. Los británicos hicieron algunos estudios sobre salud en sus colonias (Rivers, 1924; Hollowell, 1934; Evans Pritchard, 1937). La crisis de la antropología aplicada colonial se produjo a fines de la década de los cuarenta, y los británicos se reconvirtieron en la década de los cincuenta en torno al trabajo de investigación sobre problemas sociales en las ciudades británicas. La influencia dominante en estos estudios procedía de Radcliffe-Brown, no de Malinowski, y sus instrumentos metodológicos fueron el análisis situacional, los estudios de casos y las redes sociales que a su vez derivaban de la sociometría. La antropología aplicada norteamericana no se interesó tampoco por los problemas de salud en las reservas, excepto en relación al uso del peyote y del alcohol.

⁴ Durante el «*New Deal*», el comisionado de Asuntos Indios Collier sugirió la participación de antropólogos en el trabajo aplicado, y aunque la AAA no respondió a la *Indian Reorganization Act*, en 1935 se formó un grupo de antropología aplicada en el BIA, que aseguró, con altibajos, la presencia sistemática de antropólogos en tareas de campo apoyados por trabajadores sociales. Los resultados fueron modestos pero indicaban un cambio de actitud que se institucionalizó con el *National Indian Institute* nacido tras la I Conferencia Panamericana de Patzcuaro y la creación de la *Society of Applied Anthropology* (Bolt, 1987:202-4).

⁵ Se beneficiaron en la Fundación *Laura Spellman Rockefeller Memorial* fundada en 1922. Malinowski la controlaba a fines de los veinte y financió a Elton Mayo, Lloyd Warner y Evans-Pritchard en 1926-1930 (Evans Pritchard, 1937:9).

⁶ *Yankee City* de Lloyd Warner sirvió de referencia a Arensberg, que estudió un condado en Irlanda. Elton Mayo patrocinó la investigación de Foote Whyte sobre las pandillas juveniles 1935-40 en la que introdujo la metodología sociométrica. De estas investigaciones se desarrolló una larga tradición de trabajo antropológico aplicado en la industria (Foote Whyte, 1989). Chapple y Coon reivindicaron una antropología no encerrada en los límites de las sociedades primitivas y extendida al conjunto de la humanidad en términos de una ciencia empírica de la interacción, las relaciones humanas y el cambio social.

⁷ El papel y la historia de la Antropología mexicana han sido sistemáticamente minusvalorados. Se la ha presentado como una antropología *local*, subalterna, frente a la *universalidad* de la anglosajona. Las relaciones entre mexicanos y norteamericanos se iniciaron en los años diez a través, entre otros, de Boas y Gamio. Es interesante el debate entre Gamio y Saenz en los años veinte

sobre el papel que la Antropología debía ejercer tras la Revolución. Sobre la Antropología de la medicina mexicana véase Aguirre Beltrán (1986).

⁸ Este interés se tradujo en demanda de formación antropológica para sanitarios, en el desarrollo de investigaciones salubristas en las que participan antropólogos, y en estudios biotipológicos del campesinado y de los grupos indígenas, influidos por la escuela de cultura y personalidad, el psicoanálisis y las doctrinas constitucionalistas en antropología física, en las que participó el exiliado español Juan Comas (Aguirre Beltrán, 1986:73 y ss.)

⁹ Menéndez (1981) destaca la precoz aceptación de técnicas empíricas biomédicas: vacunas, fármacos en los sistemas indígenas.

¹⁰ En Yucatán eran perceptibles los préstamos culturales de la medicina galénica, las creencias y las supersticiones populares, de la Iglesia y del «background» precolombino. A raíz de las clasificaciones culturales de enfermedades en torno al *frío* y al *calor* (Redfield y Villa-Rojas, 1934), se abrirá un campo de debate sobre sus raíces hipocrático-galénicas o precolombinas en el México virreinal.

¹¹ Ackercknecht trabajó inicialmente sobre los higienistas franceses del siglo XIX y sobre su influencia en Virchow y en la medicina reformista alemana anterior a 1848. En Francia estudió con Marcel Mauss, y después pasó a los EE. UU. Sigerist, en Norteamérica defendió la Medicina social, y sostuvo énfasis materialistas y marxistas en su obra que le llevaron a ser depurado por el macCarthyismo, Ackercknecht criticó el marxismo de Sigerist y tuvo, hay que reconocerlo, una actitud más acomodaticia (ver 1971:7 y ss.).

¹² En este contexto fueron impotentes también las formulaciones de la Escuela de Cultura y Personalidad entre las que destacan trabajos como los de Bunzel (1940) que presentaba el uso del alcohol como un instrumento de integración social y el de Viqueira y Palerm (1954) en el que se utilizaron protocolos psicodinámicos (García Mora 1986, II: 289-338) efectúa una revisión bastante exhaustiva de la antropología mexicana de los cincuenta destaca el estudio de Esteva Fabregat sobre el impacto de las condiciones de vida de la clase obrera en México D.F. en la desestructuración familiar y en los procesos psicopatológicos: aplica ciertos postulados de las versiones psicoanalíticas de Erich Fromm —y de postfreudianos norteamericanos como Kardiner.

¹³ En las investigaciones posteriores etnomédicas se prioriza en general a los curadores y las terapias rituales. Modena (1990) señala que sobre 272 textos publicados en México sobre salud, 126 lo eran sobre medicina popular y de estos el 80 por ciento hacía referencia a curadores, mientras que sólo el 31 por ciento a pacientes (siete por ciento se hizo sobre zonas rurales).

¹⁴ Augé y Herzlich (1984) sugieren que esto es un artefacto derivado de la técnica de campo en sociedades lejanas, en las que es más fácil reconstruir los discursos que efectuar seguimientos sistemáticos a la cabecera del enfermo. Para un investigador ajeno es difícil acercarse a ella. Esto explica que las investigaciones en torno a prácticas e itinerarios individuales hayan sido desarrollados en las sociedades occidentales y constituyan la principal aportación de la sociología a la antropología de la medicina.

¹⁵ Sus relaciones con la *etnopsiquiatría* no van a ser excesivamente fructíferas por sus orígenes distintos y su adopción de objetos de estudio divergentes: la *etnomedicina* se desarrolla a partir del estudio de la especificidad cultural; la *etnopsiquiatría* en torno al papel de las variables socio-culturales en el desarrollo de la patología mental.

¹⁶ De una cincuentena de profesionales en 1939 se pasa a más de 600 en 1945 (Stocking, 1976:38). Fue en parte la consecuencia del papel que los antropólogos habían jugado en el esfuerzo de guerra norteamericano, a través de su vinculación con proyectos civiles y militares de propaganda, de intensificación de la moral o de trabajo sectorial de asentamiento de las minorías japonesas,

el mercado de la antropología profesional se amplió muy significativamente y se advierte un crecimiento considerable de estudios que pueden situarse en la esfera de la salud (Caudill, 1953).

¹⁷ En una revisión reciente sobre el desarrollo de la antropología aplicada en Norteamérica, Partridge y Eddy (1987) pasan de un plumazo el periodo cincuenta-sesenta, lo cual contrasta con la extensión dedicada al periodo anterior. Parece como si el trabajo aplicado fuera de los Estados Unidos pase a tener un carácter sospechoso en relación con su papel ideológico en la lucha de contrainsurgencia, en un contexto interior de crisis ideológica (persecución naccarthysta, Guerra de Corea, la guerra fría y la administración republicana entre 1952 y 1960). Sospechas que culminaron en el tristemente célebre proyecto Camelot. Vale la pena contrastarlo con el panorama conflictivo en México (Aguirre Beltrán, 1986; García Mora, 1986).

¹⁸ Su influencia a través del interaccionismo simbólico ha sido importante en Antropología y en la psiquiatría radical británica e italiana. La complementariedad entre su postura y la de Foucault, explica la influencia de ambos en las investigaciones sobre procesos de institucionalización.

5

De la Antropología en la Medicina a la Antropología de la Medicina

En la década de los sesenta el desarrollo de la Antropología aplicada a temas de salud había permitido la inclusión de antropólogos en programas interdisciplinarios. La praxis se había visto beneficiada, pero al precio de un pragmatismo de escasa repercusión teórica que se reflejaba en una excesiva supeditación a las necesidades y problemáticas del modelo médico. Mahoney, por ejemplo, discutiendo sobre las relaciones entre Antropología y Salud pública apuntaba algunas contribuciones posibles:

- «1. El estudio de los conceptos de salud y enfermedad de la población.
2. Sugerir enfoques particulares que puedan ayudar con tales grupos.
3. Ayudar al personal de salud pública para entender sus propias actitudes y cómo estas actitudes afectan a su trabajo.
4. Promover la comprensión de los programas de salud pública entre las comunidades.
5. Contribuir directamente al conocimiento de la terapia, enfermedad y patrones de enfermedad» (Mahoney 1960 cit. en Scotch 1963:34).»

Todas sus propuestas traducían un enfoque altamente pragmático en donde brillaban por su ausencia las consideraciones al respecto de las relaciones sociales que envolvían los procesos de enfermedad, el papel aculturador de salubristas y antropólogos, o el posible análisis de la enfermedad y las concepciones y prácticas médicas desde un punto de vista estrictamente antropológico. El objetivo de Mahoney era el de reforzar la presencia del trabajo antropológico aplicado pero sin cuestionar su estatus de subalternidad en relación al modelo médico. Además, como la asesoría que solicitaba el sector sanitario no iba más allá de un conocimiento particular de como tal variable sociocultural tenía un impacto en una enfermedad específica o en la viabilidad de un programa, el holismo antropológico

clásico mostraba, sus propias limitaciones, al contraponerse con el individualismo y pragmatismo biomédico. En este «impasse» se definía una práctica ecléctica, microsical, disección de variables y énfasis en lo sociocultural que no sólo era asumido por los antropólogos sino también por otros colectivos del sector sanitario que basaban sus análisis en un férreo empirismo. La falta de teoría y el intruismo biomédico comenzaban a ser un lastre y hacían necesario el desarrollo de alternativas encaminadas a la consolidación y legitimación de un campo antropológico específico. Este es el objetivo que impregna la revisión de Scotch (1963)² que, significativamente, habla desde la docencia en una escuela de salud pública.

«...la investigación médica que ha tratado variables socioculturales no ha sido siempre particularmente sofisticada. Los médicos tienden a usar tales variables de forma cruda y asistemática.» (Scotch 1963:31).

Pese a estas advertencias la literatura de los sesenta continuó siendo un *cajón de sastre*, aunque se perfilen en ella nuevas técnicas, objetos y enfoques que pasan por asumir, más implícita que explícitamente, la enfermedad como un núcleo analítico duro, complejo y con múltiples dimensiones. Este panorama permite la aplicación por primera vez de técnicas epidemiológicas al análisis de enfermedades *folk* o *síndromes delimitados culturalmente* (o *de filiación cultural*, «culture-bound syndroms». Rubel y otros 1984) y de la revisión del impacto de determinados factores socioculturales en trastornos como la esquizofrenia o la hipertensión (Mishler y Scotch 1963; Scotch 1963a). El discurso antropológico se cierne sobre la enfermedad pero la combinación de técnicas epidemiológicas y etnográficas no resuelve el problema teórico sobre la misma ni sobre la sistematización de la documentación sobre los diferentes sistemas de atención y gestión de la salud.

Hacia una Antropología de la medicina

En los setenta y bajo la influencia de aportaciones en Antropología biológica y ecológica (Alland 1970) Fabrega, un médico con formación antropológica que había realizado trabajo de campo entre los indígenas del Sureste mexicano, elabora una primera propuesta teórica. Define la *Antropología de la medicina* en términos de lo que es o debería ser su contenido y no en relación a criterios conceptuales, metodológicos o de principios. Esta:

«(a) elicit los factores, mecanismos y procesos que juegan un papel en o

influyen la forma en que individuos y grupos están afectados por y responden a la «illness» y «disease», y (b) examina estos problemas con un énfasis en patrones de conducta. El énfasis principal debe darse en estudios que son conducidos en grupos no-occidentales y que descansan en el concepto de cultura» (1972:167).

La definición guarda la ambigüedad necesaria para congeniar las investigaciones socio-médicas provenientes de la biomedicina —de ahí el énfasis en el contenido y no en el método— y la perspectiva culturalista más conductual. Conserva, además, la escisión entre el espacio antropológico y el biomédico con una demarcación clara del primero al universo indígena y con una distinción entre dos dimensiones de la enfermedad: «disease» y «illness»³. La primera categoría:

«Designa estados corporales alterados o procesos de desviación de las normas establecidas en la ciencia biomédica occidental. Se presume que este estado tiene una extensión temporal. Este estado puede o no puede coincidir con un estado de *illness*» (1972:213).

La segunda:

«Designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales y psicológicos y lógicamente separados por aquellos empleados por la medicina occidental (...). Se asume que los distintos tipos de *illness* producirán la organización de actividades médicas (...) Que en una extensión indeterminada las unidades socioculturales proveerán modelos para tales *illness*. Bastante a menudo el etnógrafo puede utilizar el término *folk* para calificar una *illness* particular. Estrictamente, sin embargo, todas las *illness* son *folk* en el sentido de que las categorías nativas siempre estructuran la forma, contenido e interpretación dada a una *illness*» (1972:213).

Esta disociación es una puerta abierta a algo que el modelo biomédico no ha dejado de manejar implícitamente, como lo prueba la existencia de una larga tradición filosófica y retórica al respecto. En el fondo, la propuesta de Fabrega es un intento de usar implícitamente el paradigma biomédico como punto de referencia para organizar términos, metodologías y propuestas teóricas que se mueven entre los límites de lo orgánico y lo sociocultural, pero en el que la «disease» tiene un papel hegemónico. Su modelo conceptual enlaza con la vieja identificación de lo «folk» con la Antropología y de las dimensiones orgánicas con el discurso biomédico. Esto no permite el análisis del carácter biológico y

orgánico que pueden presentar otras prácticas no occidentales ni la consideración de la biomedicina como objeto de estudio antropológico. El sesgo se amplifica al identificar «illness» con la dimensión «emic» y «disease» con la «etic». El conocimiento biomédico sería entonces el único que podría establecer proposiciones etic en el campo de la salud y enfermedad y esto evidentemente supone adoptar una posición médico-céntrica.

Fabrega recoge tangencialmente el notable desarrollo que estaban adquiriendo, en los Estados Unidos, los estudios sociológicos sobre la medicina occidental y que se articulaban en torno a las nociones de «sick role» de Parsons (1951), de «lay referral system» (Freidson 1970), o de «illness behavior» (Mechanic 1960, Suchman 1965), o a enfoques novedosos sobre las relaciones entre los síntomas de la enfermedad y la cultura (Zola 1966). Fabrega se hizo eco de estas tendencias: de ahí su intento de construir un modelo operativo de «illness behavior» directamente emparentado con esa tradición, con el concepto de *carrera moral* de Goffman (1961), pero también con las teorías psicológicas acerca de los procesos de toma de decisiones políticas o económicas.

La producción inicial de Fabrega (1972, 1974), al igual que la de otros autores de la época (Colson y Selby 1974), estaba capturada en el esquema del modelo médico, pero al proponer la enfermedad y sus dimensiones como el objeto de estudio de la Antropología de la medicina abría las puertas a una delimitación precisa del campo. Esto permitía crear un cierto orden en el cajón de sastre y asumir un punto de anclaje más coherente para el desarrollo de la investigación empírica y el discurso teórico que, a partir de este momento, se va a situar en torno a dos cuestiones que no son independientes pero que vamos a distinguir aquí por razones meramente heurísticas: el *locus* de la biomedicina dentro de los sistemas médicos y las diferentes dimensiones de la enfermedad.

