

Dossier lecturas obligatorias

Segundo semestre 2024

Antropologías aplicadas: Antropología y Salud

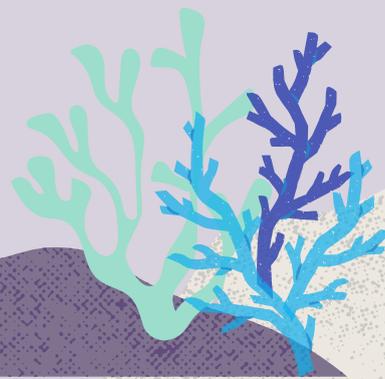
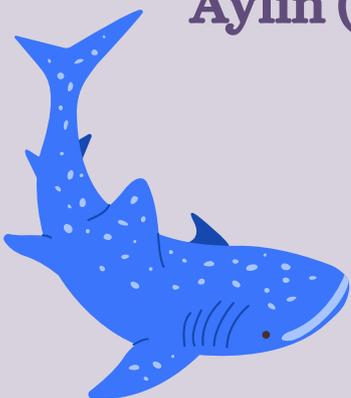
Profesora:

Sol Anigstein

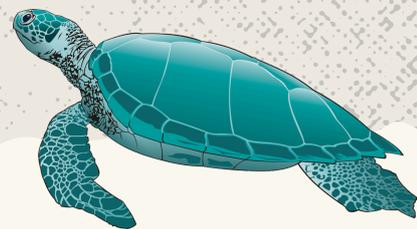
Ayudantes: Diego Badilla, Yareth Carbonell,

Aylin (Mia) Hernández, Antonia Fontaine,

Sol Nadjar y Javiera Vallejos



Índice



Sesión 05/09: Salud Pública y sistemas de salud + Determinantes y determinación social de la salud y la salud colectiva

Lectura a evaluarse en el control obligatorio.

Valencia, M. (2011). Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 29(1), pp. 85-933

Sesión 12/09: Agroquímicos

Lectura a evaluarse en el control obligatorio.

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*. Volumen 40, pp. 283-318.....12

Sesión 26/09: Propuesta estructuralista y eficacia simbólica. La crítica desde la fenomenología

Lectura a evaluarse en el control obligatorio.

Lévi-Strauss, C. (1995). La eficacia simbólica [Capítulo 10]. En *Antropología Estructural*.....48

Sesión 03/10: Propuesta simbólica y hermenéutica. La narrativa de la enfermedad y la crítica materialista

Lectura a evaluarse en el control obligatorio.

Good (2003). La representación narrativa de la enfermedad [Capítulo 6]. En *Medicina, racionalidad y experiencia*.57

Sesión 10/10: Propuestas económico-políticas y social de la enfermedad. Modelo relacional y reificación de la enfermedad.

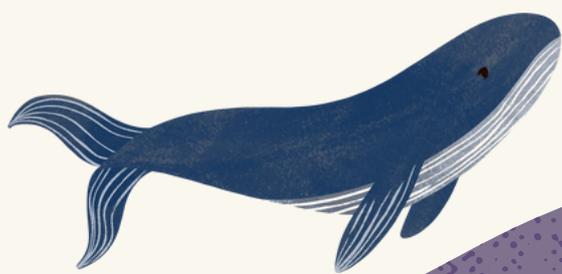
Lectura a evaluarse en el control obligatorio.

Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente [Capítulo 6]. En *Un gigante en convulsiones*. Gedisa: Barcelona.....83

Sesión 14/11: Propuesta fenomenológica y el embodiment.

Lectura a evaluarse en el control obligatorio.

Mol, A. y Law, J. (2004). Acción encarnada, cuerpos actuados. El ejemplo de la hipoglucemia [Trad. Miranda, M. e Ibáñez, R.]. En *Body & Society*, 10 (2-3), pp. 153-177.....100



Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa

Contributions of new approaches to the formation of alternative public health

Marleny Valencia A¹.

¹ Bacterióloga, Msc en Salud Pública, estudiante de doctorado en Salud pública, docente Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, integrante del grupo sexualidad y cáncer. Correo electrónico: mvalenc@gmail.com

Recibido: 26 de octubre de 2010. Aprobado: 20 de febrero de 2011.

Valencia M. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(1): 85-93.

Resumen

Este artículo plantea una forma diferente a la convencional para abordar las problemáticas de la salud pública y dar respuesta a la pregunta orientadora del mismo: ¿Cómo los enfoques contemporáneos en salud pública ayudan a comprenderla y a dimensionar su proyección en los próximos años? Inicialmente se desarrolla una breve caracterización de la salud pública convencional, con el fin de mostrar las limitaciones que se presentan para dar respuesta a los problemas de salud de la población. Luego, se abordan las perspectivas contemporáneas, específicamente, las desarrolladas en el marco de la corriente crítica, dado que allí convergen los enfoques que aportan de manera importante a la conformación de la salud pública alternativa. Entre las

corrientes consideradas se destacan: la teoría crítica, la medicina social, la salud colectiva, los determinantes sociales de la salud, el enfoque de género y la teoría de la complejidad, campos que contribuyen a una forma diferente de trabajar la salud pública, que reivindica la importancia de los sujetos en el abordaje de los problemas de salud. Asimismo, es preciso trascender el conocimiento dirigido por la razón tecnológica hacia la multiculturalidad, en las cual se aceptan los otros saberes como válidos para la construcción del conocimiento.

----- *Palabras clave:* salud pública, enfoques, salud-enfermedad-atención-muerte, corriente crítica, género, complejidad, determinantes, medicina social.

Abstract

This article discusses the possibility of a different way from traditional to raise health problems in public health context, answering its guiding question: How the contemporary approaches to public health help to understand it and size its projection in the coming years? Initially, we will make a brief characterization of conventional public health, in order to show its limitations to answer people's health problems. Then we enter to the contemporary approaches or tendencies, specifically those developed in the critical school framework, because it's on them where the approaches that significantly contribute to the health public conformation converge. Among the selected currents we have: the

critical theory, the social medicine, the collective health, social determinants of health, the gender approach and the complexity theory, approaches that contribute to a different way of public health working and to have always in mind the importance of the subject in the boarding of health problems. Likewise, the technologic reason directed knowledge must be changed in order to reach the multiculturalism, this accepting other knows as valid to the construction of know.

----- *Key words:* public health approaches, health-disease-care-death, critical current, gender, complexity, determinants, social medicine.

Introducción

El punto de partida del presente trabajo es la caracterización de la salud pública (SP) convencional, de la cual se resalta su origen como una rama de la medicina que fundamentó su paradigma científico en el marco de la expansión capitalista, principalmente, en el control de enfermedades en las zonas productoras, de ahí, se constituyó en una disciplina con gran desarrollo técnico y estrechamente relacionada con las políticas estatales. De esta forma se conformó y fue dotada de acción práctica, lo que le permitió enfrentar con éxito algunos problemas de salud, aunque se queda limitada para resolver otros como la violencia, las enfermedades crónicas y mentales, entre otras. Estos problemas se derivan del neoliberalismo y del globalismo, en la medida en que la reorganización del capital a escala mundial conduce a la hiperconcentración de los recursos naturales, económicos, financieros, militares, políticos, de información y de conocimiento; con la consabida exclusión de una gran población, de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades [1]. Dichas situaciones, si bien permiten vislumbrar las limitaciones de la SP para dar una respuesta adecuada a las problemáticas de salud, también impulsan la búsqueda y el aprovechamiento de las contribuciones de enfoques que propongan otras formas de comprender el sistema salud-enfermedad-atención-muerte como algo complejo e inmerso en la trama social.

Por otro lado, si se tiene en cuenta que la salud pública es “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”, se corre el riesgo de hacer una reducción del conocimiento necesario para la acción a lo planteado por la investigación positivista; puesto que, depende de la definición que se acepte de SP, en ese sentido se abordará el objeto de estudio [2]. Es así como, lo ideal es considerar una noción de SP que construya el conocimiento de la realidad como una totalidad, en tanto conciba las relaciones internas y externas necesarias para tener un dominio amplio de ella sin dejar de lado las percepciones y las preconcepciones de los sujetos respecto al proceso de salud-enfermedad-atención, además de reconocer a los mismos como seres activos dentro de los problemas de salud y, por tanto, partícipes de la solución.

La salud pública convencional

Las categorías filosóficas, teóricas, metodológicas y prácticas de la SP convencional, que permiten explicar y comprender sus desarrollos y limitaciones, al tiempo que contribuyen a vislumbrar los planteamientos de una SP alternativa, son las siguientes:

- Presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte para explicar la salud;
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social;
- El poder del Estado para asegurar la prevención de la enfermedad.

En términos de Granda, la SP con estas características es considerada *enfermología pública* [4]. Aunque han existido otros fundamentos, éstas se impusieron a lo largo del siglo XX y dejaron de lado otros planteamientos que hubiesen podido aportar de manera relevante a la SP convencional, que consideraron de forma parcial y sesgada. Un ejemplo de ello, es la medicina social del siglo XIX, surgida principalmente en Francia, Alemania e Inglaterra, a partir de la cual se pudo comprender que la crisis de la salud es un proceso político y social y la manera de enfrentarla es mediante la búsqueda de la democracia, la equidad y la fraternidad [5]. Las actuales corrientes de la medicina social retoman estos aspectos.

Sin embargo la SP convencional no integró los fundamentos teóricos ni ideológicos de ésta, ni de otras propuestas para lograr una transformación, sino que, conservando el marco de la enfermedad, tomó las teorías de la prevención para la instauración en las universidades de los departamentos de medicina preventiva y aceptó la propuesta de medicina comunitaria, desarrollada en Estados Unidos. Igual sucedió con los fundamentos de la promoción de la salud, la atención primaria en salud, entre otras [3]. En otras palabras, la SP, retoma de forma tangencial los aportes de otros movimientos o los direcciona hacia el fortalecimiento y conservación de su estructura basada en la enfermedad y la muerte.

Dados los desarrollos y los logros alcanzados por la medicina clínica en la enfermedad individual, se concibió que la SP podría conformarse con el fin de dar cuenta de la enfermedad de los colectivos, desde un campo diferente al de la clínica, el cual se dedique a buscar las causas de las enfermedades más allá del cuerpo humano. Así, la SP se encarga del riesgo y de la prevención de la enfermedad en la población, por medio de la tecnología y del poder del Estado, pues existe la convicción de que la razón instrumental y el Estado basado en el conocimiento científico, tienen la capacidad de resolver los problemas de cualquier índole, sean sociales, culturales, políticos o económicos [4].

La SP tradicional, basada en el estructural-funcionalismo, considera a la población como objetos, más que como sujetos de estudio, que actúan de acuerdo con la función dada por la estructura o el sistema social y que pueden abordarse con métodos positivistas, que hacen una lectura de la realidad de esos objetos por medio de la razón tecnológica o instrumental. La SP tradicional se reduce a: “una buena expresión de una disciplina cien-

tífica moderna, una forma de orden del mundo y, a su vez, la enfermedad de la población es transformada en objeto de la ciencia, posible de intervención, de transformación, de modelación, de producción” [4]. La SP tradicional, permanece así, primordialmente, en el campo de la enfermedad sin trascender hacia el de la salud [6, 7, 8, 9], razón por la cual se ha quedado limitada para dar respuesta a problemas de salud propios de una realidad cambiante y compleja.

Limitaciones de la salud pública convencional

De acuerdo con Quevedo, las estructuras metodológico-conceptuales adoptadas desde el comienzo de la modernidad por la SP, aún subyacen en el fondo de las concepciones actuales y son obstáculos epistemológicos que no permiten su avance [8]. Al no superar los problemas epistemológicos no ha podido conformar prácticas que den respuesta a las necesidades en salud de la población, a lo que se suma que, en el contexto neoliberal, el Estado está cada vez más debilitado, lo que permite la injerencia de lo económico sobre todos los aspectos de la vida social, política y cultural. Es por esto que la SP ha venido perdiendo campo de acción, en la medida en que no representa rentabilidad económica para las industrias enfocadas en la salud [10].

En este sentido, Nijhuis HG y Van Der Maesen consideran que las limitaciones pueden estar en que los debates con respecto a los enfoques de la SP están circunscritos a lo metodológico-científico y dejan de lado fundamentos filosóficos como las nociones ontológicas que subyacen en cada abordaje [11]. Además, la SP se enfrenta a la disociación entre la necesidad apremiante de accionar hacia la prevención, la lucha contra las enfermedades y la disminución de las inequidades, así como a la hegemonía y la fuerza del pensamiento médico (dada por el complejo médico industrial). De esta manera, los individuos asumen la salud como el producto de comportamientos y decisiones individuales, enmarcadas en el nivel de vida que poseen y en la capacidad de acceder a servicios de salud, en los que se ofrezcan las nuevas técnicas terapéuticas y diagnósticas [12, 13].

Asimismo, Menéndez plantea que lo central en las dificultades de la SP es la determinación que hace de ésta el modelo teórico-metodológico, el cual actúa con la intermediación de las estructuras de poder político y económico, lo que limita su intervención efectiva en los problemas de salud, al predominar la tendencia biologicista y su clara relación con “las industrias de la salud y de la muerte” [14]. Aunque desde la SP se reconoce que ha habido cambios económicos, políticos e ideológicos, las condiciones estructurales de ésta se han mantenido sin cambios significativos [14].

Otros autores como Tejada [15], consideran que la internacionalización de lo económico, la globalización y el globalismo [16], han llevado a una clara desventaja de los países subdesarrollados, pues los efectos económicos y sociales de la imposición de patrones de producción y de consumo, sin tener en cuenta el contexto local, permiten la concentración del poder económico y político en unas pocas manos, tanto en el ámbito internacional como nacional. Aspectos que contribuyen a la agudización del conflicto social, surgido en gran parte de la marginación de un sector de la población, la pauperización de la clase media, el creciente distanciamiento entre el Estado y la sociedad civil, la poca atención a las voces de la población al momento de identificar e intervenir los problemas más apremiantes y la disminución del poder del Estado [15].

Asuntos que son compartidos por Granda, quien considera que el neoliberalismo ha contribuido a la acumulación y a la concentración del capital de forma rápida y eficiente y, en esa medida, ha aumentado la pobreza, la exclusión y las inequidades en gran porcentaje de la población. Además, el Estado que debe ser el garante de la salud de la población, cada día se debilita más y cede sus funciones al mercado [4]. Por tanto, la SP se ve jalonada por fuerzas que intentan darle distintas direccionalidades o sentidos, esto hace que sea más difícil dar respuestas acertadas a estas fuerzas, así como mejorar las condiciones de salud de la población.

Para otros autores [17, 18], el problema que entraña la SP es la fragmentación del conocimiento disciplinario, dado por la especialización y subespecialización de éste. O sea, que mientras más especializada es una ciencia y mejor estructurada metodológicamente se encuentra, se convierte en una red intrincada de leyes que la alejan de los verdaderos problemas ontológicos que le son inherentes [19]. Este distanciamiento no permite que el investigador tenga una aproximación a su objeto de estudio, desde una perspectiva compleja y contextualizada, en el entramado de las relaciones micro y macro que están influyendo tanto en el objeto de estudio como en el investigador mismo. Por esto, se plantea la necesidad de comprender la realidad del proceso salud-enfermedad como un acontecimiento humano y social, de ahí que se requiera de nuevas miradas para abordajes múltiples e interrelacionados.

Asimismo, desde la definición tradicional de la SP, ésta limita su quehacer en una realidad cambiante y en continua evolución. Por tanto, es necesario hacer una reflexión más allá de la enfermedad, de la medicina, repensar el saber y la práctica de la SP, inmersa en el entramado social y relacionada en lo político, económico, cultural, filosófico y ético del mundo globalizado e interrelacionado [20].

¿Cómo los enfoques contemporáneos en salud pública ayudan a comprenderla y a dimensionar su proyección en los próximos años?*

Frente a este panorama de reformas, de avances tecnológicos y desarrollos económicos, que se contrastan con el aumento de las inequidades, las condiciones de salud y la prestación de servicios médicos en estados deplorables, al igual que una sociedad con pocas condiciones para promover medidas tendientes a lograr el bienestar general y, asimismo, una adecuada calidad de vida, por ello, se hace necesario avanzar en la configuración de la SP mediante la inclusión de perspectivas contemporáneas que aporten a las posibilidades de comprensión de la complejidad y la interrelación de los problemas de salud, sin desconocer los aciertos y errores del pasado [10]; no obstante, es preciso tener en cuenta que la SP, su objeto de conocimiento, saberes y prácticas se modifican de acuerdo con los cambios que sufra el entramado de relaciones [21, 22]. Dentro de estas tendencias se destaca la corriente crítica, dado que en ésta se engloban las propuestas contemporáneas más reconocidas, como la medicina social, la salud colectiva, los determinantes sociales, el enfoque de género y la teoría de la complejidad. De éstas se hará un esbozo y se plantearán sus aportes principales a la SP alternativa [4].

Corriente crítica o ciencia crítica

El origen del pensamiento crítico se ubica en la época de filósofos como Spinoza, Rousseau, Kant, Hegel, Marx, entre otros; autores que, de una u otra forma, utilizaron y acuñaron el concepto de criticidad en el sentido de lograr una autodeterminación y la posibilidad de encontrar opciones abiertas para la acción de los agentes [23]. En los años 30, en la Escuela de Frankfurt, se dieron los primeros intentos por definir y conceptualizar la teoría crítica, la cual es la base de la corriente crítica; ésta, a su vez, comprende los distintos campos en los que el pensamiento crítico ha sido empleado a partir del siglo xx. Es una alternativa a los enfoques convencionales de la ciencia, una forma diferente de teorizar, investigar y actuar en el campo científico [23]. La crítica siempre se dirige hacia cosas o hechos que puedan ser modificadas por el sujeto y lograr una transformación social [23, 24].

La corriente crítica, en la última mitad del siglo xx, ha mostrado una amplia expansión, reflejada en las diferentes perspectivas y las disciplinas que la aplican. Su expansión puede indicar la insatisfacción ante la exclu-

sión social que producen los sistemas socioeconómicos, políticos y de la ciencia positivista, la cual se proclama como la única y verdadera fuente de conocimiento [23]. Puede ser vista, también, como un desafío a las relaciones de poder en los distintos ámbitos de la sociedad, así como la búsqueda, desde la perspectiva materialista dialéctica, de alternativas diferentes a las hegemónicas convencionales de conocer y vivir el mundo [23].

