

Breve introducción a la Antropología médica

La antropología médica es un subcampo de la [Antropología social](#) o [cultural](#). Es la traducción al castellano del término *medical anthropology* que sirve, desde 1963, de etiqueta identificativa para la investigación empírica y la producción de teoría por parte de los antropólogos sobre los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención o asistencia y su relación. En España se han utilizado, además, términos tales como "antropología de la medicina", "antropología de la salud" o "antropología de la enfermedad". En Europa, el término "antropología médica" fue utilizado, ocasionalmente, durante el s.XX para designar los estudios filosóficos sobre salud y enfermedad. Fue la adaptación castellana del término neerlandés "medische anthropologie" acuñado en el siglo XIX, realizada por el historiador y filósofo Pedro Laín Entralgo en distintas obras. Sin embargo, en la literatura científica en castellano, catalán, gallego o euskera el término antropología médica designa hoy a la [Medical anthropology](#), una etiqueta indiscutida en la literatura internacional.

Las relaciones disciplinares entre la [Antropología](#), la [Medicina](#) y la práctica médica pueden documentarse de antiguo. La mirada naturalista en Medicina, introducida por los *Tratados Hipocráticos* desarrolló una teoría de la causalidad de la enfermedad relacionada con el medio y una metodología que incluía el estudio de casos clínicos - por ejemplo, en el Tratado *Epidemias* -, junto a metodologías de naturaleza etnográfica - en el Tratado Aires, Aguas y Lugares-. La influencia de los escritos hipocráticos explica que la Medicina utilizase hasta fines del siglo XIX, técnicas de campo cualitativas, practicase la observación participante y produjese un enorme volumen de escritos etnográficos -etnografía-, puesto que ésta formaba también parte de su práctica. La *Antropología general* ocupaba una posición relevante en las ciencias médicas básicas (que corresponde a las asignaturas comúnmente llamadas hoy *pre-clínicas*). A medida que la medicina fue encerrando la educación médica en el hospital y adoptó una actitud reticente frente al empirismo de los médicos en su práctica cotidiana entre la gente y asumía la medicina experimental en el hospital y el laboratorio como su fuente básica de conocimiento, los médicos fueron dejando la etnografía en desuso. Este abandono se efectúa cuando la Antropología social adopta la *etnografía* como una de sus señas de identidad profesionales y fue abandonando el proyecto inicial de Antropología general. La divergencia entre la Antropología profesional y la

Medicina no significó jamás, una escisión completa entre ambas. Durante el siglo XX son constantes las relaciones interdisciplinarias entre ambas disciplinas hasta la constitución de la antropología médica durante los años sesenta y setenta del siglo XX.

Por su parte la evolución del proyecto profesional de enfermería durante la segunda mitad del siglo XX, y los llamados Nursing Studies conllevan a identificar enfermeras fundadoras en los estudios antropológicos, tales como: Virginia Henderson, Margaret Lenningen o Marie-Françoise Collière, quienes entre otras, abrieron una nueva perspectiva profesional, con ámbitos en la investigación e intervención con una clara vocación interdisciplinar.

Durante buena parte del s. XX, médicos y antropólogos han compartido la noción de *medicina popular, tradicional o folk* - en inglés *folkmedicine*-. Con este concepto coincidían en describir los recursos que el campesinado europeo o latinoamericano empleaba para resolver sus problemas de salud al margen de los profesionales de la salud, o las prácticas de salud de los aborígenes en distintas partes del mundo con un especial énfasis en sus conocimientos etnobotánicos. Estos últimos, son fundamentales para aislar alcaloides y principios activos farmacológicos. Además, el estudio de las dimensiones rituales de las terapéuticas populares que servían para discutir, en Occidente, tanto las relaciones entre ciencia y religión, como las categorías psicopatológicas. Los médicos no pretendían con el concepto de *medicina popular* construir un *concepto antropológico*, sino un *concepto médico* que les fuese útil para establecer, con bases científicas, los límites culturales de la biomedicina. Al mismo tiempo, durante todo el siglo XX, la sociología empírica, inicialmente en Estados Unidos y Canadá, y desde los años sesenta en Europa, desarrolló investigaciones basadas en la observación etnográfica, tanto en organizaciones relacionadas con la salud como en el ámbito de la sociología de las profesiones sanitarias, que han sido fundamentales para la constitución de subcampos de la sociología como, de la sociología de las organizaciones y de las profesiones.