Un nuevo lugar para la biomedicina

La propuesta de Fabrega constituye un intento de síntesis teórica desde la profesión médica que se produce en un contexto de crisis relativa del propio modelo médico que comenzaba a evidenciar fracasos notorios: el incremento de la iatrogenidad y de los procesos por malpráctica, el fracaso de los programas de lucha contra el hambre en el Tercer Mundo, el empeoramiento de algunos indicadores de salud globales para la población en los países ricos, y, sobre todo, la ola de insatisfacción de la población ante una medicina que había resuelto bastante bien el problema de las enfermedades agudas pero era incapaz de responder correctamente al incremento imparable de la morbilidad crónica (Menéndez 1978)⁴.

El modelo antropológico clásico confería un aura de relativismo particularmente atractivo en un contexto de desconfianza en relación al modelo médico y a la hegemonía en él de las terapéuticas biológicas y farmacológicas. Pero el desarrollo teórico continuaba pendiente de asumir una visión amplia que englobara en sus construcciones teóricas a todos los sistemas médicos incluidos el occidental o mantener la delimitación que implícitamente ya sostenía Fabrega al identificar «disease» con biomedicina y escindir esta última del resto de los sistemas.

En este contexto Foster presentó su tipología de los sistemas médicos *no-occidentales* en la que distinguía dos tipos en relación a las diferentes concepciones etiológicas sobre la enfermedad: los *personalistas* y los *naturalistas*⁵. Describe los primeros como aquellos sistemas de concepciones característicos de las sociedades indígenas en donde las causas de la enfermedad son interpretadas en términos de agentes activos relacionados con personas y acciones morales. La envidia puede traducirse, por ejemplo, en mal de ojo y este causar enfermedades. Además, y siempre según Foster (1976:781), en los *sistemas personalistas* la responsabilidad no se centraliza de forma exclusiva en el paciente sino que se atribuye a instancias más periféricas. La religión y la magia aparecen profundamente imbricadas con las concepciones sobre la enfermedad y ésta es puesta en un mismo plano con las desgracias generales de la vida cotidiana. Contrariamente, los *sistemas naturalistas* serían aquellos en donde la enfermedad se atribuye a una falta de equilibrio y su emergencia no es relacionada con otras desgracias ni los procesos mágicos y religiosos aparecen estrechamente vinculados a la enfermedad. Asimismo, la responsabilidad tiende a ser centralizada en el paciente y las causas no son difusas sino unitarias (Foster y Anderson 1978:51-80).

Los comentarios al modelo de Foster no se hicieron esperar. Kleinman, un psiquiatra con formación antropológica y uno de los autores más prolíficos en la Antropología de la medicina, formula una dura crítica a este respecto (1978, 1980). Desde su perspectiva, la tipología de Foster es resultado de una vieja tradición de la Antropología de la medicina de efectuar generalizaciones comparativas poco fundamentadas, indiferentes a las prácticas terapéuticas y de escasa aplicación en contextos concretos. Aboga por una aproximación cultural centrada en la salud, la enfermedad y las prácticas que desafíe el paradigma biomédico con un grupo alternativo de conceptos y un foco analítico diferenciado. Kleinman asume la dualidad «Disease/Illness» que había desarrollado Fabrega pero su aproximación, basada en la apropiación del concepto de *sistema cultural* desarrollado por Geertz, permite el análisis de la biomedicina como cualquier sistema médico. En una de sus más conocidas obras (1980) profundiza en esta dirección formulando un modelo teórico no sólo para el análisis de los sistemas médicos sino también para el de las diferentes transacciones y funciones —«core clinical functions»—

que se desarrollan en un contexto determinado. Utiliza para ello el concepto de «health care system» que englobaría al conjunto de sistemas de atención y gestión de la salud existentes en un marco cultural específico, ya sean sistemas *folk* o altamente profesionalizados e institucionalizados como el biomédico. La medicina alopática, cosmopolita, occidental o biomedicina (Worsley 1982:315) es, entonces, un sistema cultural y por tanto una etnomedicina aunque fisiológicamente orientada. Su configuración como objeto de estudio implica, además, nuevas orientaciones teóricas para la Antropología:

«La biomedicina y los otros sistemas socioculturales reconstruyen de forma continua la naturaleza, incluyendo la naturaleza humana; pero la naturaleza construye recíprocamente qué se puede hacer de ella. La biomedicina es así el producto de una dialéctica entre la cultura y la naturaleza. Haciendo de esta dialéctica un foco central la Antropología de la medicina confronta la teoría antropológica general con una problemática vital y ofrece un objeto para su exploración» (Hahn y Kleinman 1983:306).

La dialéctica naturaleza-cultura de vieja discusión antropológica adopta aquí una posición estratégica junto a otras dicotomías como mente-cuerpo o individuo-sociedad. La segunda, como veremos, va a ser un núcleo de discusión teórica y metodológica importante en la especialidad y se articula a partir de los debates sobre las dimensiones de la enfermedad. La primera ya había sido desvelada por ciertas aproximaciones desde la Psiquiatría (Eisenberg 1977) y la Antropología (Good 1977) que ponían en evidencia las limitaciones de la dualidad cartesiana sobre la cual se había erigido la práctica y teoría, aunque pocas veces explicitada, de la biomedicina.

Hahn y Kleinman (1983:311) apuntan nuevos temas a analizar en el marco de la medicina occidental como su sistema ideológico, división del trabajo en especialidades y jerarquías, normas de práctica e interacción, sistema de rol/estatus y procesos de socialización de los profesionales y de construcción y reconstrucción del conocimiento. Estas propuestas se adaptan muy bien a los nuevos vientos teóricos de las Ciencias Sociales que en un tono crítico argumentan la naturaleza ideológica de la biomedicina. Mishler, por ejemplo, señala tres características básicas de este sistema médico: la doctrina de la etiología específica inherente a su praxis y que había ya sido analizada por Dubos (1961:108)⁶; la tendencia a tratar las clasificaciones nosológicas como realidades en sí mismas; y la ideología de neutralidad que elimina cualquier atisbo crítico con respecto a su carácter de instrumento de control social (1981:1-23). La biomedicina es para Mishler, como pa-

ra Hahn y Kleinman, una subcultura con sus propias reglas del juego, valores, prácticas y creencias institucionalizadas que configuran su papel en el contexto social general.

Esta es la posición que asumen posteriormente Amarasingham (1990:159) o Fabrega veinte años después de su *Medical Anthropology* que defiende ahora la constitución de una *más amplia etnomedicina* (Fabrega 1990:129). En este contexto, la Antropología de la medicina empieza a ser entendida como el estudio de los diferentes sistemas médicos, pero también de los procesos de salud y enfermedad en diferentes sociedades. Ambos objetos de estudio están íntimamente relacionados y se ofrecen respectivamente su sentido.

La enfermedad y sus dimensiones

Si la biomedicina constituía un sistema sociocultural con una ideología y práctica susceptible de análisis desde un punto de vista antropológico, sus categorías podían ser también relativizadas en tanto que elementos de un sistema cultural. Había aquí una ruptura más o menos tenue con la antigua idea hegemónica en la biomedicina y en la tradición del conocimiento occidental de que las palabras vienen unidas a las cosas que designan (Foucault 1966). Podemos evidentemente decir que la dimensión orgánica de la enfermedad «disease» es el campo por excelencia de la práctica e investigación biomédica en tanto que delimita su área prioritaria de interés, pero esto no indica que debamos reducir el orden del discurso al orden de la realidad empírica. Autores como Kleinman (1980), Young (1982) y otros asumen implícitamente este anti-reduccionismo cuando dicen que:

«DISEASE refiere a anomalías en la estructura y/o funciones de los órganos y los sistemas de órganos; estados patológicos que son o no culturalmente reconocidos (Young 1982: 264 y 270).

Pero salvo excepciones —como en la cita de Hahn y Kleinman incluida más arriba— no la argumentan de forma explícita.

Asumir mínimamente esta idea supone además un replanteamiento de la concepción clásica de la Antropología sobre lo «folk» en términos de un menor etno y médico-centrismo. Esto no siempre se produce, entre otras razones por la inercia de la investigación, la supeditación del campo al *modelo médico* y por la prevalencia de un empirismo a-crítico. Pero, no obstante, en los últimos años ha ido mostrando su trascendencia en argumentaciones sobre la necesidad de que trastornos como la *anorexia* o los desórdenes de la alimentación, más típicos de

las sociedades industrializadas, sean considerados tan *folk* como el *amok*, el *susto* o el *windigo*, ya que la hegemonía de las categorías diagnósticas biomédicas no justifica su clasificación diferenciada.

Si la distinción entre «disease» y biomedicina es el punto de partida de una Antropología de la medicina independiente del *modelo médico*, puesto que permite el desarrollo de una teoría propia, no existe el mismo consenso en relación a los otros dos conceptos que se manejan: «illness» y «sickness». Young sugiere la existencia de una Antropología de la «Illness» y otra de la «Sickness» (1982:257). La primera identifica a los autores que, desde una perspectiva culturalista y generalmente interpretativista, se han dedicado al análisis de las dimensiones individuales de la enfermedad en tanto que experiencias que muestran una traducción semántica y semiológica que puede ser explorada hermeneúticamente. La segunda no constituye inicialmente un bloque homogéneo —aunque entronque posteriormente con tendencias más consolidadas como la «Critical Medical Anthropology»— pero se articula en relación a una misma cuestión: la crítica al individualismo de la Antropología de la «Illness» y su orientación más sociológica y centrada en las prácticas y en los contextos sociales. Young llamó a la primera Antropología de la «Illness» (*dimensiones culturales de la enfermedad*), y a la segunda de la «Sickness» (*dimensiones sociales de la enfermedad*).

La teoría de las «dimensiones culturales de la enfermedad»

Esta corriente enlaza con los postulados de la etnociencia y la etnosemántica que ya habían sido utilizados por Frake (1961), pero no para asimilarlos sino para contradecirlos en cuestiones centrales. Así, Good (1977) al estudiar la semántica de la enfermedad en el noroeste de Irán, basándose en proposiciones de la filosofía hermeneútica europea y en la Antropología simbólica de Victor Turner —del cual es discípulo—, propone una aproximación polisemántica que se opone al tono taxonómico, de ordenación jerárquica y de independencia del significado de su contexto de uso, implícitos a la teoría etnocientífica.

Parte, en primer lugar, de que una enfermedad no constituye exclusivamente una entidad natural sino una realidad socio-histórica cuyo

«significado (...) no puede ser entendido simplemente como un conjunto de síntomas definidos. Es más un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas para los miembros de una sociedad» (1977:27).

Este síndrome de experiencias adquiere su relevancia en el nivel subjetivo y

es condensado en un universo de símbolos e imágenes que pueden ser analizados semánticamente. Aplica para ello la idea de *símbolos rituales dominantes* de Victor Turner (1967:33), y los planteamientos similares de *términos centrales* de Fox y de *palabras foco* de Izutsu (Good 1977:38) que en el caso de la enfermedad («Illness») permiten analizarla como símbolo central a partir del cual se desenvuelve en forma de una red semántica un universo de valores, creencias, emociones y experiencias. Estas *redes o campos semánticos* —«illness semantic networks»— proporcionan instrumentos hermenéuticos alternativos a la lectura empirista biomédica de la enfermedad y los síntomas.

El trabajo de Good es muy sugerente en la medida en que plantea líneas innovadoras de investigación en donde la enfermedad aparece no sólo como una realidad significativa per se sino también contextualizada en el marco sociohistórico que la determina por medio de la acción del cuerpo de concepciones inherentes a los sistemas médicos. Pero en los trabajos posteriores esta contextualización va a dejar de ser introducida con la misma intensidad. En un artículo posterior (Good y DelVecchio Good, 1981) adopta un tono sincrónico, individualizado y más pragmático que es un reflejo de la orientación más aplicada que adquiere su quehacer. Esboza en esta ocasión un modelo cultural y hermenéutico para la práctica clínica que se contrapone al empírico-biomédico en la asunción de la interpretación (*Verstehen*) frente a la explicación diagnóstica (*Erklären*) y de la vinculación del síntoma (texto) con su red semántica (contexto) frente a la dialéctica alopatía entre síntoma y disfunción orgánica. Las argumentaciones de ambos se vinculan con las de Arthur Kleinman que desde los años setenta plantea una aproximación similar a partir de los «Explanatory Models» (*EMs*) o *modelos explicativos* (1980). Los *EMs* son:

«...las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento que son empleadas por todos aquellos envueltos en el proceso clínico. La interacción entre los *EMs* de los pacientes y de los profesionales es un componente central de los procesos de atención sobre la salud. El estudio de los *EMs* de los profesionales nos habla acerca de cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los *EMs* del paciente y de la familia nos habla de cómo ellos construyen el sentido de un episodio de enfermedad, y cómo ellos eligen y evalúan tratamientos particulares. El estudio de la interacción entre los *EMs* de los profesionales y de los pacientes ofrece el más preciso análisis de los problemas existentes en la comunicación clínica (...) Estructuralmente, podemos distinguir cinco cuestiones principales que el *EM* puede explicar acerca de un episodio de enfermedad (Illness). Estos son: (1) etiología; (2) emergencia y modo

de aparición de los síntomas; (3) patofisiología; (4) curso de la enfermedad (...) y (5) tratamiento» (1980:105).

Los *EMs* son parte fundamental de las funciones clínicas centrales o «core clinical functions» y por tanto se inscriben en el contexto de un «health care system» o sistema de atención de la salud en el que pueden cohabitar diferentes sistemas médicos y por tanto diferentes profesionales de la salud. Pero contrariamente a lo que se podría esperar de este modelo general, el tratamiento que hace Kleinman de los *EMs* es fundamentalmente clínico aunque, eso sí, orientado hacia el interpretativismo. En los *EMs* según Young (1982) se atisban reminiscencias de la idea de Geertz de que la cultura provee simultáneamente formas de pensar que son modelos de y para la realidad, pero en este caso el modelo de Kleinman adquiere capacidad pragmática al poder ser aplicado al análisis de la comunicación clínica. Orientación bastante alejada de la de las tendencias interpretativas y postmodernas de la Antropología cultural actual.

Como se puede observar los *EMs* se asemejan a las redes semánticas de Good: interpretativismo, subjetivismo, culturalismo, aplicación clínica e individualizada, además de la utilización de la asociación libre y de otras técnicas hermenéuticas que ambos modelos propugnan. Ambos autores entienden además que tanto las redes semánticas como los *EMs* —fundamentalmente de los pacientes— son cambiantes en el tiempo y en cierta manera inespecíficos y polisemánticos. Esta coincidencia de modelos es resultado no tanto de una inspiración independiente a partir de idénticos postulados teóricos como de la interacción intelectual entre estos dos autores y de la orientación pragmática que ambos sugieren.