Mientras en la teoría tradicional se pretende una relación directa entre el sujeto y el objeto, en la teoría crítica por su parte, se considera que entre estos existen mediaciones como son los procesos sociohistóricos y económicos dentro de los cuales se producen las teorías. Además, el investigador no puede sustraerse totalmente de ese contexto y siempre será parte del objeto social investigado [23]. En este marco confluyen diversas posturas, entre las que se destacan trabajos influenciados por el marxismo, neo-marxismo, la teoría del conflicto, la teoría social crítica, el posmodernismo y el posestructuralismo [25]. Entre los enfoques contemporáneos que aportan a la SP, que retoman como eje el materialismo dialéctico se referencian los siguientes:

La medicina social

Denominada por algunos autores como salud colectiva o nueva SP. Su origen data de la primera mitad del siglo XIX, cuando médicos alemanes relacionados con la búsqueda del bienestar de los pobres, principalmente Virchow, plantearon desde sus desempeños políticos, la importancia de las condiciones socioeconómicas en la determinación y distribución de las enfermedades y, asimismo, que la sociedad es responsable de la salud del pueblo. Más tarde, en el siglo XX, Engels aporta a esta corriente, mostrando la relación entre salud y las condiciones de trabajo de la clase obrera [25].

Este movimiento se centra en resaltar los determinantes históricos y macrosociales del proceso la salud-enfermedad. Las categorías más empleadas en sus estudios son: los modos de producción, la clase social, las condiciones de vida, la carga de trabajo, el perfil de salud-enfermedad, el enfoque de género. En Latinoamérica, los precursores que más la impulsaron, inicialmente, fueron Juan César García y María Isabel Rodríguez, autores que han aportado a la búsqueda de una mirada diferente a la SP, quienes buscaron la convergencia de los distintos espacios y temporalidades [25]. Sin embargo, es importante destacar la labor de otros autores como Breilh, Laurell, Almeida da Filho, Castellanos, entre otros [26].

* En este ensayo, se consideran como sinónimos: corriente, enfoque y perspectiva. Se explicitarán algunos enfoques considerados como los más relevantes. No se pretende, por tanto, hacer un análisis exhaustivo de todos los existentes.

En términos amplios, esta corriente tiene unos postulados similares a los de la salud colectiva, aunque el objeto de estudio es diferente; así, para la primera es el proceso salud-enfermedad, y para la segunda, el énfasis está en el estudio de las necesidades sociales en salud de la población [5]. Otros autores consideran que el término de medicina social, desde su propio nombre, está limitado, puesto que no le permite desprenderse de la medicina y de su accionar, así como de su fundamentación teórica [27]. A este respecto, se considera que si bien la denominación que se haga de determinada corriente, la puede estigmatizar o impulsar, en el caso de la medicina social, ha logrado tantos desarrollos en los campos ontológicos, epistemológicos y en la práctica, que sus postulados se solapan y confunden; por tanto, pueden actuar como sinónimos. Se reconocen los aportes de ambas a la reestructuración de SP en lo referente a la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención-muerte y en el impulso del uso de teorías, métodos y técnicas poco conocidos e implementados por ésta.

Los resultados obtenidos, por esta corriente, presentan una alternativa para disminuir las inequidades en salud, plantear la reforma de los sistemas de salud, enfrentar los problemas de género y el análisis de los determinantes micro, macrosociales y políticos que inciden sobre la salud de las poblaciones. Sus contribuciones, para una nueva mirada de la SP, son la contextualización social e histórica de los problemas de salud, el énfasis en la determinación del modelo de desarrollo y de la producción económica en éstos, asimismo, la importancia de la vinculación de la investigación y la formación en el ejercicio político para abordar los problemas de salud contemporáneos.

La salud colectiva

Es una propuesta de consolidación del campo de la SP, encaminada a superar la llamada crisis que ésta enfrenta. En América latina, a partir de los años 70, adquiere una connotación más amplia que la SP tradicional e incluye a la medicina social. Esta corriente permite la identificación de puntos de encuentro entre los enfoques contemporáneos que buscan la renovación de la SP tradicional o institucionalizada, ya sea reconocida como campo científico, como ámbito de práctica, o como actividad profesional. En ese horizonte, pretende incorporar el complejo de la promoción en salud-enfermedad-cuidado, como nueva perspectiva paradigmática que hace más viable la propuesta de salud para todos, mediante la implementación de políticas públicas saludables y el fomento de la participación efectiva de la sociedad, en lo relacionado con la vida, la salud y la enfermedad. La salud colectiva aporta, a la SP, la articulación eficaz de los nuevos enfoques científicos para abordar el complejo

salud-enfermedad-atención, sin desdeñar la historicidad e integralidad de cada enfoque [28, 29]. Además, busca redimensionar el objeto, los instrumentos de trabajo y las prácticas en SP, por lo que considera siempre su articulación con la totalidad social; asunto que abre posibilidades metodológicas y técnicas para pensar y actuar en el campo de la SP en el nuevo milenio [28, 29].

Determinantes sociales

Aunque en la década del 60 ya aparece el primer modelo teórico, que se conoce para el estudio de los determinantes de la salud; el concepto de *determinantes sociales en salud* (DSS), propiamente, surge como producto de críticas, con auge entre los años 1970 y 1980, respecto a las intervenciones en salud centradas en la enfermedad y en los factores de riesgo. Estas críticas destacan la necesidad de implementar, en la investigación en salud, un enfoque poblacional y la acción política decidida a mejorar las condiciones sociales de la población, pues estas condiciones son las que mantienen enfermas a las personas y las que se deben mejorar. Basada en estos argumentos, a inicios del siglo XXI, la OMS crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), cuyo punto de partida fue el marco general de la determinación social de la enfermedad e, igualmente, retomó el enfoque de la epidemiología social europea [30].

En 2004, en el marco del neoliberalismo, la OMS dio la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud [31]. La propuesta es trabajar sobre las causas estructurales de los principales problemas de salud por medio del conocimiento científico, desarrollado hasta el momento. Rescata las estrategias de salud para todos, planteadas en Alma Ata, y la atención primaria en salud [32]. Esta corriente se enfoca en un concepto diferente al del factor de riesgo, relacionado con el análisis de las inequidades en los grupos poblacionales, por lo cual determinó los elementos estructurales sociales que condicionan la posición que alcanzan y ocupan los individuos en la sociedad, lo cual repercute directamente en los problemas de salud y en los factores protectores de ésta [33].

Un aspecto central, en el estudio de los determinantes y de las inequidades en salud, es el gradiente de salud, entendido como la confirmación de que los grupos más pobres tienen unas condiciones de salud diferentes a las de los otros grupos de la sociedad, de igual forma, que la prevalencia de las enfermedades siguen una distribución similar a la de la estructura social, en el sentido de que, a medida que se baja un escalón en la escala social, se aumenta considerablemente la prevalencia de las enfermedades y los problemas de salud [32]. Existen, actualmente, cuatro enfoques teóricos para explicar las inequidades en salud: la teoría materialista/estructuralis-

ta; la teoría psicosocial; la teoría de la producción social de la enfermedad; la teoría ecosocial [32, 34, 35].

Como aportes fundamentales de esta corriente a la SP se tiene: el estudio de la interacción acumulativa entre exposición, susceptibilidad y resistencia. Destaca la producción social de la enfermedad teniendo en cuenta las inequidades raciales, étnicas, de género y las dadas por la posición socioeconómica. Analiza el impacto biológico de las privaciones y dificultades económicas sobre todo en la vida temprana. Hace un llamado a la necesidad de pensar de forma crítica y sistemática las relaciones entre la existencia social y biológica y la producción de enfermedades, dando luces para la acción efectiva en SP, pues como lo plantea Nancy Krieger, “la teoría, sin acción es una promesa vacía”. Asimismo, destaca la importancia de estudiar concienzudamente quienes son los responsables y principales beneficiados con las inequidades sociales en salud [35].

Sin embargo, esta corriente tiene sus críticos en el marco de la medicina social, entre ellos Jaime Breilh, quién argumenta que la CDSS tomó una “postura neocausalista”, por tanto, los determinantes son vistos como simples factores de riesgo con relaciones externas entre sí, pero no hay un análisis profundo de éstos como procesos históricamente estructurados. Así, sólo se podrá influir en ellos de forma aislada y no sobre procesos estructurales [36].

Enfoque de género

El enfoque de género, en el marco de la teoría crítica, se fundamenta en la visibilización de las relaciones de poder y subordinación, determinadas por la diferencia sexual y las relaciones entre mujeres y hombres. Se utiliza el género como categoría de análisis y como determinante de salud [37]. El impulso de este enfoque se emprendió con el fin de diferenciar las construcciones socioculturales de las biológicas, asunto que propicia una mejor comprensión de la realidad social y política. Muestra que las características consideradas como femeninas o masculinas son adquiridas mediante un complejo proceso individual, social y relacional, mas no se derivan naturalmente del sexo biológico. Con estas argumentaciones se controvierte el determinismo biológico y, así, comenzar una lucha por la igualdad y la justicia social de las mujeres [38].

El género, al igual que la clase social, son dimensiones de toda organización humana, pues existen variables socioculturales e históricamente construidas, las cuales permiten que las diferencias sexuales biológicas tomen una dimensión social. Los sujetos no nacen biológicamente predeterminados a vivir bajo cierta relación con los sistemas sociales, a poseer privilegios o desventajas, a cierta manera de distribución de poder y con marcas

claras de cómo desarrollar sus posibilidades afectivas, intelectuales, psíquicas y de salud, sino que las características biológicas que cada uno posee se recogen como un recurso ideológico para construir, mantener y justificar las desigualdades en todos los campos. Aspectos que llevan a pensar que no es sólo en lo físico o en lo biológico donde se encuentran las respuestas a las desigualdades e inequidades de género, sino, más bien, en el orden social, cultural, simbólico e ideológico, donde pueden encontrarse respuestas viables [39].

Este enfoque, parte de estos presupuestos para hacer una crítica a la forma como se han enfrentado tradicionalmente los problemas de salud-enfermedad-atención y pone de manifiesto la necesidad de reconocer las diferencias entre el hombre y la mujer para definir los riesgos en salud y en la aplicación de medidas sanitarias, así como en el desarrollo e implementación de políticas y programas, con el fin de alcanzar la equidad de género, lo que implica tener presente la influencia de las estructuras biológicas, sociales, culturales en el estudio de los problemas de salud, ya que estos no se manifiestan de la misma manera en hombres y mujeres. Aunque existen desigualdades previstas por lo biológico (fisiológicas y anatómicas), difíciles de evitar o de modificar; existen, también, inequidades en salud que son propiciadas y definidas desde lo social, que pueden ser evitadas mediante el fomento de la igualdad de derechos, la promulgación de leyes, políticas y programas en salud con equidad de género [40].

Señala también, los riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas, la percepción de la enfermedad, las conductas de búsqueda de atención, el grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud. En este sentido, el hombre es visto como sujeto activo en los procesos de salud-enfermedad-atención-muerte y como responsable del mismo; de esta forma, se evita la reducción de la inclusión de éste en los procesos de SP como aquel que debe contribuir al beneficio de las mujeres [40, 41].

Teoría de la complejidad

El origen de esta corriente tiene distintas fuentes y presupuestos científicos, pero la mayoría coinciden en los siguientes:

- Establecer una ruptura con el pensamiento lineal propio de las ciencias naturales desde su inicio hasta ahora;
- reconocer el valor y los desarrollos del conocimiento científico e integrarlos a los nuevos conocimientos, por lo que supera la mirada limitada y fraccionada. El conocimiento es limitado, sus límites son poco claros e imprecisos y difíciles de detectar por el ojo

humano, por esto la realidad puede ser considerada como impredecible;

- la materia vive en constante movimiento, se autoorganiza y existen en ella tanto el orden como el desorden, los cuáles no se producen en línea recta sino en forma de bucles, torbellinos o turbulencias, donde emergen estructuras nuevas, superiores, diferentes a las originales, con momentos de avances y retrocesos, de ahí su base en el materialismo dialéctico.- Principio de autosimilaridad, la parte se encuentra en el todo y viceversa;
- los fenómenos complejos como la realidad social, son muy sensibles a pequeñas variaciones en condiciones iniciales; por lo tanto, los cambios por insignificantes que sean pueden conducir a transformaciones sustanciales [42, 43].

En esta corriente se pasa a otro escenario de la crítica, en el cual la dialéctica ya no es la protagonista, pero continúa teniendo sentido, ya que es abarcada, retomada y enriquecida con otras vías epistemológicas. La crítica contenida aquí requiere del conocimiento complejo, que tiene en cuenta la historia, la ciencia, la tecnología, el sentido que manifiesta la globalización-localización y los efectos que pueden tener estos aspectos sobre los procesos sociales [44].

Este enfoque considera que la realidad tiene una dinámica caótica, ambigua, borrosa, y que no sigue el orden, la armonía, la perfección propia de la simplificación. Por tanto y, como aportes a la SP alternativa, favorece la visión holística, transdisciplinar, valora la emergencia de categorías como: las relaciones, la conectividad, la retroalimentación, la flexibilidad y rescata la importancia del cambio, sobre todo el relacionado con las condiciones iniciales del contexto donde suceden los fenómenos. Aspectos, que pueden contribuir para mejorar el abordaje holístico, integral y humanista de los problemas de salud [42].

Asimismo, el proceso salud-enfermedad-atención-muerte, abordado desde este enfoque, contrasta lo irregular, lo caótico, lo contradictorio de este fenómeno, con lo planteado desde el positivismo como algo lineal, predecible, ahistórico. La perspectiva de la complejidad aporta a la SP la capacidad de unir e integrar, respetando la diversidad y el pluralismo. Reconoce que el conocimiento científico tiene sus límites, los cuales pueden ser ampliados o mejorados con la incorporación de las contribuciones de diversas disciplinas, que los fenómenos en general, entre ellos los relacionados con la salud, no son predecibles.

Plantea, además, que no pueden alcanzarse conocimientos de forma fragmentada, que actúen al margen de lo político, lo económico, lo cultural, lo religioso y lo social, puesto que, así no se logra ahondar en las interpretaciones culturales ni en el análisis y comprensión de

los comportamientos, actitudes, creencias, conocimientos, valores del proceso salud- enfermedad, por parte de los sujetos ni de los determinantes del mismo, aporte de gran valor en la conformación de la SP alternativa [45, 46, 47]. Todos estos elementos mencionados, son aportes que de ser aprovechados por la SP, ésta puede ampliar sus marcos conceptuales y abordar los problemas de salud de forma contextualizada, acorde con una realidad en movimiento, en continua evolución y unos sujetos actuantes y conscientes de su papel en la transformación de las condiciones de salud.

Conclusiones

Las distintas corrientes revisadas hacen importantes aportes a la concepción de la SP alternativa desde lo epistemológico, lo ontológico, lo teórico y en el accionar. Entre estos se encuentra el llamado a que este saber supere el reduccionismo instrumental y considere los objetos de la SP como entidades complejas, multidimensionales, irreductibles y con relación entre lo micro, meso y macro; la realidad como acontecimiento histórico-crítico y con un sujeto activo que la crea y la recrea. Por tales razones, entender que los objetos de la SP y sus medios de trabajo, son históricos y sufren cambios, de acuerdo con las modificaciones dadas por los aspectos económicos, políticos, culturales e ideológicos; de ahí que deba considerarse el objeto de la salud pública de forma dialéctica, pues sus características son tanto simples como complejas, determinadas e indeterminadas, sociales y biológicas, generales, particulares y singulares.

La SP alternativa, asumida como una transdisciplina o como un campo transdisciplinar, no permite que persista la división entre las ciencias naturales y las sociales, sino que alcanza la comprensión de su objeto de estudio, mediante la integración de las disciplinas y de los distintos niveles de la realidad. Así, puede conocer los fenómenos, sus raíces, sus causas, para lo cual configura un marco conceptual amplio y articulado, asimismo, incluye la educación y la práctica para lograr el cambio de la situación de salud de la población.

La conformación de la SP alternativa, requiere del trabajo y compromiso de todos los interesados en mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, pues como lo plantea Granda: “el problema inaugural radica en la dificultad de definir las estrategias que permitan acumular la suficiente fuerza o poder de diferente calidad, necesario para pagar las deudas de enfermedad y muerte del pasado, evitar que éstas crezcan como hasta ahora lo hacen y, al mismo tiempo, propiciar nuevas acciones que abran horizontes diferentes de salud y de vida; esto en un momento de crisis económica, política e ideológica que dificulta aún más el trabajo”. Es perentorio, utilizar metodologías y marcos conceptuales que

ayuden a captar los determinantes sociales, las diferencias de género, de etnias y, así, se tengan en cuenta las percepciones y la participación de los sujetos.

Es importante entender las directrices que se dan en el manejo de los problemas en salud y cambiar las intervenciones técnico-normativas, que establezcan una relación distinta con las políticas en salud, las instituciones sanitarias y en general con las estructuras existentes en el campo de la SP. En síntesis, el saber en SP tiene que cambiar, desde el conocimiento dirigido por la razón tecnológica, hasta la multiculturalidad, de tal modo que sean aceptados los otros saberes como válidos para la construcción del conocimiento; de ahí, se abre la posibilidad de una ecología de saberes para elaborar intervenciones más acordes con las necesidades de los sujetos, por tanto, que sean eficaces, equitativas y concertadas con la sociedad.

Referencias

- López-Arellano O, Blanco-Gil J. Políticas de salud en México. La Reestructuración neoliberal. En: Jarillo-Soto E, Guinsberg E, editores. Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: El lugar; 2007. p. 21-48.
- Dardet C. La salud pública. España: Universidad de Alicante; 2000.
- Granda E, editor. Quo Vadis Salud Pública? II Conferencia Nacional en Salud Pública Lima: Foro Salud; 2004.
- Granda E. Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. En: Granda E, editor. La salud y la vida. Quito: Alames, Universidad de Cuenca, Conasa, OPS/OMS; 2009. p. 69-81.
- Almeida-Filho N, Silva-Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales 1999; 1:25.
- Jarillo-Soto E, López-Arellano O. Salud Pública: Objeto de Conocimiento, Prácticas y Formación. Revista de Salud Pública 2007; 9: 140-54.
- Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública 2000; 18(2): 83-100.
- Quevedo E. El proceso salud enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. Seminario permanente Salud y administración [Seminario]. En prensa 1990.
- Zarzoso A. Los orígenes de la salud pública: ¿Una cuestión política y económica? Consideraciones historiográficas a propósito del libro de Christopher Hamlin. Asclepio 2000: 283-295.
- Torres M. El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Revista Cubana de Salud Pública 2007; 33.
- Nijhuis H, Van-der-Maesens L. Continuing the debate on the philosophy of modern public health: social quality as a point of reference. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 134-142.
- Tarride M. La salud pública: Una complejidad anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Sandoval H. Situación y tendencia de la salud Pública. En: OPS, editor. La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p.169-181.
- Menéndez. E. Salud Pública: Sector Estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: OPS, editor. La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p. 103-122.
- Tejada D. Salud Pública y atención primaria: Una evaluación crítica. En: OPS, editor. La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p.173-183.
- Beck U. ¿Qué es la Globalización? Falacias del globalismo, respuesta a la Globalización. Barcelona: Paidós; 1998.
- Solis G. Notas para la construcción de una visión sociológica de la salud y la enfermedad. Revista Universidad de Guadalajara 2002: 45-50.
- Díaz J. La Transdisciplinariedad compleja como referente teórico para el abordaje del proceso salud enfermedad. Investigación en Salud 2005: 24-28.
- Martínez M. Transdisciplinariedad y Lógica Dialéctica. Un enfoque para la complejidad del mundo actual. Conciencia activa 2003: 107-146.
- Ponte C. Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente: salud y Ciudadanía, teoría y práctica de la innovación; 2008.
- González E. La salud pública como campo transdisciplinar. Rev Fac Nac Salud Pública 2007; 25(1): 71-77.
- Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- Cebotarev EA. El enfoque crítico: Una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud 2003; 1(1): 4-28.
- Bonb W. ¿Por qué es crítica la teoría crítica? En: Leyva G, editor. La teoría crítica y las tareas actuales de la crítica. Iztapalapa: Antropos; 2005. p. 47-83.
- Mercado F. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. International Journal of Qualitative Methods [revist en Internet] 2002; 1(1). Disponible en: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/1_1Final/pdf/mercadospanish.pdf
- Gastaldo D, Mercado-Martinez FJ, Ramasco-Gutierrez M, Lizardi-Gomez A, Gil-Nebot MÁ. Qualitative Health Research in Ibero-America: The Current State of the Science. Journal of Transcultural Nursing 2002;13 (2): 90-108.
- Pelcastra-Villafuerte B. Los modelos de la salud pública a lo largo de un siglo. Higiene 2003: 34-41.
- Silva-Paim J, de-Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública 1998; 32: 299-316.
- Silva-Paim J. La salud colectiva y los desafíos de la práctica. En: OPS, editor. La Crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992. p. 151-167.
- Organización Mundial de la Salud. Commission on Social Determinants of Health. 2005. Action on the Social Determinants of Health: Learning from previous experiences. Washington: OMS; 2005.
- Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. PloS Medicine 2006; 3(6): 106.
- Álvarez LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Gerencia y Políticas de Salud 2009: 869-879.
- World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2007.
- Ramis RM, Sotolongo PL. Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Revista Cubana de Salud Pública 2009; 35: 65-77.

