

Presentación del monográfico “Antropología Médica y Salud Global”

Re-imaginar la salud global desde la antropología: Encrucijadas, desafíos, escenarios

[en] Re-imagining global health from anthropology: Crossroads, challenges, scenarios

Ángel Martínez-Hernández¹, Francisco Ortega²

1. Encrucijadas: dos saberes, dos miradas

Las relaciones entre antropología y salud global gravitan en torno al papel del conocimiento antropológico en las iniciativas y programas de la salud global, entendida como el área de estudio, investigación y práctica que da prioridad a la mejora de la salud y al objetivo de lograr una equidad sanitaria mundial (Koplan, Bond, Merson, *et al.*, 2009). Se trata de una “relación disfuncional” (Nguyen, 2012: 79) que, al mismo tiempo, muestra una interdependencia entre los dos campos. Por un lado, las intervenciones de salud global necesitan de antropólogos y antropólogas que se ocupen de las “barreras culturales” a las intervenciones biomédicas y que afiancen el éxito de sus programas y su buena recepción en los contextos locales; un tema ya clásico que podemos retrotraer a la época de la antropología aplicada de Caudill (1953) y Paul (1955), entre otros muchos. Por otro lado, los antropólogos tienen difícil entender lo que está en juego en las comunidades que estudian y comprometerse con ellas sin considerar la enfermedad, la miseria, la muerte, la desatención y el desamparo que perturban la vida en las comunidades (Nguyen, *Ibidem*), pues todos esos factores son indisolubles de las condiciones materiales de existencia, de la violencia e inequidades estructurales y de los desarreglos de un mundo tan globalizado como desigual. Desde la época colonial, cuando la salud pública se preocupaba por la salud “nativa”, la antropología ha aportado conocimiento y recursos etnográficos a los programas de salud internacional y global y, a la inversa, los programas de éstas han constituido un terreno fértil para la investigación antropológica y para la teorización sobre las racionalidades biomédicas, los procesos de (neo)colonización de los saberes nativos y las relaciones de hegemonía/subalternidad norte-sur, entre otros temas de interés.

En este marco podemos distinguir dos posiciones diferenciadas en la antropología que versa sobre temas de

salud global y que se expresan especialmente, aunque no en exclusividad, en el subcampo de la salud mental global, donde los recursos y tratamientos biomédicos son más movidos e inestables en cuanto a su eficacia y eficiencia, así como los riesgos de medicalización de la vida más evidentes.

La primera posición, que definiremos como “colaborativa”, engloba aquellos autores que piensan que las relaciones entre las dos disciplinas han pasado de ser de tensión y desconfianza mutua para ser de complicidad y sinergia. Estos autores subrayan la contribución de los antropólogos en el aumento del flujo de ayuda de países del Norte hacia los del Sur global y en la reducción de las desigualdades, así como su auxilio en el desarrollo de sistemas sostenibles y productores de salud. Por ejemplo, Arthur Kleinman no solo defiende una antropología del sufrimiento social y un “imaginario social humanitario” para responder a las aflicciones humanas, sino que aboga por un enfoque de la investigación social que vaya más allá de la crítica para comprometerse con la prestación práctica de cuidados. Ya hace unos años este autor sustentaba (Kleinman, 2000) que el mismo compromiso que los antropólogos estaban demostrando con sus iniciativas para el acceso equitativo a los tratamientos de la tuberculosis multirresistente o el HIV-SIDA (Farmer, 1996; 1997) debía aplicarse al ámbito de la salud mental. En colaboración con el sociólogo Iain Wilkinson, Kleinman ha sostenido posteriormente que la crítica en sí misma no contribuye adecuadamente a abordar la cuestión del sufrimiento social (Wilkinson y Kleinman, 2016: 156). En su libro *A Passion for Society* (2016), estos autores defienden “una posible reconfiguración de la ciencia social como una práctica crítica basada en acompañar y cuidar, protectora y liberadora” (2016: 21). Kleinman ha extendido su compromiso con las ciencias sociales como campo de atención social y práctica del cuidado a su implicación con la salud mental global. De ahí que para el antropólogo norteamericano

¹ Medical Anthropology Research Center. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075>

² ICREA — Catalan institution for Research and Advanced Studies. Medical Anthropology Research Center Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili, <https://orcid.org/0000-0002-5039-9449>

no una de las cuestiones para la agenda de la antropología médica en los próximos 50 años sea examinar los problemas de salud mental como sufrimiento social para “avanzar” hacia el horizonte de una salud mental global (Kleinman, 2012: 123). En esa línea, algunos antropólogos han realizado estudios etnográficos en colaboración con investigadores de salud mental global con el fin de proporcionar apoyo y directrices para la expansión integral de la atención en este ámbito, especialmente en países de ingresos bajos y medios (Haroz, Bolton, Gross, *et al.*, 2016; Kohrt, Rasmussen, Kaiser, *et al.*, 2014). Estos autores destacan la necesidad de que las teorías y los métodos antropológicos aporten información empírica, haciendo hincapié en la investigación de las categorías diagnósticas, los *local idioms of distress* y las etnopsicologías para incorporarlas a las intervenciones. También reivindican la investigación sobre la forma en que los tratamientos psiquiátricos se han integrado y han afectado a la vida cotidiana de los pacientes en diferentes contextos locales (Kohrt y Mendenhall, 2015; Kohrt, Mendenhall, Brown, 2016).

