

CAPÍTULO 6

SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN: LAS MIRADAS DE LA ANTROPOLOGÍA

Diana Weingast

En este capítulo recorreremos algunos aportes que la perspectiva antropológica ha desarrollado sobre la salud, la enfermedad y la atención. Para ello retomaremos algunos autores que han analizado, reflexionado y propuesto diferentes enfoques que no necesariamente son excluyentes.

En ese sentido, la especialidad conocida como Antropología Médica se organiza en el siglo pasado, a fines de los años 50 principios de los 60, siendo su objeto de interés los sistemas de salud-enfermedad-atención que operan en cualquier sociedad.

También se ubica a la Antropología Médica como una subdisciplina antropológica que entiende la salud en el ámbito de la cultura, comprendiendo la salud-enfermedad-atención como un universal frente al cual cada grupo ha desarrollado una respuesta específica y que requiere de la historia para la comprensión y el abordaje de dicho fenómeno. (Fajreldin Chuaqui 2006).

Martínez Hernández (2008), aludiendo a diversos autores, indica que la Antropología Médica es uno de los campos de mayor debate teórico desde donde las diferentes perspectivas analíticas (interpretativismo, constructivismo, marxismo)

“han encontrado en la enfermedad y la atención médica un foco privilegiado para discutir la importancia de la superestructura y la infraestructura en la vida social; donde el cuerpo, la experiencia del sufrimiento y las terapias se constituyeron en un campo de indagación de las relaciones de diferenciación y desigualdades de género, de clase y étnicas; donde las instituciones médicas se han convertido en objeto para debatir problemas como el poder. Pero también, las nuevas tecnologías médicas con sus posibilidades reales o imaginadas en el diseño y recodificación de la vida han abierto nuevas fronteras a la discusión entre naturaleza y cultura”. Martínez Hernández (2008:38)

Como expresan diferentes antropólogos de distintas vertientes clásicas y contemporáneas, Foster (Estados Unidos), Aguirre Beltrán (México), Comelles (España), Menéndez (México), la descripción acerca de las creencias sobre las causas de la enfermedad y los sistemas de atención en sociedades no occidentales constituyeron un componente importante en las etnografías de los autores clásicos de la disciplina.

Foster y Anderson (1978) en un trabajo sobre el campo de la antropología médica señala que sus antecedentes pueden rastrearse en los primeros estudios antropológicos sobre las instituciones médicas en sociedades no occidentales. En estos inicios se recogieron datos acerca de las concepciones y prácticas médicas de la gente como parte del repertorio de la totalidad cultural de los grupos.

El primer estudio sistemático con base en el trabajo de campo etnográfico fue realizado por el médico y antropólogo inglés Williams Rivers que, en el marco de las expediciones británicas entre 1894-1905, describió las prácticas de los habitantes de Nueva Guinea y Melanesia. "Medicina, Magia y Religión" de Rivers, publicado en 1924, propone un estudio comparado de los sistemas médicos, considerando que las creencias (1) sobre las causas de las enfermedades y las prácticas de los grupos no occidentales constituyen una institución social que está interligada a la cultura.

Posteriormente Erwin Ackerknecht (1940), fundador de la Antropología médica norteamericana, sostuvo la importancia de entender a la medicina como una institución inseparable del resto de la cultura y la sociedad. De esta manera reconocía que la percepción del estado de enfermedad, su diagnóstico depende de factores culturales y que el tratamiento sigue la lógica de las creencias. En su planteo no sólo está presente el reconocimiento de la diversidad cultural sino que se resalta la existencia de varias medicinas cada una de ellas ligada a su cultura particular.

Estos autores (W. Rivers, E. Ackerknecht) comparten la idea de que la medicina de los pueblos no occidentales representa un modo de pensamiento cualitativamente diferente a la biomedicina o medicina científica. El por qué referenciamos a estos precursores, a pesar de que sus interpretaciones hayan

sido posteriormente cuestionadas (2), remite a que instauraron el estudio de las medicinas no occidentales como objeto de investigación antropológica y, además, reconocieron que para entender el sistema médico de una cultura había que examinarlo dentro de su contexto socio-cultural ya que las creencias y las prácticas en salud y ante la enfermedad forman parte de un sistema lógico conceptual.