Las primeras teorías de «las dimensiones sociales de la enfermedad»

Simultáneamente al desarrollo de la teoría culturalista en la Antropología de la medicina emergieron propuestas que se articularon en torno a las nociones de *carrera moral* goffmaniana o «health seeking process», y que se orientaron hacia el análisis de los contextos sociales más amplios que envuelven los procesos de salud y enfermedad (Chrisman 1977, Twaddle 1981). Adoptaron un enfoque de tipo holístico en donde se descubren influencias de la antropología social británica en su versión estructural-funcionalistas —fundamentalmente las nociones de análisis situacional, proceso y red social—, la sociología parsoniana, y la Sociología de la medicina. Su planteamiento central fue el de que la disolución de la dicotomía cartesiana mente/cuerpo que propugnaban los culturalistas sólo se ejercía a partir de otra dualidad —«disease/illness»— en donde las dimensiones

sociales quedan inexplicadas y atrapadas en un enfoque individualista o diádico. Desde esta perspectiva se propusieron introducir un nuevo plano de análisis que pudiera dar cuenta de las prácticas, roles y comportamientos sociales y de cómo factores como las relaciones sociales, las estructuras de rol/status y las diferencias étnicas y de clase conforman y distribuyen la enfermedad. Esto es, la dimensión social de la enfermedad:

«*Sickness* refiere a las dimensiones sociales (...) es el resultado de ser definido por otros como «no saludable». Esto generalmente resulta de la propia incapacidad para enfrentarse a las obligaciones sociales...» (Twaddle 1981:112).

Y también:

«*Sickness* no es un término general en referencia a *Disease* dimensiones biológicas de la enfermedad e *Illness* dimensiones culturales de la enfermedad. *Sickness* es definida como el proceso por el cual a conductas preocupantes y a signos biológicos, particularmente aquellos originados en *Disease*, se les es dado un significado reconocido socialmente. (...) Es un proceso para socializar *Disease* y *Illness*.» (Young 1982:270).

Desde este punto de vista la Antropología debería ser fundamentalmente un discurso sobre las *dimensiones sociales de la enfermedad* más que de las individuales (Frankenberg 1980; Young 1982). Pero esta solución no va, aparentemente, más allá de un nuevo reduccionismo en donde nociones como la de *carrera moral* goffmaniana reconvertidas en términos de *procesos de búsqueda de salud* (Twaddle 1981) vienen a ser una especie de versión étic de los EMs de Kleinman o de las *redes semánticas* de Good. Es la consecuencia del empirismo ateorico anglosajón —ya presente en la antropología social británica— y de los límites de lo que se ha venido en llamar «socioculturalismo» (Onoge 1975, Morsy 1990). Situación que sólo vendrá a ser contrarrestada con el posterior desarrollo de opciones que entiendan las dimensiones sociales de la enfermedad no sólo como un universo microsociedad y situacional que se define poco más allá de las redes personales y de un sistema de estatus, sino a partir del conjunto de condiciones económico-políticas, históricas e ideológicas que definen en gran medida la praxis de profesionales y pacientes. Existen en este sentido dos antropologías de la *sickness*, una que descubre lo social en la situación específica y que acabamos de analizar, y otra —que analizaremos en el siguiente capítulo— que sin sustraerse a esa situacionalidad la amplifica para describir sus estructuras.

La Antropología aplicada a la clínica

Las perspectivas socioculturalistas, tanto en su vertiente interpretativa como estructural-funcionalista, han permitido el desarrollo del trabajo aplicado en el medio clínico configurando una corriente eminentemente práctica que ha venido en llamarse «Clinically Applied Anthropology» (CAA). Este término ha sido utilizado para definir no sólo aquellos trabajos que se enmarcan en instituciones biomédicas, sino también a los que tratan de explorar en el campo etnográfico temas de aplicación a la salud pública o a la formación de profesionales. Un ejemplo representativo a este respecto es la descripción que hacen Chrisman y Johnson de su actividad dentro de este campo:

«Utilizamos el mismo conjunto de ideas en conferencias a clínicos, para estructurar clases o para organizar nuestras ideas cuando colaboramos en casos clínicos. (...) Por ejemplo, enseñamos a enfermeras/os, médicos durante su formación académica, en la residencia o como «fellows»; y otros profesionales de la salud como trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales; y trabajamos con epidemiólogos y bioestadísticos en centros de salud pública. (...) Usamos el «health-seeking process» *proceso de búsqueda de salud*, ver glosario como medio para introducir una amplia perspectiva del episodio de enfermedad (*Illness*). La idea de un EM y como elicitarlo e introducirlo como parte de la percepción del paciente de su problema de atención y como es observado como parte de la definición de síntomas en el *proceso de búsqueda de salud*.» (1990:111-112).

La CAA utiliza modelos y conceptos como los de EM, *redes semánticas*, *procesos de búsqueda de salud*, *patrones de recurso*, *toma de decisiones sobre atención en salud*, distinción *Disease/Illness* o *rol del enfermo (Sick Role)* (Chrisman y Maretzki 1982). Se orienta hacia la consolidación del rol del antropólogo en el mercado de trabajo, y se basa en variables *micro* como la relación médico-paciente o en contribuciones sobre estrategias de docencia en centros de formación biomédicos. En la investigación su tendencia a asumir planteamientos interpretativos, «emic» y culturalistas es prácticamente generalizada salvo excepciones en las que se adoptan fórmulas de análisis «etic» como la noción de proceso de búsqueda de salud (Chrisman 1977) o se apuntan de forma marginal variables socio-económicas. Esta ambigüedad con respecto a los diferentes modelos teóricos que pueden tener cabida en la CAA es consecuencia de que la variante clínica no se configura a partir de la adherencia a una teoría específica, si-

no que se define en términos de *dónde* y para *quién* se aplica y se conduce la investigación.

En la CAA está el esfuerzo por una integración de la Antropología en la medicina, que si bien no ha implicado un incremento de su influencia en el *modelo médico*, si ha tendido en cambio a familiarizar al sanitario con un modelo de práctica, que al estar amparado por un desarrollo bastante riguroso de su etnografía, ha podido aportarle una manera distinta de ver las cosas servida en un lenguaje no muy alejado de ciertas tradiciones clínicas o psiquiátricas —especialmente las de la fenomenología. A cambio, la CAA permanece atrapada en las mismas contradicciones que hemos señalado para el trabajo aplicado en la antropología norteamericana: es decir su excesivo pragmatismo, su anclaje en un modelo de sanidad genuinamente americano pero que poco tiene que ver con la realidad sanitaria de los países europeos o los del Tercer Mundo, y una consciente subordinación poco crítica a los temas de interés delimitados por la prioridades de la biomedicina. Por otro lado, y mientras que esto ha permitido conformar el papel del antropólogo en el medio sanitario como intérprete de los EMs de profesionales y usuarios o de las diferencias culturales, étnicas y de clase de pacientes y familiares, no siempre el enfoque antropológico ha podido permanecer intacto ni trascender su carácter «soft» frente a las opciones «duras» del modelo médico.

NOTAS

¹ Por razones de espacio nos limitamos a explorar la literatura sobre aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos: dejamos de lado estudios empíricos y del tipo «middle-range theory», accesibles en revistas como *Human Organization*, *Journal of Health and Social Behavior*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, *Medical Anthropology Quarterly*, *Social Science and Medicine* y *Medical Anthropology*.

² En ella se habla por primera vez de Antropología de la medicina que es el título del artículo. Ese mismo año también se había utilizado este término para definir el campo creciente de investigación sobre temas de salud (Sapir et al., 1963).

³ Utilizamos aquí la terminología anglosajona por dos cuestiones. Por su uso a nivel internacional y, fundamentalmente, por la dificultad de traducir estos términos —«disease, illness y sickness»— al castellano. Los tres son sinónimos de enfermedad pero con matices muy diferentes. Véase glosario.

⁴ Desde el punto de vista cultural a ese proceso se le suma un creciente interés por alternativas médicas, más o menos clásicas, como la homeopatía o el naturismo (Greenwood, 1984a), o algo más exóticas como las procedentes de la medicina tradicional china, de la ayurvédica y la tibetana, que se insertan muy fácilmente en una sociedad en la que empieza a prender la idea de los males asociados al proceso de medicalización, a tra-

vés de ensayos como el de Illich (1975). La propagación de estas ideas favorecía una relativa popularización precisamente de aquellos estudiosos antropológicos que se habían ocupado de esas medicinas y coincidía con el renacimiento de un interés por los estudios antropológicos sobre los usos sociales de sustancias alucinógenas (ver La Barre, 1989:193-323).

⁵ Murrdock, Wilson y Frederick (1978:449-270) elaboran una tipología parecida: distinguen entre concepciones sobre la causalidad de tipo natural en la que distinguen cinco subtipos diferentes y de tipo sobrenatural con trece subtipos, y aplican esta clasificación al análisis de una muestra de 139 sociedades extraída de los *Human Relations Areas Files*. Entre otros datos, los resultados indican una mayor presencia de las teorías sobre inducción por brujería espiritual en África y de concepciones sobre la violencia de los espíritus en Asia Oriental.

⁶ Dubos había planteado en «*la infección es la norma y la enfermedad la excepción*» (1961:108), con ello quería indicar el papel fundamental del estrés y de los factores socioculturales en el desencadenamiento de la enfermedad. En la mayoría de los casos las infecciones pueden producirse en cualquier momento pero siempre que coincidan con estados físicos que la propicien. Estos planteamientos se retrotraen a los orígenes del modelo del «Social support-stress-disease» que ya había sido intuido por Cannon en su explicación sociosicofisiológica de la muerte vudú (1942). Este modelo va a ser aplicado en los ochenta y en los noventa a estudios de epidemiología social.

⁷ Se utilizó el término de «Clinically Applied Anthropology» en lugar de otras alternativas que ya habían sido esbozadas como «Clinical Anthropology» para establecer con claridad los límites de la intervención de los antropólogos dentro de la clínica. El término antropología clínica tenía la desventaja de prestarse a confusión por su paralelismo con especialidades de otros campos como la psicología clínica que sí que se estructuran en torno a la intervención. Salvo contadas excepciones este no es el propósito de los antropólogos que trabajan en este campo. Ver Chrisman y Johnson (1990:95).

6

De la Antropología de la Medicina a la Antropología de la enfermedad

América tiene el Rotary Club y el Y.M.C.A.; Europa, la masonería y los jesuitas (Gramsci 1934:2146).

La constitución de la *Antropología de la Medicina* fue la consecuencia del intento, surgido desde la Antropología aplicada norteamericana de atribuir a los dispersos estudios antropológicos sobre salud de una etiqueta que les diese la apariencia de campo más o menos específico, y del esfuerzo por dotarlo de un objeto de estudio operacional que permitiese su legitimación teórica. Su opción fue tomar como referencia a la *enfermedad* y no a la *salud* —un fenómeno demasiado subjetivo y políticamente definido—, o a la *medicina*, —demasiado etnocéntrico—, para resolver las contradicciones que planteaba tener que trabajar no sólo en sociedades aborígenes, sino también en las occidentales. La innovación de antropólogos como Fabrega, Good, Kleinman, Twaddle o Young fue formular, en términos de teoría antropológica, la significación de las dimensiones biológicas «disease», culturales «illness» y sociales «sickness» de la enfermedad y aportar a la biomedicina una serie de instrumentos de análisis como la hermenéutica, la lingüística o el análisis simbólico que hasta entonces únicamente habían sido recuperados parcialmente por la psiquiatría. Instrumentos que en la medida en que procedían de una investigación etnográfica muy sofisticada iban más allá de la disertación de los fenomenólogos, pero también de las técnicas clínicas esclerotizadas como consecuencia de la fragmentación de saberes médicos en el *modelo hospitalario*¹. La aceptación por parte de la biomedicina, no sólo por los psiquiatras, de ese discurso se debe a que las propuestas de la CAA se refieren a las dos dimensiones de la enfermedad «disease» y «illness» acompañadas por una mirada holista sobre la práctica clínica de la medicina que aunque fueron parcialmente abandonadas por el *modelo médico*, su genealogía se remonta a los textos hipocráticos.

El holismo pragmático de la CAA es un buen instrumento para facilitar cambios puntuales en la práctica cotidiana de los profesionales sanitarios en la medida en que ofrece fórmulas para comprender la distancia cultural entre el médico o la enfermera y el paciente, o para elaborar protocolos de atención más sensibles a las vivencias subjetivas de estos últimos. Pero este holismo, en cambio, no es un intento de hacer de nuevo una síntesis entre Medicina y Antropología como la que giraba en torno a la noción de patología social de la medicina social alemana. Esta, sin renunciar al positivismo y al rigor experimental de la investigación, formulaba hipótesis integradoras de las variables biológicas, psicológicas, sociales y culturales, así como modelos de intervención. Lejos de ello, la CAA está demasiado adaptada a los intereses coyunturales del *modelo médico*. Adopta en relación a él el carácter de un paradigma subalterno y reformista en el contexto de los países ricos, pero no resuelve el problema fundamental de cualquier holismo en Medicina, como es el de integrar lo social/político ya que engendra demasiadas contradicciones con los perfiles hegemónicos y orgánicos del *modelo médico*. Lo social, introducido críticamente, tiende a evidenciar las contradicciones del modelo, su función deshistorizadora y a destruir buena parte de la retórica positivista que disimula los componentes simbólicos y rituales de los que se vale para asegurar su hegemonía. De ahí que ante la simple mención de lo social, y no estamos hablando solamente de Antropología, sino también de otros discursos disciplinares, los profesionales de la salud sientan que algo se tambalea y reaccionen reivindicando su práctica bajo el argumento de que sin ellos la gente muere, con lo cual únicamente consiguen acrecentar con ello la falsa creencia de que son los únicos detentadores de la verdad.

Ante esta actitud cabe ser comprensivo, y demasiado a menudo los científicos sociales no tratan de hacerlo: no se puede pretender, de golpe, que alguien que tiene adquirida la certeza subjetiva de su misión, la revise críticamente sin dolor. Por ello, replantear una disciplina desde una perspectiva que va a implicar necesariamente a otra y hacerlo de forma militante únicamente puede conducir a una relación de hostilidad, tanto o más absurda en cuanto que el objetivo final es el mismo aunque con énfasis no tanto distintos como complementarios.

La apropiación de la enfermedad

Desde la perspectiva de la Antropología, reconsiderar el objeto de estudio sobre la base de la noción de enfermedad, implica disolver precisamente la escisión existente entre ella y la Medicina pero no necesariamente fundir ambas disciplinas en una sóla, puesto que indefectiblemente la Antropología de la medicina de-

be seguir aportando y recibiendo teorías y datos de la Antropología general que no necesariamente interesan a la Medicina, y ésta igualmente va a seguir desarrollando investigación o modelos de práctica que tampoco interesan a la Antropología. Cabe la actitud de contemplar la medicina occidental y en ella la enfermedad como un caso más de un conjunto de sistemas y modelos de práctica médica con el objeto de elaborar teoría comparada, cuyos interlocutores naturales en la medicina suelen ser sus historiadores, y cuya proyección en la Medicina se refiere a la formación integral de los profesionales. O cabe, que el antropólogo se plantee como objetivo intervenir no sólo como analista de problemáticas sociosanitarias, sino como agente en distintos niveles de la atención de salud con el objeto de aportar modificaciones estructurales o concretas, en cuyo caso sus interlocutores suelen ser no solo los salubristas, sino también los planificadores y el personal asistencial. En la medida en que el objeto de estudio de la antropología de la medicina son las *dimensiones de la enfermedad*, la primera conduce necesariamente a desmenuzar las condiciones de emergencia de la Medicina y las determinaciones históricas de su práctica en cualquier sociedad, mientras que la segunda conduce inevitablemente a una teoría de la enfermedad que no es posible aislar de la teoría de la enfermedad que genera la Medicina, puesto que la implicación inmediata de la misma es la reformulación de estrategias de intervención, de priorización, y el diseño de modelos de práctica distintos.

