

ENFERMEDAD, CULTURA Y SOCIEDAD

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

Josep Maria Comelles
Angel Martínez Hernández

Capítulo 5

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

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

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

Todas sus propuestas traducían un enfoque altamente pragmático en donde brillaban por su ausencia las consideraciones al respecto de las relaciones sociales que envolvían los procesos de enfermedad, el papel aculturador de salubristas y antropólogos, o el posible análisis de la enfermedad y las concepciones y prácticas médicas desde un punto de vista estrictamente antropológico. El objetivo de Mahoney era el de reforzar la presencia del trabajo antropológico aplicado pero sin cuestionar su estatus de subalternidad en relación al modelo médico. Además, como la asesoría que solicitaba el sector sanitario no iba más allá de un conocimiento particular de como tal variable sociocultural tenía un impacto en una enfermedad específica o en la viabilidad de un programa, el holismo antropológico clásico, mostraba, sus propias limitaciones, al contraponerse con el individualismo y pragmatismo biomédico. En este "impasse" se definía una práctica ecléctica, microsocioal, disección de variables y énfasis en lo sociocultural que no sólo era asumido por los antropólogos sino también por otros colectivos del sector Sanitario que basaban sus análisis en un férreo empirismo. La falta de teoría y el intrusismo biomédico comenzaban a ser un lastre y hacían necesario el desarrollo de alternativas encaminadas a la consolidación y legitimación de un campo antropológico específico. Este es el objetivo que impregna la revisión de Scotch (1963)¹ que, significativamente, habla desde la

¹ En ella se habla por primera vez de Antropología de la medicina que es el título del artículo. Ese mismo año también se había utilizado este término para definir el campo creciente de investigación sobre temas de salud (Sapir et al., 1963).

docencia en una escuela de salud pública.

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

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

Hacia una Antropología de la medicina

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

“(a) elicit los factores, mecanismos y procesos que juegan un papel en o influyen la forma en que individuos y grupos están afectados por responden a la “iones” y “disease”; y (b) examina éstos problemas con un énfasis en patrones de conducta. El énfasis principal debe darse en estudios que son conducidos en grupos no-occidentales y que descansan en el concepto de cultura” (1972:167).

La definición guarda la ambigüedad necesaria para congeniar las investigaciones socio-médicas provenientes de la biomedicina -de ahí el énfasis en el contenido y no en el método- y la perspectiva culturalista más conductual. Conserva, además, la escisión entre el espacio antropológico y el biomédico con una demarcación clara del primero al universo indígena y con una distinción entre dos dimensiones de la enfermedad: “disease” y “illness”². La primera categoría:

² Utilizamos aquí la terminología anglosajona por dos cuestiones. Por su uso a nivel internacional y, fundamentalmente, por la dificultad de traducir estos términos –“disease, illness y sickness”- al castellano. Los tres son sinónimos de enfermedad pero con matices muy diferentes. Véase glosario.

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

La segunda:

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

Esta disociación es una puerta abierta a algo que el modelo biomédico no ha dejado de manejar implícitamente, como lo prueba la existencia de una larga tradición filosófica y retórica al respecto. En el fondo, la propuesta de Fabrega es un intento de usar implícitamente el paradigma biomédico como punto de referencia para organizar términos, metodologías y propuestas teóricas que se mueven entre los límites de lo orgánico y lo sociocultural, pero en el que la “disease” tiene un papel hegemónico. Su modelo conceptual enlaza con la vieja identificación de lo “folk.” con la Antropología y de las dimensiones orgánicas con el discurso biomédico. Esto no permite el análisis del carácter biológico y orgánico que pueden presentar otras prácticas no occidentales ni la consideración de la biomedicina como objeto de estudio antropológico. El sesgo se amplifica al identificar “illness” con la dimensión “emic” y “disease” con la “etic”. El conocimiento biomédico sería entonces el único, que podría establecer proposiciones etic en el campo de la salud y enfermedad y esto evidentemente supone adoptar una posición médico-céntrico.

Fabrega recoge tangencialmente el notable desarrollo que estaban adquiriendo, en los Estados Unidos, los estudios sociológicos sobre la medicina occidental y que se articulaban en torno a las nociones de “sick role”, de Parsons, (1951); de “lav referral system” (Freidson 1970), o de “illness behavior” (Mechanic 1960, Schuman 1963), o a enfoques novedosos sobre las relaciones entre los síntomas de la enfermedad y la cultura (Zol 1966). Fabrega se hizo eco de estas tendencias: de ahí su intento de construir un modelo operativo de “illness behavior” directamente emparentado con esa tradición, con el concepto de *carrera moral* de Goffman (1961), pero también con las teorías psicológicas acerca de los procesos de toma de decisiones políticas o económicas.