La segunda posición corresponde a las visiones “críticas” con la posición anterior. Un buen ejemplo de ello es la perspectiva del antropólogo francés Didier Fassin, que presenta el dilema ético experimentado por las ciencias sociales desde sus inicios entre un papel descriptivo y uno prescriptivo; es decir, entre ofrecer una comprensión más precisa de la vida social o proporcionar una agenda para mejorar la sociedad (Fassin, 2005; 2009). Fassin propone considerar la dicotomía “comprensión/mejora” y otros binomios morales como problemas de investigación, explorando sus ramificaciones en la vida de las personas y en sus diversos roles y escenarios sociales. Esta posición tiende implícitamente a resolver el dilema con una postura en última instancia más descriptiva y crítica. Fassin aboga por un rigor epistemológico marcado por el distanciamiento de las posiciones normativas y de implicación moral que permita un análisis objetivo de las cuestiones éticas. Destaca el reconocimiento de la inexistencia de una gramática moral humana universal como una aportación valiosa e innegociable de la antropología y las ciencias sociales a la comprensión de la vida social. Pero todo no queda aquí. Fassin amplía esa crítica al análisis del sufrimiento social y la razón humanitaria, pues en su opinión la focalización en el sufrimiento social, como en el culturalismo, despolitiza a sus sujetos, individualiza situaciones sociopolíticas complejas y expresa un modo compasivo de afrontar los problemas sociales y políticos (Fassin, 2006). De este modo, expresará que la ética del sufrimiento y la compasión ha desplazado a una política de derechos y justicia social (2012b). La antropología del sufrimiento social está impregnada de un problemático “compromiso con la implicación” y la “intervención” (Fassin, 2004: 28), nos dirá, y constituye una celebración acrítica de una “pasión por la compasión” en la esfera pública. También denuncia el humanitarismo como una ideología utilizada para legitimar formas moralmente dudosas de actividad política (Fassin, 2012a). Así, no es extraño que Fassin considere que la salud global sea un “objeto oscuro” para los antropólogos, y critica la colaboración de la an-

tropología con esa área, pues convierte a los antropólogos en “apóstoles globales de la salud” (Fassin, 2012b: 114). El antropólogo francés trata de mantenerse en la línea marcada por Norbert Elias entre distanciamiento científico y compromiso moral que correspondería a la actitud crítica; esto es, al ejercicio de “Hacer inteligible lo que a menudo permanece oculto, reformular los problemas para permitir soluciones alternativas, resistirse a los modelos individualistas y técnicos para poner de relieve los mecanismos sociales y las cuestiones políticas de la salud global” (2012b: 115).

Estamos de acuerdo con Fassin en que la crítica es inherente a la antropología (Fassin, 2017) y es un ejercicio necesario en un panorama complejo como el de la salud global; pero también en que no debe ser paralizante. No creemos que asumir una postura crítica excluya necesariamente la intervención moral y política y, a la inversa, una perspectiva “humanitaria” también puede ser crítica y autocrítica. De alguna manera, este debate evoca la oposición en la antropología médica americana en las décadas de los ochenta y noventa entre la denominada *Clinically-Applied Anthropology* (Chrisman y Maretzki, 1982) y la *Critical Medical Anthropology* (Singer, 1989; 1995), una discusión que se descentra del vínculo posible entre la aplicación y la crítica, entre el leitmotiv humanitario y la reflexión social. A su vez, ese vínculo aparecía ya décadas atrás como indisociable en otras tradiciones antropológicas, como la italiana (Seppilli, 1959; 2011) y la latinoamericana (Menéndez, 1981), así como en la medicina social en ese mismo contexto y en la salud colectiva en países como Brasil y Argentina (Martínez-Hernández y Bekele, 2023).

Haciéndonos eco del horizonte propuesto por esas tradiciones proponemos una práctica crítica y a la vez empírica de la investigación en salud global que se comprometa a producir resultados que sean útiles y beneficiosos para proporcionar atención sanitaria a las personas con dificultades en sus comunidades (Wenceslau y Ortega, 2022: 113). El enfoque crítico no puede obviar que las cartas de la desigualdad ya están echadas y que no hacer nada no es una opción ética, y más cuando el enfoque crítico de la antropología puede proyectarse en mejorar la vida de los grupos sociales, especialmente de aquellos más vulnerados por la inequidad del mundo. Otra cosa no menos importante es cómo ese conjunto de prácticas puede activarse desde el diálogo intercultural entre los saberes para evitar modelos verticalistas de imposición que, más que humanitarios, pueden ser iatrogénicos, precisamente por prescindir de aquellos a los que pretendidamente se quiere ayudar. Es la vieja trampa de “nosotros ya sabemos lo que ellos y ellas necesitan” (Martínez-Hernández, 2010) para la cual la antropología ha demostrado ser un buen antídoto epistemológico y metodológico, como lo expresan, entre otros, Adams, Burke y Whitmarsh (2014) con su idea de *slow research* aplicada a la salud global con el objeto de desarrollar una crítica constructiva que transforme este movimiento y sus intervenciones. También de la propuesta de Csordas sobre el desafío de los sistemas de sanación indígenas para la salud mental global o la de Joan Muela sobre la necesidad de considerar las dinámicas sociales en los

proyectos de combate contra la malaria en África que se incluyen en este monográfico.