- 35 Krieger N. Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 668-677.
- 36 Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. En: Breilh J, editor. *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*. México D.F: Alames; 2008.
- 37 Velásco S, editor. *Género y salud. Diploma de Especialización de Género y Salud*. Madrid: Instituto de la mujer, módulo de trabajo y asuntos sociales; 2006.
- 38 Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población* 1999. p. 147-178.
- 39 Cervantes A. Identidad de género de la mujer: tres tesis sobre su dimensión social. *Frontera Norte*. 1994; 6(12): 9-23.
- 40 Nuñez M. Los estudios de género en Cuba y sus aproximaciones metodológicas, multidisciplinarias y transculturales (1974-2001). La Habana: CEMI; 2002.
- 41 Borrell C, García-Calvente MdM, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18: 2-6.
- 42 Betancourt JA, Ramis A, Rina M. Apuntes sobre el enfoque de la complejidad y su aplicación en la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2010; 36(2): 160-165.
- 43 Morin E. *La Mente Bien Ordenada. Repensar la Reforma. Reformar el Pensamiento*. 3ª ed. Barcelona: Editorial Seix Barral; 2001.
- 44 Munné F. *La crítica epistemológica en la psicología social del traspaso de siglo*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1998.
- 45 Villasana PE. La investigación en salud pública: De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. *Revista Cubana de Salud Pública* 2007; 33(4).
- 46 Jara MI. La investigación en salud pública: una reflexión epistemológica desde las ciencias de la complejidad. *Rev Gerenc Polit Salud* 2009; 8(16): 32-56.
- 47 Ramis A, Rina M. Complejidad y salud en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública* 2007; 33(4).

**ENTRE LAS POLÍTICAS DE LO VIVIENTE
Y LAS POLÍTICAS DE LA VIDA.**

Hacia una antropología de la salud

DIDIER FASSIN

ESCUELA DE ALTOS ESTUDIOS EN CIENCIAS SOCIALES,
UNIVERSIDAD DE PARÍS 13, BOBIGNY
dfassin@ehess.fr

Resumen

A PARTIR DE LA REVISIÓN DE LAS DIFERENTES CORRIENTES DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA, el artículo define los desafíos teóricos y metodológicos que enfrenta la antropología en el campo de estudios de la salud. Por ello, la antropología política de la salud propone una distinción fundamental entre lo viviente y lo vivo, en tanto la salud no constituye un problema ideológico, sino que integra una lógica social más amplia. Por un lado, el desarrollo de nuevas tecnologías médicas y, por otro, la puesta en práctica de políticas estatales sobre seguridad social, condicionan el acceso a los servicios de salud, reflejando las relaciones de poder que pesan en el gobierno de la vida y de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: salud, viviente, vivo, políticas de salud, inmigrantes.

Abstract

THROUGH A REVIEW OF RECENT TRENDS IN MEDICAL ANTHROPOLOGY, THIS ARTICLE defines the theoretical and methodological challenges faced by anthropology in the field of health studies. As such, the political anthropology of health posits a fundamental distinction between what lives and what is alive, given that health itself is not an ideological problem. Rather, it integrates broader social logics. On one hand, the development of new medical technologies, and on the other, the implementation of state policies regarding social security, condition access to health services, reflecting the existing power relations that weigh in on the government of life and disease.

KEY WORDS: Health, alive, live, health policies, immigrants.

PESE A QUE SUS LEGATARIOS INTELECTUALES HAN CONSIDERADO ESTE concepto como uno de los más fecundos de su filosofía, Michel Foucault desarrolló poco su teoría del biopoder. En unas pocas páginas, al final de *La voluntad de saber* (1976: 177-191), enunció su famosa proposición: “Lo que podríamos llamar el 'umbral de modernidad biológica' de una sociedad ocurre cuando la especie se vuelve un desafío de sus propias estrategias políticas. El hombre ha sido durante milenios lo que era según Aristóteles: un animal vivo y además capaz de una existencia política; pero el hombre moderno es un animal en la política y para él su vida como ser vivo está en duda”. Es así como se constituye el poder sobre la vida, que sabemos se ejerce según dos modalidades: por un lado, una “anatómico-política del cuerpo humano”, mediante la cual las “disciplinas” someten al individuo a procedimientos que lo vuelven apto para el buen funcionamiento de la sociedad y, especialmente, de la economía; por otro, según una “biopolítica de la población” en tanto las “regulaciones”, las medidas e intervenciones controlan la especie y en particular los fenómenos relacionados con el nacimiento, la enfermedad y la muerte. Las dos modalidades están ligadas estrechamente: “El establecimiento durante la edad clásica de esta tecnología de doble faz –anatómica y biológica, individualizante y especificante, dirigida hacia las puestas en escena del cuerpo y observadora de los procesos de la vida– caracteriza un poder cuya función más alta no puede seguir siendo matar sino conceder la vida en una y otra parte”. Esta teoría, que había comenzado a elaborar durante su curso en el Colegio de Francia y sobre la que volvería marginalmente en artículos ulteriores, quedó relativamente inacabada, puesto que ocho años más tarde, en los otros dos volúmenes de la *Historia de la sexualidad*, tomó otra alternativa, rica también: la exploración de los procesos de subjetivación por medio de los “empleos del placer” (1984) y el “cuidado de sí” (1984). Por más fugitivo que sea en la obra del filósofo –aunque algunos de los últimos textos publicados lo retoman de manera lateral mediante “la tecnología política de los individuos” (1994: 813-828)–, este instante, en el que se esboza una teoría del gobierno de la vida, es con seguridad una etapa esencial.

En el ensayo titulado “Artificiality and enlightenment: From sociobiology to biosociality” (1996: 91-111), Paul Rabinow no se equivoca. Retomando la dicotomía del biopoder, propone ver en la revolución de la biología y de las biotecnologías que representa

la iniciativa para el genoma humano un sobrepaso y una reformulación de la anatómico-política y de la biopolítica: “Yo creo, escribe, que los dos polos del cuerpo y de la población se encuentran rearticulados en lo que podríamos llamar una racionalidad posdisciplinaria”. Las perspectivas de las pruebas genéticas que permiten la racionalización de la responsabilidad individual y poblacional de las enfermedades parecen anunciar para él la constitución de grupos organizados con base en “nuevas identidades y prácticas”, realizando lo que denomina la “biosocialidad”. Por ejemplo, escribe, “no es difícil imaginar grupos formados en torno al cromosoma 17, locus 16 256, sitio 654 376 alelo variante con sustitución de una guanina: grupos así tendrán médicos especialistas, laboratorios, textos, tradiciones y una pesada panoplia de guardias pastorales ayudándoles a vivir, compartir, transformar y comprender su suerte”. Así comenzará una era de “la artificialidad” que marcará la tercera gran crisis de la historia de la humanidad, según François Dagognet (1988): después de la revolución galileica que transformó nuestra relación con el universo, y de la revolución francesa que instituyó la idea de la producción de la sociedad por el hombre, esta última ruptura de la historia de nuestra mirada giraría en torno a la vida misma.

Tal lectura posdisciplinaria del biopoder, por más seductora que sea, enfrentaría el riesgo de ceder ella misma ante las seducciones de las sirenas científicas que anuncian, con los descubrimientos y las potencialidades de la genética molecular, el advenimiento de una nueva humanidad, si no fuera completada por otra lectura, atenta a los fenómenos más difusos pero no menos significativos de las formas actuales del gobierno de la vida y de las realidades menos espectaculares pero igualmente fecundas sobre el cuerpo. Al lado de las transformaciones por la ciencia de las representaciones y de las prácticas de sí, es importante tener en cuenta las múltiples manifestaciones de las relaciones de poder en lo más profundo del ser humano, en las diferencias de la esperanza de vida entre categorías sociales o entre países, e igualmente en los múltiples dispositivos de protección y de asistencia social desplegados nacional e internacionalmente. Cuando obra en el cuerpo la gobierno-mentalidad (*gouvernementalité*), definida por Michel Foucault (1994) como “el encuentro entre las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de cada uno”, ésta se expresa tanto en las tecnologías médicas como en las políticas. De tanto enfocarse en

los progresos de la biología, sea para regocijarse de las perspectivas que ofrece o, inversamente, para denunciar sus peligros, uno podría olvidar las realidades *triviales** del biopoder que revelan las políticas sanitarias y sociales así como la incorporación del orden político. Veríamos entonces reproducirse en el trabajo de análisis realizado por las ciencias sociales lo que en la producción de las reglas de acción de las sociedades ya condujo a reducir los

* Se han conservado las palabras señaladas en *italicas* en el texto original (N. del t.).

retos morales de la intervención sobre el cuerpo a las únicas cuestiones, perfectamente fundamentadas después de todo, de la bioética, mientras que los innumerables y delicados problemas planteados por la salud pública quedarían esencialmente en la sombra.

Propongo agrupar esas realidades triviales dentro del vocablo salud. Así puede definirse la salud como la *relación* del ser físico y psíquico, por un lado, y del mundo social y político, por otro. Esto significa que es a la vez otra cosa y mucho más que el anverso de la enfermedad al que se la aproxima a menudo, o que la idea de bienestar global que las instituciones sanitarias se aseguran de promocionar. Esta relación no es una particularidad de lo viviente, preexistente en la normalidad de un orden fisiológico, biológico o sensible y conducente a hablar de buena o mala salud. Al contrario, históricamente construida, es objeto de competencias y luchas entre agentes que se esfuerzan por imponer visiones diferentes sobre lo que concierne a la salud, es decir, lo que hace falta social y políticamente tratar como un problema de salud. A su vez, esta relación determina también las prácticas ordinarias y especializadas, las formas institucionales e ideológicas del tratamiento de los desórdenes del cuerpo y de la mente. Lo que se denomina comportamientos en materia de prevención y de enfermedad, políticas de salud y sistemas de cuidados, realidades que varían en el tiempo y según los contextos nacionales o locales, representa la traducción de esta relación. Es entonces esto lo que requiere ser aprehendido, no de manera abstracta, sino mediante los objetos concretos en los cuales se realiza: un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía intravenosa en los suburbios franceses o de disminución de la mortalidad materna en las montañas andinas, un dispositivo de protección social o una consulta gratuita para los pobres, una modalidad de subsidio para los recursos sanitarios o una intervención humanitaria en los campos de refugiados. Lógicamente,

estas realidades no son exclusivas a la exploración del genoma, de las pruebas y los consejos genéticos, de los saberes y las técnicas que se aplican en los cuerpos y transforman tanto a los individuos como a los grupos. Para decirlo de otra forma, desde el punto de vista del biopoder, es necesario rendir cuentas *al mismo tiempo* sobre lo que sucede en un centro de investigación del National Cancer Institute o del Instituto Pasteur, y sobre lo que ocurre en un servicio hospitalario de urgencias en la ciudad de Nueva York o en la asistencia pública de París, sin ceder ante la magia de los primeros ni ignorar la banalidad de los segundos. Por lo demás, este proyecto no es ajeno a la empresa de Paul Rabinow, quien se pasea desde los laboratorios sociales de los “French modern” (1989) hasta los espacios sabios del “French DNA” (1999). Entonces, en lugar de oponer las biotecnologías, que actúan sobre lo viviente, y las biopolíticas, que gobiernan la vida, la idea es ampliar el campo de lo que podríamos denominar las *bio-lógicas*, las lógicas sociales que ponen lo viviente y la vida a examen de la política.

En este texto** quisiera mostrar inicialmente cómo la antropología de la salud se diferencia de los enfoques tradicionales de la antropología médica y cómo, además, no puede ser aprehendida sin una doble lectura, histórica y política. En segundo lugar, me esforzaré en trazar la relación entre las dimensiones de objetivación y subjetivación presentes en la salud, es decir, develar la tensión que existe entre la realidad objetivada por los epidemiólogos o los economistas y su traducción subjetiva en las representaciones y las acciones. Tercero, intentaré dar ciertas bases para el análisis de la relación entre los escenarios locales y mundial de la salud, lo que en otras palabras equivale a captar lo que está en juego en los fenómenos que podríamos llamar de globalización sanitaria. El carácter programático de esta reflexión –no se trata de realizar un estado de los lugares de la antropología de la salud sino de abrir perspectivas de investigación– responde por supuesto a la lógica de conjunto presente en la edición especial de esta revista. Por tanto, *no se está partiendo de la nada*. Sea que se consideren o no parte de la antropología de la salud, varios trabajos recientes, de los cuales algunos serán evocados pero no todos podrán citarse, se inscriben en el proyecto definido aquí y muestran que la posición defendida, en el plano científico y desde el

** Una versión abreviada de este artículo apareció en 2000 en la revista canadiense *Anthropologie et Sociétés*. Traducción del francés de Guillermo Vargas Quisoboni.

punto de vista político, es compartida cada vez más por los antropólogos. Intentaré de todos modos dirigir la reflexión hacia algunas vías más nuevas de las cuales haré una síntesis, ligando al final políticas de lo vivo y políticas de la vida.

DE LA ENFERMEDAD A LA SALUD

LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA, SURGIDA EN LOS AÑOS 1960 EN EL SENO DE la antropología estadounidense (Scotch, 1963), no forma un corpus homogéneo. Como lo han señalado sus analistas, especialmente en Francia (Mitrani, 1982; Sindzingre y Zempléni, 1982; Walter, 1983), se organiza en torno a teorías heterogéneas y polos múltiples que sólo razones prácticas, en particular la demanda social dirigida a los antropólogos sobre el tema, a saber la construcción de un territorio científico propio, las llevarán a agruparse o a ser reunidas. Entre la antropología biológica que busca los fundamentos genéticos del mestizaje (Benoist, 1966) y la antropología cultural orientada hacia las interpretaciones autóctonas de la enfermedad (Foster, 1976), entre la etnopsiquiatría que busca los lazos entre cultura y psiquismo (Devereux, 1970) y la etnomedicina que recoge el saber y las prácticas culturales (Genest, 1978), entre el análisis de rituales terapéuticos (Corin, 1978) y el estudio de los itinerarios de las curas (Janzen, 1978), resulta muy difícil presentar una visión unificada de este campo reivindicado de nuevo (Fabrega, 1971). No obstante, hay dos elementos comunes a la mayor parte de estos trabajos. Por un lado, su focalización sobre *la enfermedad*: el enfermo y sus dolencias, el terapeuta y sus medicinas, o, dicho de otro modo, el individuo en las interacciones entre lo biológico y lo social, entre el poder y el saber. “Forma elemental del acontecimiento” (Augé, 1984), la enfermedad aparece como lugar de encuentro de la experiencia singular del enfermo o del terapeuta y de su socialización en el grupo. Por otro, su enfoque en términos de cultura: las representaciones y las prácticas de pueblos lejanos o en ocasiones próximos, pero diferentes, o dicho de otro modo, el hablar siempre del otro y aprehenderlo bajo el ángulo de sus diferencias. “La medicina como sistema cultural” (Kleinman, 1980) apela a la búsqueda de los modelos de interpretación y tratamiento de la enfermedad singularizando cada una de las

culturas. A la concepción individualizante de la enfermedad responde la construcción substancializante de la cultura. Mas allá de las diferencias que pueden ser detectadas, la antropología médica “en la edad clásica” está ligada fundamentalmente a este doble presupuesto.

Sin que las transformaciones producidas en el campo hayan sido coordinadas, diversos movimientos emprendieron desde hace poco más de una década su reconfiguración. Puede proponerse una lectura, sin pretender dar una visión exhaustiva, para señalar algunos de sus ejes de fuerza. Para comenzar, *la antropología de la enfermedad*, en terrenos alejados (Augé, 1986) o próximos (Fainzang, 1989), confronta la legitimidad de la autonomía disciplinaria de la antropología médica: las ciencias sociales no pueden reducir la enfermedad a simple objeto, aunque ello resulte particularmente iluminador frente a la unión del cuerpo físico y el mundo social, pero no se justifica en ningún caso fundar un campo aparte tal como intentaron sus promotores. Tras esta discusión epistemológica el objetivo es rechazar las miradas demasiado culturales que han prevalecido durante largo tiempo: el estudio de la ideología de las sociedades, cuya relación con la enfermedad y el infortunio ofrece una rejilla de lectura privilegiada, permite la articulación fuerte entre lo simbólico y lo político. Enseguida, *la antropología de la experiencia*, sea que se interese por los relatos de los enfermos (Kleinman, 1988) o por las representaciones de los médicos (Good, 1994), pretende sobrepasar los límites de la enfermedad, que en la antropología médica siguen estando con demasiada frecuencia prisioneros de la construcción biomédica: al interesarse en el sufrimiento de los pacientes y en la racionalidad de los profesionales se ponen en movimiento categorías de análisis y formas de comprensión que desbordan el registro clínico. Sin abandonar del todo el enfoque cultural de la enfermedad, que conduce, por ejemplo, a buscar formas particulares de sufrimiento o de racionalidad en función de contextos particulares, estos trabajos suponen una puesta en duda parcial a partir de la búsqueda de rasgos más universales contenidos en la noción misma de experiencia, concebida como expresión de la subjetividad. Para terminar, *la antropología médica crítica* abre un tercer frente, sea que se inscriba en la perspectiva histórica (Taussig, 1987) o que proponga un enfoque contemporáneo (Scheper-Hughes, 1992): contra el funcionalismo implícito en numerosos estudios

de antropología médica, este frente propone la lectura radical de la medicina, colonial o poscolonial, como práctica de dominación y de la enfermedad, o de su interpretación, como manifestación del orden social. Ahí en los escenarios donde el etnólogo centraba su mirada y con los anteojos de la cultura hay que concebir una economía política de la enfermedad dentro de la cual las relaciones de fuerzas internacionales encuentren su lugar, el papel de las instituciones médicas se analice y la posición del investigador mismo sea el objeto de mayor vigilancia. Estas tres direcciones no resumen probablemente la totalidad de las evoluciones dadas en el campo de la antropología en torno a la enfermedad. De hecho, las relaciones entre ellas fueron tan conflictivas que cuesta trabajo considerar que participan de un mismo proceder (Morgan, 1990). Sin embargo, nos muestran ejes fuertes de replanteamiento de las primeras evidencias de la antropología médica. Sobre todo nos demuestran desde vías muy distintas el mismo interés en combatir la especialización y el aislamiento de la antropología médica, colocando los interrogantes que la enfermedad plantea a las sociedades *en el centro de las preocupaciones de la antropología* (Gaines, 1998). En el fondo se trata de la inversión completa de la tendencia anterior en la que se creía poder constituir un campo, no en ruptura, pero sí al menos al margen de las grandes corrientes del pensamiento y de la investigación de la antropología social. Desde entonces, la antropología médica se considera parte importante de una reflexión antropológica más general.