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

que vamos a distinguir aquí por razones meramente heurísticas: el locus de la biomedicina dentro de los sistemas médicos y las diferentes dimensiones de la enfermedad.

Un nuevo lugar para la biomedicina

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

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

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

Los comentarios al modelo de Foster no se hicieron esperar. Kleinman, un psiquiatra con formación antropológica y uno de los autores más prolíficos en la Antropología de la medicina, formula una dura crítica a este respecto (1978, 1980). Desde su perspectiva, la tipología de Foster es resultado de una vieja tradición de la Antropología de la medicina de efectuar generalizaciones comparativas poco fundamentadas, indiferentes a las prácticas terapéuticas y de escasa aplicación en contextos concretos. Aboga por una

aproximación cultural centrada en la salud, la enfermedad y las prácticas que desafíe el paradigma biomédico con un grupo alternativo de conceptos y un foco analítico diferenciado. Kleinman asume la dualidad “Disease/Illness” que había desarrollado Fabrega pero su aproximación, basada en la apropiación del concepto de sistema cultura) desarrollado por Geertz, permite el análisis de la biomedicina como cualquier sistema médico. En una de sus más conocidas obras (1980) profundiza en esta dirección formulando un modelo teórico no sólo para el análisis de los sistemas médicos sino también para el de las diferentes transacciones y funciones -«core clinical functions»- que se desarrollan en un contexto determinado. Utiliza para ello el concepto de «health care system» que englobaría al conjunto de sistemas de atención y gestión de la salud existentes en un marco cultura; específico, ya sean sistemas *folk* o *altamente profesionalizados e institucionalizados como el biomédico. La medicina alopática, cosmopolita, occidental -o biomedicina (Worsley 1982:315)* es, entonces, un sistema cultural y por tanto una etnomedicina aunque fisiológicamente orientada: Su configuración como objeto de estudio implica, además, nuevas orientaciones teóricas para la Antropología:

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

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

Hahn y Kleinman (1983:311) apuntan nuevos temas a analizar en el marco de la medicina occidental como su sistema ideológico, división del trabajo en especialidades y jerarquías, normas de práctica e interacción, sistema de rol/estatus y procesos de socialización de los profesionales y de construcción y reconstrucción del conocimiento. Estas propuestas se adaptan muy bien a los nuevos vientos teóricos de las Ciencias Sociales que en un tono crítico argumentan la naturaleza ideológica de la biomedicina. Mishier, por ejemplo, señala tres características básicas de este sistema médico: la doctrina de la etiología específica inherente a su praxis y que había ya sido analizada por Dubos (1961:108)'; la tendencia a tratar las clasificaciones nosológicas como realidades en sí mismas; y la ideología de neutralidad que elimina cualquier atisbo crítico con respecto a su carácter de instrumento de control social (1981:1-?3). La biomedicina es para Mishler, como para Hahn y Kleinman; una subcultura con sus propias reglas del juego, valores, prácticas y creencias institucionalizadas que configuran su papel en el

contexto social general.

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

La enfermedad y sus dimensiones

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

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

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

Asumir mínimamente esta idea supone además un replanteamiento de la concepción clásica de la Antropología sobre lo “folk” en términos de un menor etno y médico-centrismo. Esto no siempre se produce, entre otras razones por la inercia de la investigación, la supeditación del campo al *modelo* médico y por la prevalencia de un empirismo a-crítico. Pero, no obstante, en los últimos años ha ido mostrando su trascendencia en argumentaciones sobre la necesidad de que trastornos como la anorexia o los desórdenes de la alimentación, más típicos de las sociedades industrializadas, sean considerados tan *folk* como el *amok*; el susto o el *windigo*, ya que la hegemonía de las categorías diagnósticas biomédicas no justifica su clasificación diferenciada.

Si la distinción entre “disease” y biomedicina es el punto de partida de una Antropología de la medicina independiente del modelo médico, puesto que permite el desarrollo de una teoría propia, no existe el mismo consenso en relación a los otros dos conceptos que se manejan: “illness” y “sickness”. Young sugiere la existencia de una Antropología de la “Illness” y otra de la “Sickness” (1987:257). La primera identifica a los autores que, desde una perspectiva culturalista y generalmente, interpretavista, se han dedicado al análisis de las dimensiones individuales de la enfermedad en tanto que experiencias que

muestran una traducción semántica y semiológica que puede ser explorada hermenéuticamente. La segunda no constituye inicialmente un bloque homogéneo - aunque entronque posteriormente con tendencias más consolidadas como la “Critical Medical Anthropology”- pero se articula en relación a una misma cuestión: la crítica al individualismo de la Antropología de la Illness” y su orientación más sociológica y centrada en las prácticas y en los contextos sociales. Young llamó a la primera Antropología de la “Illness” (dimensiones culturales de la enfermedad), y a la segunda de la “Sickness” (dimensiones sociales de la enfermedad).