2. Desafíos: ¿es posible descolonizar la salud global?

La pandemia de covid-19 actualizó un debate ya existente en las críticas antropológicas al campo de la salud global, especialmente sobre la ineficacia de las políticas e intervenciones de talla única (*one size fits all*) y de “arriba hacia abajo” y su azarosa reproducibilidad en contextos diversos (Adams, Burke y Whitmarsh, 2014). Las medidas promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos sanitarios internacionales ante la pandemia no eran viables en muchos países y podían provocar una crisis económica sin precedentes, así como el aumento de las desigualdades étnicas, de género y de tipo económico, entre otras. También podían propiciar un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, precarizar la atención de patologías como el cáncer y desatender la violencia de género. Frente a las políticas globales verticalistas y de talla única, numerosas intervenciones y acciones realizadas en el sur global y con bajo coste respondieron con “alternativas realistas” (Glassman, Chalkidou y Sullivan, 2020), centradas en las necesidades de las personas y adaptadas a contextos de extrema vulnerabilidad. Muchas de ellas fueron exitosas, fortalecieron la solidaridad local, atendieron las condiciones de vida de los individuos y las comunidades, e incluyeron su participación en el diseño y la implementación de las acciones de salud pública, maximizando con ello su eficacia y democratizando sus prácticas (Behague y Ortega, 2021; Ortega y Behague, 2022)

En el caso de la pandemia de covid-19, como en otros ámbitos de la salud global, observamos que el término “global” remite al diseño e implementación de políticas de salud pública de acuerdo con los ideales y competencias de los países del norte, mientras que el modo “local” corresponde al campo de la cultura y al activismo de base desarrollado en el sur, frecuentemente criticado por no cumplir los criterios de evidencia y no adaptarse a los estándares de las políticas globales (Adams, Behague, Caduff, *et al.*, 2019; Behague y Storeng, 2013). En nuestra opinión, creemos que es importante pensar en alternativas que superen dicotomías y polarizaciones que son poco productivas desde un punto de vista epistémico y dificultan la formulación de políticas y cuidados adecuados para las comunidades y poblaciones que dependen de esas intervenciones, también para el desempeño de un análisis crítico atinado. La demarcación entre lo local y lo global –reproducida frecuentemente en debates polarizados entre antropología y salud global– posee una capacidad analítica limitada, ya que las fuerzas que producen desigualdades son globales y a la vez se expresan localmente, son generales y asimismo específicas (Adams, Behague, Caduff, *et al.*, 2019). Las políticas globales se tornan significativas en contextos definidos cuando avanzan más allá de la adaptación de prácticas basadas en evidencias y producen “evidencias localmente relevantes” que toman en cuenta la experien-

cia situada de los diferentes actores (Kienzler y Locke, 2017: 293).

Si los presupuestos básicos de la salud global se han trastocado con la pandemia de covid-19 y si las medidas verticalistas que no toman en cuenta la diversidad de los contextos ni identifican ni apoyan a las poblaciones vulneradas son ineficaces para el control pandémico, no resultan sorprendentes los llamamientos a reinventar y descolonizar la salud global. Para Sriram Shamasunder y sus colaboradores (2020), la inequidad es la fuerza motriz en la pandemia y su enfrentamiento requiere cooperación global, solidaridad y coordinación. Repensar o reimaginar la salud global para los autores exigiría que las organizaciones de salud global adoptasen estructuras de gobernanza con representación de las poblaciones más marginalizadas y vulneradas, que los sistemas de financiación en salud global respetasen la toma de decisiones a nivel local, y que los países que se benefician sistemáticamente de las inequidades en salud rectificasen esas condiciones injustas y peligrosas para todas y todos.

En esa misma línea, una serie de trabajos convocan a “descolonizar” la salud global, dada la “persistencia de estructuras neocoloniales” en la disciplina (Abimbola y Pai, 2020; Affun-Adegbulu y Adegbulu, 2020). La mentalidad neocolonial ha llevado a menospreciar medidas efectivas y de bajo coste provenientes del sur global para promover, en su lugar, soluciones tecnológicas sin eficacia comprobada y escasa eficiencia. Confrontar las desigualdades estructurales exige colocar en el centro de su combate la antropología y los enfoques oriundos del Sur global (Gamlin, Segata, Berrio, *et al.* 2021). La medicina social y la salud colectiva latinoamericanas son frecuentemente invocadas como aliadas en esta tarea de repensar y descolonizar la salud global (Martínez-Hernández y Bekele, 2023). Por ejemplo, Holmes, Greene y Stonington consideran que la medicina social puede aportar a la salud global “metodologías multidisciplinares, enraizadas en la teoría social, una postura interpretativa crítica y proclividad a comprometerse con los aspectos sociales de los problemas clínicos y científicos”; y añaden que “el compromiso con la investigación empírica rigurosa en el mundo social es crucial para todo este trabajo” (2014: 3).