Un antecedente en el desarrollo del campo de la antropología médica, como lo indicara Martínez Hernández (2008), lo constituye la escuela de cultura y personalidad que, interesada en la relación entre cultura e individuo, puso el foco de atención en la determinación cultural de la personalidad, el debate sobre la universalidad o particularidad de los criterios psicológicos y psiquiátricos de normalidad y anormalidad, el papel de la cultura en la configuración de la sintomatología de los trastornos mentales. Por ejemplo Ruth Benedict (1934), en el marco del cuestionamiento al determinismo biológico imperante en su época, relativiza los criterios de normalidad y anormalidad de las conductas individuales señalando que dichos criterios responden a valoraciones de una cultura determinada y que son dependientes de ella.

En una revisión de la producción académica para el campo de la Antropología Médica Latinoamericana Eduardo Menéndez (1985) señala que en los años 40 a 60 se constituyeron en dominantes los estudios culturales centrados en la descripción y el análisis de los valores, las actitudes y los patrones culturales respecto de la salud y la enfermedad. Estos estudios nos recuerda Menéndez, parten de la idea general que las prácticas médicas “tradicionales” (3) tienen su *propia racionalidad diagnóstica y terapéutica* y se hallan integradas a las concepciones culturales y productivas dominantes en la comunidad.

Tomando como unidad analítica las pequeñas comunidades campesinas de extracción indígena, consideradas en términos de microgrupos, focalizaron en la relación médico-paciente, las enfermedades consideradas “tradicionales”: el susto (4), mal de ojo (5), las terapias nativas, los procesos de embarazo, parto y puerperio, como también problemas designados como enfermedad mental.

Menéndez (1985) señala que desde una mirada que escindía lo tradicional (enfermedades tradicionales) de lo moderno (enfermedades científicas) el foco de atención estuvo puesto principalmente en las barreras culturales y en la búsqueda de mecanismos que posibilitaran la integración y aculturación de las prácticas biomédicas. Recordemos que para la región latinoamericana se trata de un contexto de expansión de la biomedicina, de la implementación por parte de los organismos internacionales de programas de salud (6).

Como señala Foster y Anderson

“...los antropólogos estaban en situación de explicar al personal de salud cómo las creencias tradicionales y las prácticas chocaban con las concepciones de la medicina occidental, cómo los factores sociales y culturales influyen en las decisiones del cuidado de la salud y cómo la salud y la enfermedad son aspectos del modelo cultural que cambia en relación con cambios socioculturales más generales.” Foster y Anderson (1978:7-8)

Si bien estos estudios presentan ciertas limitaciones explicativas (7) que se relacionan con la mirada clásica antropológica (lo que Menéndez designa como Modelo Antropológico Clásico) se reconoce que los mismos *constituyen los primeros estudios sobre representaciones de la enfermedad entre las poblaciones ya que se interesaron y recuperaron las significaciones de los no profesionales y en menor medida sus prácticas* (8).

A finales de los años 60, Menéndez (1985) nos recuerda que la producción antropológica médica latinoamericana presenta un limitado desarrollo y empiezan a cobrar una mayor relevancia los estudios que se centran en lo que se designa como Sociología Médica. Cabe aclarar que en el campo de los estudios latinoamericanos, particularmente en la producción mexicana, en los 70 se va delineando una perspectiva crítica a la producción sociológica funcionalista (Parsons) (9).

La Antropología Médica norteamericana a partir de los años 70

La importancia de revisar algunas de estas producciones radica en que sus aportes constituyeron y constituyen insumos importantes para la comprensión y análisis de los fenómenos de salud-enfermedad y están presentes en los análisis antropológicos actuales.

Un autor significativo en el campo de la antropología médica norteamericana en los años 70 fue Horacio Fabrega (1972) quien, entre otras cuestiones, delimita el espacio médico del espacio antropológico distinguiendo dos dimensiones de la enfermedad: *disease* (enfermedad) e *illness* (padecimiento). Con el concepto de *disease*, refiere a estados corporales alterados o procesos de desviación a normas establecidas en o por la ciencia médica occidental (biomedicina); mientras que el término *illness* lo utiliza para designar que alguien está enfermo desde criterios sociales y psicológicos que son separables de aquellos que emplea la medicina occidental.