La teoría de las “dimensiones culturales de la enfermedad”

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

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

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

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

El trabajo de Good es muy sugerente en la medida en que plantea líneas innovadoras de investigación en donde la enfermedad aparece no sólo como una realidad significativa per se sino también contextualizada en el marco sociohistórico que la determina por medio de la acción del cuerpo de concepciones inherentes a los sistemas médicos. Pero en los trabajos posteriores esta contextualización va a dejar de ser introducida con la misma intensidad. En un artículo posterior (Good y DelVecchio Good, 1981) adopta un tono sincrónico, individualizado y más pragmático que es un reflejo de la orientación más aplicada que adquiere su quehacer. Esboza en esta ocasión un modelo cultural y

hermenéutico para la práctica clínica que se contrapone al empírico-biomédico en la asunción de la interpretación (Verstehen) frente a la explicación diagnóstica (Erklären) y de la vinculación del síntoma (texto) con su red semántica (contexto) frente a la dialéctica alopática entre síntoma y distinción orgánica. Las argumentaciones de ambos se vinculan con las de Arthur Kleinman que desde los años setenta plantea una aproximación similar a partir de los “Explanatory Models” (EMs) o modelos explicativos (1980). Los EMs son:

“...las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su tratamiento que son empleadas por todos aquellos envueltos en el proceso clínico. La interacción entre los EMs de los pacientes y de los profesionales es un componente central de los procesos de atención sobre la salud. El estudio de los EMs de los profesionales nos habla acerca de cómo ellos entienden y tratan la enfermedad. El estudio de los EMs del paciente y de la familia nos habla de cómo ellos construyen el sentido de un episodio de enfermedad, y cómo ellos eligen y evalúan tratamientos particulares. El estudio de la interacción entre los EMs de los profesionales y de los pacientes ofrece el más preciso análisis de los problemas existentes en la comunicación clínica [...] Estructuralmente, podemos distinguir cinco cuestiones principales que el EM puede explicar acerca de un episodio de enfermedad (illness). Estos son: (1) etiología; (2) emergencia y modo de aparición de los síntomas; (3) patofisiología; (4) curso de la enfermedad (...) y (5) tratamiento” (1980:105).

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

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

Las primeras teorías de “las dimensiones sociales de la enfermedad”

Simultáneamente al desarrollo de la teoría culturalista en la Antropología de la medicina

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

Desde esta Perspectiva se propusieron introducir un nuevo plano de análisis que pudiera dar cuenta de las prácticas, roles y comportamientos sociales y de como factores como las relaciones sociales, las estructuras de rol/status y las diferencias étnicas y de clase conforman y distribuyen la enfermedad. Esto es la dimensión social de la enfermedad:

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

Y también:

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

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

La Antropología aplicada a la clínica

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

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

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

En la CAA está el esfuerzo por una integración de la Antropología en la medicina, que si bien no ha implicado un incremento de su influencia en el modelo médico, si ha tendido en cambio a familiarizar al sanitario con un modelo de práctica, que al estar amparado por un desarrollo bastante riguroso de su etnografía, ha podido aportarle una manera distinta de ver las cosas servida en un lenguaje no muy alejado de ciertas tradiciones clínicas o psiquiátricas -especialmente las de la fenomenología. A cambio, la CAA permanece atrapada en las mismas contradicciones que hemos señalado para el trabajo aplicado en la antropología norteamericana: es decir su excesivo pragmatismo, su anclaje

en un modelo de sanidad genuinamente americano pero que poco tiene que ver con la realidad sanitaria de los países europeos o los del Tercer mundo, y una consciente subordinación poco crítica a los temas de interés delimitados por las prioridades de la biomedicina. Por otro lado, y mientras que esto ha permitido conformar el papel del antropólogo en el medio sanitario como intérprete de los EMs de profesionales y usuarios o de las diferencias culturales, étnicas y de clase de pacientes y familiares, no siempre el enfoque antropológico ha podido permanecer intacto ni trascender su carácter “sofá” frente a las opciones “duras” del modelo médico.