El proyecto de la antropología médica (y en parte de la sociología médica cualitativa) ha permitido el debate con la enfermería, la medicina, la psiquiatría, y otras ciencias de la salud en torno a algunas cuestiones fundamentales:

- 1) El debate en torno a la influencia relativa de los factores geno y fenotípicos en relación con la personalidad y determinadas formas de patología: especialmente psiquiátrica y psicósomática.
- 2) La discusión sobre la influencia de la cultura en lo que se considera normal, patológico o anormal.
- 3) La verificación en distintas culturas de la universalidad de las categorías nosológicas de la biomedicina y de la psiquiatría.
- 4) La identificación y descripción de enfermedades propias de culturas específicas previamente no descritas por la clínica: denominadas *trastornos étnicos (ethnic disorders)*, y más recientemente *síndromes delimitados culturalmente (culture bound syndroms)*, como el *mal*

de ojo o el *tarantismo*, en el campesinado europeo, la *posesión* y los *estados de trance* en muchas culturas, y los *nervios*, o el *síndrome premenstrual* en las sociedades occidentales.

- 5) Los efectos de la diversidad cultural -entre otras la del género y la etnia- sobre aquellas prácticas del cuerpo que tienen efectos directos sobre los procesos salud / enfermedad / atención, como pueden ser las prácticas sexuales, las prácticas alimentarias, las técnicas del cuerpo o la influencia de las variables de género o la diversidad cultural.
- 6) El análisis de las prácticas relacionadas con el proceso salud / enfermedad / atención que incluye por un lado las prácticas de autocuidado, así como las prácticas y culturas profesionales e institucionales que están vinculadas. Si hace medio siglo el objetivo de buena parte de la investigación sociosanitaria hacía referencia al primer punto, en la actualidad el espacio de investigación de la antropología médica es el conjunto del dispositivo de salud.

La antropología y la sociología médica aplicada

En Estados Unidos, Canadá, México y Brasil la colaboración entre la Antropología y la Medicina, tuvo que ver inicialmente con el despliegue de los programas de salud comunitaria en minorías étnicas y culturales y con la evaluación etnográfica y cualitativas de instituciones sanitarias - hospitales, manicomios, y servicios de atención primaria-. En el primer caso se trataba de resolver los problemas de implantación de la oferta de servicios a un mosaico de grupos étnicos complejo; en el segundo, al análisis de los conflictos interestamentales dentro de las instituciones: especialmente entre médicos, personal de enfermería, personal auxiliar y personal de administraciones que tenían efectos indeseables en su reorganización administrativa y en sus objetivos institucionales. Los reportes etnográficos demostraron que las crisis interestamentales tenían efectos directos en los criterios terapéuticos y en la atención a los enfermos. También aportaron nuevos criterios metodológicos para evaluar las nuevas instituciones producto de las reformas y experimentos asistenciales como las comunidades terapéuticas.

La evidencia etnográfica sustentó las críticas al custodialismo institucional y contribuyó de manera decisiva a las políticas de desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica y social en general. En algunos países, como en Italia a un replanteamiento de las directrices en educación y promoción para la salud.

Las respuestas empíricas a estas cuestiones motivaron la incorporación de antropólogos en programas de salud comunitaria e internacional en países en vías de desarrollo, en la evaluación de la influencia de variables sociales y culturales en la epidemiología de ciertas formas de patología psiquiátrica (psiquiatría transcultural), en estudios sobre las resistencias culturales a la implantación de innovaciones terapéuticas y asistenciales; en estudios sobre curadores tradicionales, curanderos y parteras empíricas (comadronas) susceptibles de ser reciclados como agentes de salud (los llamados médicos descalzos

También desde los años sesenta, en los países desarrollados, la biomedicina se ve confrontada a una serie de problemas que exigen revisar los mal llamados *factores predisponentes de*

naturaleza social o cultural, reducidos a meras variables en protocolos cuantitativos, y subordinados a interpretaciones causales de matriz biológica o genética. Entre estos deben destacarse:

- a) La transición entre un patrón dominante de patología infecto contagiosa aguda a un patrón de patología basado en enfermedades crónico degenerativas sin una terapéutica etiológica específica.
- b) La emergencia de la necesidad de desarrollar dispositivos y estrategias de cuidados de larga duración, frente a intervenciones terapéuticas incisivas.
- c) La influencia de conceptos como calidad de vida en relación a los criterios terapéuticos clásicos en biomedicina.