Tanto en el caso de la pandemia de covid-19 como en otras situaciones afines, nos encontramos con la reproducción a nivel local de marcos predominantemente biomédicos y con voluntad de postularse como universales, los cuales otorgan un lugar subalterno a las ciencias sociales e impiden una reflexión significativa sobre los determinantes estructurales subyacentes a las desigualdades en salud. En ese sentido, el marco epidemiológico propuesto por la OMS de los determinantes sociales de la salud (DSS) reduce los procesos sociales a interacciones individuales, ignora el papel de las estructuras sociales y las fuerzas económicas y políticas en el proceso salud-enfermedad-atención y fragmenta los contextos en factores imponiendo un orden lineal de los determinantes (Ortega y Müller, 2022). Como consecuencia, el marco de los DSS ha mistificado el modelo de los determinantes estructurales, impidiendo una re-

flexión de calado sobre el papel de la economía política global en la configuración y distribución de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Junto a la medicina social y la salud colectiva, la antropología médica crítica (AMC) concentra su atención en la economía política de la salud y coloca los determinantes estructurales y la justicia social en el centro de las explicaciones sanitarias globales (Gamlin, Segata, Berrio, *et al.*, 2021). Los determinantes estructurales son las causas de las causas. Son las fuerzas sociales, políticas y económicas que impulsan las desigualdades, tales como la producción capitalista desregulada, la corrupción política o la concentración de poder (Harvey, Piñones-Rivera y Holmes, 2022). Son estos factores sistémicos los que estimulan y promueven las desigualdades en salud (Gamlin, Segata, Berrio, *et al.*, 2021). Para dar cuenta de ellos, los antropólogos necesitamos nuevos instrumentos y marcos de colaboración con los profesionales de la salud pública y con los epidemiólogos que permitan transformar y descolonizar las prácticas de investigación biomédicas y, a su vez, ofrecer datos empíricos, incluyendo, por ejemplo, el estudio de los contextos sociohistóricos locales y sus procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1981), así como la reflexividad antropológica, la competencia intercultural y estructural y la representatividad de los grupos vulnerabilizados en los estudios epidemiológicos y de salud pública (Martínez-Hernández, Bekele, Sabariego, *et al.*, 2021). La AMC considera los determinantes estructurales de la salud y su impacto en la vida de individuos y comunidades y, en ese sentido, promueve junto a la medicina social comprensiones más complejas de lo “social” en la salud global posibilitando “abrir la caja negra de la ‘inequidad’ que a menudo se ha dado por sentado en las ciencias sociales” (Adams, Behague, Caduff, *et al.* 2019).

El interés de la AMC por los determinantes estructurales de la salud nos aproxima al enfoque de “competencia estructural”, desarrollado en la educación médica estadounidense como crítica a los enfoques de competencia cultural estereotipados. Se trata de un paradigma emergente tanto para la formación de los profesionales sanitarios como para la creación de un lenguaje común que aborde los procesos sistémicos que determinan las inequidades en salud. Frente a una idea muy predominante en Estados Unidos de una competencia cultural centrada en la identificación de los prejuicios profesionales hacia las minorías y la mejora de la comunicación en el *setting* clínico, la competencia estructural permite a los profesionales evaluar las condiciones sociales, económicas y políticas que producen las desigualdades en salud tanto en la clínica (Metzl y Hansen, 2014) como en la salud pública y en la investigación epidemiológica. De hecho, los enfoques de la AMC ayudan a promover enfoques de competencia estructural e intercultural en la salud global en donde, como es conocido, la política es uno de los principales determinantes estructurales (Gamlin, Segata, Berrio, *et al.* 2021). Ese hecho es relevante, ya que, a pesar de las evidencias, a menudo se ha desvirtuado el efecto de la política en la salud de las poblaciones, limitándola al impacto de intervenciones

públicas concretas –fiscalidad, escolarización, acceso a servicios de salud– en las tasas de morbilidad, mortalidad y acceso al sistema sanitario. Con todo, y como escribe Nguyen:

reconstruir la relación entre la enfermedad y la desigualdad social como la encarnación de las relaciones sociales añade valor al hallazgo epidemiológico central al permitir que la aflicción se relacione con las ideologías predominantes que informan la política, la forma en que se conceptualiza y gestiona el sufrimiento, y cómo los sistemas de significado influyen en la forma en que los individuos interpretan sus estados corporales, buscan atención y se modelan a sí mismos de acuerdo con las nociones morales predominantes (Nguyen, 2012: 83).

Otra contribución fundamental de la mirada antropológica y especialmente del enfoque etnográfico para la descolonización de la salud global tiene que ver con la producción de métricas e indicadores usados para corroborar la cientificidad de intervenciones mayoritariamente biomédicas a partir del concepto de evidencia. La producción de métricas se presenta como la mejor solución a los problemas centrales de la salud global. Pero esas métricas están vinculadas a lo que Adams (2016a: 38) ha denominado las “microprácticas del liberalismo”, que “funcionan perfectamente con las aspiraciones políticas de las reformas neoliberales”. Las prioridades sanitarias están definidas por lógicas de rentabilidad y modelos de gestión empresarial. Esta racionalidad se corresponde con la relevancia decreciente y la financiación insuficiente de las organizaciones internacionales, especialmente la OMS, y el auge del filantropocapitalismo (Birn, Nervi y Siqueira, 2016). Los programas de salud global tienden a convertir todos los problemas de salud en problemas económicos, de ahí la gradual presencia de los modelos económicos neoliberales en la planificación sanitaria (Adams, Behague, Caduff, *et al.*, 2019; McGoey, 2015), una tendencia definida por Michelle Murphy como la “economización de la vida” (Murphy, 2017) y que bien puede entenderse como uno de los principales factores de neocolonización de los mundos locales. La mirada antropológica permite adentrarnos en los mecanismos de la producción de evidencia y sus pretensiones de eficacia (Adams, 2016b) y, quizá, recordarnos que nociones como evidencia, eficacia o verdad pierden su sentido y su anclaje si las desvinculamos de la justicia social.