Para la Antropología, asumir esas dimensiones como objeto de estudio supone también plantear el problema de la articulación entre las diferentes dimensiones de la enfermedad y articular los distintos enfoques que las escuelas antropológicas habían utilizado al hacer referencia a problemas de salud y de las cuales hemos tratado de esbozar sus respectivas genealogías a lo largo de este libro². Pero a diferencia de lo que sucedía en el siglo XIX en que Medicina y Antropología estaban fuertemente articuladas y ésta aportaba a aquella el estudio comparado de los rasgos biológicos, culturales, sociales, y aun filosóficos en régimen prácticamente de monopolio, a fines del siglo XX, la Antropología no es ya la única disciplina que puede discutir acerca de las relaciones entre la biología, la cultura y la sociedad: sociólogos, historiadores sociales, juristas, bioéticos, economistas, urbanistas, políticos, psicólogos y trabajadores sociales, abordan estas cuestiones y engendran teorías y modelos de práctica al respecto. Y estos a su vez, a través de su praxis han ido introduciendo saberes en el conjunto de la población, hasta hacer olvidar, en algunos casos, sus referentes iniciales. De ahí que tratar de sistematizar las influencias externas a las disciplinas que participan del proyecto de esta Antropología de la enfermedad sea extremadamente difícil.

Ambas posturas, en la medida en que se plantean reintegrar en su seno las dimensiones biológicas, culturales y sociales de la enfermedad debaten los funda-

mentos de la ideología y la práctica médicas de cualquier sociedad, pero en la medida que estas se sustenten en una práctica vigente, y no puramente en la recuperación supervivencial, van a tener que acabar confrontándose con el problema de si es la Medicina la única que debe resolver ciertas situaciones. Es algo parecido a lo que ha ido sucediendo a lo largo de los años en relación a otros profesionales con los que los médicos han acabado compartiendo la gestión de la salud. La diferencia está en que muchos de estos profesionales han ido interviniendo desde necesidades muy funcionales definidas desde el sector salud (la propia antropología aplicada). En cambio, la relación que se define desde la Antropología al establecer como su objeto de estudio la enfermedad, supone competir con la Medicina por un objeto de estudio común, del cual ésta, por razones de estrategia corporativa, únicamente asumió plenamente sus dimensiones biológicas, mientras que mantuvo con las otras relaciones de incorporación parcial, ignorancia, o negación, pero conservando sobre ellas una reserva de dominio.

El problema se sitúa sobre todo del lado de la Medicina. Esta, en efecto, delimitó un modelo de práctica y de interpretación de los problemas sociales que durante muchos años fue monopolístico, pero este modelo entra en crisis en la medida en que el reduccionismo biológico empieza a sufrir reveses como en la gestión clínica del alcoholismo o de las toxicomanías, y en que desde algunas instancias ha ido creciendo el interés por la influencia de variables sociales y culturales en relación con las biológicas. Esto ha sido la consecuencia del incremento exponencial del gasto sanitario, de las reformas asistenciales en sectores como el psiquiátrico, del despliegue de dispositivos de gestión de determinadas patologías sociales como la adicción de drogas ilícitas, y de las políticas sectoriales de educación para la salud cuyo ejemplo más evidente puede ser la lucha antitabáquica. Junto a ello, y más recientemente, el crecimiento de las migraciones étnicas de países pobres a países ricos ha provocado desajustes en los dispositivos asistenciales causados por la presencia de barreras lingüísticas y por formas de interpretación culturalmente sesgadas de las enfermedades o de sus tratamientos. En tercer lugar la emergencia de determinadas tecnologías como las fecundaciones in vitro, las técnicas de mantenimiento artificial de la vida, o los problemas relativos a la eutanasia, al aborto, o al derecho a la contracepción ponen en pie debates que se sitúan en los límites entre la medicina, la biología, las ciencias jurídicas y las ciencias sociales y que tienen transcendencia fundamental en la configuración de una nueva ética, o en la revisión de determinados presupuestos morales.

Estos problemas exigen, por una parte, el desarrollo de estrategias de trabajo interdisciplinar, pero a la vez engendran nuevas segmentaciones corporativas determinadas por las expectativas de reproducción social de los profesionales y las disciplinas que intervienen en cada uno de estos terrenos. Esto contribuye a que

los saberes tiendan a escindirse, a desarrollarse según líneas teóricamente independientes pero en las cuales se aprecia, paradójicamente, una interdependencia no tanto basada en lo que podríamos llamar teorías de medio nivel, sino por macroteorías que acaban constituyendo una suerte de conjunto de saberes comunes al mundo intelectual. En lo que hace referencia a la Antropología las influencias fundamentales vienen de tres campos: la *epidemiología* por su relevancia en el trabajo aplicado y determinadas corrientes de la medicina social como las representadas por McKeown o por Navarro, la *sociología* tanto la de la medicina como la de la desviación y la del conocimiento, y en la que se encuentra a Parsons, a Freidson, a Berger, a Bourdieu y a la *historia social* en la que las referencias van desde Rosen y Foucault a Vovelle y Ginzburg. A todos ellos hay que añadir la influencia renovada de la economía política marxista clásica, tanto de las revisiones de Althusser y de la antropología francesa como del marxismo heterodoxo de Gramsci, el cual, como ha señalado Menéndez, muchas veces aparece a través de la presencia de algunas de sus propuestas en esos saberes inespecíficos a que hacíamos referencia (1981:434).

A estas influencias comunes se añade el desarrollo de la propia teoría antropológica en donde los dos campos más significativos van a ser el estructuralismo británico, presidido por Evans Pritchard, pero en el que encontramos también a Gluckman, Leach y Mary Douglas, y el estructuralismo francés en el que se repiten Lévi-Strauss y Mauss, pero sin olvidar a Susan Sontag y la lectura estructuralista de Foucault. Estas influencias derivan de las extendidas polémicas que se remontan al siglo XIX en torno al papel social de la magia, la brujería y la medicina. Cuando se replantea, esta vez desde la medicina norteamericana el estudio de las dimensiones sociales, forzosamente se retoman esos esquemas que habían sido desarrollados prioritariamente en Europa.

El desarrollo de la antropología de la medicina en Europa ha sido un proceso más lento que en los Estados Unidos. En parte por la falta de una tradición de trabajo aplicado y, en parte, por un cierto *aislamiento académico* de las antropologías centrales, de la británica y de la francesa especialmente, hasta finales de los años setenta, y también a un no disimulado desprecio en relación a la venalidad practicada por los norteamericanos. Los estudios relativos a la salud antes de la década de los ochenta no supusieron ningún intento específico por desarrollar un campo aplicado a semejanza de los norteamericanos³, de tal manera que no puede hablarse de un uso sistemático de la expresión antropología de la medicina más que a finales de la década y en relación con el impacto de la obra de Fabrega. Aún así cada país siguió una trayectoria peculiar.

El interés de las antropologías europeas por la antropología de la medicina respondía a dos hechos: el primero de ellos la crisis común a todas las antropolo-

gías que les estaba obligando a replantearse sus estrategias de cara al futuro para responder a demandas de investigación sobre las metrópolis, o a engendrarlas como mercado de trabajo con el que ampliar la base de la disciplina. En segundo lugar, a un crecimiento de la demanda de científicos sociales casi completamente copado por la Sociología, pero que suponía posibilidades de penetrar en él. La salud era uno de los terrenos más obvios, especialmente contemplado en el espejo norteamericano.

A nuestro juicio las estrategias intelectuales desarrolladas por las antropologías europeas y de América Latina, algunas de las cuales han acabado repercutiendo en Norteamérica han tenido que ver fundamentalmente con la discusión de las representaciones o las dimensiones sociales de la enfermedad. En Francia ha partido de una antropología académica, como una reflexión muy intelectualizada y con menor compromiso político. En Italia, y en México de una reflexión sobre la transformación social en condiciones de fuertes desigualdades sociales.

Entre la causalidad y las representaciones del cuerpo

La etnología francesa reaccionó con mucho retraso al desarrollo de la antropología de la medicina. Sus antecedentes se hallan en dos procesos idiosincráticos vinculados a la influencia de la antropología psicoanalítica a través de Georges Devereux tras su instalación en Francia en 1963 y al desarrollo por Henri Collomb de un equipo pluridisciplinar de psiquiatras y científicos sociales en el hospital de Fann-Dakar en los años sesenta (Collignon 1979:136).

Desde Fann se alentaron investigaciones de campo sobre posesión, adivinación y prácticas psicoterapéuticas en las sociedades africanas que se situaron en el debate teórico entre el psicoanálisis y el estructuralismo: los Ortigues (1966) representaron a la antropología psicoanalítica, Andrés Zempléni situó el debate en torno a los modelos cognitivos y por lo tanto en la discusión de la teoría antropológica general. Se interesó en su investigación por los procesos terapéuticos en un sentido muy cercano al que había propuesto Lévi-Strauss. Investigó las formas de posesión y los rituales terapéuticos de los «lebu-wolof» (1966, 1968), inicialmente desde la psicología clínica posteriormente desde la etnología para establecer su alcance y su significado en torno a los trastornos considerados mentales por los propios aborígenes. Su tarea sobre el «ndöp», fue probablemente uno de los primeros intentos de verificación en el campo de las hipótesis de Lévi-Strauss sobre la eficacia simbólica. En su estudio, describió con precisión clínica los rituales y efectuó un análisis estructural de los procedimientos terapéuticos y de los sistemas simbólicos que los engendraban. En sus conclusiones destacó cómo la tera-

peútica aborígen empezaba en la consulta al terapeuta, la importancia del contexto social en el cual se articulan los trastornos, cómo lo vivido se reconvertía en la experiencia alucinatoria en un sentido opuesto al de los occidentales: curar no era criticar la alucinación sino por el contrario interpretarla —de donde el problema de las diferencias entre el delirio y la alucinación— y las fases del ritual, de interpretación, de experiencia onírica y de reconstrucción de las relaciones familiares que implicaban la reintegración del enfermo a su colectividad.

La importancia de la obra de Zempléni está en su profundo y etnográficamente rico análisis del proceso terapéutico, en el que se reflejan una excelente formación clínica y de investigador de campo —que enlaza con la tarea del africanismo británico— y, que se traducen en un ir más allá del discurso sobre el papel de la magia, o de la posesión en el control social para introducir en él el análisis de los procesos de cognición y de las lógicas específicas del pensamiento.

En los primeros años setenta estas investigaciones se ubicaban en un contexto académico en plena reforma tras el mayo del 68, y enzarzado en fuertes polémicas ideológicas entre el marxismo, el psicoanálisis y el estructuralismo. Las investigaciones sobre temas de salud oscilaban entre el análisis estructural definido, las aportaciones del etnopsicoanálisis, y los intentos de síntesis con el marxismo a través de investigaciones sobre las ideologías (Augé 1984). Por este camino, la trayectoria de los etnólogos se separó progresivamente del trabajo clínico aplicado y se introdujo en los circuitos académicos; aislándose de la Medicina y de la Psiquiatría, pero también de su posible articulación con la antropología aplicada norteamericana. Este aislamiento apenas fue roto por algunos artículos publicados en revistas anglosajonas por Zempléni o Collomb, de tal manera que esta línea de análisis no parece ser recogida, salvo en el Canadá francófono o en el seno del africanismo.

El primer intento de institucionalizar una antropología de la medicina en Francia se llevó a cabo bajo los auspicios de Anne Retel-Laurentin (1983), una médica con formación etnológica. En la reunión dominaban los etnólogos y los médicos pero estaban ausentes sociólogos, como Claudine Herzlich, y etnólogos que hacían trabajo de campo en Francia como Françoise Loux. En el debate se pone de manifiesto la identificación de la antropología de la medicina con la etnomedicina, el esfuerzo por distanciarse de la antropología norteamericana, y se atisban las dificultades de conciliar el discurso teórico o etnográfico de los antropólogos con las necesidades de los médicos.

Los dos manifiestos teóricos más significativos de la antropología de la medicina francesa corresponden a Andrés Zempléni, y a Marc Augé. El primero, en el Primer Congreso de Antropología de la Medicina en Francia (Zempléni 1985) elaboraba una crítica, muy bien fundamentada documentalmente, a la Antropología de la *sickness* tal y como la concebía Young. Su argumentación giraba en torno a

las relaciones entre los conceptos de *enfermedad* y *causalidad*. Oponía a Young un análisis mucho más sofisticado de los itinerarios terapéuticos, de la significación social de la enfermedad así como de las relaciones que se plantean entre el plano de lo biológico, de lo cultural y de lo social. Zempléni trataba de situar la enfermedad en un contexto algo más global de situaciones de desgracia o infortunio, en la medida en que podía comprobarse etnográficamente que se hallaban constantemente en intersección.

La posición de Zempléni, o de Augé⁴, se sitúa en una perspectiva de análisis etnológico comparativo, donde no se produce una buena articulación de las variables históricas, puesto que los datos que manejan proceden casi exclusivamente del trabajo de campo, o de entrevistas clínicas sobre sociedades africanas. Los intentos de articular esas investigaciones con las realizadas en la metrópoli no acaban de ser convincentes. En un libro colectivo de Augé y Herzlich (1984), y pese a los esfuerzos de los compiladores, la distancia entre aportaciones de los africanistas y sociólogos e historiadores son bastante significativas, y parece como si el discurso de Augé, y en parte el de Zempléni estén atrapados por las condiciones en que se ha ejercido su práctica de campo. Sin embargo, el trabajo de los africanistas franceses no debe perderse de vista: en primer lugar por su técnica etnográfica de primerísima calidad a la que contribuye el rigor del estructuralismo, y, en segundo lugar, por una elaboración de la noción de itinerario terapéutico particularmente elaborada que van más allá de los modelos comportamentales elaborados por el funcionalismo norteamericano. Queda pues el envite de la verificación de esos modelos teóricos en Europa, y no precisamente con ejemplos tomados un poco al azar como hacen Zempléni y Augé en sus escritos, sino con investigaciones de más envergadura.

En Francia, al margen de la etnología de las sociedades no occidentales, se han desarrollado también investigaciones sobre el medio rural francés a partir de la potenciación del *Musée des Arts et des Traditions Populaires*, que supuso el desarrollo de una política del patrimonio etnológico. En este contexto se ha desarrollado investigación de campo en áreas rurales francesas desde perspectivas distintas. En cierta medida, la obra de Jeanne Favret-Saada (1977) sobre la brujería normanda, un estudio de campo en el que se reconocen influencias del psicoanálisis lacaniano y del estructuralismo, podría constituirse en un ejemplo atípico de ello. Se trata de una obra fascinante que se adelanta al interpretativismo posmoderno, a través de un juego de implicaciones recíprocas como solo pueden darse en una inmersión en la problemática de la brujería, y que conduce a una reflexión profundísima sobre las relaciones del antropólogo en su terreno⁵.

Pero este libro es una excepción; la tendencia dominante la ha marcado

Françoise Loux en una serie de obras que enlazan con la larga tradición de folcloristas, pero en las que se reflejan fuertes influencias del estructuralismo y de la antropología simbólica, de la historia de las mentalidades y de la historia social de la medicina (1978, 1984). Las investigaciones de Loux desarrollan el tema de las representaciones del cuerpo, una problemática que las vinculará a la antropología italiana, y que suponen la introducción del análisis sociohistórico en las representaciones de la enfermedad, un tema que ha sido retomado en Europa por antropólogos, por historiadores sociales, pero también por ciertas corrientes sociológicas. Una de las aportaciones más sustantivas en Francia es la de Claudine Herzlich que ha desarrollado a lo largo de los últimos veinte años un interesante trabajo sobre las representaciones de la enfermedad en Francia, en base a entrevistas clínicas y protocolos biográficos, y desde una perspectiva que combina las dimensiones históricas así como las sociológicas (Herzlich y Pierret 1984)⁶. Tanto Loux como Herzlich representan un sesgo importante en la antropología de la medicina francesa en la medida en que se abren a un discurso interdisciplinar que surge, con toda naturalidad, del análisis de la realidad de una sociedad en donde las determinaciones históricas no pueden ser eludidas. La asignatura pendiente sigue siendo cómo integrar esas tendencias en la tradición etnológica. A nuestro juicio el problema está en el replanteamiento de las variables históricas en un sentido más próximo a la antropología italiana que a la tradición marxista francesa. Pero no parece que la comunicación entre franceses e italianos haya sido particularmente fluida salvo en casos como el de Mariella Pandolfi (1991) a quien su interés por el psicoanálisis le hace estar más próxima a la etnología francesa, o el de Françoise Loux que es bien conocida en Italia.