No obstante, estos trabajos tratan esencialmente sobre la enfermedad entendida como evento integrante de una categoría más amplia del infortunio, como una experiencia describable en términos de sufrimiento o como una prueba reveladora de relaciones de poder. Pese a los diferentes enfoques, la dimensión individual de esta realidad social y de cómo la abordan los terapeutas se encuentra en el corazón de los tres proyectos intelectuales. Sin embargo, en ellos pocas veces se presta interés a los sistemas de protección social y de higiene pública, a los programas de prevención de las epidemias y de lucha contra las grandes endemias, a las políticas internacionales de cuidados básicos y locales de la salud en la medicina comunitaria, a los proyectos de desarrollo sanitario en los países pobres y de desarrollo social en los barrios pobres de los países ricos, a los dispositivos de información epidemiológica y de regulación

económica, todo lo cual constituye, en el fondo, la cotidianidad del campo de la salud. Habría que hacer aquí una salvedad con la antropología médica crítica (Singer, 1989) y con la economía política de la salud (Morsey, 1990). Por lo demás, la idea no es criticar la pertinencia de las orientaciones de estas “antropologías”, sino revelar, más bien, una *carencia*, doblemente problemática. Se debe, por un lado, a la importancia que han adquirido estos interrogantes en las sociedades contemporáneas. En Francia, por ejemplo, con los procesos de sangre contaminada que implicaron a ministros y la definición del principio de precaución, la controversia sobre los efectos patógenos de lo nuclear y el cuestionamiento de la acción pública en materia de medio ambiente, el informe oficial sobre alcoholismo como fármaco-dependencia y el debate sobre la despenalización de la marihuana, la reforma a la seguridad social y los debates en torno a la solidaridad nacional, al lugar de la medicina humanitaria asociativa en la gestión de la miseria y a las prácticas de apoyo humanitario de los hospitales públicos. Por otro lado se debe al significado que tiene esta ausencia para la antropología: lejos de ser accidental, esto remite hacia la preferencia habitual de la disciplina por objetos más nobles y menos ordinarios y, al mismo tiempo, implica una distancia que se manifiesta con frecuencia con respecto a los interrogantes de sociedad, sobre todo los más urgentes o los más actuales. Como reconoce, a propósito de sus propios trabajos, Arthur Kleinman (1995) en la introducción de una obra, “escribir en 1994 sobre la medicina y no situarse en el debate nacional americano sobre la seguridad social es afirmar otra forma de marginalidad” de la antropología médica. Merrill Singer (1995) estigmatiza el desinterés por los desafíos políticos de la salud en un texto en el que solicita el compromiso de los antropólogos médicos con la “praxis crítica”. Pero la falta de interés por esos objetos desencantados no es algo exclusivo del campo de la salud: “la antropología política de la modernidad” (Abélès, 1992) pretende, precisamente, alimentarse de estos hechos y estas escenas que se nos volvieron incontrolables por tanta familiaridad con ellas o, simplemente, por lo poco exóticas que son.

La idea defendida aquí es que en estos caminos aún poco visitados por la antropología, donde lo social es y existe sin encantamientos, donde lo banal se enfrenta con lo técnico, donde los aspectos administrativos disfrazan las dimensiones morales, donde las fronteras entre aplicación e implicación parecen ser las

más indecisas, es justamente donde los retos se tornan más cruciales para el mundo contemporáneo y, desde luego, para las ciencias sociales. No se trata de meter la antropología en el diapason de los problemas de sociedad, de someterla a una supuesta demanda social o de hacer de ella una ciencia especializada que formula recomendaciones, sino considerar que esas realidades aparentemente triviales de la salud son al menos tanto como la enfermedad y la medicina portadoras de sentido y requieren en consecuencia un trabajo de interpretación. A este respecto, son paradójicamente los historiadores antes que los antropólogos quienes han abierto el camino. Los trabajos pioneros de Edwin Ackerknecht (1948) sobre la higiene y el anti-contagionismo, de Henry Hatzfeld (1971) sobre el desarrollo de la protección social francesa y de Carlo Cipolla (1976) sobre los comités sanitarios italianos de finales de la edad media, mostraron hasta qué punto las investigaciones en salud pública podían aclarar las grandes evoluciones de las ideas y de las instituciones, exploración que se prolonga en obras recientes sobre las ciencias y las técnicas (La Berge, 1992), sobre las representaciones y las sensibilidades (Vigarello, 1993) o sobre las poblaciones y sus dinámicas (Bourdelaís, 1994). La historiografía colonial abordó también los problemas de poder y de saber, las relaciones de dominación y de violencia, los desafíos sociales y políticos que ponían en evidencia el estudio de las endemias (Lyons, 1988), las epidemias (Ranger, 1992), las hambrunas (Vaughan, 1992) o la psiquiatría (McCulloch, 1994), que tenían lugar en el continente africano. Desde este punto de vista, la selección de textos recogida por Steven Feierman y John Janzen (1992) constituye un verdadero manifiesto para una *antropología histórica de la salud*: más aún que las declaraciones teóricas liminares, es el valor de los estudios de caso que, a partir del análisis de las condiciones socioeconómicas de producción de la tuberculosis en Sudáfrica (Packard, 1992) o de los modos de legitimación sanitaria de las políticas de urbanismo en África central (Curtin, 1992), revelan las lógicas de poder y sus efectos sobre el cuerpo en el orden colonial. Lo que pone de manifiesto la historia, bien sea en manos de los historiadores o de los antropólogos (Dozon, 1985), es que el estudio de la salud comienza ahí donde la enfermedad, saliendo de la relación supuestamente confidencial entre el paciente y el terapeuta, incluye al cuerpo social: la investigación sobre la epidemia de tifo en Sudáfrica en la primera mitad del

siglo veinte nos habla de la salud como forma de control social, especialmente en la escogencia de medidas tendientes menos a la eficacia sanitaria que a la intervención y la represión de las protestas, y como reveladora de las relaciones sociales, la infección que afecta exclusivamente a las poblaciones negras pauperizadas, pero interpretada por los poderes públicos como la consecuencia de su desidia y suciedad (Marks y Anderson, 1988). Así, mejor que como pudo hacerlo la antropología, la historia del mundo moderno, ya sea occidental o colonial, adquirió la medida del interés que podía haber en estudiar la salud al mismo tiempo como *significado* y *significante* del cambio social, esto es, por los sentidos que porta y por los signos que representa. Este doble registro de interpretación es el que hace falta poner en práctica en la antropología de la salud.

¿Pero de qué salud estamos hablando? Para responder a esta pregunta podemos intentar trazar su etimología. Sabemos que la antropología médica se alimentó de una reflexión basada en las tres palabras inglesas para designar la enfermedad: *disease*, la patología identificada por la medicina; *illness*, la experiencia subjetiva del paciente; *sickness*, el fenómeno social que produce el libreto del enfermo y las expectativas de la sociedad. Incluso si estas distinciones fuerzan un poco las reglas lingüísticas y si las categorías así constituidas pueden parecer simplificadoras frente a la complejidad antropológica, tienen la utilidad de deconstruir una noción con sentido propio. Un ejercicio similar puede proponerse a partir del latín para la palabra salud. En efecto, existen tres términos diferentes para designarla. El primero es *salus*, que expresa el buen estado físico y moral, pero también la salvaguarda de los bienes y los derechos propios. El segundo, *sanitas*, indica también el buen estado del cuerpo y del espíritu, pero puede significar, así mismo, la razón, el buen sentido, el buen gusto. El tercero, *salubritas*, añade a la noción de buen estado de salud la idea de los medios que permiten conservarlo. Sin poner mucho énfasis en esta etimología, de la cual ciertos trazos subsisten en el francés contemporáneo, pero más aún en español, podemos recoger dos enseñanzas. Por un lado, la nebulosa original de la salud no se reduce a las dimensiones de lo corporal y lo médico, toca también aspectos jurídicos, morales, intelectuales y tecnológicos que el reduccionismo sanitarista tiende a escamotear. Por otro, cada uno de los términos latinos se presenta unido a tensiones que son, precisamente, las que

atravesamos hoy en día el dominio de la salud: para *salus*, entre lo físico y lo cívico, entre el bien y el derecho; para *sanitas*, entre lo patológico y la norma, entre la racionalidad y el valor; por último, para *salubritas*, entre lo individual y lo colectivo, entre lo técnico y lo político. Si la idea aquí no es dedicarse a un verdadero trabajo lexicológico, al menos podemos ver que el empleo habitual de la palabra salud, en francés particularmente, opera una restricción semántica considerable con respecto a su riqueza etimológica. Es entonces en esta riqueza etimológica que es necesario anclar, como propone Raymond Massé (1995), la comprensión renovada de una noción potencialmente heurística, puesto que hace entrar en juego significados olvidados en la lengua, pero todavía presentes en el mundo social.

Para poner orden a esta profusión puede partirse de la tipología sugerida por Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes (1990: 47-72). A fin de renovar las visiones tradicionales de la enfermedad y basándose especialmente en los trabajos de Mary Douglas, ellas proponían una triple lectura del cuerpo: el “cuerpo individual, entendido en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida del cuerpo propio”, sin distinción de sus dimensiones material y espiritual; el “cuerpo social, refiriéndose a las representaciones del cuerpo como símbolo natural a partir del cual pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura”, donde la enfermedad viene a ser elemento a la vez perturbador y revelador; y el “cuerpo político, implicando la regulación, la vigilancia y el control de los cuerpos individuales y colectivo en la reproducción y la sexualidad, el trabajo, el tiempo libre y la enfermedad”, por medio de los cuales la normalización puede revestir formas múltiples, desde el compromiso violento hasta el autocontrol. Sin embargo, esta interesante clasificación se arriesga a dejar de lado el hecho que el cuerpo individual es en sí mismo *siempre también* un cuerpo social y político (Turner, 1992), y es justamente lo que la definición precedente de la salud intenta enunciar. Esto explica por qué en una investigación precedente (1996) había propuesto definir un *espacio político de la salud* y describirlo estructurado en torno a tres ejes que podían ser tantos como las dimensiones a caracterizar por medio del trabajo empírico: la incorporación de la desigualdad, realizando la inscripción del orden social en los cuerpos, sea por ejemplo en el caso de la marcación ritual en las sociedades tradicionales o en el de las disparidades frente a la muerte en las contemporáneas; el poder de curar, derivado de la

legitimación de grupos reconocidos competentes para intervenir sobre la enfermedad, como los chamanes, los morabitos o los médicos; finalmente, el control sobre la vida, poniendo en acción la gestión colectiva de la salud como bien público, desde las antiguas prácticas propiciadoras hasta los programas de prevención modernos. En el fondo, se trata de constituir una *antropología política de la salud* con sus respectivas declinaciones en antropología política del cuerpo, de la medicina y de la salud pública. Para ello, ahora es necesario comprender mejor cómo el doble trabajo de objetivación y de subjetivación de la salud organiza esta antropología.

OBJETIVACIÓN Y SUBJETIVACIÓN

AL INICIO DE SU *FILOSOFÍA DE LA SALUD*, HANS-GEORGE GADAMER (1998: 7) se cuestiona sobre la especificidad de la medición en este campo:

la física de nuestro siglo nos enseñó que hay un límite en la posibilidad de medir. Esta observación me sugiere un problema hermenéutico fundamental que se plantea con más agudeza en el caso del hombre viviente que en el de la simple naturaleza medible. Porque entonces el problema de los límites de la posibilidad de cualquier medida y más generalmente de cualquier acción se sitúa en el corazón mismo de la ciencia y de la práctica médica.

Y concluye diciendo: “la salud no es una cosa que se fabrica”. Tres presupuestos sostienen esta reflexión: primero, lo viviente humano es una forma particular de naturaleza; segundo, la salud es un atributo de lo viviente; y tercero, la medición de la salud es una objetivación de este atributo. En contra de esta triple aserción propongo construir una antropología de la salud. Ya sea, palabra contra palabra, primero, lo viviente humano tal como lo aprehendemos resulta de un juego entre naturaleza y cultura; segundo, la salud es una producción social, pues la sociedad define lo que posee salud o, más bien, da una expresión sanitaria a ciertas realidades en lugar de otras; tercero, el trabajo de objetivación contribuye a esta producción y entonces se vuelve inseparable de una operación de subjetivación. Detengámonos un instante sobre estas tres proposiciones para explicitarlas e ilustrarlas.

Dado que la enfermedad afecta al cuerpo y que la medicina ha mostrado sus resortes más escondidos, desde la fisiología y la anatomopatología que exploraban lo macroscópico de la enfermedad hasta la inmunología y la genética molecular que trabajan con sus dimensiones más elementales, lo viviente humano parece inscrito en la naturaleza. Quizá nadie sueña en negar que el cáncer es una realidad histológicamente verificable o que el genoma codifica las proteínas que conforman la materia corporal. Pero, ¿acaso lo viviente no es algo más que una naturaleza? O mejor, ¿existe hoy una naturaleza que esté virgen de toda “contaminación” cultural? En el caso del cáncer, hay que considerar evidentemente pensar el mesotelioma como una simple realidad biológica que manifiesta la proliferación de células malignas en la piel, o una enfermedad relacionada con la intervención humana, provocada por una exposición ante el asbesto y en particular durante el trabajo. Su reconocimiento como “enfermedad profesional” es el fruto de luchas sociales que muestran hasta qué punto la producción y la cualificación de los hechos de la salud son un desafío político (Thébaud-Mony, 1991). En el caso del genoma, no hay que conformarse con los implícitos, en ocasiones ya explicitados, de los genetistas que tanto de forma poética como profética hacen del encadenamiento de las bases en una estructura de ADN la clave de la herencia no solamente de las enfermedades sino también de los comportamientos. Si uno puede convenir tranquilamente que los genes tienen existencia material y son el soporte de la transmisión de caracteres, no hay que pasar por alto que son, al mismo tiempo, “íconos culturales” mediante los cuales se expresan representaciones más o menos fantasmales de la sociedad sobre ella misma, como lo demuestra la fascinación ejercida por el descubrimiento de los genes de la homosexualidad o de la violencia (Nelkin y Lindee, 1998). La misma construcción de lo viviente y de la vida, por sus consecuencias morales, sobre las cuales habrá que regresar después, es productora de objetos de cultura tanto como de naturaleza. Esta doble relación de *culturalización de la naturaleza* y de *naturalización de la cultura* es lo que debe enfrentar el análisis antropológico de la salud, partiendo de que esta relación no puede ser aprehendida más que como históricamente constituida y políticamente significativa. Inspirándose en la antropología de la ciencia que estudió esta relación en el marco reducido del laboratorio (Latour y Woolgar, 1993), se trata de portar el análisis sobre un mundo social más amplio en

el que la noción de riesgo se ha convertido en una mediación insuficientemente problematizada entre naturaleza y cultura (Douglas, 1992). La salud pública en tanto que escena cotidiana de puesta en práctica de esta mediación ofrece un objeto de estudio particularmente heurístico, aunque poco estudiado desde este ángulo.

En efecto, las pruebas de que la salud no está dada sino que se produce socialmente abundan en la historia. Basta con evocar lo que se denomina “maltrato infantil” (Pfohl, 1977). La violencia hacia los niños, un problema esencialmente privado vinculado a la autoridad paterna, ingresó a la esfera pública a finales del siglo diecinueve, convirtiéndose en objeto de una legislación represiva cuya aplicación efectiva fue, por lo demás, progresiva y tardía. Paralelamente, el maltrato a niños se volvía poco a poco preocupación mayor de los trabajadores sociales. No fue sin embargo hasta la segunda mitad del siglo veinte que se convirtió en una realidad de salud, realizando una doble operación de identificación y cualificación, como se demostró en otro texto (1998a). La primera operación se trata de una *medicalización*: surge en los años 1960 con la descripción de los radiólogos de un síndrome del niño maltratado relacionado con la existencia de múltiples fracturas de los miembros y el cráneo. La segunda realiza una *politicización*: en el transcurso de la década de 1980 convierte esta entidad médica en problema de salud pública asociado principalmente con los suburbios considerados más difíciles y supone la aplicación de programas preventivos. Esta traducción de una realidad social puede asimilarse a una realidad sanitaria como un trabajo de *producción de la salud*, en el sentido en que Maurice Godelier y Michel Panoff (1998) hablan de “producción del cuerpo”, en la que los agentes movilizan con o sin intención sus competencias y alianzas para imponer su propio sentido del orden de las cosas en contraposición de otros sentidos. Esta nueva realidad no es inerte y sigue siendo el objeto de actividades de transformación: así pues, el contenido del maltrato, reportado inicialmente como violencia física, familiar con frecuencia, tiende a cristalizarse en torno a la violencia sexual, y particularmente al incesto (Vigarello, 1998). Mediante esta breve evocación de la historia del maltrato infantil se busca poner en evidencia el proceso por el cual una realidad social es reconocida como parte de un registro de la salud, y en este caso de la salud corporal y la salud mental. Reconocimiento que no es una simple operación abstracta de

clasificación si se consideran sus consecuencias concretas en la acción: el problema nuevamente identificado y cualificado se convierte en el objeto de una intervención sanitaria que convoca lógicamente a los profesionales de la salud, pero también a los de lo social, de la pedagogía, de la animación y el tiempo libre, en el marco de unos programas de salud pública en los que todo sufrimiento físico o psíquico se designa como el objetivo de la acción común.