De manera que el término *illness* le permite referirse a la dimensión cultural de la enfermedad, especialmente a *la construcción simbólica de los síntomas y otras formas de expresión*. La *illness* designaría el proceso por el cual los procesos patológicos orgánicos o las sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas.

En un trabajo sobre “La enfermedad como categoría simbólica” (1977), este autor señala que todos los pueblos apartan una extensa clase de acontecimientos y cambios indeseables que pueden afectarlos de modo personal designándolos con algún término que se asemeja a lo que occidente llama enfermedad. Lo que está señalando es que por definición la enfermedad está asociada con eventos evaluados como negativos, adversos a los cuales la gente ha articulado significaciones y acciones.

Desde esta premisa Fabrega enfatiza la perspectiva médica cultural de los diferentes pueblos considerando la enfermedad en términos de sistema de significados del grupo lo que conduce al reconocimiento de diversas formas de enfermar y destacando la relevancia de todo tipo de creencias y teorías.

Como señala Rosalía Cortes (1997) en su trabajo “Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura” esta distinción *disease* e *illness* refiere al reconocimiento de dos perspectivas diferentes sobre la enfermedad, la perspectiva del paciente y la perspectiva del médico.

Arthur Kleinman (1983), un psiquiatra norteamericano con formación antropológica, asume y resignifica (10) la dualidad (*illness/disease*)

desarrollada por Fabrega y con el concepto de *sistema cultural* (11) se propone analizar la biomedicina como cualquier otro sistema médico.

De esta manera considera a la biomedicina como un sistema con sus propias reglas de juego, valores, prácticas, creencias que configuran su papel en el contexto social general. Este tipo de tratamiento le permite relativizar las categorías médicas occidentales, que en tanto constituyen elementos de un sistema cultural, son productos de la vida social.

Kleinman (1980) plantea su análisis a través del concepto de *modelos explicativos*, que le permite referirse a las nociones que sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento utilizan todos los que están involucrados en el proceso clínico. De esta manera va a distinguir dos tipos de modelos explicativos: *de los profesionales* y *de los pacientes*; ambos modelos explicativos interactúan y constituyen los componentes centrales del *sistema de atención en salud* (health care system).

El análisis de los *modelos explicativos de los profesionales* nos acerca a cómo ellos entienden y tratan la enfermedad, mientras que el estudio de los *modelos explicativos de los pacientes y sus familiares* nos habla de cómo ellos construyen el sentido del episodio de enfermedad y cómo eligen, evalúan el/los tratamiento/os particular/res. Estudiar la *interacción de ambos modelos explicativos* permite analizar los problemas existentes en la *comunicación clínica*. Kleinman (1980) indica que la investigación de los modelos explicativos en relación con los sectores y subsectores de los sistemas de atención de la salud revela uno de los mecanismos fundamentales por medio del cual el contexto cultural y social afecta las relaciones médico-paciente y otras presentes en la atención de la salud.

Este tipo de interpretación puede conducir a que la relación médico-paciente sea leída como un problema de comunicación, de “entendimiento” entre las partes y omitir que las interacciones médico-pacientes se estructuran en un campo de relaciones de desigualdad y de poder, en términos de hegemonía/subordinación.

En trabajos posteriores (Kleinman y Benson, 2006) otorga relevancia al papel del discurso y a las relaciones ideológicas de poder que legitiman o ilegitiman

mundos locales y experiencias individuales de la enfermedad y el sufrimiento. Considerando que el estar enfermo abarca el dolor físico pero también las dimensiones económicas como cuidado de la salud y la inseguridad laboral, conjuntamente con otros aspectos que los va a designar como “morales”(12) como la autoestima, la vergüenza y el grupo social. A modo de ejemplo, señala que

“...el dolor crónico de espalda no es simplemente un trauma físico o psicológico, sino que tiene un impacto sobre el sentido de la propia identidad, sobre la capacidad de trabajar y de divertirse y sobre las relaciones con la familia y amigos. El sufrimiento adquiere dimensión social por cuanto supone una carga para la red social.”(Kleinman y Benson, 2006: 20).

De esta manera otorga relevancia a la *experiencia de estar enfermo* porque considera que

“...se concreta en cómo quienes sufren, los miembros de la familia y en el conjunto de la red social perciben, conviven con y responden a los síntomas, a las incapacidades y al sufrimiento”. (Kleinman y Benson, 2006:19)

Dentro de estas perspectivas que focalizan en la dimensión cultural de la enfermedad, no podemos dejar de mencionar a Byron Good (1977), antropólogo norteamericano, que considera la *enfermedad como un síndrome de experiencias y significado*.

