

Antropología médica crítica

Presentación

I

Este número monográfico de la *Revista de Antropología Social* está dedicado a la *antropología médica crítica*. Adoptando esta denominación, difundida sobre todo en los países anglosajones, se quiere indicar de un modo sintético el criterio de fondo que ha guiado la selección de los artículos que se publican: su orientación teórico-metodológica, sus autores y su temática.

Es bastante conocido, por otra parte, qué se entiende usualmente por el término un poco vago, y tal vez discutible, de *antropología médica crítica*. Esta antropología médica está atenta a las *determinaciones estructurales* y a las *relaciones de poder*, en las que se constituyen las situaciones concretas de salud/enfermedad y se producen las respuestas sociales, o la falta de respuestas, a tales situaciones. La atención de dicha antropología médica sobrepasa por este motivo las simples micro-relaciones en las que se concretan los procesos internos de las prácticas de la salud, particularmente, en la medicina occidental para desvelar las relaciones de dependencia, que vinculan la salud y los mismos aparatos médicos con las lógicas *globales* de los sistemas sociales, incluidas sus contradicciones, con el peso que ejercen sobre ellos los “poderes fuertes” y con las grandes elecciones que de ello se derivan. Esta antropología médica, que configura el propio *uso social* como *algo más que una simple práctica “aplicativa”*, está llamada a afrontar una y otra vez defectos y disfunciones precisos, a remover obstáculos, a resolver, en suma, problemas operativos concretos. Pero se mueve únicamente dentro de la “lógica de lo existente”, sin someter nunca a discusión los determinantes que hay detrás. Es una antropología médica que afronta preferentemente, en definitiva, temas “candentes” en los cuales el examen científico de las situaciones específicas, aunque limitadas y aparentemente “técnicas”, permite sacar a la luz las conexiones de fondo con elementos estructurales y con el funcionamiento en su conjunto de nuestra sociedad; y se abre, por esto mismo, al debate y a las opciones políticas. Finalmente, es una antropología médica que, de modos diversos y en distintas medidas, hace una sustancial referencia a las contribuciones realizadas por Marx y Gramsci a la fundación teórica de las ciencias histórico-sociales.

Ciertamente, en los países anglosajones esta “corriente” de la antropología médica no puede decirse que sea la única, ni menos aún la dominante, si bien algunos de los más prestigiosos antropólogos médicos de aquellos territorios pueden incluirse,

sin duda, entre sus protagonistas. Es característica, al respecto, la contraposición, tal vez algo impropia, entre la *antropología médica crítica* y una, menos crítica, antropología médica *clínica*, más interesada en las micro-relaciones y las vivencias subjetivas que se verifican en las manifestaciones cotidianas de las patologías y en el funcionamiento cotidiano de la medicina. Por otra parte, la impetuosa, reciente y muy evidente expansión de la antropología médica en los Estados Unidos es más bien atribuible a profesionales directamente empeñados en prácticas de investigación “aplicada”, bastante alejadas de las intenciones críticas de la *antropología médica crítica*.

Por el contrario, es indudable que en la mayoría de los países latinos, en los cuales se ha afirmado una tradición de estudios antropológico-médicos –tanto en España e Italia como en México y Brasil–, la gran mayoría de los investigadores sería asignable, en una primera aproximación y dentro de este esquema opositivo, al campo de la *antropología médica crítica*, incluso a sus posiciones más radicales. Sin embargo, significativamente, ninguno de ellos utiliza esta etiqueta, ya que la individualización de las posibles relaciones entre las situaciones específicas y sus más vastas matrices sociales, así como el replanteamiento de tales matrices en las estrategias de remoción de los obstáculos para la salud y el bienestar colectivos, son considerados *tout court*, en los países latinos y sin necesidad de adjetivaciones particulares, como partes integrantes de la disciplina y del compromiso profesional.

Por otra parte, en esta perspectiva *sistémica*, que provisoriamente podríamos caracterizar como “latina”, no se hallan motivos de contraposición entre investigaciones de tipo “clínico”, micro-relaciones y vivencias subjetivas, e investigaciones cuyo objeto remite más directamente a las desigualdades y a las macro-lógicas de poder de los sistemas sociales y del proceso de globalización planetaria. El problema, en efecto, no es de *escala* de los fenómenos analizados, pese a la inevitable diversidad en los procedimientos de investigación, sino de *enfoque metodológico* en su examen e interpretación.