En su conjunto, el principal problema para el desarrollo de la antropología de la medicina en Francia parece ser la adecuación de sus modelos teóricos a una sociedad urbana y desarrollada. Aunque se sostengan grupos interdisciplinarios como el de Jean Benoist en Aix-en-Provence, no parece que la comunicación con los salubristas sea lo fluida que cabría suponer, y el experimento de Fainzang (1989) de transplantar el africanismo a estudiar los suburbios de París es decepcionante.

Del folklore médico a las alternativas subalternas

«El ámbito del discurso historiográfico ha sido cerrado: del presente al presente, mediante el pasado para iluminar el presente». (De Martino 1958:345).

La única antropología que revisó precozmente la noción de *medicina popular*, degradada por el *folklore médico* positivista, fue la italiana. Pitré y Lombroso habían insertado el *folklore médico* en el contexto de un discurso político global que conducía a una reinterpretación de las complejas relaciones entre el campesinado del sur y la sociedad civil del Norte, que apuntalaba al estado jacobino y unitario y resolvía —por la vía de la homogeneización— la diversidad lingüística y cultural del Estado. La sociedad civil del Norte de Italia renunció tácitamente al reforzamiento del Estado en el Sur y con ello posibilitó la persistencia de un dispositivo de extorsión y dominación social que implicaba la reproducción de formas culturales específicas y en el cual el peso de la Iglesia institucional y de su aparato de inculcación ideológica fue de suma transcendencia. De ahí que un discurso sobre las clases populares campesinas tenía que tratar de articular ese conjunto de variables, por muy contradictoria que pareciera su funcionalidad. La persistencia de formas de comportamiento mágico, la religiosidad barroca, y las formas mágico-populares de gestión de la salud en un contexto de pobreza, explotación y miseria ponían en evidencia un modelo de práctica política y exigían una perspectiva analítica menos reduccionista y mecanicista que la del discurso marxista clásico.

La necesidad de elaborar estrategias políticas nuevas en un contexto sin parangón en la Europa de su tiempo, explica la revisión que el marxismo hubo de hacer para conciliar su discurso sobre la clase obrera con el correspondiente al campesinado, así como para articular la variedad cultural con la que se había de confrontar. La crítica de Gramsci, incorporada precozmente por la antropología italiana a través de De Martino, supuso una síntesis entre la militancia del antropólogo, su participación en la lucha por las desigualdades sociales y una revisión profunda de la significación histórica de los saberes populares en unos términos que ninguna otra antropología del Sur de Europa llegó a hacer.

Como ha destacado Menéndez (1981:404-6), la obra política y académica de De Martino se inserta en la discusión del problema de las clases subalternas precisamente en el ámbito en que Gramsci produjo sus aportaciones: el *Mezzogiorno*. Para De Martino esa cultura era un testimonio del riesgo generado por la explotación clasista y colonial. Se preguntaba, si esas clases eran capaces de establecer una alternativa frente al desarrollo capitalista, y encontró la respuesta en la magia. En la medida en que el atraso económico y social está relacionado con formas de disgregación y disociación de la personalidad, con el hambre, la mortalidad infantil, la falta de recursos médicos y la persistencia de creencias populares mágicas, la psicopatología aparece como un recurso socialmente estructurado y casi único para resolver determinados conflictos personales para los cuales no existe alternativa. Resulta de una riqueza excepcional su tratamiento del

cordoglio, un concepto que recubre los trastornos psicoafectivos (depresiones), y las implicaciones del ritual en su resolución (De Martino 1958). Es en la situación de riesgo permanente ante la desgracia en donde se pierde la conciencia y, eventualmente, la vida; en donde se hallan los fundamentos de una clase subalterna que deshistoriza permanentemente la realidad a través del ritual mágico para conjurar el riesgo, aunque esto genere un proceso de dominación y explotación. La superación de las crisis pasa por deshistorizarlas, por constituirse en un conjunto de técnicas que tratan de proteger a los individuos y ofrecerles una oportunidad de operar con sentido realista. Y esto es lo que permite que, con independencia de la existencia de médicos o de instituciones, persistan esas conductas en situaciones de crisis.

De Martino (1959:219) criticó la reificación taxonomista y falsamente historicista de la magia practicada por etnólogos e historiadores. Para él era un artefacto metodológico que inducía a renunciar a comprender su significado y, de paso, a ocultar el papel de dominación que ejercía sobre las clases subalternas deshistorificándola, y convirtiéndola en supervivencias que se remitían a reminiscencias paganas.

El proyecto de De Martino, no procedía únicamente de la reflexión teórica, se sustentaba con una serie de análisis etnográficos e históricos extremadamente minuciosos en los que se traduce su espléndida erudición histórica, un enorme grado de empatía con las colectividades que estudia, y una impresionante calidad literaria. Esta tarea la realizó esencialmente sobre el lamento fúnebre lucano (1958), el *mal de ojo*, la *fascinación* (1959) y el *tarantismo* (1961). En estas monografías se ponían a prueba las relaciones entre modelos hegemónicos y subalternos, y muy especialmente sobre el papel de la Iglesia católica y del Estado. Así se analiza la significación que tuvo la cristianización de determinados rituales paganos en el contexto de la emergencia del discurso hegemónico, el papel de la magia y el iluminismo en el contexto del reino napolitano que explican el procesamiento actual de los rituales en torno a ajustes de las situaciones de dominación y subalternidad.

Estas relaciones implican, de hecho, una profunda revisión de la relación entre modelos macrosociales y microsociales, en la medida en que los primeros no son percibidos como una especie de superestructura desde la que se controla, como si de marionetas se tratase a los individuos, sino que recuperan plenamente la conciencia del ser, y la presencia individual, en un contexto en que vemos proyectarse la complejidad del mismo. Complejidad que se refleja en la articulación de praxis distintas situadas a niveles distintos (popular, médica, política, eclesial), y que se hallan entre ellas en una relación dialéctica con las creencias, los rituales y la simbología a la que remiten y a las que alimentan y de las que se alimentan.

La finura analítica de la obra de De Martino, emergía de un contexto muy particular, cercano al de la emergencia del discurso estructural-funcional sobre la brujería primitiva. Pero si éste último adquirió el valor de *universalidad*, el discurso de De Martino quedó confinado en la *marginalidad*, en el *localismo*, pese a que representaba, en el momento en que se formulaba, un brillantísimo análisis sobre la articulación entre lo tradicional y lo culto, entre lo escrito y lo transmitido oralmente. Pero De Martino no fue nunca entendido por la ciencia anglosajona y luterana, cuyos análisis sobre el catolicismo fustigó (1965: pp.224-225). Puso frente a la pretensión de universalidad del funcionalismo, el compromiso político y frente a la sincronía, el enfoque histórico-cultural.

Su revisión crítica sobre la etnografía de su propio país, a partir de una relectura de Gramsci que desvela sus posibilidades antropológicas, representa un hecho de suma importancia para la Antropología de la medicina en la medida en que sus aportaciones, como veremos, permiten resolver algunas cuestiones pendientes en relación al objeto de estudio que la evolución de la antropología anglosajona y francesa no habían sabido resolver. En lo fundamental el problema de la articulación no solo entre el modelo médico y los modelos subalternos de medicina popular, sino también la articulación de ambos con los sucesivos modelos religiosos que emanan del cristianismo y sus trasposiciones en las clases populares, no en forma de un sector de religiosidad popular escindido empíricamente de la religión oficial, sino como la interpenetración de ambos discursos en sus vertientes hegemónica y subalterna.

La antropología de la medicina italiana es heredera de De Martino y ha elaborado una concepción operativa de la *medicina popular*, sobre la cual se constituye este campo. De hecho, la aportación fundamental reside en una teoría de las prácticas que introduce una serie de elementos novedosos especialmente si se la compara con los esquemas estructuralistas y cognitivistas que emplean los franceses:

«el significado de la medicina popular, hace referencia a un singular estrato subalterno, en un territorio y un lugar específicos en relación al centro impulsor del cambio social, en el marco de correlaciones específicas entre el campo y la ciudad, de procesos específicos de circulación cultural y de factores específicos de clase, hegemonía y poder (Seppilli 1983:5).

a los que añade, y en esto se reconoce la tarea de De Martino, una teoría sobre la articulación entre sistemas que explique no solo los sincretismos que se configuran pese a la penetración de la medicina oficial en el campo, sino también la ela-

boración de formas culturalmente específicas en ámbitos particulares de las mismas ciudades.

En lo subalterno, en lo popular, en aquel discurso que el positivismo asociaba a error, es precisamente en donde se puede articular una mirada antropológica que se transforme en instrumento aplicado en campos como el de la educación sanitaria. Esta es la línea de investigación que ha desarrollado el *Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria* de Perugia con la participación de antropólogos como Sepilli, Bartoli y Romizzi. No se trata de asesorar al sector salud para que complete una inculcación positivista y unidireccional, sino de hacerle ver, en su contraposición con los saberes populares, el juego de dominación en donde se inserta y de permitir, en una relación dialéctica, la intervención de los propios actores en los mecanismos de comunicación y transformación de las doctrinas en materias de salud (Bartoli 1989).

Los argumentos teóricos de Gramsci y de De Martino no sólo han calado en Italia, sino también en las antropologías latinoamericanas. Estas recuperaron a Gramsci a través de la emigración italiana a Argentina, pero con el éxodo de los intelectuales argentinos durante la dictadura se han consolidado fundamentalmente en México; el país del área con una mayor potencia académica y aplicada en Antropología (ver Aguirre Beltrán 1986).

La síntesis marxista de Gramsci adquiere relevancia en contextos socio-políticos como el mexicano en donde el tipo de estructuración social y de escisión entre la sociedad civil y las clases populares recuerdan al *Mezzogiorno* italiano que había cautivado a Gramsci y a De Martino. El desarrollo del nuevo enfoque emerge con fuerza en la antropología de la medicina mexicana que se desarrolla, fundamentalmente, en la obra de Eduardo Menéndez y de sus colaboradores sobre los procesos de enfermedad y de atención de la salud en Yucatán (1981). Obra que abrió en México un intenso debate y que constituye a nuestro juicio una monografía tremendamente significativa por su enfoque si se tiene en cuenta que se publica, por poner un ejemplo, con un año de diferencia del texto emblemático de Kleinman (1980). En él se articula de forma interdisciplinaria el análisis médico, pero también histórico, estadístico y etnográfico de las condiciones de vida, de los servicios sanitarios y de los procesos de gestión de la salud en la población yucateca, precisamente el mismo contexto en que Redfield abriera paso a la antropología aplicada indigenista. Los objetivos iniciales fueron los de vincular las dimensiones socioeconómicas con el desarrollo de la enfermedad en las zonas rurales pero de la investigación emergen nuevas vías de exploración como la automedicación de las clases populares, los usos del alcohol y el desarrollo de prácticas médicas y paramédicas que adquieren su sentido en los vínculos entre lo particularmente regional y las estructuras políticas y económicas. Para Menéndez

esto no supone una asunción teórica de lo que él llama falsas dicotomías micro-macro que han estado representadas por opciones ideológicas (culturalistas) y materialistas (marxistas), respectivamente (Menéndez 1981:15) y que —podríamos añadir— en su aislamiento dicotomizan sin solución de continuidad aquellas dos nociones que Marx discernía de forma menos burda en la Ideología alemana: la vida y la conciencia.

Junto al estudio sobre Yucatán, Menéndez dirigió un segundo proyecto sobre automedicación y otro sobre alcoholismo que representan puntos de referencia para el tratamiento de ambos temas (1982). En el primero (1982) se revisa, sobre la base de la automedicación, el problema del autocuidado en unos términos que enlazan con las perspectivas de la antropología italiana pero que refuerzan el énfasis sobre la articulación entre ideología, saber y praxis, constituyendo la mejor aportación teórica de esta problemática. En el estudio sobre el alcoholismo se combina de nuevo la epidemiología social, la indagación antropológica y un trabajo de revisión del significado de la antropología sobre los usos sociales del alcohol en México (1990, 1991a).

En su conjunto, las aportaciones de la antropología italiana y de la mexicana, constituyen probablemente el intento más completo para tratar de integrar las variables biomédicas, culturales y sociales en un marco comprehensivo en que se proyecten esas relaciones en el plano de lo sincrónico, pero sobre todo en el plano de lo diacrónico. La combinación de una perspectiva histórica de larga duración, que se imbrica con el papel ideológico de la medicina y/o de la Iglesia, con relevamientos etnográficos de las formas culturales específicas configura unas aportaciones que aunan lo académico, en el sentido estricto del término, con una peculiar capacidad didáctica en el sentido de poner de manifiesto, de una manera global, las distintas piezas del *puzzle* en que consiste el problema estudiado. Frente al reduccionismo de enfoques de la antropología marxista francesa, la proyección histórica en la antropología italiana o en la mexicana devuelve a la realidad su complejidad, a los individuos su capacidad de comprender y de actuar. Se trata de una nueva dinámica menos mecanicista que abre sus planteamientos a un nuevo papel de la *conciencia* que aquí es transformada en términos de una ideología y cultura popular que no se recompone en términos de entenderla como un epifenómeno de las formas duras de la vida material, sino que se sitúa en el discurso en esa

«sociedad de los hombres, de los hombres que se reúnen, se comprenden, desarrollan a través de esos contactos (cultura) una voluntad social, colectiva y entienden los hechos económicos, los juzgan y adaptan a su voluntad hasta que ésta se convierte en motor de la economía, en

plasmadora de la realidad objetiva» (Gramsci cit. en Aguirre Beltrán 1986).

La antropología norteamericana: entre el marxismo y el postmodernismo

La antropología norteamericana ha generado también cambios de óptica que son resultado tanto de su propia evolución como de las influencias confesas e inconfechas de las antropologías y del pensamiento europeo y periférico. Estos cambios se articulan fundamentalmente en dos direcciones. Una surge de una lectura de la filosofía europea y se enmarca en la tradición culturalista y en los límites del postmodernismo antropológico. Otra, que ya hemos introducido en el capítulo anterior con el nombre de *Critical Medical Anthropology*, transforma el análisis de las dimensiones sociales de la enfermedad de tipo estructural—funcional y sociocultural en términos de introducir a la economía política y a las ideologías inspirándose para ello en las diferentes escuelas marxistas o en Foucault.