3. Escenarios: A propósito de este monográfico

Algunas de las temáticas sobre las que acabamos de reflexionar de forma somera están presentes en los artículos que componen este número especial. En el primero de ellos, titulado “El desafío de la sanación indígena para la Salud Mental Global”, Thomas Csordas aborda las complementariedades y las disonancias a la hora de considerar los recursos nativos de curación por parte de la psiquiatría y de la antropología en la literatura en salud mental global. Si los textos psiquiátricos se interesan

por la evidencia, eficacia y eficiencia de este tipo de terapias, las aportaciones antropológicas parecen inclinarse más por la comprensión etnográfica de la “experiencia” del tratamiento. Haciendo uso de su experiencia etnográfica acerca de los rituales de curación navajo, Csordas aborda esta polaridad entre eficacia y experiencia y propone una aproximación al proceso terapéutico que facilite empíricamente la comparación de las diferentes formas de curación y que pueda constituir un engarce conceptual entre ambas. Su punto de partida es el énfasis de Jeremy Frank en considerar la persuasión como un denominador común en las prácticas curativas, ya sean religiosas o psicoterapéuticas. El modelo de Csordas se estructura en cuatro componentes interrelacionados: 1) la “disposición” de la(s) persona(s) afectada(s) hacia la curación en el sentido psicológico de su estado de ánimo predominante o su tendencia a participar en rituales; 2) la “experiencia de lo sagrado” como empoderamiento, trascendencia u otredad/alteridad; 3) la “creación o negociación” de los comportamientos, emociones o relaciones que existen dentro del mundo de presupuestos del afligido; y 4) el “cambio”, así como el grado en que éste es considerado significativo por los participantes. El autor concluye que la aplicación de este modelo puede ayudar a afrontar el reto de comprender la eficacia y la experiencia de la curación indígena, así como preparar el terreno para el desafío adicional de cómo los profesionales de la salud mental global se relacionan e interactúan con estas prácticas de curación.

El texto de Janis Jenkins, titulado “Concepciones de la enfermedad mental y de los psicofármacos en la Salud Global”, se adentra también en el campo de la salud mental a partir de una reflexión sobre la noción experta y también profana de “desequilibrio químico”. La autora observa que en el paradigma de la salud global se ha dado prioridad a la implementación de servicios y al acceso a los tratamientos en los países de ingresos bajos y medios sin atender suficientemente el conocimiento sociocultural de las aflicciones y de sus formas de atención. A partir de sus investigaciones en Estados Unidos con población euroamericana y afroamericana afectada por trastornos del espectro de la esquizofrenia, aboga por el conocimiento local de las concepciones sobre el padecimiento psíquico y la medicación psicofarmacológica como ejes fundamentales para una comprensión informada de la experiencia subjetiva, los significados culturales y la eficacia clínica en estos casos. El artículo concluye con dos reflexiones y críticas entrelazadas. La primera es una crítica a la “convicción clínica simplista” de que el principal problema con los tratamientos psicofarmacológicos es el “cumplimiento” o la “adherencia” por parte del paciente, ya que simplifica un escenario complejo y minusvalora la experiencia subjetiva de la enfermedad. La segunda reflexión conduce a la autora a abogar por un proceso colaborativo basado en el compromiso mutuo, el cual solo será verdaderamente colaborativo cuando todas las partes sean agentes activos.

El trabajo de Gabriel Abarca-Brown y Cristian Montenegro lleva el título de “La (de)colonización va por dentro: Profesionales de salud mental ante la migración haitiana y las agrupaciones de usuarios militantes

en Chile”. En él, los autores parten de dos experiencias etnográficas en ese país con los colectivos anunciados. La primera es una investigación multisituada que se interrogó sobre cómo los nuevos discursos y prácticas relacionadas con la migración, el multiculturalismo y la salud mental se habían configurado en el Chile neoliberal postdictadura. La segunda focalizó su atención en las actividades de organización y activismo desarrolladas por un colectivo de usuarios y profesionales críticos de la psiquiatría en Santiago de Chile en 2015, así como su posicionamiento frente a los sistemas expertos en este ámbito. El propósito del artículo es explorar las contradicciones y conflictos epistémicos, políticos y éticos que los profesionales de la salud mental encarnan en su trabajo. Los autores observan que ante situaciones en las que los postulados de los saberes “psi” se muestran incompatibles con la actividad, ideología o forma de vida de los grupos emergentes —por ejemplo, los usuarios militantes—, los profesionales llenan el vacío, ajustando sus roles y “saliendo” del marco de sus disciplinas. Los autores concluyen que, “más que un ejercicio intelectual, el llamamiento a la descolonización implica la politización de la práctica profesional en —o fuera de— los bordes de la psiquiatría y la salud mental en tanto sistema de gobierno.”