A eso se asocian los problemas asociados al despliegue de dispositivos sanitarios comunitarios que evolucionan, desde una primera fase en que son percibidos como instrumentos de lucha contra las desigualdades de acceso a los servicios de salud a una nueva situación en la que una vez desplegada una oferta integral a la población emergen problemas derivados de las diferencias étnicas, culturales, religiosas, de grupos de edad, género o clase social.

Si lo primero se asocia al despliegue de los dispositivos de atención comunitaria, otro efecto se produce cuando se plantea el desmantelamiento de los mismos con la devolución a los particulares de competencias al respecto.

En todos estos ámbitos investigaciones etnográficas de carácter *cualitativo y local* son indispensables para *comprender* el modo como los pacientes y sus redes sociales incorporan el conocimiento sobre salud y enfermedad en un contexto en el que *su experiencia* está matizada por influencias culturales complejas derivadas de las características de las relaciones sociales en las sociedades avanzadas y del peso de los medios de comunicación social, muy especialmente de los audiovisuales y de la publicidad.

La aportación de la Sociología en el estudio de la salud y la medicina radica en el estudio del papel que juegan los factores sociales en la determinación de la salud de los individuos, de los grupos y de la sociedad en su conjunto. Variables como clase social, género, ocupación, origen étnico explican no sólo la posibilidad de disfrute o no de la salud y la enfermedad, sino que influyen también en los procesos que mejoran o no la prevención de las enfermedades, así como el mantenimiento de un buen estado de salud. Así, sabemos que el estado de salud guarda relación con la desigualdad social de forma que la organización social influye en el tipo y la distribución de las enfermedades. En concreto, numerosos estudios han puesto de manifiesto que las enfermedades no se distribuyen aleatoriamente entre la población, sino que se observa que están relacionadas con la estructura social y que la reacción de los individuos frente a las enfermedades también es diferente según su posición dentro de esta estructura. La victoria sobre las enfermedades infecciosas ha demostrado que los factores sociales juegan un destacado papel en la terapéutica. En el caso de las enfermedades crónicas, con gran impacto social y

familiar, los factores sociales juegan un papel crucial también en su etiología: las causas de éstas proceden directamente del tipo de vida y costumbres de la sociedad industrial moderna, es el caso de enfermedades como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y todo un abanico de problemas de salud actuales como la enfermedad de Alzheimer, el ictus, la enfermedad de Parkinson y otros como la esclerosis múltiple, accidentes de tráfico, drogadicción, etc. Esta realidad ha generado que la manera necesaria de abordar tales problemas sea integral o multidisciplinar.

Además, en las sociedades modernas se ha institucionalizado la lucha contra las enfermedades a través de organizaciones y pautas sociales. Conocer el funcionamiento de las organizaciones y de las pautas sociales se hace necesario para garantizar el éxito contra las enfermedades. Es así que los principales campos de investigación en sociología de la medicina incluyen los aspectos sociales de salud y enfermedad, la conducta social del personal de asistencia sanitaria y los usuarios, las funciones sociales de las organizaciones e instituciones de la salud, los patrones o modelos sociales de los servicios de salud y la relación de los sistemas de asistencia sanitaria con otros sistemas con que interacciona.

La contribución de la Historia, en el proyecto MARC debe ser, sin duda, una contribución fundamental y axial del grupo de investigación interdisciplinar. En primer lugar, por la propia evolución de la disciplina histórica, la cual, desde la tercera generación de la École de Annales, ha planteado múltiples y enriquecedoras vías de interrelación con el resto de Ciencias Sociales, particularmente con la Antropología y la Sociología, como preconizaban los fundadores de dicha escuela. Referido, sobre todo, al nacimiento de la llamada historia de las mentalidades, una visión de la historia desde el sujeto, entroncada desde el inicio con la antropología histórica británica, síntesis entre la historia social y la antropología (EP Thompson, EJ Hobsbawm, G. Rude...) y la psicohistoria.