Para este autor la enfermedad constituye una realidad socio histórica cuyo significado debe ser entendida como un conjunto de síntomas definidos. Se trataría de un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos que van unidos para los miembros de una sociedad. Este síndrome de experiencias, que conformaría la enfermedad, tiene relevancia en el nivel subjetivo y se condensan en un universo de símbolos e imágenes que se analizan semánticamente.

Se trata de considerar a la enfermedad como un símbolo central a partir del cual se desenvuelve, en forma de una red semántica (13), un universo de valores, creencias, emociones y vivencias que están condicionadas por las concepciones de los sistemas médicos. Un ejemplo de aplicación de este modelo interpretativo lo encontramos en su trabajo sobre comunidades iraníes donde analiza la “angustia cardíaca” (“heart distress”) un padecimiento

frecuente entre las mujeres que perturba el corazón debido a una angustia emocional.

Good (1977) señala que para estas comunidades el corazón se presenta como una fuente de calor y vitalidad, como una fuerza impulsora del cuerpo que también sirve para expresar emociones como el miedo y la ira. De modo que, el grupo conecta íntimamente las sensaciones físicas del corazón con los sentimientos emocionales. En la sociedad iraní, señala Good, tener “angustia del corazón” transmite una serie más amplia de asociaciones relacionada con la fecundidad y sexualidad (14); con la pena y la melancolía por pérdidas (muerte de un pariente, hermano o hijo) o con la angustia nerviosa o irritabilidad ocasionada por los conflictos interpersonales (entre los cónyuges y/o entre la nuera y la suegra) y con las condiciones materiales de vida como la pobreza (escases de recursos monetarios y deudas).

Lo que muestra B. Good con este padecimiento, que sirve para ejemplificar, es un conjunto de símbolos, situaciones, motivos, sentimientos que estructurados en el contexto sociocultural le dan significado y especificidad a la experiencia del padecimiento y a su forma de actuar.

Estos planteos (Fabrega, Kleinman, Good) se caracterizan por enfatizar la dimensión cultural de la enfermedad y analizan las dimensiones individuales de los padecimientos en tanto experiencia que puede ser explorada en términos semánticos.

Dentro de la antropología médica norteamericana, también se desarrolló otro tipo de perspectiva analítica (Young, 1982) cuyo centro de atención está puesto en la *dimensión social de la enfermedad*, designada como *sickness (malestar)*. Se trata de enfatizar el hecho de ser definido por otro/s como no saludable, refiriendo al proceso por el cual a las conductas preocupantes se le otorga un significado que es reconocido socialmente

Quienes se enmarcaron en esta perspectiva de análisis propusieron dar cuenta de las prácticas, los roles y los comportamientos sociales en el marco de contextos y procesos más amplios que envuelven los procesos de salud-enfermedad, introduciendo las diferencias étnicas, las relaciones sociales

desde los ejes de la desigualdad y del poder, como así también las condiciones sociales de producción del conocimiento biomédico.

La propuesta apunta a entender los temas de salud a la luz de las fuerzas políticas y económicas mayores que configuran las relaciones interpersonales y las conductas sociales, que generan significados sociales y condicionan la experiencia colectiva. Se trata de conjugar las formas de vida, los sistemas de significados, las motivaciones para la acción y las experiencias cotidianas de las poblaciones locales con el marco holístico del enfoque político económico. (Singer 1990). Para los autores enrolados en estos planteos, la investigación sobre la salud-enfermedad debería permitir elucidar la forma y el grado en que los procesos macrosociales se manifiestan en el micronivel (15).

Un ejemplo de este tipo de análisis lo constituye el trabajo etnográfico realizado por Scheper Hughes y plasmado en su libro "La muerte sin llanto" (1997), donde el hambre y la violencia cotidiana son referenciados y relacionados a la historia social, económica, política de Brasil (particularmente el nordeste) y articulados a las condiciones materiales y las experiencias de vida de los pobladores de la barriada de Alto du Cruzeiro (nombre ficticio del lugar en que realizó su trabajo de campo).