En el primer caso observamos cómo las críticas de la antropología europea (Augé 1986:77; Zempléni 1985), así como la constatación de un deslizamiento de la CAA a un empirismo formulario, han conducido a Good (1993) y Kleinman a tratar de mitigar un pragmatismo que si bien a surgido al abrigo de sus teorías nunca fue asumido en estos términos por ellos. Para ello Kleinman ha articulado recientemente junto con Joan Kleinman una nueva propuesta etnográfica —«the ethnography of interpersonal experience»— dirigida a la disolución de las dicotomías individuo/sociedad, micro/macro, afecto/institución (Kleinman y Kleinman 1991). El autor se inspira en la filosofía europea, fundamentalmente en la obra de Foucault y Canguilhem, introduciéndose en un terreno más teórico en donde es relevante el papel del discurso y de las relaciones ideológicas de poder que legitiman o ilegitiman los mundos locales y las experiencias individuales de enfermedad, dolor y sufrimiento (Kleinman 1992). Pese a que Kleinman y Good parecen descubrir a través de la antropología posmoderna y de la filosofía europea la importancia de las variables políticas e ideológicas en los temas relacionados con la salud y la enfermedad, las investigaciones de la mayor parte de antropólogos de la CAA reflejan el *aislado empirismo* que prefiguraba la investigación aplicada de décadas anteriores¹⁰ y que, entre otras cosas, les ha llevado a ignorar el discurso teórico propio y el de otras antropologías como la mexicana y las europeas.

La segunda opción había sido introducida por autores como Waitzkin (1981), Frankenberg (1980) y Taussig (1980) que, entre los años setenta y los ochenta, habían intentado realizar síntesis desde el marxismo ortodoxo, desde Gramsci y des-

de Lukacs. Pero hasta 1983 este tipo de propuestas no adquirirán estructura de corriente. En ese momento se plantea una opción específica, *Critical Medical Anthropology* (CMA) o *Antropología crítica de la medicina* —ver *Toward a Critical Medical Anthropology* en (Baer, Singer y Johnson 1986)— en un momento en que las antropologías de la medicina europeas y algunas latinoamericanas ya habían efectuado desarrollos teóricos en este sentido. Este enfoque autodenominado crítico trata de mostrar la arbitrariedad que caracteriza a los enfoques *micro* y situacionales de la CAA que, aplicando fórmulas similares a las de la antropología colonial, no introducen, por pragmatismo o por comodidad, los factores económico-políticos, históricos e ideológicos que conforman la praxis de los profesionales, la conducta de los pacientes, ni el análisis de la dialéctica capitalista en donde se inserta la práctica biomédica (Singer 1992). Para suplir este sesgo proponen modelos teóricos fundamentados principalmente en el marxismo pero con connotaciones diferentes. Si retomamos como referente la máxima de Marx de que «la vida no viene determinada por la conciencia sino la conciencia por la vida» podemos clasificar a estos autores en dos grupos. Por un lado aquellos que desde interpretaciones talmúdicas del pensamiento marxista posponen la ideología (*conciencia*) a un lugar subordinado y que en estos términos acometen su análisis de temáticas como la distribución internacional de las enfermedades o la instrumentación imperialista de la biomedicina (Navarro 1975, Morsy 1990, Singer 1990), y por otro aquellos que sin minusvalorar el papel de las condiciones económicas, otorgan un papel menos marginal a las estructuras ideológicas en la determinación del sufrimiento y de las formas específicas de su tratamiento. En este último caso se hace más patente la influencia de Gramsci, o de Foucault, que permiten enfoques menos determinista de las relaciones de las formas materiales de la *vida* con las *conciencias* —e inconciencias— individuales y culturales que se expresan en idiomas corporales, síntomas, metáforas y emociones (Sontag 1977, Frankenberg 1988, Scheper-Hughes y Lock 1987). Esta aproximación llamada recientemente *crítica-interpretativa* es la más abierta a las influencias de las antropologías y del pensamiento europeos (Lock y Scheper-Hughes 1990:47).

En los últimos años se intenta una síntesis entre la CAA y éstos enfoques en torno a una *Critically Applied Medical Anthropology* o *Antropología crítica aplicada a la medicina* (Wright y Johnson 1990, Scheper-Hughes 1990) en donde puedan confluír los planteamientos *micro* y *macro*, interpretativos y materialistas, pragmáticos y anti-pragmáticos. La intención estratégica de esta nueva perspectiva es corporativa y atiende a la necesidad de evitar una fragmentación de la especialidad en corrientes irreconciliables. En un plano ideológico se basa en la necesidad de competir con los sectores de la CAA más pragmáticos y supeditados al *modelo médico*. Pero la investigación empírica es de alguna manera ajena a

estas disquisiciones teóricas y adopta enfoques diferenciados de acuerdo con su nivel y contexto de aplicación, intervención e investigación.

El debate entre ambas corrientes es únicamente explicable en el contexto norteamericano en donde confluyen la existencia de un sector sanitario privatizado e ineficiente, el pragmatismo a—teórico de una Antropología de la medicina aplicada y algunas voces en las que resuenan las influencias europeas. En cierta medida este debate es el correlato del que opone al interpretativismo y al constructivismo en la Antropología general, y tiene que ver, en lo esencial con el ajuste duro de la disciplina antropológica en el contexto de una búsqueda de su definición y de su significación en la sociedad norteamericana posterior a la guerra fría y a la crisis de los países socialistas.

A modo de epílogo

«Señor, creo haberte hablado de todas las ciudades que conozco». —«No, hay una de la que jamás me has hablado». Marco Polo inclina la cabeza. —«Venecia» dice el khan. Marco sonríe: —«¿Y de que otra pensais que os hablaba?»

Es difícil terminar un libro como éste. Es quizás imposible, puesto que es un vano intento de detener el tiempo que se nos escapa y que lo hará envejecer con nosotros. Con ello se harán más evidentes sus lagunas, nuestra ignorancia, nuestras limitaciones, nuestros olvidos inconscientes y nuestras conscientes omisiones. Para nosotros era necesario un alto en el camino y mirar para atrás para plantearnos donde estamos y por qué hacemos lo que hacemos. Plantear a estas alturas el trabajo interdisciplinario, o desarrollar trabajo aplicado no es posible ni teórica ni metodológicamente hablando sin situarse en el tiempo y en el espacio. Quizás el resultado final sea más confuso, y cuanto aquí se ha contado en lugar de traer más luz puede provocar cierta sensación de oscuridad. El envite es éste y no está resuelto. Dos disciplinas se han vuelto a medias la espalda durante un siglo y ahora se miran de reojo, con desconfianza. Conocer el pasado común puede ser una buena manera de intimar, aunque sólo sea por la razón esencial, quizá utópica, de contribuir entre ambas a sentar las bases estructurales para acabar, en la medida de lo posible, con las desigualdades en materia de salud.

NOTAS

¹ Denominamos modelo hospitalario, a una etapa del modelo médico que hace referencia al tipo de práctica en los hospitales jerarquizados, en el que la atención primaria es un campo subalterno y en el que emergen con mayor fuerza las contradicciones del sistema. Es por ello uno de los terrenos de la CAA. En Estados Unidos los hospitales jerarquizados tienen consultas externas integradas en el mismo, y no hay disociación entre el ambulatorio y el hospital (Connellas, 1993a).

² Quizás con la excepción de la antropología biológica, que sin embargo ha quedado apuntada marginalmente en distintos lugares del texto. Hay que reconocer que esta escisión ha sido mucho más evidente en Europa que en América, puesto que los departamentos de antropología incluían a la antropología biológica, a la social/cultural, a la lingüística y a la arqueología.

³ Salvo en el caso de los estudios específicamente etnopsiquiátricos que ya hemos comentado. Un ejemplo característico de los mismos es el estudio de Mallart sobre etnofarmacología y medicina evuzok (1977), realizado entre 1965 y 1970, o el artículo de Loudon sobre salud mental y religiosidad (1966). La revisión de la revista *SocialScience and Medicine*, que aparece desde 1969, demuestra que salvo incursiones europeas puntuales, esencialmente británicas, al margen de la obra histórica social de Caro Baroja y García Ballester, son los estudios sobre Galicia de Lisón (1971, 1979 y 1990) iniciados en 1964, y los de Cátedra (1976, 1988) en Asturias iniciados en 1970. ninguno de ellos se proponía insertarse en la Antropología de la medicina sino en problemas propios de la antropología general o de la historia social.

⁴ Augé (1984, 1986) desarrolla parcialmente esta temática introduciendo una interpretación en los límites entre el estructuralismo y el marxismo en el que remite a tres planos cognitivos: la lógica de las semejanzas, la de las referencias y una lógica de los acontecimientos.

⁵ De una manera más distanciada Mallart (1992) evoca una situación similar, pero bajo otros parámetros en relación a la magia evuzok.

⁶ La importancia de Herzlich en Francia está, entre muchas otras cosas de un uso muy sistemático de la mejor sociología de la medicina anglosajona —la tradición de Freidson, Mechanic y de la sociología de la desviación que trata de articular con un enfoque muy antropológico y con repercusiones históricas como es el de representación—. Desde la antropología, Laplantine (1986) ha investigado el mismo problema sobre la base de fuentes literarias, histórico-médicas, libros de divulgación y entrevistas con médicos y pacientes en el que trata de establecer una serie de modelos estructurales de la organización de la enfermedad.

⁷ De ahí el interés de Gramsci por el folklore y por el papel de intelectual en la elaboración de los saberes (ver Menéndez (1981:386 y ss.) que revisa las nociones de hegemonía/subalternidad con el objeto de demoler el modelo funcionalista de antropología médica y sentar las bases de un proyecto específico de análisis del proceso salud/enfermedad/atención. Una presentación útil y sugerente para explicar el impacto de la obra de

Gramsci en la antropología mexicana está en Aguirre Beltrán (1986:19-21 y 245-256). Una presentación de su papel en la antropología italiana está en Feixa (1987, 1988).

⁸ Probablemente porque carecían de un marco comparable de análisis de lo que eran las relaciones entre cultura popular y cultura de élite no disponiéndose un instrumento de contextualización de su práctica como el que emergía en un estado como el italiano. El folklore positivista nunca ha sido revisado críticamente en España, puesto que se ha subordinado fundamentalmente al debate sobre las alternativas a la configuración del estado: es decir, la tensión entre centro y periferia y el debate sobre la etnicidad (ver Comelles y Prat, 1992). Leyendo los análisis sobre la cultura popular de los autores urbanos no podemos sino evocar la emergencia de una cultura popular urbana en la Cataluña de antes de la guerra, girando entre la cultura ácrata y una cultura de la *menestralía* catalana. Quizás haya sido una novelista. Mercé Rodoreda la que mejor haya reflejado, en *La Plaça de Diamant*, y sobre todo en *Mirall trencat*.

⁹ Sobre la antropología de la medicina en Italia puede verse el número 8 de *La Ricerca Folklorica*, que reúne una serie de aportaciones muy significativas de distintos enfoques. Un balance sintético de la antropología italiana está en Pandolfi (1992).

¹⁰ El empirismo a-crítico y la superditiación interesada al modelo médico no es generalizable a muchos antropólogos que, sin olvidar que el cólera no es sólo una metáfora (Menéndez, 1991), han hecho de su práctica una forma de intervención sincera en el medio social, fundamentalmente en el Tercer Mundo. La Antropología general que le omitir a estos autores que no con poca intuición han preferido la oraxis a los devaneos teóricos. Los avances en la erradicación de enfermedades infecciosas en el Tercer Mundo, las campañas de Rehidratación Oral Infantil, los programas de salud pública y de salud mental son ejemplos de las posibilidades de una Antropología aplicada comprometida que además está dando buenos resultados gracias a la utilización de nuevas técnicas cualitativas y cuantitativas apoyadas en programas informáticos como ANTHROPAC, UCINET o ETHNOGRAPH. Ver Kendall *et al.* (1991)?

Glosario

Antropología de salón: [*antropologia de saló*] alude al tipo de práctica vinculada al evolucionismo y que se caracteriza por la ausencia de la recogida directa de datos etnográficos. Desde nuestro punto de vista éste no es aún un modelo de práctica bien diferenciado, ni plenamente profesionalizado, puesto que es sostenido fundamentalmente por otros profesionales como médicos, zoólogos, juristas y clérigos que tratan de responder a hipótesis generales sobre el desarrollo de la civilización y que se sitúan como grupos de presión ideológica en relación a grandes debates cívicos-sociales.

Antropología de la medicina [*Anthropologie Médicale, Medical Anthropology*]: Es aquella especialidad de la Antropología social y cultural que estudia los sistemas médicos, las dimensiones sociales [*sickness*] y culturales [*illness*] de la enfermedad y los factores socioculturales que inciden en el desarrollo de las enfermedades (incluida la dimensión *Disease*) y en sus prácticas de tratamiento. En España se utiliza el nombre de *Antropología de la medicina* para distinguir este campo de la *Antropología médica*, una corriente filosó-

fica de pensamiento representada en nuestro país por Pedro Laín Entralgo.

Biomedicina [*Biomedicine o Western-medicine*]: también llamada medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita o etnomedicina fisiológicamente orientada. Designa al sistema médico desarrollado en Occidente desde la Ilustración y que se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas producidas por causas únicas. Ver *Modelo Médico Hegemónico*.

Enfermedad (patología) [*Malaltia, maladie, Disease*]: designa las *dimensiones biológicas de la enfermedad*. Esto es, aquellas anomalías funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de sus signos o por otros medios. Su designación no compete exclusivamente a la medicina occidental o biomedicina.

Enfermedad (dolencia, padecimiento) [*Illness*]: hace referencia a las *dimensiones culturales de la enfermedad*, especialmen-

te a la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y otras formas de expresión. Designa también, en este sentido, al proceso por el cual procesos patológicos orgánicos o sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas.

Enfermedad [*Sickness*]: Alude a las *dimensiones sociales de la enfermedad* y por tanto a las relaciones sociales en donde se insertan los procesos de enfermedad, y a sus articulaciones ideológicas, socio-políticas y económicas.

Etnomedicina [*Ethno-médecine, Ethnomedicine*]: alude tanto al objeto que investiga como a la especialidad que se encarga de investigarlo. En su primera acepción se identifica con la idea de un sistema médico. En su segundo sentido designa el campo disciplinar que estudia estos sistemas. Tradicionalmente englobaba exclusivamente los sistemas médicos indígenas, actualmente se la considera una especialidad de análisis de cualquier sistema incluida la biomedicina, también llamada etnomedicina fisiológicamente orientada.

Folclore médico: [*Folklore medic*] designa aquellos estudios realizados por profesionales de la biomedicina fundamentalmente en Europa sobre otros sistemas médicos de tipo popular, folk, o sincréticos que eran transmitidos principalmente a través de la historia oral.

Folkmedicina [*Medicina Folk, Folk-medicine*]: hace referencia a aquellos sistemas médicos sincréticos desarrollados en sociedades históricas pero que se transmiten generalmente a través de la historia oral.

Ha sido opuesto de forma poco afortunada en la historia de la Antropología a aquellos sistemas médicos indígenas o medicinas primitivas.

Medicina popular: Folk-medicina.

Medicina tradicional [*Traditional medical systems*]: alude en la literatura internacional a los sistemas médicos de las sociedades históricas que poseen tradición escrita. Los más importantes son el sistema ayurvédico en India y la medicina tradicional china. La medicina árabe de tipo galénico puede ser también catalogada como tradicional. El término *tradicional* aunque no del todo apropiado permite diferenciar estos sistemas de la medicina popular y de la biomedicina.

Modelo antropológico clásico: [*model antropològic clàssic*] designa la fase teórica y práctica posterior a la Antropología de salón y que se caracteriza por asumir un enfoque holístico, cualitativo, por la utilización de la larga estancia directa sobre el terreno de estudio, por enfatizar que el analista debe ser el mismo que obtiene la información, por su mayor énfasis en la dimensión ideológica-cultural y por su enfoque *micro*.