Incluso el más simple contacto entre el médico y su paciente contiene *in nuce* elementos significativos que reenvían a la articulación de la sociedad y a los poderes que operan en ella. Hasta la vivencia más subjetiva de un estado de enfermedad está impregnada de la cultura del grupo en el que el individuo se ubica, y ésta es a su vez la resultante de innumerables experiencias de vida en situaciones históricamente determinadas y, al mismo tiempo, del condicionamiento producido por los procesos de hegemonía activados en el sistema social por los poderes fuertes.

Justamente, la precisa atención a los procesos de *hegemonía* a través de los cuales los poderes fuertes condicionan las vivencias y los comportamientos de millones de personas, aun en lo que atañe a la defensa de la salud, puede considerarse un común elemento fundacional de la antropología médica que se ha ido afirmando en el área “latina”. Si las formas de la estructura social y las heterogéneas condiciones

y estilos de vida, que de ella se derivan para los individuos, se reflejan en el cuadro epidemiológico de una población, los centros de hegemonía modelan las orientaciones culturales a través de las cuales los individuos viven la patología y reaccionan ante ella. No es ésta una cuestión secundaria. Sólo el reconocimiento del peso de los procesos de hegemonía actuados por los poderes fuertes, junto con la individualización de las condiciones concretas en las que los individuos viven su existencia y sus experiencias, permiten a la antropología comprender la realidad, que ella misma se da como objeto de investigación propio, y proporcionar los instrumentos cognoscitivos para transformar tales realidades *junto* con los individuos que las viven.

Por otro lado, únicamente el reconocimiento del peso de los procesos de hegemonía, actuados por los poderes fuertes, permite a la investigación antropológica rehuir las ingenuas tentaciones *émicas*, sólo aparentemente “abiertas”, tan presentes en algunos recientes escritos etnográficos norteamericanos. Más allá de los ineludibles criterios selectivos, que subyacen de todos modos a tales operaciones, usar la investigación antropológica para “darle una voz a la gente”, transcribiendo directamente sus expresiones, es útil y justo. Pero *sólo* con esto se corre el riesgo de limitarse a un simple revelado fotográfico de lo que los individuos piensan o hacen, condicionados en sus mismas experiencias cotidianas por los modelos cotidianamente difundidos por los grandes aparatos de hegemonía. Renunciar a individualizar los mecanismos de poder que, especialmente en la “sociedad tecnológica”, llevan a los individuos a pensar lo que piensan y a actuar como actúan, conduce inevitablemente a la antropología a renunciar a la misma función *interpretativa* y *crítica* que es propia de la investigación científica.

Traducción: Lidia Mudanó

II

Por lo anteriormente señalado los artículos que se presentan en este monográfico pretenden ser una muestra representativa, aunque por supuesto ni mucho menos exhaustiva, de autores latinos y anglosajones que, a este lado y al otro del Atlántico, trabajan con presupuestos teórico metodológicos *críticos*. El monográfico se compone de aportaciones de dos tipos. Por un lado están las que se refieren a discusiones dentro del campo de la antropología médica de carácter teórico metodológico, y, por otro, aquéllas en las que dicha discusión se encuentra implícita en la presentación de materiales etnográficos concretos. En el primer caso nos encontramos con los artículos de G. Pizza, E. Menéndez y Ch. Briggs. En el segundo se hallan los textos de P. Bartoli, A. Castro y P. Farmer, R. Otegui, y N. Scheper-Hughes.

Respecto al primer bloque, Pizza reclama una recuperación necesaria de los trabajos de Gramsci, después de una lectura detallada y de primera mano de sus reflexiones, tanto de las cartas como de los cuadernos de la cárcel. Dicha recuperación,

que ha sido habitual en la antropología italiana y latina y más extraordinaria y reciente en la antropología anglosajona, se fundamenta en la riqueza y actualidad de algunos de los conceptos fundantes de la filosofía gramsciana, que en ocasiones han sido tergiversados a través de lecturas no directas de los textos originales. Éste es el caso, que encontramos en algunos autores, de la reificación de los conceptos de hegemonía y subalternidad, que al perder su carácter relacional y dialéctico se simplifican y dejan de operar como potentes herramientas heurísticas para explicar las complejas relaciones de dominación. Por otra parte, Pizza urge a la recuperación de Gramsci por la antropología en general y por la antropología médica en particular, en la medida en que algunos de sus desarrollos teóricos son hoy en día de palpante actualidad y especialmente imprescindibles para la comprensión de fenómenos locales y globales, en los que los cuerpos y sujetos se constituyen en los lugares privilegiados de actuación y transformación de las relaciones de fuerza de carácter estructural en su devenir socio-histórico.