Dentro de lo que constituye el campo de la antropología médica norteamericana esta forma de encarar teóricamente la problemática de la salud-enfermedad se designa como crítica, en tanto que además reflexiona sobre el papel del antropólogo en relación con la medicina y lo sitúa en un lugar de extrañamiento donde insistentemente desafía el sentido común y las ideas consideradas como válidas.

Cabe señalar que desde los 90, en el campo de la antropología médica norteamericana, se plantea la articulación de estas perspectivas.

La propuesta relacional dentro del campo de la antropología médica latinoamericana

Bajo este subtítulo nos acercaremos a la propuesta que desde el campo de la Antropología Médica Latinoamericana realiza Eduardo Menéndez. La perspectiva analítica que construye es una referencia central a la hora de reflexionar y analizar sobre los proceso de salud–enfermedad–atención.

Su perspectiva se construye desde una revisión crítica de la producción teórica elaborada por la antropología clásica y posicionamientos culturalistas posteriores, indicando que la misma ha puesto centralmente la mirada en la estructura de significados y secundarizando la estructura social. Por lo que, desde estas perspectivas, la comprensión de lo social se sustenta en la descripción de los significados que los sujetos dan a sus actos y a los actos de los demás, sin preocuparse demasiado por la descripción y análisis de las condiciones y relaciones económicas – políticas dentro de los cuales se producen y se usan los significados.

Este es un punto clave ya que, para este autor, en las sociedades la estructura social y de significados incluye condiciones de diferenciación y desigualdad que se expresan no sólo a través de los diferentes sujetos sino de las relaciones sociales que se desarrollan entre ellos. Las diferenciaciones y desigualdades entre los sujetos se expresan en función del lugar que se ocupa en la estructura social (clases sociales), las pertenencias religiosas, étnicas, de edad, género, que en el marco de las interacciones sociales (micro y macrosociales) establecen relaciones de diferenciación, desigualdad pero también implican procesos transaccionales (16).

Con este punto de partida y considerando que los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen un universal que opera diferencialmente en todas las sociedades y en los conjuntos sociales (Menéndez, 1994), indica que estos procesos (salud-enfermedad-atención) deben ser leídos, descriptos y analizados considerando tanto la *estructura social*, que remite a las dimensiones económico-política, a procesos de urbanización, migración, como

a las *significaciones sociales* que construidas colectivamente explican sus causas, orientan las prácticas y legitiman instituciones.

Lo que estamos señalando es que la estructura social y de significados opera en la construcción sociocultural de los padecimientos y las enfermedades y también instituyen las formas en que son pensadas e intervenidas las enfermedades y los enfermos. Asimismo, no debemos soslayar la importancia que adquiere el proceso socio histórico al momento de reflexionar en las maneras de entender y atender los padecimientos y enfermedades, en tanto contexto de posibilidad en la construcción de determinados significados y prácticas, como así también de su legitimación o proscripción.

Menéndez (1994) señala que

“Todas las sociedades necesitan producir estrategias de acción técnicas y socioideológicas respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva. (...) La enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocio. No es un problema de una sociedad o una cultura, sino que constituye un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socioideológicos. Esto, y lo reiteramos, no debe ser identificado con un determinado período o cultura, tal como suele hacerse en forma mecánica a partir de planteamientos reduccionistas y notoriamente etnocéntricos, sino que potencialmente podemos encontrarlo en una diversidad de sociedades y períodos históricos”. (Menéndez, 1994:72)

Desde este lugar es que debemos pensar como devino la construcción sociocultural de la enfermedad y los enfermos en occidente, el proceso de conformación, institucionalización y legitimación de la medicina científica, como así también la relación que establece con otras formas de atención existentes.

Una lectura en clave histórica permite visibilizar que en las sociedades europeas occidentales diversos saberes y prácticas de atención a la enfermedad conviven de manera conflictiva pero a partir de mediados del siglo XVIII y XIX, en el marco de una serie de transformaciones económico políticas sociales e ideológicas, la medicina científica fue conformando su propio campo de observación y experimentación a partir de las disputas, las apropiaciones y transformaciones de los otros saberes y prácticas desarrollados por los conjuntos sociales (17).