Ciertamente podría hacerse el razonamiento inverso, pues para que haya traducción al lenguaje de la salud hace falta, necesariamente, que haya un daño en el cuerpo o en la mente, o dicho de otro modo, un fundamento biológico o psicológico que justifique esta operación. En el fondo no habría que descubrir lo que ya existe. La prueba sería el hecho objetivable por la medición epidemiológica en particular, la realidad que la sociedad considera haber producido, pero que en la práctica no ha hecho más que nombrar. Pero este análisis pasa por alto dos cosas. Por un lado, el hecho de que existen siempre múltiples maneras de identificar y de cualificar un problema: su inscripción en el campo sanitario no es más que una de ellas, pero también en este contexto puede tomar expresiones muy diferentes. Por otro, el hecho que esta identificación y esta cualificación proceden de juegos de poder y de conflictos para imponer una visión contra otra: un análisis sociológico de las relaciones de fuerza y de dispositivos de controversia pone así en duda la inmanencia de la verdad de lo viviente. Ilustremos estas palabras con el caso de la toxicomanía. “¿Qué es el consumo de drogas?, se pregunta Albert Ogien (1994: 9). ¿Es un sufrimiento, un desorden neurofisiológico, una epidemia, una conducta marginadora, un delito o un capricho de adolescentes? Es quizá todo esto a la vez y cada una de estas cosas por separado”. Ahora bien, entre estas diferentes significaciones la sociedad escoge, pero no realiza las mismas escogencias en todo lugar ni en todo momento. Para limitarse a su forma más claramente circunscrita, el uso de drogas por vía intravenosa aparece primero socialmente como una desviación y, en no pocos países, jurídicamente como un delito. Esto significa que el toxicómano muestra antes que nada un registro represivo puesto en práctica por la policía y la justicia. Pero desde hace un buen tiempo la psiquiatría se interesó por los drogados y más particularmente por su situación de dependencia, poniéndose como objetivo primero de su intervención la eliminación

de la dependencia. Dentro de esta perspectiva, la medicalización de la toxicomanía busca la cura física suponiéndola correlacionada al mejoramiento físico. Cuando sobrevino la epidemia del sida, a comienzos de los años 1980, los consumidores de drogas por vía intravenosa fueron reconocidos de inmediato como unos de los principales “grupos de riesgo”. Pese a ello, estos grupos se mantuvieron por fuera de los programas de prevención por mucho más tiempo que las otras categorías identificadas en función de los modos de transmisión. Para retomar la expresión de Ronald Bayer (1992), ellos fueron las principales víctimas de la “política de negligencia de las autoridades sanitarias”. La nueva realidad no cuadraba dentro de la alternativa de represión-cura que primaba: la prevención, que consistía en reducir la transmisión infecciosa a la vez mediante la distribución masiva de productos de sustitución y del acceso a jeringas estériles, terminó aceptando por un lado una práctica ilícita y por el otro renunciando a su lucha contra la dependencia. Por esto mismo existen diferencias significativas entre los países en la rapidez para superar tales contradicciones y conflictos iniciales (Steffen, 1995). En Francia, la tardanza en la expedición de reglas nacionales y en su aplicación local se relaciona, ciertamente, con factores generales, en particular con la estigmatización de los toxicómanos, su frecuente pertenencia a entornos miserables y su baja capacidad de movilización colectiva, pero también con aspectos más específicos, como la fuerte resistencia profesional de la corporación psiquiátrica y la ausencia de legitimidad de la salud pública en el espacio social (Lovell y Féroni, 1998). Sólo después de concluida la lucha entre diferentes visiones de la toxicomanía como delito, sufrimiento y riesgo, la salud pública pudo, quizá no imponerse pero sí al menos ser admitida como uno de los principios de gestión. El desarrollo de programas de metadona y la instalación de máquinas automáticas de venta de jeringas, aunque de manera tímida, son los signos de esta inscripción de la toxicomanía en el campo de la salud pública. Operación esta que no es simplemente de orden reglamentario, sino que encuentra su concreción, por ejemplo, en las formaciones de guardias residenciales en el curso de las cuales se intenta modificar la imagen del drogado, haciéndolo pasar del estatus de delincuente amenazante al de enfermo expuesto al riesgo de contaminación. Estos desplazamientos de representación de hecho no son estables y constituyen permanentemente el objeto de renegociaciones. Tanto en los consejos comunales de

prevención de la delincuencia donde están instalados los elegidos de la salud y de la seguridad como en los barrios donde se codean asociaciones y policías, los primeros se esfuerzan por imponer sus lógicas sanitarias en contraposición a las lógicas de seguridad de los segundos. Como este ejemplo pretende mostrarlo, el estudio de los fenómenos de salud debe entonces evitar tanto la *traba del positivismo* que supondría que la salud preexiste y que el trabajo de conocimiento, ya sea médico o biológico, no tiene otro objetivo que el reconocer lo que ya es, y el *peligro del relativismo*, que reduciría la salud a un simple efecto de convención entre agentes que convienen decir lo que resulta de ella, independientemente de toda realidad material (Woolgar y Pawluch, 1985). El constructivismo aquí empleado pretende ligar los hechos biológicos y los sociológicos, estableciendo en particular cómo el trabajo de objetivación es indisociable del trabajo simultáneo de subjetivación.

De lo que se trata más exactamente es de aprehender no la línea de demarcación entre lo que depende de la salud y lo que no hace parte de ella, ni tampoco la actividad de los agentes que pretenden desplazar esa línea reformulando las cuestiones de sociedad mediante problemas sanitarios. Antes que la operación de definición y de construcción en sí misma, son los *retos* que la sostienen los que nos interesan, como intenté mostrarlo en otro texto (1999). ¿Qué es lo que ocurre en las discusiones y las controversias que buscan hacer del mesotelioma un cáncer profesional, del genoma un soporte hereditario de los comportamientos, del maltrato infantil un problema de salud pública, de los consumidores de drogas por vía intravenosa un grupo de riesgo? ¿Qué es lo que se busca en las relaciones de saber y de poder que movilizan estas definiciones y estas construcciones? Tales son las preguntas que plantea a la antropología la producción de la salud. Las respuestas iluminan los retos eminentemente *políticos*, en el sentido de que atraviesan los tres fundamentos de lo político: para comenzar, implican relaciones de poder y de legitimidad sobre los territorios, según palabras de Max Weber (1978); luego, conciernen las fronteras entre el espacio público y la esfera privada, lo que Julien Freund (1986) pone en exergo; finalmente, y en una acepción más amplia, tocan el problema de vivir juntos, es decir, el problema de la pluralidad humana y de sus consecuencias en términos de comunidad y de solidaridad, para retomar la definición de Ana Arendt (1995). De hecho, la salud somete estas

tres dimensiones de lo político a una prueba singular, que es la del cuerpo, es decir, al dilema de lo viviente y de la muerte, de la enfermedad y el sufrimiento. Como lo ha mostrado precisamente el proceso de la sangre contaminada en Francia que obligó a que se examinara a ministros, estas necesidades confieren al registro de la salud una tonalidad particular en la gestión de los asuntos públicos.

Lo que debe comprenderse es ese estatus singular que se le confiere a la salud. El caso del saturnismo que evoqué en una investigación precedente (1998b) lo ilustra perfectamente. Se trata de una intoxicación con plomo conocida hace bastante tiempo, representada desde comienzos de siglo en las viejas pinturas y que sobreviene esencialmente en Francia en el hábitat vetusto y precario de los barrios y suburbios antiguos de las grandes aglomeraciones, en especial a las afueras de París. Teniendo en cuenta las realidades socioeconómicas locales, son esencialmente los niños de origen extranjero provenientes en su gran mayoría del África subsahariana quienes resultan afectados: a los fenómenos clásicos de segregación urbana se suma en efecto la dificultad particular que tienen estas familias, víctimas de discriminación, de acceder a la vivienda social, por lo que se confinan al parque privado degradado. Después de la muerte de un niño en París y la de otro en una ciudad obrera limítrofe, se inicia una movilización a finales de la década de 1980 entre las asociaciones de habitantes y también entre los servicios comunitarios de higiene. Los estudios epidemiológicos muestran la extensión del problema, mucho más grande de lo que se esperaba. El problema emerge en el espacio público pero su inclusión dentro de la agenda política se tropieza con obstáculos importantes. Por un lado, las características de la población afectada por la enfermedad no le llaman la atención a los políticos elegidos: en un contexto incesantemente reconocido por la ascensión electoral de la extrema derecha que hizo de los inmigrantes sus chivos expiatorios, no resulta conveniente parecer interesarse demasiado en grupos que por sí fuera poco no votan. Por otro, las dificultades financieras y jurídicas hacen de la prevención algo particularmente poco eficaz: la reasignación de vivienda y la rehabilitación le salen caras a la colectividad y los medios para presionar a los propietarios inescrupulosos resultan insuficientes. En el curso de los años 1990, algunas municipalidades comienzan, sin embargo, a tomar conciencia de la gravedad del problema y, por tanto, intervienen, primero

modestamente, después con mayor generosidad. Paralelamente, las presiones locales alcanzan a generar efectos nacionales y la ley consagrada según dicen “a la exclusión” votada en 1998 incluye importantes avances reglamentarios y económicos para la prevención del saturnismo, la única enfermedad explícitamente mencionada en el texto legislativo. ¿Qué puede decirse de esta epidemia? En primer lugar, que muestra a la vez los estigmas físicos del orden social –las poblaciones víctimas de la segregación espacial y de la discriminación en el acceso a vivienda se ven marcadas en sus cuerpos– y las reticencias políticas para comprometerse en programas en beneficio de las categorías marginadas –los inmigrantes son el arquetipo y no la excepción, como se anotó en relación con los toxicómanos–. En segundo lugar, muestra que ahí donde las condiciones indignas de la vivienda no obtenían eco entre los poderes públicos, la evidencia de un sufrimiento corporal pudo generar una reacción social y política –que la intoxicación afectara esencialmente a niños aumentaba aún más el dramatismo de la situación–. Positivistas y relativistas terminan dándose la espalda. Ciertamente, no basta con que la patología exista para que constituya un problema de salud: primero falta que la movilización de agentes le otorgue existencia social. Pero sin la objetivación obtenida mediante las investigaciones toxicológicas, la subjetivación no toma cuerpo: al punto que el problema del umbral de gravedad se vuelve un elemento de discusiones científicas y políticas, puesto que compromete al tiempo el futuro, en particular el intelectual del niño y las disposiciones concretas en relación con la severidad del sufrimiento, lo que significa su reubicación o su rehabilitación. Falta, sin embargo, ir más lejos y preguntarse sobre el sentido de esta *sanitarización de lo social*, es decir, esta traducción sanitaria de un problema de sociedad, en este caso de las condiciones de vida de los inmigrantes.

¿Por qué como en este caso el mundo social está más cercano de reconocer las desigualdades y las injusticias de que son víctimas las poblaciones de origen extranjero cuando existe sufrimiento físico y no cuando las reglas elementales de la dignidad humana son burladas? ¿O simplemente por qué los poderes públicos están más prontos a actuar ante un problema de salud y no ante uno de hábitat? La hipótesis que puede manejarse es que en la definición de estas prioridades hay un reconocimiento más grande sobre la integridad del cuerpo que sobre la de la persona, o

para decirlo de otra forma, el reconocimiento de la persona pasa antes por el reconocimiento del cuerpo alterado o sufriente. Sugiero denominar *bío-legitimidad* a esta prioridad dada a lo viviente en la administración de los asuntos humanos. Aquí no hay que confundirse. No se trata de hacer de este concepto una especie de principio superior universal, sino de caracterizarlo como uno de los fundamentos morales del mundo contemporáneo. No hay entonces que pensar en proponer una visión teológica del curso de las cosas haciendo de la sanitización una nueva ley de la historia, pero sí ubicar un proceso recurrente y significativo, no exclusivo evidentemente de otras lógicas. Se sabe que Giorgio Agamben (1997) propone rendir cuenta de la biopolítica a partir de la oposición de los dos términos griegos que significan la palabra vida: *zoé*, la vida biológica, que éste denomina vida desnuda, y *bíos*, la vida en sociedad, a la que también llama vida política. Lo que expresa la idea de *bío-legitimidad* es la fusión de estos dos significados, o quizá más exactamente la refundación de la vida política en la vida biológica. Lejos de limitarse al campo tradicionalmente definido de la salud, este planteamiento es un gran avance. Se encuentra en el corazón de lo que podríamos llamar la *lógica humanitaria*, que va mucho más allá de la medicina humanitaria que le concedió sus documentos de nobleza. En esta lógica, presente en los campos de refugiados de Ruanda o entre los desplazados de Kosovo, así como en las consultas para pobres de los dispensarios asociativos o de los hospitales públicos, la vida, o mejor la supervivencia, se convierten en la justificación última de la intervención, así sea de carácter militar. Los derechos del hombre, en cuyo nombre se proclama la urgencia de la acción, son derechos del humano viviente antes que del ciudadano del mundo. La ambición de universalidad que ellos anuncian se encuentra reducida a su más simple expresión: la desnudez de la vida.

GLOBALIZACIÓN Y SIGNIFICACIÓN

LOS DESLIZAMIENTOS DE ESCALA QUE ACABAN DE SER EVOCADOS –ENTRE lo local y lo global, para retomar una oposición geertziana– convocan a la reflexión sobre lo que está en juego para la antropología en general y para la antropología de la salud en

particular en el trabajo social por el cual las realidades sanitarias se vuelven cada vez más interdependientes y los valores morales se tornan cada vez más generalizadores. Si bien la antropología médica, singularmente por medio de sus corrientes críticas, se ha apoderado de la internacionalización de la salud (Nichter, 1994; Yoder, 1997), puede ser que aún no se haya alcanzado la completa medida de la globalización de las bio-lógicas. Tal es el propósito de este apartado. A este respecto, la literatura consagrada a la “antropología de la globalización”, especialmente la selección ya clásica de Arjun Appadurai (1996) portan más sobre la dimensión cultural, con una singular fascinación hacia los fenómenos de mestizaje o de hibridación por un lado, y hacia los encerramientos étnicos o fundamentalistas por el otro, sin enfatizar sobre la dimensión sociopolítica de las realidades descritas y la distancia con respecto a su construcción. Probablemente, este defecto de análisis político es la causa de la desconfianza que le despierta a Pierre Bourdieu y Loïc Wacquant (1998) el uso, en el trabajo intelectual, de esa palabra mágica mediante la cual la ideología neoliberal se presenta como un camino hacia el futuro sin alternativas. Al sugerir aquí unir lo local y lo global dentro del estudio de las biopolíticas y proponer hablar de *globalización de la salud* nos situamos dentro de la perspectiva de una antropología crítica (Packard, 1989), no exclusiva en todo caso de la implicación del investigador en los programas sanitarios (Hahn, 1999). Pero esta terminología no es enteramente clara. Para acudir a dos referencias contrastadas, vemos bien que cuando Clifford Geertz (1986) caracteriza sus trabajos con “un ritmo conceptual interno”, efectuando un “ir y venir dialéctico continuo entre lo más local de los detalles locales y la más global de las estructuras globales, de suerte que se llega a verlos simultáneamente”, en el fondo se sitúa en la línea del hecho social total de Marcel Mauss, procurando unir el todo y las partes, mientras que Michael Kearney (1995), en su revista de literatura sobre el asunto definió la globalización a partir de “los procesos sociales, económicos, culturales y demográficos producidos en las naciones pero superándolos, de tal manera que la atención focalizada únicamente sobre los procesos, identidades y unidades de análisis local conduciría a la comprensión incompleta de lo local”, inscribiéndose así en la tradición braudeliana de análisis de los “sistemas-mundos”. Antes que la oposición entre dos significaciones, la primera conducente a la totalidad de lo local, la segunda a su resonancia mundial, lo

que se produce es un deslizamiento de sentido: lo que eran en la década de 1980 lo local y lo global para los antropólogos no puede ser superpuesto a lo que se han convertido en los años 1990. Evolución semántica en suma banal, debe considerarse, sin embargo, como una sedimentación antes que una substitución. La lectura atenta del número de textos recientemente publicados sobre el asunto muestra de hecho frecuentes pasajes entre uno y otro sentido. Por tanto, al referirse a los “juegos de escala” de los que habla Jacques Revel (1996), no hay que considerar entonces que el movimiento entre lo local y lo global incluye indisociablemente una doble dimensión: metodológica, por un lado, articulando lo micro y lo macro; teórica, por el otro, uniendo las realidades sociales e internacionales.

Aprehendida en el campo de la salud, la globalización implica principalmente dos procesos. En primer lugar, se trata de la *interdependencia mundial de los determinantes* de la salud (Browner, 1989). Para decirlo simplemente, el estado sanitario de una población observada en un pueblo o un barrio, donde quiera que sea, está estrechamente relacionado con las relaciones de fuerzas internacionales. No es posible analizar las tasas de mortalidad, las incidencias de enfermedad, las tendencias de desnutrición localmente constatadas sin inscribirlas en la historia social, demográfica, económica y política de la región, del país y del mundo. Sin duda el impacto de estos diferentes niveles es variable según las situaciones, pero la interpretación debe procurar mantener precisión sobre el lugar correspondiente y sus lazos. Esta primera oposición resuena como un estribillo olvidado y coincide con una “economía política de la salud” (Doyal, 1979) colocada muy rápidamente entre las herramientas sobrepasadas por las nuevas realidades del mundo. A diferencia de tales trabajos pioneros, el trabajo que esta supone permite comprender, especialmente mediante las biografías y las monografías, cómo el orden internacional o nacional encuentra su traducción en las representaciones, las prácticas y las condiciones locales: es lo que hace Paul Farmer (1992) en su estudio sobre la epidemia de sida en Haití, en el que muestra cómo las relaciones políticas y simbólicas en el seno de la sociedad haitiana, por un lado, entre la isla y Estados Unidos, por el otro, determinan un dispositivo complejo de sospecha y acusación que tiene consecuencias concretas sobre la condición misma de los enfermos. En segundo lugar, hay que ocuparse de la *circulación mundial de los modelos de salud* (Zimmermann, 1995).

No se trata sólo de constatar la difusión planetaria de los conocimientos, las tecnologías y los productos de la medicina. Es aún más extenso y, puede pensarse, de manera más decisiva todavía, el movimiento de las ideas, las imágenes, los procedimientos y los métodos. Los instrumentos de medición, ya sean indicadores, encuestas o test estadísticos, las nociones y los grupos de riesgo, el principio de precaución o la vigilancia epidemiológica, los programas al igual que las campañas de vacunación o de educación sanitaria, son productos de las relaciones científicas y políticas internacionales. Antes que regresar a las lecturas difusionistas que no tendrían más pertinencia hoy que la que tuvieron en el pasado, lo que debe ser planteado es, para retomar la expresión de Marc Augé (1994), el problema de la “contemporaneidad de los mundos”. Se trata entonces de detectar cómo se elaboran y se intercambian los instrumentos intelectuales mediante los cuales las realidades del cuerpo son aprehendidas: esta es la invitación que propone el estudio de Allan Young (1996) sobre la invención del síndrome de estrés postraumático para rendir cuenta de las taras físicas de los veteranos estadounidenses de la guerra de Vietnam y de su universalización por medio del DSM-IV, convertida en la “Biblia” de la psiquiatría mundial.