La propuesta de E. Menéndez, dentro de una perspectiva plenamente marxista y gramsciana, nos acerca precisamente a la discusión dialéctica y, por tanto, anti-esencialista de las interrelaciones, transacciones y renegociaciones de los saberes médicos en su inserción en los grupos y sujetos sociales. Frente al antagonismo, que el sector biomédico pretende establecer entre las prácticas de autoatención y automedicación de los conjuntos sociales y sus propias prácticas de atención, Menéndez nos va desvelando la compleja articulación que se produce en las prácticas cotidianas de atención a la salud y la enfermedad entre los saberes hegemónicos del discurso de la biomedicina, en continua expansión, y los propios saberes de los grupos sociales. Para el análisis de esta complejidad, Menéndez propone la recuperación de la dimensión histórica de los procesos de atención que permita sacar a la luz entre, otros procesos, aquél que hace aparecer la autoatención y automedicación de los conjuntos sociales como generadas en gran parte por la propia biomedicina, pero rearticuladas en la práctica de los sujetos y los grupos sociales en una nueva actividad. Es una actividad en la que éstos, según palabras del autor, pueden evidenciar “su capacidad de acción y creatividad, de encontrar soluciones y, en consecuencia, un mecanismo potencial –y subrayo lo de potencial– de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes”.

A partir de la asunción crítica de las propuestas de Menéndez, Di Pardo y Breilh, entre otros, sobre la caracterización del Modelo Médico Hegemónico, el artículo de Ch. Briggs pone el foco de atención de los análisis de la *antropología médica crítica* en lo que él denomina *comunicabilidad*, definida como las políticas y las prácticas de comunicación de las ideologías dominantes. Al criticar, desde su punto de vista, la escasa atención de los investigadores hacia los procesos de comunicabilidad, nos propone trabajar con los Modelos Comunicativos Hegemónicos (MCH), con los que la biomedicina opera sobre los sujetos y los colectivos a través de la cre-

ación de diferencias en el acceso a la información pero, principalmente, construyendo categorías opuestas y desigualitarias de “públicos”. Briggs sugiere que la escasa atención al análisis de los MCH es uno de los instrumentos más potentes de reproducción de las instituciones y los discursos hegemónicos del modelo biomédico, vinculado en el contexto histórico actual a las ideologías y prácticas del neoliberalismo.

Si en la propuesta de Menéndez se hacía una apuesta clara por la necesidad de estudiar en profundidad las transacciones y articulaciones de los saberes médicos con los conjuntos sociales concretos, sin duda, en el artículo de P. Bartoli nos encontramos con un espléndido ejemplo de tal estudio. El antropólogo italiano plantea la imposibilidad de considerar la medicina tradicional de unas comunidades indígenas mexicanas como saberes inalterables; propuesta epistemológica que está en la raíz de muchos de los estudios antropológicos al uso sobre medicinas tradicionales. Así desvela, mediante casos concretos, las estrategias, en muchas ocasiones híbridas, entre saberes de los sujetos y los grupos locales indígenas para afrontar con mayor o menor éxito los procesos de sufrimiento y enfermedad a los que se ven sometidos en su devenir cotidiano. La exposición de dichas estrategias muestra el entrelazamiento y rearticulación de la pluralidad de recursos existentes en la comunidad, que van desde la medicina doméstica a la de los curanderos o a la del personal del Centro de Salud. Finalmente, con el análisis de las entidades mórbidas del *enfado* y de la *vergüenza*, Bartoli se enfrenta a la siempre compleja cuestión de la eficacia de la medicina tradicional.