El artículo de Maja Kohek, José Carlos Bouso y Genís Oña, titulado “De crecer en la selva a practicar la ayahuasca en la ciudad: Una exploración de la globalización de la ayahuasca en términos de autenticidad, autoatención y de los retos de dicha globalización para la antropología médica”, nos ubica en un panorama complejo, como es la relación entre la biomedicina y las prácticas tradicionales en un contexto marcado por la globalización. Los autores parten del estudio de caso de una mujer que emigró a Barcelona desde la selva amazónica brasileña hace diecisiete años, así como de su itinerario para convertirse en curandera con ayahuasca, *kambó* (veneno de rana) y *sananga* (colirio herbal). Tras debatir sobre la polémica noción de autenticidad cuando se aplica a las prácticas etnomédicas inmersas en lógicas globales de circulación y consumo, los autores proponen considerar “los rituales de ayahuasca como prácticas que estrechan lazos comunitarios, solidifican la convivencia y, en definitiva, constituyen una práctica de autoatención.” Frente a los desafíos que el fenómeno de la ayahuasca está planteando con la globalización de sus prácticas, los autores finalizan su aportación con una propuesta específica en la que el conocimiento antropológico se convertiría en mediador entre las prácticas biomédicas y tradicionales, alejando el riesgo de un modelo punitivo del uso y consumo de estas sustancias.

El monográfico continúa con el artículo de Joan Muela, titulado “Dinámicas sociales y acoplamiento estructural: Dos elementos clave, pero a menudo olvidados, de la participación comunitaria en los proyectos de Salud Global”, donde elabora una lúcida reflexión a partir de su experiencia en dos proyectos desarrollados para el combate contra la malaria en Gambia y que contaron con una implementación diferente de la “administración masiva de medicamentos” (AMM): en un caso orientado al régimen completo de tratamiento a toda la población

y en otro a grupos predefinidos. En este marco, el autor destaca dos aspectos clave para entender la participación comunitaria que a menudo no son contemplados en las campañas antipalúdicas en salud global en África, entre otras cosas porque priorizan cuestiones como la cobertura y las barreras a la adherencia a los tratamientos biomédicos. El primer aspecto es “la participación organizada y gestionada por la propia comunidad, en paralelo a las estrategias elaboradas por los implementadores”. El segundo es el acoplamiento estructural de los proyectos. El autor nos muestra cómo las estructuras, valores y dinámicas sociales afectaron la adherencia a los tratamientos y concluye que es más estratégico “acoplar el proyecto a estas estructuras y dinámicas [locales], que enfocarse en ‘reparar’ los problemas con información y educación para la salud”, aunque estas últimas sean también necesarias.

El texto de Alexandra Obach, Michelle Sadler, Antonia Roberts y Matías Marín, “El rol de las nuevas organizaciones de la sociedad civil en la promoción de salud sexual integral en Chile” describe y caracteriza, a partir de dos investigaciones cualitativas realizadas entre 2020 y 2022, los nuevos actores que actúan en la promoción de la salud sexual de los jóvenes en el Chile contemporáneo, así como el papel que éstos juegan en los ámbitos de derechos sexuales y en la prevención y detección del VIH-SIDA. Se trata de un artículo elaborado desde los enfoques de la salud global, la salud colectiva y los paradigmas de la vulnerabilidad estructural que nos muestra cómo las organizaciones de la sociedad civil conformadas por jóvenes profesionales de la salud han habilitado espacios de información, promoción y atención en salud sexual y reproductiva fuera del sistema de salud, junto, o paralelamente, con otras organizaciones del mismo cariz lideradas en este caso por jóvenes LGBTIQ+ y orientadas a la información sobre sexualidades y sobre el acceso a la prevención y la detección del VIH. El artículo concluye con una reflexión sobre “la necesidad de potenciar y empoderar desde el sector formal de salud” a las organizaciones de la sociedad civil en materia de salud sexual, tal como indican las estrategias recientes de la OMS para las infecciones de transmisión sexual.

El trabajo que presenta Laia Ventura García se titula “¿Un fármaco para el Chagas? Usos del medicamento, experiencia de la eficacia y gestión de la condición” y aborda las vivencias de mujeres de origen boliviano residentes en Cataluña respecto a la terapia farmacológica para esta enfermedad y su amenaza latente, y sobre la cual España es el país “sin transmisión vectorial con una mayor carga de fuera de las Américas.” La autora explora la articulación de estas experiencias con el sistema de atención, el contexto sociocultural y el pluralismo mé-

dico a partir de la noción de “eficacia vivida”. Mientras que en el enfoque biomédico se contempla la eficacia del tratamiento parasiticida contra el Chagas en su vínculo con el parásito, en su capacidad para paliar la irrupción y los efectos de esta enfermedad de riesgo latente, Laia Ventura nos muestra que las narrativas de las mujeres expresan “mundos polisémicos, fluidos y variables que se articulan en los contextos socioculturales en los que tienen lugar sus historias de vida”. Estos mundos modelan la “eficacia vivida” y están marcadas por factores como la precariedad laboral y el estigma asociado a la enfermedad, entre otros que obstaculizan que las personas afectadas puedan reproducir sus existencias y asegurar su protección. Es un excelente ejemplo de cómo es necesario contar con la experiencia y los contextos sociales para entender lo que está en juego en las necesidades de las personas afectadas por esta enfermedad o su riesgo.