No hay que confundirse respecto del carácter de novedad radical de estos fenómenos. La globalización de la salud, tanto como de la economía o de la cultura, no es enteramente inédita. Como intenté mostrarlo siguiendo las peripecias del debate entre universalismo y particularismo en la salud pública internacional, entre la medicina colonial y la medicina humanitaria (1997), no asistimos a una evolución lineal, pero sí, por un lado, a la tensión permanente entre posiciones contradictorias, y, por otro, a las inversiones cíclicas de las relaciones de fuerzas que se dan entre ellas. Aún más significativo, la relectura de los fenómenos contemporáneos presente en los trabajos de historiadores invita no sólo a relativizar su aparente excepcionalidad, al introducir en ella impresiones de *déjà-vu* (ya visto), sino, sobre todo, a descubrir las realidades actuales mediante la revelación de sus aspectos escondidos. En este sentido es revelador que la crítica más radical sobre la manera como ha sido planteado en África el problema de las causas y los desarrollos del sida provenga de historiadores. En efecto, desde una “perspectiva histórica”, con base en los trabajos realizados sobre la tuberculosis y la sífilis durante el periodo colonial, Randall Packard y Paul Epstein

(1992) evidencian la existencia durante los primeros años de la epidemia del sida de los mismos prejuicios estigmatizadores y los mismos presupuestos culturalistas que orientan tanto la investigación como la acción; aún más turbadora es su constatación sobre la falta de distancia de los antropólogos convocados por los responsables sanitarios y los médicos que no se mostraban más informados o más críticos que sus predecesores en el tiempo de la administración colonial; es así como la interpretación sobre el origen y la progresión de la enfermedad hubiera podido colocarse entre las prácticas rituales y sobre todo las prácticas sexuales propicias, excluyendo todo análisis sobre las condiciones sociales, económicas y políticas que subyacen al desarrollo de la infección. ¿Cómo podría comprenderse la explosión que experimentó la epidemia en África austral desde comienzos de los años 1990 sin referirse, como lo hace Douglas Webb (1998) en el caso de Namibia, a una “epidemiología social” de la infección, teniendo en cuenta, por un lado, los movimientos de población relacionados con la guerra, las migraciones de trabajo y la apertura de fronteras y, por otro, las relaciones de violencia instauradas por el régimen del *apartheid* y reforzadas por las frustraciones que suscitaba la persistencia de las desigualdades tras su desaparición oficial? ¿Y cómo no percibir el alcance simbólico y político del rechazo del gobierno de Sudáfrica contra la distribución parsimoniosa de medicamentos antiretrovirales que los países occidentales han propuesto recientemente para intentar reducir la diferencia creciente en la toma de responsabilidad sobre la enfermedad en el mundo rico y en las sociedades pobres, rechazo que deja ver la marca de los contenciosos que protestaron desde el comienzo de la epidemia contra las relaciones entre el Norte y el Sur e, incluso, entre los blancos y los negros, tal como lo mostró Gilles Bibeau (1991)? Lo que está en juego en los escenarios africanos del sida no resulta significativo salvo a la luz de una *historia social y política* en que las relaciones de poder internacionales tienen tanto lugar como las relaciones de poder dentro de las sociedades. El fracaso de los programas de prevención y la incapacidad de la mayor parte de los analistas para explicarlo tienen como causa esta dificultad de captar la enfermedad de otra forma que en su doble dimensión biológica y cultural, mientras que las condiciones sociales y políticas de producción de la epidemia y sobre todo su gravedad –porque el sida no es sólo una infección que afecta mucho más frecuentemente a los africanos, sino también

una enfermedad por la que se están muriendo muchos más y más rápidamente que los otros— se mantienen en la sombra. Como dice Paula Treichler (1992), la historia del sida en el tercer mundo es también una “crónica del primer mundo”, y especialmente de sus científicos.

Así pues, la pertinencia de una antropología de la salud puede apreciarse al contemplar su capacidad de volver inteligibles los retos que sobrepasan el marco de lo que se ha convenido en llamar el sector de la salud. Puesto que si, como hemos visto, la producción de la salud consiste en la traducción de las realidades sociales al lenguaje sanitario, lo que habría que detectar e interpretar son los *efectos de sentido* así constituidos. De hecho, estos efectos de sentido son tanto más importantes de estudiar por su tendencia a escapar del análisis mediante un doble mecanismo de opacidad. Por un lado, la salud parece siempre basarse en el consenso. En torno al cuerpo sufriente, la legitimidad de su intervención se presenta como una evidencia: ¿quién podría contravenir que se cuide a los enfermos o que se prevengan sus decesos? Por otro, la salud parece siempre asunto de especialistas. Sus discursos y sus dispositivos pretenden ofrecer soluciones técnicas para problemas concretos, independientemente de cualquier posición ideológica: ¿qué podrían hacer el ciudadano y con mayor motivo el antropólogo si son tan ajenos al saber biológico y medicinal? Es entonces a la vez contra la propensión *compasiva* y más allá de las apariencias *técnicas* que debe hacerse de la salud algo significativo. Estos mecanismos de ocultamiento no son nunca tan poderosos como cuando operan dentro de las relaciones internacionales o, más precisamente, en el despliegue local de programas globales. Enseguida de la Conferencia de Nairobi de 1985 patrocinada por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, que había hecho de la reducción de la mortalidad materna una prioridad internacional, fueron lanzados los primeros programas denominados “para una maternidad sin riesgo”, que evidentemente fueron acogidos muy favorablemente en todos los países, y singularmente en América latina. Un poco en todos los lugares de este continente, y especialmente en Ecuador, en donde realicé estudios sobre esta cuestión con Anne-Claire Defosse (1992: 23-36), una política orientada hacia la salud materna fue finalmente puesta en práctica sobre bases simples: puesto que las mujeres mueren durante partos esencialmente carentes de cuidados obstétricos, hay que incitarlas a dar a luz en los

centros de maternidad y, dado que el riesgo letal crece con cada nacimiento, se requiere desarrollar la planificación familiar. Y no faltaron antropólogos para confirmar que, efectivamente, “la mayor parte de la población rural, indígena o campesina, no acude a los servicios de salud, independientemente de los problemas de acceso, por razones culturales que implican no sólo el nivel de educación, sino también más fundamentalmente la existencia de un mundo simbólico de sentido diferente”. Sin embargo, dos presupuestos no fueron puestos en duda. Primero, la elección de acciones orientadas exclusivamente hacia la dimensión reproductiva de la salud de las mujeres. Segundo, la limitación del problema a un simple asunto médico que hallaba respuesta en la mejor adaptación de las poblaciones a su sistema de atención. Ahora bien, estos dos elementos son eminentemente problemáticos. Por un lado, en efecto, focalizar los programas sanitarios sobre la salud materna no se justificaba epidemiológicamente, habiendo otras causas de deceso más frecuentes, especialmente los cánceres genitales, los abortos y la tuberculosis, ni políticamente, puesto que terminaban ratificando la restricción del papel social de las mujeres, que hacía parte de su dominación. Por otro, explicar las débiles tasas de nacimientos en hospitales a partir de razones culturales llevaba a ocultar las condiciones físicas y económicas del acceso a la atención, así como el tratamiento discriminatorio que recibían las mujeres indígenas durante su maternidad. Detrás de la doble legitimación de este programa, compasiva –la muerte de una madre, cuyos documentos oficiales recuerdan por lo demás las consecuencias sobre la salud de sus hijos– y técnica –implicando el fortalecimiento de las redes de maternidad y la difusión de mensajes educativos–, puede encontrarse la salud reducida a sus dimensiones biológica –ejemplificada por medio de la reproducción– y cultural –pensada en términos de obstáculos–. Es entonces al precio de un trabajo crítico, centrado tanto sobre los procesos globales de enunciación de las reglas internacionales de la salud pública y sobre las sociedades locales donde son aplicadas, que puede develarse el significado de acciones de salud que suscitan un *acuerdo* tal en el mundo social, aunque a menudo se escapen de toda interpretación.

Este lazo entre lo local y lo global encuentra probablemente sus figuras más emblemáticas en el *inmigrante* y el *refugiado*. Los movimientos poblacionales, ya sean voluntarios, en cuyo caso suelen estar estrictamente controlados, o forzados, por

causa de la guerra o de la represión, insertan en el corazón de las sociedades contemporáneas a hombres y mujeres que conjugan la doble condición de ser extranjeros y desplazados. Prolongando la reflexión de Hannah Arendt (1982) sobre los exiliados y los apátridas, podemos ver en los inmigrantes y los refugiados, ya sea que vivan en los campos del otro lado de las fronteras de su país o entre los nativos de los países que los reciben, los representantes de una nueva categoría social y política, “los pueblos sin estado”. Ahora, si consideramos la evolución reciente de los textos y de las prácticas relacionadas con el tema, no puede dejarse de constatar la importancia creciente que han *adquirido* las cuestiones del cuerpo, la salud, la vida en las gestiones internacionales y nacionales de estas poblaciones. No solamente la medicina humanitaria se ha convertido en la institución más legítima de intervención dentro de los campos de refugiados a lo largo del planeta, sino además esta misma lógica humanitaria es la que tiende a prevalecer en el manejo que se le da a los inmigrantes en los países ricos: mientras que las perspectivas de epidemias y de hambrunas justifican el envío de médicos y de medicamentos hacia los terrenos lejanos a fin de evitar las “catástrofes humanitarias”, se constata que la enfermedad, por más grave que sea, se vuelve para los extranjeros en situación irregular una causa cada vez más frecuente de regularización “por la razón humanitaria”. En el principio de esta evolución, encontramos esta *política de reconocimiento* del ser sufriente y del cuerpo enfermo que había sido anteriormente designada como biolegitimidad. Aquí todavía los retos en salud nos dicen más de lo que generalmente pensamos sobre lo que fundamenta el lazo social y sobre la manera en que las biológicas pesan hoy en la convivencia.

CONCLUSIÓN: LA SALUD, ENTRE POLÍTICAS DE LO VIVIENTE Y POLÍTICAS DE LA VIDA

SI PROBABLEMENTE SITUACIONES NUEVAS Y DESAFÍOS INÉDITOS VENDrán a presentarse ante los antropólogos, quienes en el futuro trabajarán sobre estas realidades en las que el cuerpo es sometido a los exámenes de la política, es aún más seguro que serán igualmente confrontados a hechos que requerirán las

mismas exigencias de su disciplina y a problemas que no han dejado de alimentar sus debates. En particular, a ellos les será planteado el problema de la *selección* y de la *interpretación* de sus objetos. En este texto he intentado mostrar el doble riesgo que habría en este campo si se limitara la exploración de las biológicas a los más altos puntos de sus manifestaciones, olvidando los rincones más oscuros donde se disputan a veces las diferencias de esperanza de vida de varias decenas de años, y si se restringiera el análisis de la enfermedad a sus dimensiones culturales o individuales, en detrimento de las aproximaciones históricas o políticas. Riesgo cuyo anuncio no se basa en una predicción, sino simplemente en el examen del pasado. Riesgo cuyas consecuencias no son simplemente científicas, sino que afectan también la posición de las ciencias sociales en la ciudad.

La herencia de la teoría del biopoder ha tomado dos caminos distintos. El primero, sobre el cual trabaja Paul Rabinow, reivindica la tradición de Georges Canguilhem y de su filosofía de las ciencias. En éste se explora lo viviente y su conocimiento, la manera como los nuevos saberes implican nuevas relaciones de poder pero también de socialidad. El segundo, sobre el cual Giorgio Agamben realiza sus estudios, se inscribe en la filiación de Hannah Arendt y de su filosofía política. En este se estudia la vida y sus formas, cómo el poder se manifiesta en los cuerpos y cómo su existencia cívica se articula con la física. La *política de lo viviente*, que se despliega sobre el primer eje, tiene como espacio privilegiado el laboratorio de investigación. Esta pretende aprehender las transformaciones del *humano* por medio de las biológicas. La *política de la vida*, que explora el segundo eje, tiene como horizonte final el campo de concentración. Esta intenta mostrar las biológicas accionadas en la producción del *hombre* y de sus derechos. La posición aquí defendida es que política de lo viviente y política de la vida son las dos fases de la biopolítica, que las cuestiones sobre lo humano y el hombre remiten ambas a un reto común de *humanidad*, en fin, que la salud, tal como ha sido definida previamente, ofrece una perspectiva si no de síntesis, al menos sí una que pone en relación dos tradiciones filosóficas y dos dimensiones antropológicas. Lejos de mostrar universos de comprensión diferentes, las lógicas sociales y los presupuestos morales que sostienen hoy la fabricación del genoma y sus empleos potenciales, por un lado, la medicina humanitaria y sus implicaciones internacionales, por el otro,

deben ser pensadas en conjunto, para así comprender los valores implícitos que orientan las representaciones de lo viviente y de la vida. Así mismo, las elecciones estratégicas efectuadas por las empresas farmacéuticas en la búsqueda de nuevas moléculas o el abandono de antiguos medicamentos no están desvinculados de las realidades epidemiológicas de las enfermedades parasitarias o infecciosas en el tercer mundo, y los unos y los otros traducen jerarquías implícitas de humanidad entre poblaciones solventes y no solventes y modalidades de expresión de las bio-políticas que las ciencias sociales deben aprehender.

Si bien no puede evidentemente pretender el monopolio sobre este campo de investigación, la *antropología de la salud*, tal como he querido defenderla en este texto, puede aportar una contribución particular. Como antropología, tiene la vocación de unir la mirada minuciosa y atenta del trabajo etnográfico y la perspectiva más amplia del comparativismo, implícito o explícito, que siempre ha puesto en obra. En tanto que se interesa por la salud, ella teje a partir de realidades ordinarias los lazos entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida que, con seguridad, estarán entre los desafíos cruciales de los tiempos que se avecinan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABÉLÈS, M. 1992. "Anthropologie politique de la modernité". *L'Homme*. 32 (121).
- ACKERKNECHT, E. H. 1948. "Anticontagionism between 1821 and 1867". *Bulletin of the History of Medicine*. 22.
- AGAMBEN, G. 1997. *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Seuil. París.
- APPADURAI, A. 1996. *Modernity at large. Cultural dimensions of globalization*. University of Minnesota Press. Minneapolis.
- ARENDT, H. 1982. *Les origines du totalitarisme. L'impérialisme*. Seuil. París.
- . 1995. *Qu'est-ce que la politique?* Seuil. París.
- AUGÉ, M. 1984. "Ordre biologique, ordre social. La maladie forme élémentaire de l'événement". En M. Augé y C. Herzlich (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, sociologie, histoire de la maladie*. Editions des archives contemporaines. París.

- . 1986. "L'anthropologie de la maladie". *L'Homme*. 26 (1-2).
- . 1994. *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Aubier. Paris.
- BAYER, R. 1992. "Entering the second decade: The politics of prevention, the politics of neglect". En E. Fee y D. M. Fox (dir.). *AIDS. The making of a chronic disease*. University of California Press. Berkeley.
- BECKETT, K. 1996. "Culture and the politics of signification: The case of child sexual abuse". *Social Problems*. 43 (1).
- BENOIST, J. 1966. "Du social au biologique: etude de quelques interactions". *L'Homme*. 6 (1).
- BIBEAU, G. 1991. "L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes". *Anthropologie et sociétés*. 15 (2-3).
- BOURDELAIS, P. 1994. *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. Odile Jacob. Paris.
- BOURDIEU, P., L. WACQUANT. 1998. "Les ruses de la raison impérialiste". *Actes de la recherche en sciences sociales*. 121-122.
- BROWNER, C. 1989. "Women, household and health in Latin America". *Social Science and Medicine*. 28 (5).
- CIPOLLA, C. 1976. *Public health and the medical profession in the Renaissance*. Cambridge University Press. Cambridge.
- CORIN, E. 1978. "La possession comme langage dans un contexte de changement socio-culturel: le rite Zebola". *Anthropologie et sociétés*. 2-3.
- CURTIN, P. 1992. "Medical knowledge and urban planning in Colonial tropical Africa". En S. Feierman y J. Janzen (dir.). *The social basis of health and healing in Africa*. University of California Press. Berkeley.
- DAGOGNET, F. 1988. *La maîtrise du vivant*. Hachette. Paris.
- DEVEREUX, G. 1970. *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Gallimard. Paris.
- DOUGLAS, M. 1992. *Risk and blame. Essays in cultural theory*. Routledge. Londres.
- DOYAL, L., PENNELL, I. 1979. *The political economy of health*. Pluto Press. Londres.
- DOZON, J. P. 1985. "Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil". *Sciences sociales et santé*. 3 (3-4).
- FABREGA, H. 1971. "Medical anthropology". *Biennial Review of Anthropology*. Stanford University Press. Stanford.

- FAINZANG, S. 1989. *Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste*. Cahiers de l'Homme. París.
- FARMER, P. 1992. *AIDS and accusation. Haiti and the geography of blame*. University of California Press. Berkeley.
- FASSIN, D. 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Presses Universitaires de France. París.
- . 1997. "L'internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme". *Esprit*. 229.
- . 1998a. "Les politiques de la médicalisation. Avant-propos". En P. Aiach y D. Delanoë (dir.). *L'ère de la médicalisation*. Anthropos. París.
- . 1998b. "Politique des corps et gouvernement des villes". En D. Fassin (dir.). *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. La Découverte. París.
- . 1999. *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Karthala. París.
- FASSIN, D., A. C. DEFOSSEZ. 1992. "Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur". *Cahiers de sciences humaines*. 28 (1).
- FEIERMAN, S., J. JANZEN (dir.). 1992. *The social basis of health and healing in Africa*. University of California Press. Berkeley.
- FOSTER, G. M. 1976. "Disease etiologies in non-Western medical systems". *American Anthropologist*. 78.
- FOUCAULT, M. 1976. *Histoire de la sexualité*. 1. *La volonté de savoir*. Gallimard. París.
- . 1984. *Histoire de la sexualité*. 2. *L'usage des plaisirs*. 3. *Le souci de soi*. Gallimard. París.
- . 1994. *Dits et écrits, 1954-1988*. Gallimard. París.
- FREUND, J. 1986. *L'essence du politique*. Sirey. París.
- GADAMER, H. G. 1998. *Philosophie de la santé*. Grasset-Mollat. París.
- GAINES, A. D. 1998. "From margin to center: From medical anthropology to cultural studies of science". *American Anthropologist*. 100 (1).
- GEERTZ, C. 1986. *Savoir local, savoir global. Les lieux du savoir*. Presses universitaires de France. París.
- GENEST, S. 1978. "Introduction à l'ethnomédecine. Essais de synthèse". *Anthropologie et sociétés*. 2-3.
- GODELIER, M., M. PANOFF (dir.). 1998. *La production du corps. Approches*

anthropologiques et historiques. Editions des Archives contemporaines. Amsterdam.