En ese proceso, la medicina científica por un lado *construye la enfermedad* como estados de cuerpos legibles para la ciencia, donde el médico se enfrenta a procesos orgánicos que son leídos como signos y organizados en un saber sistemático. Con ello también *construye al enfermo* a través de la regulación de los cuerpos y de una moralidad que prescribe e instituye modos de vida y comportamientos “apropiados”, “normales”, “saludables” tanto para varones como para mujeres. Además, de la *conformación de instituciones y de dispositivos de control y regulación*, también instituyen maneras de intervenir y de construir subjetividades sobre lo normal y lo anormal, lo aceptado/aceptable y lo prohibido/estigmatizable. Por otro lado y en relación con lo anterior, la legitimidad que adquiere desde la ciencia (forma legitimada de conocimiento y explicación para el occidente europeo) y del Estado (18) favorece que se convierta en la única forma legítima de entender y atender la enfermedad. Esto significa que se constituye en *hegemónica* excluyendo ideológica y jurídicamente, aunque no eliminando, otras formas existentes y posibles de atención.

Como señala Menéndez (1990) la institucionalización de la biomedicina en tanto saber, práctica y teoría acompaña el desarrollo económico político de las capas burguesas que se apropian del poder y logran identificarla como la única forma de atender la enfermedad.

En el proceso histórico de conformación del orden social capitalista, por razones opuestas y hasta complementarias, desde posiciones de subalternidad y dominantes, se requirió y se demandó una organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia biológica y social de los sujetos.

A nivel manifiesto, señala Menéndez (1986:50), la medicina científica aparece asociada a la lucha y abatimiento de una serie de padecimientos que se vinculan con las condiciones de vida de los sectores subalternos, pero se instituye durante el período en que las clases subalternas urbanas mejoran comparativamente su nivel de vida y obtienen determinados beneficios sociales producto de sus luchas, de necesidades productivas y legitimadoras de las clases dominantes. Las mejoras en las condiciones de salubridad implican el control global sobre focos transmisibles, única forma de asegurar la protección

de las clases dirigentes. La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tiene que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en protección colectiva y aseguramiento de una mayor productividad. Si bien las modificaciones de salubridad colectiva y personal, el mejoramiento en la alimentación son factores que inciden por ejemplo en el descenso de la mortalidad de los grupos subalternos, lo que se presenta como el agente fundamental de las transformaciones para los conjuntos sociales es la *atención de la biomedicina*.

Desde posiciones de subalternidad, los conjuntos sociales generaron formas de resistencia, se apropiaron de aquellas prácticas y significados biomédicos que demostraban y/o demuestran cierta eficacia, las combinaron y articularon de manera tal que conformaron y conforman prácticas relativamente autónomas de gestionar la salud. Estas prácticas constituyen lo que designamos como *medicinas alternativas* (en los casos en que existen curadores profesionales) y la *autoatención* (actividades tendientes a dar respuesta a los problemas de salud con la particularidad de la no presencia de un curador profesional).

Esta perspectiva de análisis permite asumir que en los diferentes conjuntos sociales, operan saberes y formas de atención que se expresan en distintos indicadores diagnósticos, en una variedad de tratamientos y de criterios de curación, por lo que permite mostrar la existencia de un pluralismo médico no sólo para resolver distintos problemas sino un mismo problema de salud. Pero también nos permite visibilizar que a pesar de sus crisis la biomedicina no sólo logra mantener su legitimidad sino que evidencia un continuo proceso de expansión a través del desarrollo tecnológico, la especialización profesional, el crecimiento de la industria químico farmacéutica, el incremento del consumo de medicamentos de patentes, como así también a través de discursos que apelan a la búsqueda de estilos de “vida saludables” que permite no sólo mantener sino recomponer su hegemonía.

NOTAS

(1) La palabra creencia en este contexto está asociada a los discursos culturales de los “otros” que son juzgados como equívocos y por tanto distinguible del conocimiento que es característico y le otorga autoridad a la ciencia. Se trata de la distinción entre ellos (los otros) creen, nosotros sabemos

(2) Entre las críticas que se les realizan merece destacar: 1- la dicotomización entre lo que consideran “medicina primitiva” y “medicina científica”, esta distinción caracteriza a la primera como un sistema mágico-religioso incapaz de incorporar prácticas racionales basadas en la observación empírica mientras que considera a la medicina occidental como el único sistema universal y verdadero capaz de ofrecer un único tratamiento real y eficaz. Cabe aclarar que esta interpretación genera estereotipos y pone de manifiesto cierta concepción ideológica respecto de los pueblos no occidentales. 2.- la presencia de una visión etnocéntrica, que se manifiesta en estos primeros trabajos a través de la idea de que los otros (los no occidentales) no tienen la capacidad de pensar desde una lógica occidental.