Finalmente, el texto de Laia Soto Bermant, titulado “‘El Despertar’: notas antropológicas acerca del ‘negacionismo’ y las teorías conspiratorias sobre la Covid-19” explora la emergencia de teorías conspirativas sobre la pandemia reciente de coronavirus tomando como base su trabajo de campo con miembros de un grupo ‘negacionista’ y que complementa con una etnografía de los tecno-espacios virtuales y el uso de otras fuentes secundarias. El objetivo de su artículo es doble, describir la creación y diseminación de estos relatos alternativos y, a su vez, problematizar cómo el etiquetado promovido por instituciones oficiales ha permitido desacreditar cualquier discurso “disonante”. La autora concluye con una puesta en valor del enfoque etnográfico para arrojar luz sobre las trayectorias políticas de estos relatos sin caer en modelos maniqueos, como los que se articulan desde la patologización o la criminalización, y para, alternativamente, desvelar la base vivencial de las teorías conspirativas y que podría resumirse en “un malestar profundo con una realidad que cada vez es más difícil de distinguir de la ficción.”

Este número especial culmina con un obituario a Paul Farmer escrito de forma bella y sensible por Arachu Castro. Se trata de un texto que recoge las palabras de la autora en la sesión “La antropología médica recuerda al Dr. Paul Farmer” organizada por la Sociedad de Antropología Médica de la Asociación Americana de Antropología (AAA) el 9 de noviembre de 2022 en Seattle, estado de Washington, y que ella misma ha traducido. Un final que consideramos muy apropiado como conclusión de este monográfico, pues, sin duda, la obra y la labor inmensas de Paul Farmer guiaron y seguirán guiando el futuro de la antropología médica y de la salud global.

4. Bibliografía

- Abimbola, Seye; Pai, Madhukar. (2020). “Will global health survive its decolonisation?” *The Lancet*, 396:1627–8. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32417-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32417-x)
- Affun-Adegbulu, Clara; Adegbulu, Opemiposi. (2020). “Decolonising global (public) health: from Western universalism to global pluriversalities.” *BMJ Global Health*, 5: e002947. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002947>
- Adams, Vincanne (2016a). “Metrics of the global sovereign: Numbers and stories in global health”. En: Vincanne Adams (Ed.) *Metrics: What Counts in Global Health*. Durham, NC: Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822374480-002>