Modelos Explicativos [*models explicatius, explanatory models o EMs*]: término desarrollado por Kleinman para englobar el conjunto de concepciones sobre un episodio de enfermedad: etiología, sintomatología, fisiopatología, curso y tratamiento. Los EMs son tanto de los pacientes y familiares como de los profesionales. En el primer caso adquieren, no obstante, una mayor plasticidad y fluctuación. El análisis de

los EMs de profesionales y pacientes es también una herramienta para valorar la eficacia y eficiencia de la comunicación clínica.

Modelo médico hegemónico (MMH): [*model mèdic hegemònic*]: desarrollado por Menéndez designa el tipo de práctica médica característica de la biomedicina: biologismo, individualismo, a-historicidad, a-socialidad, mercantilismo y eficacia pragmática. El apellido *hegemónico* proviene de la teoría de Gramsci y se opone al de *subalterno*.

Procesos asistenciales [*processos assistencials, Health seeking process*]: es un concepto acuñado por Chrisman e inspirado en el de *carrera moral* de Goffman. Alude al proceso seguido individual o colectivamente para mantener o recobrar la salud. Se refiere a los pasos específicos que se producen en un sistema de gestión de la salud y que incluyen desde el autocuidado hasta la consulta a legos o a profesionales de un sistema médico.

Redes semánticas de enfermedad [*Illness Semantic Networks*]: término diseñado por Good para explorar los factores socio-culturales que aparecen semánticamente unidos en un episodio de enfermedad (*Illness*) y que se articulan a partir de un símbolo central.

Rol del enfermo [*Rol de malalt, Sickness role*]: término desarrollado por el sociólogo norteamericano Parsons. Designa el papel o rol que un individuo adopta o es forzado a adoptar cuando está enfermo. La enfermedad viene asociada generalmente a una alteración de la vida cotidiana

y envuelve un conjunto de prácticas, valores y expectativas sociales sobre este episodio que configuran el rol del enfermo.

Síndromes delimitados culturalmente [*Síndromes culturalment delimitades, Culture-Bound Syndromes*]: son aquellas alteraciones y trastornos de tipo sindrómico y por tanto no totalmente definidos desde el punto de vista orgánico que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos. Algunos ejemplos tradicionales son el Koro, el amok, el latah, el susto o el windigo. Tradicionalmente han sido llamados también enfermedades folk. Actualmente en Antropología de la medicina se entiende que fenómenos como la anorexia, el stress o los trastornos de la alimentación, más típicos de las sociedades industrializadas, pueden ser también denominados folk o síndromes específicamente culturales.

Sistema de atención de la salud [*Sistemes de cura en salut, Health care System*]: designa al conjunto de prácticas y concepciones existentes en un grupo o área determinado. Puede coincidir con los límites de un sistema médico o albergar varios de estos sistemas.

Sistema médico [*sistemes mèdics, Medical System*]: es un conjunto de concepciones sobre la salud, la enfermedad y sus problemas asociados. También identifica al conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y para su prevención. Es en este sentido un sistema cultural y un sistema social.

Bibliografía citada

- ACKERKNECHT, Erwin (1948): «Hygiene in France, 1815-1848», *Bull. His. Med.*, 22:117-155.
—[1967] (1986): *La Médecine Hospitalière à Paris*, París, Payot.
—[1971] (1985): *Medicina y Antropología Social*, Madrid, Akal.
AGUIRRE BELTRAN, G. (1947): «La medicina indígena», *América Indígena*, vol. 7:107-127.
—(1986): *Antropología médica*, México, Ciesas.
ALLAND, A., Jr. (1970): *Adaptation in cultural evolution: An approach to medical anthropology*, Nueva York, Columbia Univ. Press
AMADES, Joan (1969) (1980): *El Folklore de Catalunya: costums i creences*, Barcelona, Ed. Selecta.
AMARASINGHAM, L. (1990): «Studying Biomedicine as a Cultural System», en JOHNSON, T.M.; y ARGENT, C.F. (eds.) (1990): *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Nueva York, Praeger, pp.159-173.
—(1958): «Editorial», *América Indígena*, pp. 91-92.
AUGE, M. (1984): «Ordre biologique et Ordre Social», en AUJE; y HERZLICH (eds.): *Le Sens du Mal*, París, Eds. Archives Contemporaines.
—(1986): «L' Anthropologie de la maladie», en J. POUILLON (ed.): *Anthropologie: Etat des Lieux*, París, Le Livre de Poche.
AUGE, M.; y HERZLICH, C. (1984) (eds.): *Le sens du mal: Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, París, Editions des Archives Contemporaines.
BAER, H.; SINGER, M.; y JOHNSON, J. (1986): «Introduction: Towards a Critical Medical Anthropology», *Soc. Sci. Med.*, 23:95-98.
BARRE, W. La [1938] (1989): *The Peyote Culture*, Norman (Okla.), University of Oklahoma Press.
BARTOLI, Paolo (1989): «Antropología en la Educación Sanitaria», *Arxiu d' Etnografía de Catalunya*, 7:17-23.
BASTIDE, R. (1971): *Anthropologie Appliquée*, París, Payot.
BENEDICT, R. [1934] (1974): *El Hombre y la Cultura*, Barcelona, Edhasa.
BLACK, G. W. [1883] (1982): *Medicina Popular*, Barcelona, Alta-fula.
BOAS, F. (1966): *Race, Language and Culture*, Nueva York, The Free Press.
BOLT, C. (1987): *American Indian Policy and American Reform*, Londres, Allen & Unwin.
BOURKE, J.G. [1891] (1976): *Escatología y Civilización*, Madrid, Guadarrama.
—[1892] (1970): *The Medicine Men of the Apache. Ninth Annual Report of the Bureau of Ethnology*, Glorieta (N. Mex.), The Rio Grande Press.
BOUZA BREY, F. (1949): «Introducción», en LYS: *La medicina popular en Galicia*, Pontevedra.

- BRONZINI, G. B. (1983): «Antropología e medicina popolare. Note sugli studi dei positivisti italiani», *La Ricerca Folklorica*, 8:13-16.
BUNZEL, R. (1940): «The Role of Alcoholism in Two Central American Cultures», *Psychiatry*, 3:361-387, en MENÉNDEZ (comp.) (1991): *Antropología del Alcoholismo en México*, México, Cuadernos de la Casa Chata.
BURGLIUSSE, E. [1926] (1974): «El crecimiento de la Ciudad: Introducción a un proyecto de investigación», en THEODORSON (ed.): *Estudios de Ecología Humana*, Barcelona, Labor, pp. 169-182.
CANNON, W.B. (1942): «Voodoo Death», *Am. Anthropol.*, 44:169-181.
CARRASCO, S. (1989): «Assaig de Reconstrucció d'un Passat Alimentari: Sabadell cap el Canvi de Segle», *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, 7:113-136.
CATEDRA TOMAS, M. (1976): «Nota sobre la envidia: los ojos malos entre los vaqueiros de Alzada», en LISON TOLOSANA, C.: *Temas de Antropología Española*, Madrid, Akal, pp. 9-48.
—(1988): *La Muerte y otros Mundos*, Cijón, Júcar.
CAUDILL, W. (1953): «Applied Anthropology in Medicine», en KROEBER (ed.): *Anthropology To-Day*, Chicago, University Press, pp. 771-806.
CHRISMAN, N.J. (1977): «The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:351-377.
CHRISMAN, N.J.; y MARETZKY, T.W. (eds.) (1982): *Clinically Applied Anthropology*, Dordrecht, Reidel.
CHRISMAN, N.J.; y JOHNSON, T.M. (1990): «Clinically Applied Anthropology», en T.M. JOHNSON; y SARGENT, C.F. (eds.) (1990): *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Nueva York, Praeger, pp. 93-114.
CLEMENTS, F.E. (1932): «Primitive Concepts of Disease», University of California Publications in American Archeology and Ethnology, 32, 2:185-252.
COLLIGNON, R. (1979): «Vingt ans de travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar», *Psychopathologie Africaine* (número especial), XIV:2-3.
COLSON A.C.; y SELBY, K. (1974): «Medical Anthropology», *Biennial Review of Anthropology*, Stanford University Press, pp. 245-262.
COMELLES, J.M. (1993): «La Utopía de la Atención Integral en Salud. Autocuidado, Atención Primaria y Atención Institucional», en Carlos ALVAREZ-DARDET; y Miquel PORTA: *Revisiones en Salud Pública 3*, Barcelona, Masson.
DUBOS, R. (1961): *Mirage of Health*, Nueva York, Anchor Books.
DURKHEIM, E. [1895] (1978): *Las Reglas del método sociológico*, Madrid, Akal.
EISENBERG, L. (1977): «Disease and Illness. Distinction between Professional and Popular Ideas of Sickness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:9-24.
EVANS-PITCHARD, E.E. [1937] (1976): *Brujería, magia y oráculos entre los azande*, Barcelona, Anagrama.
FABREGA, H., Jr. (1972): «Medical Anthropology», en *Biennial Review of Anthropology*, Stanford University Press, pp. 167-229.
—(1974): *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*, Cambridge, The Mit Press.
—(1990): «A Plea for a Broader Ethnomedicine», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14:129-132.
FAINZANG, S. (1989): *Pour une Anthropologie de la Maladie en France*, París, E.H.E.S.S.
FAVRET-SAADA, J. (1977): *Les Mots, la Mort, les Sorts. La Sorcellerie dans le Bocage*, París, Gallimard.
FEIJÓO, Fray Benito G. [1726-1739] (1986): *Teatro Crítico Universal*, Madrid, Editorial Castalia.
FREIXA, C. (1987) «Més enllà d' Eboli. Gramsci i l'Antropologia italiana (1)», *Nous Horizons*, 105:28-41
—(1988) «Més enllà d' Eboli. Gramsci i l'Antropologia italiana (2)», *Nous Horizons*, 107:21-32.
FLEXNER, A. (1910): *Medical Education in The United States and Canada*, Nueva York, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

- (1883-1884) (1987): *El Folk-lore Frexense y Bético-extremeño*, Fregenal (Badajoz), Diputación Provincial, Imprenta el Eco, a cargo de Torrellas y C^a. (edición facsímil).
- FOSTER, G.M. (1974): *Antropología Aplicada*, México, F.C.E.
- (1976): «Disease Etiologies in Non-Western Medical System», *Am. Anthropol.*, 78:773-782.
- FOSTER, G.M.; y ANDERSON, B.G. (1978): *Medical Anthropology*, Nueva York, John Wiley & Sons, Inc.
- FOUCAULT, M. [1966] (1988): *Las palabras y las cosas*, México, Siglo XXI.
- [1974] (1990): «Historia de la Medicalización», en *La Vida de los Hombres Infames*, Madrid, La Piqueta, pp.121-152.
- FOUCAULT, M.; et al. [1979] (1991): *Les Machines à Guérir. Aux Origines de l'Hôpital Moderne*, Bruselas, Atelier Pierre Madarga (trad. cast., en Saber y Verdad, Madrid, La Piqueta, 1991).
- FRAKE, Ch.O. (1961): «The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao», *Am. Anthropol.*, 63:113-132.
- FRANK, J.P. (1790): *Oratio Academica de populorum miseria, morborum genitrice*, en J.L. LOPEZ PIÑERO: *Medicina, Historia y Sociedad*, Barcelona, Ariel, pp. 204-207.
- FRANKENBERG, R. (1980): «Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective», *Social Science and Medicine*, 14B:197-207.
- (1988): «Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? Or Rat's Tail to Sea Serpent?», *Medical Anthropology Quarterly*, 2:454-459.
- FRAZER, J. [1911] (1965): «Magia y religión», en DE MARTINO (ed.): *Magia y civilización*, Buenos Aires, Ateneo, pp. 49-59.
- FREIDSON, E. [1970] (1978): *La Profesión Médica*, Barcelona, Península.
- GARCIA MORA, C. (comp.) (1986): *La Antropología en México. Panorama Histórico*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 4 vols.
- GOFFMAN, E. [1961] (1970): *Internados. Ensayo sobre la condición social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
- GOOD, B. (1977): «The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-58.
- (1993): *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge Univ. Press.
- GOOD, B.J.; y DEL VECCHIO GOOD, M.J. (1981): «The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice», en L. EISENBERG; y A. KLEINMAN (eds.) (1981): *The Relevance of Social Science for Medicine*, pp.165-196, Dordrecht, Reidel.
- GRAMSCI, A. (1977): *Quaderni del Carcere*, Turín, Giulio Einaudi, vol II, pp. 1511-1552 (trad. cast., Era, México, 1981).
- GREENWOOD, D. (1984): «Medicina naturalista vs. medicina intervencionista. Historia antropológica de una pugna ideológica», *Arxiu d' Etnografia de Catalunya*, 3:57-82.
- GRINNELL, G.B. (1905): «Some Cheyenne Plant Medicines», *Am. Anthropol.*, 7:37-43.
- (1914) «The Cheyenne Medicine Lodge», *Am. Anthropol.*, 16:245-256.
- GROB, G. (1985) *The Inner World of American Psychiatry*, New Brunswick, Rutgers Univ. Press.
- GROTHJAHN, A. (1915): *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von der Sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der Sozialen Medizin un der sozialen Hygiene. Zweite neubearbeitete Auflage*, Berlín, Verlag August Hirschwald.
- GUICHOT Y SIERRA, A. [1922] (1984): *Noticia histórica del Folclore*, Sevilla, Instituto de Cultura Andaluza.
- HAHN, R.A.; y KLEINMAN, A. (1983): «Biomedical Practice and Anthropological Theory», *Annual Review of Anth.*, 12:305-33.

- HALLOWELL, I.A. (1934): «Sin, Sex and Sickness in a Salteaux Belief», *Brit. J. Med. Psychol.*, 18:191-199.
- HANNERZ, Ulf: [1980] (1986): *Exploración de la Ciudad. Hacia una Antropología Urbana*. México, F.C.E.
- HERZLICH, C.; y PIERRET, J.(1984): *Malades d' hier, Malades d' aujourd' hui*. París, Payot.
- LICH, Ivan (1975): *Némesis Médica*, Barcelona, Barral.
- KENDALL, C.; et al. (1991): «Urbanization, Dengue, and the Health Transition: Anthropological Contributions to International Health», *Medical Anthropology Q.*, 5:195-268.
- KIEV, A. (1968): *Curanderismo. Mexican-American Folk-Psychiatry*, Nueva York, Free Press.
- KLEINMAN, A.M. (1978): «What Kind of Modelo for the Anthropology of Medical Systems?», *Am. Anthropol.*, 80:661-665.
- (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley (Cal.), University of California Press.
- (1992): «Pain and Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Worlds» en J. DEL VECCHIO; GOOD; BRODWIN; GOOD; y KLEINMAN (eds.): *Pain as a Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley (Cal.), University of California Press.
- KLEINMAN, A.M.; y KLEINMAN, J. (1991): «Suffering and Its Professional Transformation: Toward and Ethnography of Interpersonal Experience», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15:275-302.
- LAIN ENTRALGO, P. [1958] (1987): *La Curación por la Palabra en la Antigüedad Clásica*, Barcelona, Anthropos.
- LAPLANTINE, F. (1986): *Anthropologie de la Maladie*, París, Payot.
- LEIGHTON, D. (1943): «El indio y la medicina», *América Indígena*, 3:127-133.
- LESKY, E. (1984) (ed.): *Medicina social: estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LEVI-STRAUS, C. (1958): *Anthropologie Structurale*, París, Plon.
- LIS, V. (1949): *La medicina popular en Galicia*, Pontevedra.
- LISON TOLOSANA, C. (1971): *Antropología Social en España*, Madrid, Siglo XXI.
- (1979): *Brujería, Simbolismo y Estructura Social en Galicia*, Madrid, Akal.
- (1990) *Endemoniados en Galicia*, Madrid, Akal.
- LOCK, M.; y SCHEPER HUGHES, N. (1990): «A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent», en JOHNSON, T.M.; y SARGENT, C.F. (eds.) (1990): *Medical Anthropology: Contemp. Theory and Method*, Nueva York, Praeger, pp. 47-72.
- LOUDON, J.B. (1966): «Religious Order and Mental Disorder», en BANTON (ed): *The Social Anthropology of Complex Societies*, Londres, Tavistock, pp. 69-96.
- (1976): *Social Anthropology and Medicine*, Nueva York, Academic Press.
- LOUX, F.(1978): *Le Jeune Enfant et son Corps dans la Medecine traditionnelle*, París, Flammarion.
- (1983): *Traditions et Soins aujourd' hui*, París, Interditions.
- LYND, R. S.; y LYND, H. (1929): *Middletown: A study in Contemporary American Culture*, Nueva York, Harcourt Brace.
- MACHADO y ALVAREZ, A. [1889] (1982): «Carta a F. Rubio», en BLACK (1982): *Medicina Popular*, pp.: 341-351.
- MALINOWSKI, B. [1944] (1984): *Una teoría científica de la cultura*, Madrid, Sarpe.
- MALLART, Lluís (1977): *Médecine et Pharmacopée Evuzok*, París, Institut d' Ethnologie.
- (1992): *Sóc Fill dels Evuzok*, Barcelona, La Campana.
- MARTINO, De E. [1958] (1983): *Morte e Pianto Rituale. Dal lamento Funebre Antico al Pianto di Maria*, Turín, Paolo Boringhieri.