(3) Lo “tradicional” refería a las concepciones médicas de grupos étnicos y/o campesinos y se lo asociaba con prácticas de la medicina no occidental.

(4) Asociada con la pérdida del alma, Foster (1953) la incluye formando parte de las experiencias emocionales (cólera, tristeza, vergüenza, desilusión, desconcierto, rechazo) que pueden incapacitar a las personas.

(5) Foster (1953) señala que en España y Hispanoamérica se cree que ciertos individuos, a veces voluntariamente pero con mayor frecuencia involuntariamente, pueden dañar a otros, especialmente a los niños, con solo mirarlos.

(6) En los años 50 en casi toda la región se desarrollaron programas de salud y se “amplio” el acceso a los servicios de salud financiados por el estado con fondos públicos que favoreció el tratamiento de diferentes enfermedades y la mejoría de ciertos indicadores de salud (por ejemplo el descenso de las tasas de mortalidad). Con la implementación en los 60 del modelo económico desarrollista, donde la tendencia redistributiva de la riqueza se revierte, se registró un deterioro de los indicadores sociales, incluidos los de salud, haciéndose más visibles las diferencias entre los grupos sociales (clases sociales), la coexistencia de enfermedades relacionadas a la pobreza (por ejemplo, las enfermedades infecciosas) con enfermedades crónicas y degenerativas y las inequidades en el acceso a los servicios de salud.

(7) Entre las limitaciones se puede indicar: 1.- se planteaba la “resistencia” a la atención biomédica y se verificó no sólo una penetración de sus productos (medicamentos) sino una apropiación de criterios médicos diagnósticos (Menéndez, 1981, 1985, 1990); 2.- los procesos políticos y económicos generales fueron minimizados o no se tuvieron en cuenta (Menéndez, 1981, 1985, 1990a); 3.- no se propusieron alternativas explicativas a los “nuevos” problemas que se iban configurando y que se relacionan con condiciones de desigualdad social de los grupos objeto de indagación (Menéndez, 1985, 1990a).

(8) Una mayor atención a las prácticas en tanto itinerarios de atención hubiera permitido comprender la lógica de articulación entre lo designado como tradicional y la biomedicina.

(9) Menéndez (1985:16) señala que los sociólogos médicos latinoamericanos propondrán como objeto de sus investigaciones problemáticas no tratadas como las relaciones entre clase y mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo médico científico que implican la consideración de procesos económico-políticos como condicionantes;

emergiendo un modelo histórico estructural cuyo punto de partida es la dimensión económico política.

(10) Kleinman (1980) considera que la *disease* e *illness* son conceptos explicativos y no entidades, por lo que existen en tanto constructos en configuraciones particulares de la realidad social y sólo pueden ser comprendidos en el marco de contextos de significados y relaciones sociales. Como señala Martínez Hernández (2008) el uso que da Kleinman a estos conceptos no hace más que reafirmar una estructura de simetría, “Una idea que supone situar la jerga nosológica de la biomedicina (tuberculosis, neoplasia, enfisema, esquizofrenia, etc.) al lado de las designaciones populares (susto, amok, mal de ojo, wiitiko, piblotog, etc) en la composición final del inventario de objetos susceptibles de un análisis etnográfico.” (Martínez Hernández, 2008:101).

(11) Refiere a al sistema simbólicos de significados basados en instituciones sociales y en los patrones de interacción interpersonales

(12) Lo moral en este contexto es entendido como compromiso personal y colectivo hacia lo que se considera como importante y que tiene sentido.

(13) Las *redes semánticas* son asociaciones culturales que a los miembros de una sociedad les parecen que forman parte de la “naturaleza” o que son una variante “endógena” del mundo social y por tanto están insertas como estructuras hegemónicas (Good, 2003:113)

(14) Por ejemplo, registró que muchas mujeres en Maraghe (Irán) creían que las pastillas anticonceptivas causaban “angustia del corazón” y también, relacionaban este padecimiento con la infertilidad, la disminución en la producción de leche materna y el envejecimiento.