La historia de las mentalidades entendida como el análisis de las formas de sentir y de pensar (M. Bloch) y de imaginar la realidad; es decir: pensamiento racional, emociones e imaginario, a los que deberíamos añadir los modos de actuar, tanto el comportamiento consciente como el inconsciente. Si incluimos el factor inconsciente, nos da cinco componentes de la mentalidad, los cuales se superponen y comparten elementos comunes. Esta idea de los cinco componentes - pensamiento racional, emociones, imaginario, comportamiento y inconsciente- constituye el elemento básico y la guía para enfrentarse a la documentación histórica con el fin de construir historia de las mentalidades, la cual es la más adecuada hacia la interconexión con la Antropología médica y la Sociología de la salud. A la hora de estudiar las mentalidades complejas nos encontramos, por supuesto, con combinaciones de estos cinco componentes, o de algunos de ellos, y empleamos metodologías específicas, distintas de las usadas para la historiografía de la economía o la política, y diferente también de la característica de los antropólogos, sociólogos y psicólogos, que suelen observar, interrogar y experimentar con individuos y colectivos vivos, propia del método etnográfico. La innovación de la historia de las mentalidades ha consistido, pues, en recoger toda una serie de conceptos, técnicas y enseñanzas de la antropología y la

psicología (principalmente) y ser capaz de llevar a cabo investigaciones empíricas de las sociedades históricas. De esta corriente historiográfica, las mentalidades, han derivado historias del cuerpo, del sexo, de la familia, de la vida cotidiana, de las mujeres, de los modelos sociales y de los comportamientos sexuales, de la alimentación... Todas ellas susceptibles de ampliar los parámetros y perspectivas de la Historia de la Medicina clásica, además de renovar la tradicional Historia Social.

Otro acercamiento epistemológico de singular importancia será, obviamente, la antropología histórica, vinculada estrechamente a la historia de las mentalidades. El método diferencia entre el presente físico-biológico, el presente sociocultural y los respectivos pasados, siendo la Antropología histórica la ciencia que estudia las culturas y sociedades pasadas, utilizando para este objetivo la metodología y los conceptos básicos de la investigación histórica. Se diferencia de la Antropología social o de la Antropología médica en que el objeto de análisis no se puede presenciar en vivo, sino que hay que ir a buscarlo en la documentación de archivos, restos materiales, literatura o artes.

Para sustentar muchas de las investigaciones históricas, desde el llamado giro lingüístico, se hace indispensable recurrir al análisis crítico del discurso. Al proponer el concepto de discurso como práctica social imbricada en otras prácticas sociales que interaccionan constantemente con ellas, estos estudios ofrecen herramientas para acercarse de forma fructífera en la relación texto-contexto. En este marco se enfoca el corpus discursivo de la investigación como una secuencia dentro de la producción discursiva global de una sociedad en un momento histórico determinado. En nuestro caso, también debe entenderse como un tipo de discurso caracterizado por una práctica social particular: la práctica discursiva de la sociedad médica. Al ser un discurso de una élite con poder social, se pondrá el énfasis también sobre el papel del lenguaje en la producción y reproducción del poder (TA Van Dijk). Por otra parte, el análisis crítico del discurso permite operar dentro de un marco de análisis que recoge igualmente los elementos perturbadores de la producción y circulación de un discurso, particular en el orden social discursivo, y revelar los retos, las transgresiones, las contradicciones y fisuras que este orden conlleva.

Consideramos relevante, además, las aportaciones del feminismo a la Historia de la medicina, aspecto a resaltar por las conexiones transdisciplinarias entre medicina, Historia de la Ciencia e Historia de las mujeres, avances que el proyecto MARC debe tener en cuenta. Y esto por dos elementos: el primero es el propósito de conocer y construir un conocimiento sobre el pasado con el objeto de cambiar el presente, por lo tanto, desde un doble objetivo, historiográfico y político. El segundo es la existencia de una convergencia o de una afinidad de personas y grupos que, desde la medicina, la historia de la medicina, la historia de las mujeres y el movimiento feminista (y sobre todo los grupos para la salud de las mujeres) persiguen este objetivo dual en transformar la ciencia -concretamente las disciplinas históricas y médicas- y las condiciones de trabajo y salud de las mujeres. En este sentido, la historia de la medicina no androcéntrica ha desarrollado un singular papel como legitimadora de las prácticas de las mujeres en el campo de

la salud y como introductora, o traductora, de nuevos recursos teóricos (re) elaborados por el pensamiento feminista.

Así las ciencias sociales contribuyen fundamentalmente a la medicina en tres áreas: a) el estudio de los sistemas sanitarios y su impacto en la salud de las poblaciones e individuos; b) el análisis de la calidad de vida del paciente, y c) la valoración y medida de influencia en las dimensiones sociales (familia, redes, asociaciones, servicios sociosanitarios, etc.) en el desarrollo de las enfermedades.