- GOOD, B. J. 1994. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press. Cambridge.
- HAHN, R. A. 1999. "Anthropology and the enhancement of public health Practice". En R. A. Hahn (dir.). *Anthropology in public health. Bridging differences in culture and society*. Oxford University Press. Oxford.
- HATZFELD, H. 1971. *Du paupérisme à la sécurité sociale, 1840-1950*. Armand Colin. París.
- JANZEN, J. 1978. *The quest for therapy. Medical pluralism in lower Zaire*. University of California Press. Berkeley.
- KEARNEY, M. 1995. "The local and the global: The anthropology of globalization and transnationalism". *Annual Review of Anthropology*. 24.
- KLEINMAN, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press. Berkeley.
- . 1988. *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books. Nueva York.
- . 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press. Berkeley.
- LA BERGE, A. F. 1992. *Mission and method. The early nineteenth century French public health movement*. Cambridge University Press. Cambridge.
- LATOUR, B., S. WOOLGAR. 1993. *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. La Découverte. París.
- LOCK, M., N. SCHEPER-HUGHES. 1990. "A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent". En T. M. Johnson y C. F. Sargent (dir.). *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. Greenwood Press. Nueva York.
- LOVELL, A., I. FÉRONI. 1998. "Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille". En D. Fassin (dir.). *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. La Découverte. París.
- LYONS, M. 1988. "Sleeping sickness, Colonial medicine and Imperialism: Some connections in the Belgian Congo". En R. McLeod y M. Lewis (dir.). *Disease, medicine and empire. Perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*. Routledge. Londres.

- MCCULLOCH, J. 1994. *Colonial Psychiatry and the 'African mind'*. Cambridge University Press. Cambridge.
- MARKS, S., N. ANDERSON. 1988. "Typhus and social control in South Africa, 1917-1950". En R. McLeod y M. Lewis (dir.). *Disease, medicine and empire. Perspectives on Western medicine and the experience of European expansion*. Routledge. Londres.
- MASSÉ, R. 1995. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Gaëtan Morin. Montreal.
- MITRANI, P. 1982. "Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine". *L'Homme*. 22 (2).
- MORGAN, L. 1990. "The medicalization of anthropology: A critical perspective on the critical-clinical debate". *Social Science and Medicine*. 30 (9).
- MORSEY, S. 1990. "Political economy in medical anthropology". En T. M. Johnson y C. F. Sargent (dir.). *Medical anthropology. A handbook of theory and method*. Greenwood Press. Nueva York.
- NELKIN, D., S. LINDEE. 1998. "Du gène comme icône culturelle". *La Recherche*. 31.
- NICHTER M., 1994. "Illness semantics and international health: The weak lungs/TB complex in the Philippines". *Social Science and Medicine*. 38 (5).
- OGIEN, A. 1994. "L'usage de drogues peut-il être un objet de recherche". En A. Ogien y P. Mignon (dir.). *La demande sociale de drogues*. La Documentation française. Paris.
- PACKARD, R. 1989. "Industrial production, health and disease in Sub-Saharan Africa". *Social Science and Medicine*. 28 (5).
- . 1992. "Industrialization, rural poverty, and Tuberculosis in South Africa, 1850-1950". En S. Feierman y J. Janzen (dir.). *The social basis of health and healing in Africa*. University of California Press. Berkeley.
- PFUHL, S. 1977. "The 'Discovery' of child abuse". *Social Problems*. 24.
- RABINOW, P. 1989. *French modern: Norms and forms of the social environment*. MIT Press. Cambridge.
- . 1996. *Essays on the anthropology of reason*. Princeton University Press. Princeton.
- . 1999. *French DNA. Trouble in Purgatory*. University of Chicago Press. Chicago.
- RANGER, T. 1992. "Plagues of beasts and men: Prophetic responses to

- epidemic in Eastern and Southern Africa". En T. Ranger y P. Slack (dir.). *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge University Press. Cambridge.
- REVEL, J. 1994. "Micro-analyse et construction du social". En J. Revel (dir.). *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*. Hautes Etudes-Gallimard-Seuil. París.
- SCHEPER-HUGHES, N. 1992. *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press. Berkeley.
- SCOTCH, N. C. 1963. "A medical anthropology". *Biennial Review of Anthropology*. Stanford University Press. Stanford.
- SINDZINGRE, N., A. ZEMPLÉNI. 1982. "Anthropologie de la maladie". *Bulletin d'Ethnomédecine*. 15.
- SINGER, M. 1989. "The coming of age of critical medical anthropology". *Social Science and Medicine*. 28.
- . 1995. "Beyond the Ivory Tower: Critical praxis in medical anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*. 9 (1).
- STEFFEN, M. 1995. *Les politiques publiques face au défi du sida. Comparaison internationale dans quatre pays européens: France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie*. CERAT. Grenoble.
- TAUSSIG, M. 1987. *Shamanism, colonialism, and the wild man. A study in terror and healing*. University of Chicago Press. Chicago.
- THÉBAUD-MONY, A. 1991. *La reconnaissance des maladies professionnelles*. La Documentation française. París.
- TREICHLER, P. 1992. "AIDS and HIV Infection in the Third World: A First World chronicle". E. Fee y D. M. Fox (dir.). *AIDS. The making of a chronic disease*. University of California Press. Berkeley.
- TURNER, B. 1992. *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Routledge. Londres.
- VAUGHAN, M. 1992. "Famine analysis and family relations: Nyasaland in 1949". En S. Feierman y J. Janzen (dir.). *The social basis of health and healing in Africa*. University of California Press. Berkeley.
- VIGARELLO, G. 1993. *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Age*. Seuil. París.
- . 1998. *Histoire du viol, XVIIe-XXe siècle*. Seuil. París.
- WALTER, A. 1983. "Ethnomédecine et anthropologie médicale: bilan et perspectives". *Cahiers ORSTOM, Série Sciences Humaines*. 18 (4).
- WEBB, D. 1998. "The sexual and economic politics of reintegration: HIV/AIDS and the question of stability". En D. Simon (dir.). *South*

- Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region.* James Currey. Oxford.
- WEBER, M. 1978. *Economy and society.* University of California Press. Berkeley (primera edición en alemán, 1921).
- WOOLGAR, S., D. PAWLUCH. 1985. "Ontological gerrymandering: The anatomy of social problems explanations". *Social Problems.* 32 (3).
- YODER, S. 1997. "Negotiating relevance: Belief, knowledge, and practice in international health projects". *Medical Anthropology Quarterly.* 11 (2).
- YOUNG, A. 1996. *The harmony of illusions. An ethnographic account of post-traumatic stress disorder.* Princeton University Press. Princeton.
- ZIMMERMANN, 1995. *Généalogie des médecines douces. De l'Inde à l'Occident.* Presses Universitaires de France. París.

culminar en la resolución, respetuosa siempre del contexto, de un trastorno preciso, se reduzca a la reorganización del universo del paciente en función de las interpretaciones psicoanalíticas. O sea que se llegaría, como término, a la situación que proporciona su punto de partida y su posibilidad teórica al sistema mágico-social que hemos analizado.

Si este análisis es exacto, es necesario ver en las conductas mágicas la respuesta a una situación que se revela a la conciencia por medio de manifestaciones afectivas, pero cuya naturaleza profunda es intelectual. Porque solamente la historia de la función simbólica permitiría dar cuenta de esta condición intelectual del hombre: que el universo no significa jamás lo bastante, y que el pensamiento dispone siempre de un exceso de significaciones para la cantidad de objetos a los que pueden adherirlas. Desgarra entre estos dos sistemas de referencias, el del significante y el del significado, el hombre solicita del pensamiento mágico un nuevo sistema de referencia, en cuyo seno pueden integrarse datos hasta entonces contradictorios. Pero es sabido que este sistema se edifica en perjuicio del progreso del conocimiento, el cual hubiera exigido que, de los dos sistemas anteriores, uno solo fuera cuidadosamente retenido y profundizado hasta el punto (que estamos todavía lejos de entrever) en que permitiese la reabsorción del otro. Sería preciso evitarle al individuo, psicópata o normal, la repetición de ésta desventura colectiva. Aun cuando el estudio del enfermo nos ha enseñado que todo individuo se refiere, en mayor o menor medida, a sistemas contradictorios y que sufre este conflicto, no basta que cierta forma de integración sea posible y prácticamente eficaz para que sea verdadera, ni para estar seguros de que la adaptación así realizada no constituye una regresión absoluta con respecto a la situación conflictual anterior.

Reabsorber una síntesis aberrante local mediante su integración, con las síntesis normales, en el seno de una síntesis general pero arbitraria —fuera de los casos críticos donde la acción se impone—, representaría una pérdida en todos los frentes. Un cuerpo de hipótesis elementales puede presentar un valor instrumental seguro para el practicante, sin que el análisis teórico deba sentirse obligado a reconocer en él la imagen última de la realidad, y sin que sea necesario tampoco unir a través suyo a médico y enfermo en una suerte de comunión mística que no tiene el mismo sentido para uno y para otro, y que solamente logra disolver el tratamiento en una fabulación.

En el límite extremo, sólo se solicitaría de esta fabulación un lenguaje apto para la traducción, socialmente autorizada, de fenómenos cuya naturaleza profunda se habría vuelto igualmente impenetrable para el grupo, para el enfermo y para el mago.

CAPÍTULO 10

LA EFICACIA SIMBÓLICA ¹

El primer gran texto mágico-religioso conocido en el área de las culturas sudamericanas, publicado por Wassen y Holmer, arroja nueva luz sobre ciertos aspectos de la cura shamanística, y plantea problemas de interpretación teórica que el excelente comentario de los editores está lejos de agotar. Quisiéramos retomar aquí este examen, no en la perspectiva lingüística o americanista en que el texto ha sido preferentemente estudiado,² sino con el objeto de extraer consecuencias más generales.

Se trata de un largo encantamiento, cuya versión indígena ocupa dieciocho páginas divididas en quinientos treinta y cinco versículos, recogida de un viejo informante de su tribu por el indio cuna Guillermo Haya. Es sabido que los cuna habitan el territorio de la República de Panamá, y que el recordado Erland Nordenskiöld les consagró particular atención; había llegado inclusive a formar colaboradores entre los indígenas. En el caso que nos interesa, después de la muerte de Nordenskiöld, Haya hizo llegar a su sucesor, el doctor Wassen, un texto redactado en la lengua original y acompañado de una traducción española. Holmer dedicó todos sus cuidados a la revisión de la misma.

El objeto del canto es ayudar en un parto difícil. Es de un empleo relativamente excepcional, porque las mujeres indígenas de la América Central y del Sur dan a luz más fácilmente que las de las sociedades occidentales. La intervención del shamán es, pues, rara y se produce en caso de dificultades, a requerimiento de la partera. El canto se inicia con una descripción de la confusión de esta última, describe su visita al shamán, la partida de éste hacia la choza de la parturienta, su llegada, sus preparativos, consistentes en fumigaciones de granos de cacao quemados, invocaciones y la confección de imágenes sagradas o *nuchu*. Estas imágenes, esculpidas en materiales prescritos que les otorgan eficacia, representan los espíritus protectores que el

1. Este artículo, dedicado a Raymond de Saussure, ha sido publicado con igual título en *Revue de l'Histoire des Religions*. t. 135, n. 1, 1949, págs. 5-27.

2. Nils M. Holmer y Henry Wassen, *Mu-Igala or the Way of Muu, a medicine song from the Cunas of Panama*, Göteborg, 1947.

shamán convierte en sus asistentes y cuyo grupo encabeza conduciéndolos hasta la mansión de Muu, la potencia responsable de la formación del feto. El parto difícil se explica, en efecto, como debido a que Muu ha sobrepasado sus atribuciones y se ha apoderado del *purba* o «alma» de la futura madre. El canto consiste entonces enteramente en una búsqueda: búsqueda del *purba* perdido, que será restituido tras grandes peripecias, tales como demolición de obstáculos, victoria sobre animales feroces y finalmente un gran torneo librado entre el shamán y sus espíritus protectores por un lado, y Muu y sus hijas por otro, con ayuda de sombreros mágicos cuyo peso estos últimos son incapaces de soportar. Vencida, Muu deja que se descubra y libere el *purba* de la enferma; el parto tiene lugar, y el canto concluye enunciando las precauciones tomadas para que Muu no escape en persecución de los visitantes. El combate no ha sido librado contra la misma Muu, indispensable para la procreación, sino tan sólo contra sus abusos; una vez corregidos éstos, las relaciones se vuelven amistosas, y el adiós de Muu al shamán equivale casi a una invitación: «Amigo *nele*, ¿cuándo volverás a verme?» (412).

Hemos vertido aquí el término *nele* como shamán, lo cual podría considerarse incorrecto, puesto que la cura no parece exigir, por parte del oficiante, un éxtasis o el paso a un estado secundario. El humo del cacao, sin embargo, tiene por principal finalidad «fortificar sus vestimentas» y «fortificarlo» también a él, «infundirle bravura para afrontar a Muu» (65-66). La clasificación cuna, que distingue entre varios tipos de médicos, pone claramente de manifiesto que el poder del *nele* se alimenta en fuentes sobrenaturales. Los médicos indígenas se dividen en *nele*, *inatuledi* y *absogedi*. Estas últimas funciones se refieren a un conocimiento de los cantos y remedios, adquirido por el estudio y verificado en los exámenes; mientras que el talento del *nele* es considerado innato y consiste en una clarividencia que descubre inmediatamente la causa de la enfermedad, es decir, el lugar cuyas fuerzas vitales, especiales o generales, han sido secuestradas por los malos espíritus. Porque el *nele* puede movilizar a estos malos espíritus y hacerlos sus protectores o sus asistentes.³ Se trata, entonces, de un shamán, aun cuando su intervención en el parto no ofrezca todos los caracteres que acompañan habitualmente a esta función. Y los *nuchu*, espíritus protectores que ante el llamado del shamán acuden a encarnarse en las estatuillas que éste ha esculpido, reciben de él, junto con la invisibilidad y la clarividencia, los *niga*, «vitalidad», «resistencia» que los convierte en *nelegan* (plural de *nele*), es decir, «para el servicio de los hombres», «seres a imagen de los hombres» (235-237), pero dotados de poderes excepcionales.

3. E. Nordenskiöld, *Art Historical and Ethnological Survey of the Cuna Indians*, editado ... por Henry Wassen (*Comparative Ethnographical Studies*, 10), Göteborg, 1938, págs. 80 y sigs.

4. *Idem*, págs. 360 y sigs.; Holmer y Wassen, *loc. cit.*, págs. 78-79.

Tal como lo hemos resumido brevemente, el canto parece ofrecer un modelo bastante trivial: el enfermo sufre porque ha perdido su doble espiritual o, para ser más exactos, uno de los dobles particulares cuyo conjunto constituye su fuerza vital (volveremos sobre este punto); el shamán, asistido por sus espíritus protectores, emprende un viaje al mundo sobrenatural para arrebatar al espíritu maligno el doble que ha sido capturado y, restituyéndolo a su propietario, asegura la curación. El interés excepcional de nuestro texto no reside en este cuadro formal, sino en el descubrimiento —que se desprende de la lectura, pero por el cual de todos modos Holmer y Wassen merecen homenaje— de que *Mu-Igala*, es decir, la «ruta de Muu» y la mansión de Muu, no son para el pensamiento indígena un itinerario y una morada míticos, sino que representan literalmente la vagina y el útero de la mujer embarazada, que el shamán y los *nuchu* exploran y en cuyas profundidades libran su combate victorioso.

Esta interpretación se funda en primer lugar en un análisis de la noción de *purba*. El *purba* es un principio espiritual diferente del *niga* que hemos definido más arriba. A la inversa del primero, el segundo no puede ser arrebatado a su poseedor, y sólo los seres humanos y los animales tienen *niga*. Una planta, una piedra, tienen un *purba* pero no tienen *niga*: lo mismo vale para el cadáver, y en el niño el *niga* se desarrolla únicamente con la edad. Parece posible entonces, sin demasiada inexactitud, verter *niga* como «fuerza vital» y *purba* como «doble» o «alma», entendiendo que estas palabras no implican una distinción entre lo animado y lo inanimado (para los cuna todo es animado), sino que corresponden más bien a la noción platónica de «idea» o «arquetipo», cuya realización sensible es cada ser u objeto particular.

Ahora bien, la enferma de nuestro canto ha perdido algo más que su *purba*; el texto indígena describe su fiebre, «cálidas ropas de la enfermedad» (I y *passim*), y una pérdida o debilitamiento de la vista, «extraviada... adormecida en el sendero de Muu Puklip» (97); y sobre todo, ella dice al shamán que la interroga: «Muu Puklip ha venido hacia mí, y quiere guardar mi *nigapurba* para siempre» (98), Holmer propone traducir *niga* por fuerza física y *purba* (lele) por alma o esencia, de donde: «el alma de su vida». Tal vez sería arriesgar demasiado sugerir que el *niga*, atributo del ser vivo, resulta de la existencia, en éste, no de uno sino de varios *purba* funcionalmente unidos. Sin embargo, cada parte del cuerpo tiene su *purba* particular, y el *niga* parece ser, en el plano espiritual, el equivalente de la noción de organismo: del mismo modo que la vida resulta del acuerdo de los órganos, la «fuerza vital» no sería otra cosa que el concurso armonioso de todos los *purba*, cada uno de los cuales preside el funcionamiento de un órgano en particular.

5. *Loc. cit.*, pág. 38, n. 44.

El shamán, en efecto, no recupera solamente el *niga purbalele*: este descubrimiento es seguido inmediatamente por el descubrimiento, situado en el mismo plano, de otros *purba*, los correspondientes al corazón, los huesos, los dientes, los cabellos, las uñas, los pies (401-408 y 435-442). Puede sorprender que el *purba* que gobierna los órganos más afectados, los de la generación, no aparezca en esta lista. Es que el *purba* del útero, como lo han subrayado los editores, no es considerado una víctima, sino el responsable del trastorno patológico. Muu y sus hijas, las muugan, son, como lo había ya indicado Nordenskiöld, las fuerzas que presiden el desenvolvimiento del feto y le confieren sus *kurngin* o capacidades.⁶ Ahora bien, el texto no hace ninguna referencia a esas atribuciones positivas. Muu aparece allí como autora de perturbación, como un «alma» especial que ha capturado y paralizado a las otras «almas» especiales y destruido así el concurso que garantizaba la integridad del «cuerpo principal» (*cuerpo jefe* en español, 430, 435), del cual extraía su *niga*. Pero, al mismo tiempo, Muu debe permanecer en su lugar: porque la expedición liberadora de los *purba* amenaza provocar la evasión de Muu por el camino que permanece abierto provisionalmente. De ahí las precauciones cuya detallada descripción ocupa la última parte del canto. El shamán moviliza a los Señores de los animales feroces para vigilar el camino, se borran las huellas, se tienden hilos de oro y de plata, y durante cuatro días los *nelegan* velan y golpean con sus bastones (505-535). Muu no es entonces una fuerza fundamentalmente mala, sino una fuerza descarriada. El parto difícil se explica porque el «alma» del útero ha apartado todas las otras «almas» de las diferentes partes del cuerpo. Una vez liberadas éstas, aquélla puede y debe reanudar su colaboración. Subrayemos desde ahora la precisión con que la ideología indígena conforma el contenido afectivo de la perturbación fisiológica, tal como ésta puede aparecer, de manera informada, en la conciencia de la enferma.