(15) Desde esta perspectiva el foco de atención está puesto en la relación entre el sistema médico y el capitalismo, considerando que la antropología médica no

puede sólo señalar que la biomedicina es una etnomedicina sino que está vinculada en su historia, organización, teoría y práctica con una economía política particular. (Singer, 1990)

(16) En el marco de las relaciones de dominación/subordinación históricamente se construyen procesos transaccionales que son el producto de la obtención de consenso por parte de los sectores subalternos y que fundamentan el poder y la hegemonía establecida a través de la explotación y autoexplotación de los sectores subalternos. Las transacciones suponen la aceptación y la “solución” de los problemas dentro de los límites establecidos por las clases dominantes (Menéndez, 1981).

(17) Le Bretón (1995), antropólogo francés, señala a propósito de la relación medicina y medicinas que “El conflicto entre médicos y curanderos es, en primer término, un conflicto de legitimidad, que opone el saber elaborado por la ‘cultura erudita’, encarnado en las instancias universitarias y académicas, a los conocimientos de los curadores tradicionales, menos formalizables, provenientes del saber popular y de la experiencia particular del practicante. Se trata de visiones del mundo, de enfoques opuestos sobre el cuerpo y la enfermedad, en fin, de dos concepciones del hombre.” (Le Bretón, 1995:175).

(18) Cabe aclarar que la intervención del Estado también se presenta a través de sus acciones y decisiones materiales y simbólicas que se plasman en políticas públicas y tienden a amortiguar las desigualdades sociales. Pero las abstenciones u omisiones constituyen otras formas de “intervención” que reflejan su no neutralidad.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Fábrega H. (1977). "La enfermedad considerada como una categoría simbólica". En Engelhardt, H. T. y Spicker S.F. (eds.) *Mental Health: Philosophical Perspectives*, Dr. Reidel Publishing Company, Holland, (pp.79-106) (Traducción A. Eguía).

Foster, G. y Anderson, B. (1978). "*Medical Anthropology*". John Wiley y Sons.

Foster, G (1953). "Relationships between spanish and spanish –american folk medicine" *En Journal of American Folklore*, Vol. 66, N°261 ,pág. 201-217, Jul-Sep.(Traducción de Carmen Varela, "Relaciones entre la medicina folklórica hispánica y la hispanoamericana").

Fajreldin Chuaqui, V. (2006). "Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina". *En Ciencia & Trabajo*, Año 8, N° 20, pág. 95-102, Abril-Junio.

<http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/20/pagina%2095.pdf>

Good, B (1977) "The Heart of What's the Matter. The Semantics off Illness in Iran". *Culture Medicine and Psychiatry*, Vol. 1, 25-58. (Traducción A. Eguía)

Good, B. (1994) "*Medicina, racionalidad y experiencia*". *Una perspectiva antropológica*. Edicions Bellaterra, Barcelona, España.

Kleinman, A (1980). "*Patients and healers in the context of cultura. An exploration of the borderland between Antropology, Medicine and Psychiatry*". University of California Press, Berkeley.

Kleinman y Benson (2006). "La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina".

<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo2.pdf> (26/7/2011)

Le Bretón, D. (1995). "*Antropología del cuerpo y modernidad*". Nueva Visión.

Martínez Hernández, A. (2008). "*Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*". Anthropos Editorial, Barcelona, España.

Menéndez, E. (1981). "*Poder, estratificación y salud*". Ediciones de la Casa Chata, México.

Menéndez, E. (1985). "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina". *Nueva Antropología*, Vol. VII, N° 28, 11-27. México

- Menéndez, E. (1986). "Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud". *Nueva Antropología*, Vol VIII N° 29, 49-63. México.
- Menéndez, E. (1990). "*Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*". Alianza Editorial, México.
- Menéndez, E. (1990a). "*Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*". Cuadernos de la Casa Chata N° 179, México.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?". *Alteridades*, 71-83. Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Iztapalapa), México.
- <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt7-8-menendez.pdf>
- Singer, Merrill (1990): "Reinventando la Antropología Médica: hacia un realineamiento crítico". *Social Science & Medicine*, Vol 30 N° 2, 179-187, Pergamon Press. (Traducción C. Lourido).
- Scheper- Hughes, N. (1997): "*La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*". Editorial Ariel, S. A. Barcelona.