- (2016b). “What is critical global health?” *Medicine Anthropology Theory*, 3 (2): 186–197. <http://doi.org/10.17157/mat.3.2.429>
- Adams, Vincanne; Burke, Nancy. J.; Whitmarsh, Ian (2014). “Slow Research: Thoughts for a Movement in Global Health.” *Medical Anthropology*, 33 (3), 179-197. <https://doi.org/10.1080/01459740.2013.858335>
- Adams, Vincanne; Behague, Dominique; Caduff, Carlo; *et al.* (2019). “Re-imagining global health through social medicine”. *Global Public Health*, 14:10, 1383-1400, <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1587639>
- Béhague, Dominique; Storeng, Katerini (2013). “Pragmatic politics and epistemological diversity: the contested and authoritative uses of historical evidence in the Safe Motherhood Initiative”. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 9(1), 65-85. <https://doi.org/10.1332/174426413X663724>
- Behague, Dominique; Ortega, Francisco (2021). “Mutual aid, pandemic politics, and global social medicine in Brazil”. *The Lancet*, 14; 398(10300):575-576. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01002-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01002-3)
- Birn, Anne-Emanuelle; Nervi, Laura; Siqueira, Eduardo (2016). “Neoliberalism redux: The global health policy agenda and the politics of cooptation in Latin America and beyond.” *Development and Change*, 47(4): 734–759. <https://doi.org/10.1111/dech.12247>
- Caudill, William (1953). “Applied Anthropology in Medicine”. En Alfred Kroeber (Ed.) *Anthropology Today*. Chicago: Chicago University Press, 771-806.
- Chrisman, Noel J; Thomas Maretzki (1982). *Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings*. Dordrecht: Reidel.
- Farmer, Paul (1996). “On suffering and structural violence: A view from below.” *Daedalus*, 125(1), 261-283.
- (1997). “Social scientists and the new tuberculosis”. *Social science & medicine*, 44(3), 347-358.
- Fassin, Didier (2004). “Et la souffrance devient sociale. De l’anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions”. *Critique*, 60(680–681): 16–29.
- (2005). “Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie.” En: Francine Saillant; Serge Genest (Eds.) *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l’Université Laval; Paris: Anthropos.
- (2006). “Souffrir par le social, gouverner par l’écoute: une configuration.” *Politix*, 73:137–157.
- (2009). “Another politics of life is possible”. *Theory, Culture & Society* 26(5): 44–60.
- (2012a). *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.
- (2012b). “That obscure object of global health”. En: Marcia C. Inhorn; Emily A. Wentzell (Eds.) *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*. Durham, NC: Duke University Press, 95-115.
- (2017). “The endurance of critique”. *Anthropological Theory*, 17(1): 4–29.
- Gamlin, Jenni; Segata, Jean; Berrio, Lina; *et al.* (2021). “Centring a critical medical anthropology of COVID-19 in global health discourse.” *BMJ Global Health*, 6: e006132. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006132>
- Glassman, Amanda; Chalkidou, Kalipso; Sullivan, Richard. (2020). “Does one size fit all? Realistic alternatives for COVID-19 response in low-income countries”. Center for Global Development, 2 de abril. Disponible en: <https://www.cgdev.org/blog/does-one-size-fit-all-realistic-alternatives-covid-19-response-low-income-countries>
- Haroz, Emily E.; Bolton, Patrick; Gross, Atan; *et al.* (2016) “Depression symptoms across cultures: An IRT analysis of standard depression symptoms using data from eight countries.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(7): 981–991. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1218-3>
- Harvey, Michael; Piñones-Rivera, Carlos; Holmes, Seth (2022). “Thinking with and against the social determinants of health: The Latin American Social Medicine (Collective Health) Critique from Jaime Breilh”. *International Journal of Health Services*, 52(4), 433–441. <https://doi.org/10.1177/00207314221122657>
- Holmes, Seth; Greene, Jeremy; Stonington, Scott (2014). “Locating global health in social medicine.” *Global Public Health*, 9(5), 475–480. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.897361>
- Kienzler, Hanna; Locke, Peter (2020). “The Effects of Societal Violence in War and Post-War Contexts”. En Ross. G. White, Sumeet Jain, David Orr, *et al.* (Eds.). *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*. London: Palgrave Macmillan, 285-305. https://doi.org/10.1057/978-1-137-39510-8_14
- Kleinman, Arthur (2000). “Foreword”. En Ángel Martínez-Hernández *What’s Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. London and New York: Routledge, xv-xvi.
- (2012). “Medical anthropology and mental health: Five questions for the next fifty years”. En: Marcia C. Inhorn y Emily A. Wentzell (Eds.) *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*. Durham, NC: Duke University Press, 178-196.
- Kohrt, Brandon A.; Rasmussen, Andrew; Kaiser, Bonnie N.; *et al.* (2014). “Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Literature review and research recommendations for global mental health epidemiology.” *International Journal of Epidemiology* 43(2): 365–406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>
- Kohrt, Brandon A; Mendenhall, Emily (Eds) (2015). *Global Mental Health: Anthropological Perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Kohrt, Brandon A.; Mendenhall, Emily; Brown, Peter J. (2016). “How anthropological theory and methods can advance global mental health”. *The Lancet Psychiatry* 3(5): 396–398. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00046-8)
- Koplan, Jeffrey; Bond, Christopher; Merson, Michael; *et al.* (2009). “Towards a common definition of global health.” *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)
- Martínez-Hernández, Ángel (2010). “Dialogics, ethnography and health education”. *Revista de saude publica*, 44, 399-405. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000016>
- Martínez-Hernández, Ángel; Bekele, Deborah; Sabariego, Carla; *et al.* (2021). “The Structural and Intercultural Competence for Epidemiological Studies (SICES) guidelines: a 22-item checklist”. *BMJ Global Health* 2021;6: e005237. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005237>
- Martínez-Hernández, Ángel; Bekele, Deborah (2023). “Structural competency in epidemiological research: What’s feasible, what’s tricky, and the benefits of a ‘structural turn’”. *Global Public Health*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2164903>
- McGoey, Linsey (2015). *No Such Thing as a Free Gift: The Gates Foundation and the Price of Philanthropy*. London: Verso.

- Menéndez, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Metzl, Jonathan M.; Hansen, Helena. (2014). "Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality." *Social Science & Medicine*, 103, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Murphy, Michelle (2017). *The Economization of Life*. Durham, NC: Duke University Press.
- Nguyen, Vinh-Kim (2012). "Anthropology and global health". *The Ashgate Research Companion to the Globalization of Health*. Farnham and Burlington: Ashgate, 79-96.
- Ortega, Francisco; Behague, Dominique (2022). "Contested leadership and the governance of COVID-19 in Brazil: the role of local government and community activism". *Global Public Health*, 17(4): 483-495. <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2028304>
- Ortega, Francisco; Müller, Manuela R. (2022). "Rethinking structural competency: Continuing education in mental health and practices of territorialisation in Brazil", *Global Public Health*, <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2157034>
- Paul, Benjamin (1955). *Health, Culture and Community: Case studies of Public Health Reactions to Health Programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- Seppilli, Tullio (1959). "Il contributo della antropologia culturale alla educazione sanitaria". En Giani Barro, Antonia Modolo y Maurizio Mori (Eds.), *Principi, metodi e tecniche dell'educazione sanitaria*. Atti del Primo Corso estivo di educazione sanitaria (Perugia, 14–21, 1958). Perugia, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, 33-45.
- (2011). "Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde." *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 903–914. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300022>
- Shamasunder, Sriram; Holmes, Seth; Goronga, Tinashe; *et al.* (2020). "COVID-19 reveals weak health systems by design: Why we must re-make global health in this historic momento". *Global Public Health*, 15 (7): 1083-1089. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1760915>
- Singer, Merrill (1989) "The Coming of Age of Critical Medical Anthropology". *Social Science and Medicine*, 28:1193-1204.
- (1995) "Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, 9:80-106.
- Wenceslau, Leandro David; Ortega, Francisco (2022). "The 'cultures' of Global Mental Health". *Theory, Culture & Society*, 39(3): 99-119. <https://doi.org/10.1177/02632764211039282>
- Wilkinson, Iain; Kleinman, Arthur (2016). *A Passion for Society: How We Think about Human Suffering*. Oakland: University of California Press.