- [1959] (1983): *Sud e magia*, Milan, Feltrinelli.
- [1961] (1968): *Terre du remords*, París, Gallimard.
- (1965): *Magia y civilización*, Buenos Aires, El Ateneo.
- MATTHEWS, W. (1888): «The Prayer of a Navajo Shaman», *Am. Anthropol.*, 1:139-92
- MECHANIC, D. (1960): «The Concept of Illness Behavior», *Journal of Chronic Diseases*, 15:189-194.
- MENENDEZ, E. L. (1978): «El Modelo Médico y la salud de los Trabajadores», en BASAGLIA; FRANCO; et al.: *La Salud de los Trabajadores*, México, Nueva Imagen, pp. 11-53.
- (1981): *Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las Condiciones Sociales y Económicas de la Enfermedad en Yucatán*, México, Ediciones de la Casa Chata.
- (1990): *Morir de Alcohol*, México, Alianza Editorial Mexicana.
- (1991) (ed.): *La autoatención como nivel primero de atención*, Arxiu Etnogràfic de Catalunya, 10 (en prensa).
- (1991a): *La Antropología del Alcoholismo en México*, México, CIESAS.
- (1992): «Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo», *Cuadernos Médico-Sociales* (Rosario, RA) 59:3-18.
- METRAUX, Alfred (1958): *Le Vaudou Haïtien*, París, Gallimard.
- MISHLER, E.G. (1981): «Viewpoint: Critical Perspectives on the Biomedical Model», en E.G. MISHLER (ed.): *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*, Cambridge (Cal.), University of California Press.
- MISHLER, E.G.; y SCOTCH, N.A. (1963): «Sociocultural Factors in the Epidemiology of Schizophrenia», *Psychiatry*, 26:315-51.
- MODENA, M.E. (1990): *Madres, Médicos y Curanderos. Diferencia Cultural e Identidad Ideológica*, México, Ediciones de la Casa Chata.
- MORSY, S. (1990): «Political Economy in Medical Anthropology», en T.M. JOHNSON; y C.F. SARGENT (eds.) (1990): *Medical Anthropology: Contemp. Theory and Method*, Nueva York, Praeger, pp. 26-46.
- MURDOCK, G.; WILSON, S.F.; y FREDERICK, W.; (1978): «World Distribution of theories of Illness», *Ethnology*, 17:449-470.
- ONOGE, O. (1975): «Capitalism and Public Health: A Neglected Theme in the Medical Anthropology of Africa», en S.R. INGMAN; y A.E. THOMAS (eds.): *Topias and Utopias of Health*, París, The Hague-Mouton, pp. 219-232.
- ORTIGUES, E.; y ORTIGUES, C. (1966): *L' Oedipe Africain*, París, Plon.
- PANDOLFI, M. (1991): *Itinerari delle Emozioni*, Milán, Francoangeli.
- (1992): «Beyond Gramsci and De Martino: Medical Anthropology in Contemporary Italy», *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 2:162-165.
- PARKER, A.C. (1909): «Secret Medicine Societies of the Seneca», *Am. Anthropol.*, 11:161-185.
- PARSONS, T. [1951] (1984): *El sistema social*, Madrid, Alianza.
- PARTRIDGE, W. L.; y EDDY, E. (1987): «The Development of Applied Anthropology in America», en EDDY; y PARTRIDGE (comps): *Applied Anthropology in America*, Nueva York, Columbia University Press, pp. 3-57.
- PERDIGUERO, E. (1990): *Los Tratados de Medicina Doméstica en la España de la Ilustración* (Tesis de Doctorat), Universitat d' Alacant.
- PESET, J.L. (1984): *Ciencia y Marginación: Negros, Locos y Criminales*, Barcelona, Crítica.
- PITRE, G. (1886): *Medicina Popolare Siciliana*, Palermo, Biblioteca delle Tradizioni Popolari Siciliani.
- POLGAR, S. (1962): «Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences», *Current Anthropology*, 3:159-205.

- PORTER, J. C (1986): *Paper Medicine Man. John Gregory Bourke and his American West*, Norman (Okla.), Oklahoma University Press.
- PROCTOR, R. (1988): «From "Anthropologie" to "Rassenkunde" in the german anthropological tradition», en STOCKING (ed.): *Bones, Bodies and Behavior: Essays in biological Anthropology*, Madison (Wis.), Wisconsin University Press.
- REAGAN, A.B. (1922): «Medicine Songs of George Farmer», *Am. Anthropol.*, 24: 332-396.
- REDFIELD, R. [1941] (1944): *Yucatán: una cultura en transición*, México, Fondo de Cultura económica.
- REDFIELD, R.; y VILLA-ROJAS, A. (1934): *Chancom: a Maya Village*, Washington, Carnegie Institution.
- RETEL-LAURENTIN, A. (1983) (ed.): *Une Anthropologie Médicale en France*, París, C.N.R.S.
- RIVERS, W.H.R. (1924): *Medicine, Magic and Religion*, Londres, Kegan, Paul, Trench, Trubner & Co, Ltd.
- RODRIGUEZ, F. (1987): *Salud y sociedad*, Madrid, Tecnos.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1987): *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RODRIGUEZ LOPEZ, J. [1895] (1974): *Supersticiones en Galicia y preocupaciones vulgares*, Lugo, Ed. Celta.
- ROSEN, G. (1974): *De la Policía Médica a la Medicina Social*, México, Siglo XXI.
- ROUSSEAU, J.J. [1754] (1976): *Discurso sobre el Origen y los Fundamentos de la Desigualdad Humana*, Barcelona, Península.
- RUBEL, A.J. (1960): «Conceptions of disease in mexican-american culture», *American Anthropologist*, 62:695-714.
- RUBEL, A.J.; et al. [1984] (1989): *Susto: una enfermedad popular*, México, F. de C. E.
- RUSSELL, F. (1898): «An Apache Medicine Dance», *Am. Anthropol.*, 11:367-372.
- SAPIR, P.; SEGAL, J.; y GOLDSTEIN, M.S. (1963): «Anthropology and the Research Grant and Fellowship Programs of the National Institute of Mental Health», *Am. Anthropol.*, 65:117-132.
- SCHAPER-HUGHES, N. (1990): «Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology», *Social Science and Medicine*, 2:189-197.
- SCHAPER-HUGHES, N.; y LOCK, M. (1987): «The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology», *Medical Anthropology Quarterly*, 1:6-41.
- SCOTCH, N. (1963): «Medical Anthropology», *Biennial Review of Anthropology*, Standford, S.U.P., pp. 30-68.
- (1963a): «Sociocultural factors in the epidemiology of Zulu Hypertension», *Amer. J. Pub. Health*, 22:304-311.
- SEPELLI, Tullio (ed.) (1983): «La Medicina Popolare in Italia», *La Ricerca Folklorica* 8, Brescia, Grafo Edizioni.
- SICERIST, H. (1951): *Primitive and Archaic Medicine. A History of Medicine*, vol. 1, Nueva York, Oxford University Press.
- SINGER, M. (1990): «Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment», *Social Science and Medicine*, 30:179-187.
- (1992): «Biomedicine and the Political Economy of Science», *Medical Anthropology Q.*, 6:400-404.
- SKULTANS, M. (1991): «Anthropology and Psychiatry: The uneasy Alliance», *Trans. Psych. Res. Rev.*, 28:5-24.
- SONTAG, S. [1977] (1989): *Illness as Metaphor. Aids and Its Metaphors*, Londres, Penguin Books.
- STOCKING, G.W. (1968): *Race, Culture and Evolution: Essays in the History of Anthropology*, Nueva York, The Free Press.

- (1976): «Ideas and Institutions in American Anthropology: Thoughts Toward a History of the Interwars Years», en STCKING (comp): *Selected Papers from the American Anthropologist*, Washington, American Anthropological Association.
- (1985): «Philantropoids and Vanishing Cultures. Rockefeller Founding and the End of the Museum Era in Anglo-American Anthropology», en STOCKING (ed.): *Objects and Others. Essays on Museums and Material Culture*, Madison (Wis.), The University of Wisconsin Press.
- (1987): *Victorian Anthropology*, Nueva York, The Free Press.
- SUCHMAN, E.A. (1965): «Social Patterns of Illness and Medical Care», *Journal of Health and Human Behavior*, 7:2-16.
- TAUSSIG, M. (1980): «The Reification and the Consciousness of the Patient», *Soc. Sci. Med.*, 14B:5-13.
- TURNER, V. [1967] (1980): *La selva de los símbolos*, México, Siglo XXI.
- TWADDLE, A.C. (1981): «Sickness and the Sickness Career: Some Implications», en L. EISENBERG; y A. KLEINMAN (eds.): *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Reidel, pp: 111-134.
- TYLOR, E.B. (1871): *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*, Londres, John Murray.
- VIQUEIRA, C.; y PALERM, A. (1954): «Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades rurales de México», *América Indígena*, 14:7-36.
- VIRCHOW, R. (1849): «Über das Bedürfnis und die Richtigkeit einer Medizin vom mechanischen Standpunkt», en *Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*.
- WAITZKIN, H. (1981): «A Marxist Analysis of the Health Care Systems of Advanced Capitalist Societies», en L. EISENBERG; y A. KLEINMAN (eds.): *The Relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, Reidel, pp. 333-370.
- WALLIS, W.D. (1922): «Medicines Used by the Micmac Indian», *Am. Anthropol.*, vol. 24, pp. 24-30.
- WHYTE, William Foote (1989): *Learning from the Field. A Guide from Experience*, Newbury Park, Sage Publications.
- WORSLEY, P. (1982): «Non-Western Medical Systems», *Annual Review of Anthropol.* pp. 315-347.
- WRIGHT, A.L.; y JOHNSON, T.M. (1990) (eds.): «Critical Perspectives in Clinically Applied Medical Anthropology», *Social Science and Medicine*, vol. 30, pp- 945-1013.
- WRIGHT MILLS, C. (1949): «The Professional Ideology of Social Pathologists», *American Journal of Sociology*.
- YOUNG, A. (1982): «The Anthropologies of Illness and Sickness», *Ann. Rev. Anthropol.*, 11:257-285.
- ZEMPLINI, A. (1966): «La dimension thérapeutique du culte des rab. Ndöp, tuuru et samp, rites de possession chez les lebou et les wolo», *Psychopathologie Africaine* 2, 3:295-439.
- (1968): *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou* (Tesis del Tercer Ciclo), París, Université de Paris.
- (1985): «La Maladie et ses causes», *L'Ethnologue*, 96-97, 2-3:13-43.
- ZOLA, I.K. (1966): «Culture and Symptoms: an analysis of patient. Presenting complaints», *American Sociological Review*, 31:615-630.

Índice alfabético

- análisis situacional, 61
- Antropología aplicada, 38
- a la clínica, la, 63
- biológica, 28
- crítica aplicada a la medicina, 81
- de la enfermedad, 68
- de la medicina, 21
- física, 9
- simbólica, 59
- de salón, 7
- psicoanalítica, 29, 71
- autonormal y autopatológico, 42
- ayurvédica, 64
- biomedicina, 9
- cambio social, 41
- cameralismo, 18
- carrera moral, 61
- Centro Specimentale di Educazione Sanitaria de Perugia, 78
- «clinical anthropology», 47
- «Clinically Applied Anthropology», 63
- comunidad, 41
- contexto, 59
- cordoglio, 76
- «core clinical functions», 56, 61
- crítica-interpretativa, 81
- «Critical Medical Anthropology», 59
- cultura y personalidad, 31
- chamanismo, 30
- dialéctica naturaleza-cultura, 57
- dimensiones culturales de la enfermedad, 59
- sociales de la enfermedad, 59
- «disease», 54
- eficacia simbólica, 71
- EMs, 61
- enfermedades folk, 53
- Erklären, 59
- ethnography of interpersonal experience, 80
- etnomedicina, 43
- etnopsicoanálisis, 29
- etnopsiquiatría, 29
- evolucionismo, 24
- «Explanatory Models», 59
- fenomenología, 32
- filosofía hermenéutica, 59
- «Folk-medicine» y medicina primitiva, 41
- folklore, 9
- folklore médico, 11
- «health care system», 57, 61
- seeking process», 61
- , natural history of illness, 47
- heteronormal, 42
- heteropatológico, 42
- higiene pública, 19
- «illness», 54
- behavior», 55
- semantic networks», 59

- integración, 43
 «lay referal system», 55
- magia, 25
 mal de ojo, 76
 marxismo, 75
 medicina alopática, 57
 —indígena, 43
 —popular, 10
 —primitiva, 16
 —psicosomática, 47
 —social, 17
 —tradicional china, 64
 mercantilismo, 18
 modelo antropológico, 7
 —clásico, 8
 —médico clásico, 48
 —cultural total, 29
 —médico, 7
 modelos explicativos, 59
 muerte vudu, 32
- naturalistas, 56
 naturismo, 64
 «New Deal», 39
- palabras foco, 60
 particularismo histórico, 28
 patoecología urbana, 37
 patología social, 37
 personalistas, 56
 policía médica, 18
- política indigenista, 43
 postmodernismo, 80
 proceso, 61
 —de medicalización, 8
 procesos de búsqueda de salud, 62
- red social, 61
 redes o campos semánticos, 59
 religión, 25
- salud comunitaria, 17
 —pública, 17
 «sick role», 55
 «sickness career», 47
 —process», 47
 símbolos rituales dominantes, 60
 síndromes delimitados culturalmente, 53
 sistema cultura, 56
 sistemas, 56
 —médicos, 44
 —naturalistas, los, 56
 —personalistas, 56
 sociedad folk, 41
 «socioculturalismo», 62
- tarantismo, 76
 términos centrales, 60
 texto, 59
 tibetana, 64
 topografías médicas, 18
- Verstehen, 59