El artículo conjunto de Castro y Farmer traza un análisis teórico-histórico sobre el concepto de estigma en las ciencias sociales para incorporarlo a las formas de constitución de los estigmas vinculados a los sujetos que padecen el VIH-SIDA. Después de deconstruir el estigma en términos individuales, se propone la necesidad epistemológica de vincularlo con los procesos generales de violencia estructural. El ejemplo etnográfico de Haití supone, mediante la reconstrucción histórica de los procesos políticos de colonización y descolonización, la necesidad de pensar el SIDA como algo incorporado a un marco conceptual en el que los procesos de causalidad sólo son inteligibles a través de la existencia de violencia estructural. El caso de un paciente de la Clínica *Bon Sauveur* en la Haití rural permite ilustrar a los autores de manera muy eficaz las vinculaciones entre violencia estructural y enfermedades infecciosas, e igualmente analizar cómo determinadas situaciones sociales desigualitarias toman cuerpo y producen estigma en sujetos sociales concretos. También sugiere que la transformación de dichas condiciones de inequidad estaría en la base de la erradicación del estigma.

Dentro del mismo ámbito de estudios sobre SIDA, la propuesta de R. Otegui pretende mostrar, tras el análisis socio-histórico de las condiciones de reproducción social de la minoría gitana en España y su constitución como grupo subalterno, las

formas en las que el complejo VIH-SIDA se inserta en el colectivo a partir de su variabilidad interna y de los procesos de desigualdad de estrato y de género. El estudio de la sintomatología y de los estragos en lo físico y en lo social de las enfermedades oportunistas del SIDA revela los procesos de construcción de los “cuerpos subalternos”. Por último, al analizar las estrategias de los cuidados y prevenciones gitanas respecto a la infección y sus consecuencias, dentro de una perspectiva de género, se pueden observar las síntesis y nuevas formulaciones que la cultura gitana establece en sus prácticas de cuidado, muchas de ellas a caballo entre los saberes biomédicos y los saberes tradicionales.

E. van Dongen en su sugerente artículo resume algunas de las paradojas y contradicciones que encontró durante su trabajo de campo en una clínica mental holandesa durante los años ochenta y noventa del pasado siglo. Centrándose en el análisis del modelo cultural implícito en la atención psiquiátrica cotidiana en la clínica mental, lo que la autora denomina el “modelo pólder” —el resultado del proceso histórico de transformación de la atención en salud mental holandesa—, nos muestra cómo los principios rectores de dicho modelo, que se basan en la democratización e igualdad entre los diferentes participantes en el proceso de atención, se ven amenazados por las contradicciones en las prácticas cotidianas de interacción entre el personal sanitario de los distintos escalafones y los pacientes. E. van Dongen va describiendo cómo los procesos de negociación continuos a los que da lugar el modelo, que se visibilizan en la diferenciación entre “el hablar” y “el hacer”, permiten mostrar las contradicciones y paradojas de un sistema que parte de unos presupuestos democráticos, pero que en su concreción práctica se ve enfrentado a continuas “contestaciones” entre los diferentes agentes y sus respectivas posiciones de poder.

Para terminar, el artículo de N. Scheper-Hughes nos informa del crecimiento a nivel mundial del comercio internacional de órganos humanos. Con un objetivo declarado de denuncia social, la autora, fundadora de la asociación *Organs Watch*, plantea un proyecto de investigación multi-focal y colaborativo, que ponga en evidencia cómo el sistema capitalista neoliberal cierra uno de sus círculos de desigualdad extrema a través de la circulación de órganos humanos entre sujetos de países ricos, compradores, y sujetos de países pobres, vendedores. Scheper-Hughes denuncia asimismo la connivencia y apoyo que algunos sectores del personal sanitario proporcionan, para que se produzcan estos intercambios mercantiles entre los más ricos, consumidores, y los más pobres, mercancías. Sin duda, el empeño de la fundación por dar a conocer dicho tráfico global e infame de órganos animará a muchos investigadores a realizar estudios en profundidad sobre este fenómeno de nuestros días.

Es nuestro deseo que la lectura de esta breve pero significativa muestra de trabajos de lo que hemos llamado *antropología médica crítica*, a pesar de sus ambigüedades, sea de interés para los colegas que se dedican a ésta u otras áreas de espe-

cialización y sirva también de aliciente para los lectores interesados en conocer los estudios e investigaciones, que desde muy diferentes partes del mundo intentan desentrañar las complejidades inherentes al denominado proceso de salud/enfermedad/atención.

Este número monográfico ha sido organizado y coordinado por Rosario Otegui, quien agradece el trabajo de revisión que generosamente han llevado a cabo los profesores Fernando Villaamil y Ascensión Barañano.

Tullio SEPPILLI
Rosario OTEGUI

Madrid, 1 de julio de 2005