Para llegar hasta Muu, el shamán y sus asistentes deben seguir una ruta, «el camino de Muu», que las múltiples alusiones del texto permiten identificar de igual manera. Cuando el shamán, en cuclillas bajo la hamaca de la enferma, ha terminado de esculpir los *nuchu*, éstos se incorporan «a la entrada del camino» (72, 83) y el shamán los exhorta en estos términos:

La enferma yace en su hamaca, ante vosotros;
su blanco tejido está extendido, su blanco tejido se mueve dulce-
mente.
El débil cuerpo de la enferma está extendido;
cuando ellos despejan el camino de Muu, éste chorrea algo como
sangre;
el chorro se derrama bajo la hamaca, como la sangre, todo rojo;
el blanco tejido interno desciende hasta el fondo de la tierra;

6. E. Nordenskiöld, *loc. cit.*, págs. 364 y sigs.

en medio del blanco tejido de la mujer, un ser humano desciende (84-90).

Los traductores dan el sentido de las dos últimas frases como dudosas; pero remiten al mismo tiempo a otro texto indígena publicado por Nordenskiöld, que no deja subsistir ningún equívoco acerca de la identificación del «blanco tejido interno» con la vulva:

sibugua molul arkaali
blanca tela abriendo
sibugua molul akinnali
blanca tela extendiendo
sibugua molul abalase tulapurua ekuanali
blanca tela centro feto caer haciendo⁷

El oscuro «camino de Muu», ensangrentado por el parto difícil, y que los *nuchu* deben reconocer al resplandor de sus vestimentas y sombreros mágicos es, pues, incontestablemente, la vagina de la enferma. Y la «morada de Muu», la «fuente turbia» donde ella tiene su mansión, corresponde sin duda al útero, porque el informador indígena comenta el nombre de esta morada, *Amukkapiryawila*, por *omegan purba amurrequedi*, «la turbia menstruación de las mujeres», llamada también «la profunda, sombría fuente» (250-251) y «el sombrío lugar interior» (32).⁸

Nuestro texto ofrece, pues, una característica original, que le otorga mercedamente un lugar especial entre las curas shamanísticas descritas habitualmente. Estas corresponden a tres tipos, que por otra parte no se excluyen mutuamente: o bien el órgano o el miembro enfermo es sometido a una manipulación física o a una succión, que tiene por objeto extraer la causa de la enfermedad, generalmente una espina, un cristal, una pluma, que se hace aparecer en el momento oportuno (América tropical, Australia, Alaska); o bien, como entre los araucanos, la cura se concentra en un combate simulado, librado primero en la choza y luego a cielo abierto, contra los espíritus perjudiciales; o bien —como por ejemplo entre los navajos—, el oficiante pronuncia encantamientos y prescribe operaciones (colocación del enfermo sobre distintas partes de una pintura trazada sobre el suelo con arenas y pólenes coloreados), que no tienen relación directa perceptible con la perturbación especial que se trata de curar. Ahora bien, en todos los casos el método terapéutico (que, como se sabe, resulta a menudo eficaz) es difícil de interpretar: cuando está dirigido

7. Nordenskiöld, *loc. cit.*, págs. 607-608; Holmer y Wassen, *loc. cit.*, pág. 38, n. 35-39. [En castellano en el original. (T.)]

8. La traducción de *ti ipya* como «torbellino» [tourbillon] parece forzada. Para ciertos indígenas sudamericanos, como por lo demás para las lenguas ibéricas (véase el portugués *olho d'agua*), un «ojo de agua» es una fuente.

directamente a la parte enferma, es bastante superficial (y en general, pura superchería) como para reconocerle un valor intrínseco; y cuando consiste en la repetición de un ritual a menudo muy abstracto, no se alcanza a comprender su influencia sobre la enfermedad. Resulta cómodo desembarazarse de estas dificultades declarando que se trata de curas psicológicas. Pero este término carecerá de sentido en tanto no se defina la manera cómo determinadas representaciones psicológicas son invocadas para combatir perturbaciones fisiológicas, igualmente bien definidas. Ahora bien, el texto que hemos analizado aporta una contribución excepcional a la solución del problema. Constituye una medicación puramente psicológica, puesto que el shamán no toca el cuerpo de la enferma y no le administra remedio; pero, al mismo tiempo, pone en discusión en forma directa y explícita el estado patológico y su localización: diríamos gustosos que el canto constituye una *manipulación psicológica* del órgano enfermo, y que de esta manipulación se espera la cura.

* * *

Comencemos por establecer la realidad y los caracteres de esta manipulación; buscaremos después cuáles pueden ser su objetivo y su eficacia. Sorprende, en primer lugar, que el canto, cuyo tema es una lucha dramática entre espíritus benefactores y espíritus malignos por la reconquista de un «alma», consagre un espacio tan reducido a la acción propiamente dicha: sobre dieciocho páginas de texto, el torneo ocupa menos de una y la entrevista con Muu Puklip no más de dos. Por el contrario, los preliminares están muy desarrollados y la descripción de los preparativos, del equipamiento de los *nuchu*, del itinerario y de los lugares, se tratan con una gran riqueza de detalles. Tal es el caso, al comienzo, de la visita de la partera al shamán: la conversación de la enferma con la primera, luego de ésta con el segundo, es reproducida dos veces, porque cada interlocutor repite exactamente la frase del otro antes de responderle:

La enferma dice a la partera: «En verdad, estoy vestida con las cálidas ropas de la enfermedad»;

La partera responde a la enferma: «Estás, en verdad, vestida con las cálidas ropas de la enfermedad, así te he escuchado yo también» (1-2).

Se puede argüir⁹ que este procedimiento estilístico es corriente entre los cuna y que se explica por la necesidad, que tienen los pueblos limitados a la tradición oral, de fijar exactamente en la memoria lo que ha sido dicho. Y sin embargo, el procedimiento no se aplica sólo a las palabras, sino también a las acciones:

9. Holmer y Wassen, *loc. cit.*, págs. 65-66.

La partera da una vuelta en la choza;
la partera busca perlas;
la partera da una vuelta;
la partera coloca un pie delante del otro;
la partera toca el suelo con el pie;
la partera pone delante el otro pie;
la partera abre la puerta de su choza; la puerta de su choza cruje;
la partera sale... (7-14).

Esta descripción minuciosa de una salida se repite en la llegada a casa del shamán, en el retorno a casa de la enferma, en la partida del shamán y en la llegada de este último; a veces, la misma descripción es repetida dos veces en iguales términos (37-39 y 45-47 reproducen 33-35). La cura comienza, pues, por una historia de los acontecimientos que la han precedido, y ciertos aspectos que podrían parecer secundarios («entradas» y «salidas») son tratados con gran lujo de detalles, como si estuvieran, por decirlo así, filmados con cámara lenta. Esta técnica puede encontrarse en el conjunto del texto, pero en ninguna otra parte se la aplica en forma tan sistemática como al comienzo y para describir detalles de interés retrospectivo.

Todo pasa como si el oficiante tratara de conseguir que una enferma cuya atención a lo real se encuentra sin duda disminuida —y exacerbada su sensibilidad— debido al sufrimiento, reviva de una manera muy precisa y muy intensa una situación inicial y perciba mentalmente los menores detalles. En efecto, esta situación introduce una serie de acontecimientos, cuyo teatro supuesto estará constituido por el cuerpo y los órganos internos de la enferma. Se va a pasar, pues, de la realidad más trivial al mito, del universo físico al universo fisiológico, del mundo exterior al cuerpo interior. Y el mito que se desarrolle en el cuerpo interior deberá conservar la misma vivacidad, el mismo carácter de experiencia vivida, cuyas condiciones habrá impuesto el shamán con ayuda del estado patológico y mediante una técnica obsesionante apropiada.

Las diez páginas que siguen ofrecen, a un ritmo jadeante, una oscilación cada vez más rápida entre los temas míticos y los temas fisiológicos, como si se tratara de abolir en el espíritu de la enferma la distinción que los separa y volver imposible la diferenciación de sus atributos respectivos. A las imágenes de la mujer yacente en su hamaca o en la posición obstétrica indígena —rodillas separadas y cara vuelta hacia el este—, gimiente, perdiendo sangre, la vulva dilatada y agitada (84-92, 123-124, 134-135, 152, 158, 173, 177-178, 202-204), siguen las invocaciones nominales a los espíritus: los de las bebidas alcohólicas, los del viento, las aguas y los bosques e inclusive —precioso testimonio de la plasticidad del mito— el del «paquebote plateado del hombre blanco» (187). Los temas convergen: como la enferma, los *nuchu* gotean, chorrean sangre, y los dolores de la enferma adquieren proporciones cósmicas: «Su blanco tejido interno se extiende hasta

el seno de la tierra... hasta el seno de la tierra, sus exudaciones forman un charco, todo como de sangre, todo rojo» (89, 92). Al mismo tiempo, cada espíritu, cuando aparece, es objeto de una atenta descripción, y el equipo mágico que recibe del shamán es detallado largamente: perlas negras, perlas color de fuego, perlas sombrías, perlas redondas, huesos de jaguar, huesos redondeados, huesos de la garganta y muchos otros huesos, collares de plata, huesos de tatú, huesos del pájaro *kerkettoli*, huesos de pico-verde, huesos para hacer flautas, perlas de plata (104-118); luego se reanuda la movilización general, como si estas garantías fueran todavía insuficientes y como si todas las fuerzas conocidas o desconocidas de la enferma debieran ser reunidas para la invasión (119-229).

Pero estamos tan poco abandonados en el mundo del mito que la penetración de la vagina, por mítica que ella sea, es propuesta a la enferma en términos concretos y conocidos. En dos oportunidades, por otra parte, *muu* designa directamente el útero y no el principio espiritual que gobierna su actividad («el muu de la enferma», 204, 453).¹⁰ Aquí son los *nelegan* quienes, para introducirse en el camino de Muu, asumen la apariencia y las maniobras del pene en erección:

Los sombreros de los *nelegan* brillan, los sombreros de los *nelegan* se vuelven blancos; los *nelegan* se vuelven lisos y bajos (?), como si fueran puntas, derechos; los *nelegan* comienzan a ser aterradores (?), los *nelegan* se vuelven todos aterradores (?); para salvar el *nigapurbalele* de la enferma (230-233);

y más abajo:

Los *nelegan* se dirigen hacia lo alto de la hamaca, balanceándose, van hacia lo alto, como *nusupane* (239).¹¹

La técnica del relato busca, pues, restituir una experiencia real; el mito se limita a sustituir a los protagonistas. Estos penetran en el orificio natural, y puede imaginarse que, tras toda esta preparación psicológica, la enferma los siente efectivamente penetrar. No sólo ésta los siente; ellos «despejan» —para sí mismos, sin duda, y para encontrar el camino que buscan, pero también para ella, para hacerle «clara» y accesible al pensamiento consciente la sede de sensaciones inefables y dolorosas— el camino que se disponen a recorrer:

10. Holmer y Wassen, pág. 45, n. 219; pág. 57, n. 539.

11. Los signos de interrogación son del traductor; *nusupane*, de *nusu* «ver», comúnmente empleado por «pene» (véase Holmer y Wassen, pág. 47, n. 280; pág. 57, n. 540 y pág. 82).

Los *nelegan* colocan una buena visión en la enferma, los *nelegan* abren ojos luminosos en la enferma... (238).

Y esta «visión iluminante», para parafrasear una fórmula del texto, les permite detallar un itinerario complicado, verdadera anatomía mítica que corresponde menos a la estructura real de los órganos genitales que a una suerte de geografía afectiva, que identifica cada punto de resistencia y cada dolor:

Los *nelegan* se ponen en camino, los *nelegan* marchan en fila a lo largo del sendero de Muu, tan lejos como la Baja Montaña; los n., etcétera, tan lejos como la Corta Montaña; los n., etcétera, tan lejos como la Larga Montaña; los n., etcétera, tan lejos como Yala Pokuna Yala (no traducido); los n., etcétera, tan lejos como Yda Akkawatallekun Yala (*ídem*); los n., etcétera, tan lejos como Yala Ilamisuikun Yala (*ídem*); los n., etcétera, hasta el centro de la Lisa Montaña; los *nelegan* se ponen en camino, los *nelegan* marchan en fila a lo largo del sendero de Muu (241-248).

El cuadro del mundo uterino, poblado de monstruos fantásticos y animales feroces, puede ser interpretado de la misma manera, confirmada directamente, además, por el informante indígena: son, dice éste, «los animales que acrecientan los males de la mujer parturienta», es decir, los dolores mismos personificados. Y aquí también el canto parece tener por objeto principal el de describirlos a la enferma y nombrárselos, de presentárselos bajo una forma que pueda ser aprehendida por el pensamiento consciente o inconsciente: Tío Yacaré, que se mueve hacia aquí y hacia allá, con sus ojos protuberantes, su cuerpo sinuoso y manchado, agachándose y agitando la cola; Tío Yacaré Tiikwalele, de cuerpo lustroso, que agita sus aletas brillantes, aletas que invaden el lugar, lo rechazan todo, lo arrastran todo; Nele Ki(k)kirpanalele, el Pulpo, cuyos tentáculos viscosos salen y entran alternativamente, y todavía muchos otros: Aquel-cuyo-sombrero-es-húmedo, Aquel-cuyo-sombrero-es-rojo, Aquel-cuyo-sombrero-es-multicolor, etcétera; y los animales guardianes: el Tigre-negro; el Animal-rojo; el Animal-bicolor, el Animal-color-de-polvo; atado cada uno con una cadena de hierro, la lengua pendiente, la lengua saliente, babeante, espumosa, la cola flameante, los dientes amenazantes y despedazándolo todo, «todo como la sangre, todo rojo» (253-298).

Para penetrar en este infierno a lo Jerónimo Bosch y encontrar a su propietario, los *nelegan* tienen todavía otros obstáculos que vencer, esta vez materiales: fibras, cuerdas flotantes, hilos tendidos, cortinas sucesivas: color de arco iris, doradas, plateadas, rojas, negras, castañas, azules, blancas, vermiformes, «como corbatas», amarillas, retorcidas, espesas (305-330), y con este fin el shamán pide refuerzos: los Señores-de-los-animales-taladradores-de-bosques, que deberán «cor-

tar, juntar, enrollar, reducir» los hilos, en los que Holmer y Wassen reconocen las paredes mucosas del útero.¹²

La invasión sigue a la caída de estos últimos obstáculos, y es aquí donde tiene lugar el torneo de los sombreros, cuyo análisis nos llevaría demasiado lejos del propósito inmediato de este estudio. Tras la liberación del *nigapurbalele* viene el descenso, tan peligroso como el ascenso: porque el objetivo de toda la empresa es provocar el parto, es decir, precisamente un descenso difícil. El shamán recuenta sus fuerzas y anima a su tropa, pero necesita todavía pedir ayuda: los «abridores de ruta», Señores-de-los-animales-cavadores, tales como el tatú. Se exhorta al *niga* a dirigirse hacia el orificio:

Tu cuerpo yace ante ti, en la hamaca;
su blanco tejido está extendido;
su blanco tejido interno se mueve dulcemente;
tu enferma yace ante ti, creyendo que ha perdido la vista.
En su cuerpo, ellos colocan nuevamente su *nigapurbalele* (430-435).

El episodio que sigue es oscuro: se diría que la enferma no está aún curada. El shamán parte a la montaña con las gentes de la aldea para recoger plantas medicinales, y repite su ofensiva en una nueva forma: es él esta vez quien, imitando el pene, penetra en la «abertura de Muu» y se agita allí «como *nusupane*...», limpiando y secando completamente el lugar interior» (453-454). El empleo de astringentes, sin embargo, sugiere que el parto ha tenido lugar. En fin, antes del relato de las precauciones tomadas para prevenir la evasión de Muu, que ya hemos descrito, se encuentra una llamada a un pueblo de arqueros. Como éstos tienen por misión levantar una nube de polvo «para oscurecer el camino de Muu» (464) y montar guardia en todos los caminos de Muu, desvíos y atajos (468), su intervención corresponde también, sin duda, a la conclusión.

Tal vez el episodio anterior se refiere a una segunda técnica de cura, mediante manipulación de los órganos y administración de remedios; tal vez, por el contrario, es un paralelo, en forma igualmente metafórica, del primer viaje, desarrollado de manera más completa en nuestra versión. Habría, así, dos ofensivas lanzadas en auxilio de la enferma, apoyada una en una mitología psicofisiológica, la otra en una mitología psicosocial indicada por la llamada a los habitantes de la aldea, que habría quedado en estado de esbozo. Sea como fuere, es preciso señalar que el canto concluye después del parto, así como había comenzado antes de la cura: los acontecimientos anteriores y posteriores son cuidadosamente relatados. Se trata, en efecto, de construir un conjunto sistemático. La cura debe ser «cerrada con cerrojo» mediante procedimientos minuciosos y no sólo contra las veleidades elusivas de Muu: su eficacia estaría comprometida si antes de que

12. *Loc. cit.*, pág. 85.

podieran esperarse sus resultados no presentara a la enferma un desenlace, es decir, una situación en la que todos los protagonistas han recobrado su lugar y se han reincorporado a un orden sobre el cual no pesa ya ninguna amenaza.

* * *

La cura consistiría, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehusa a tolerar. Que la mitología del shamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta o, mejor, ella jamás los ha puesto en duda. Lo que no acepta son dolores incoherentes y arbitrarios que, ellos sí, constituyen un elemento extraño a su sistema, pero que gracias al mito el shamán va a colocar de nuevo en un conjunto donde todo tiene sustentación.

Pero la enferma, al comprender, hace algo más que resignarse: se cura. Y sin embargo nada semejante se produce en nuestros enfermos, cuando se les ha explicado la causa de sus desórdenes invocando secreciones, microbios o virus. Se nos acusará de emplear una paradoja, si respondemos que la razón estriba en que los microbios existen y que los monstruos no existen. Pero la relación entre microbio y enfermedad es exterior al espíritu del paciente, es de causa a efecto, mientras que la relación entre monstruo y enfermedad es interior a su espíritu, consciente o inconsciente: es una relación de símbolo a cosa simbolizada o, para emplear el vocabulario de los lingüistas, de signifiante a significado. El shamán proporciona a la enferma un *lenguaje* en el cual se pueden expresar inmediatamente estados informados e informables de otro modo. Y es el paso a esta expresión verbal (que permite, al mismo tiempo, vivir bajo una forma ordenada e inteligible una experiencia actual que, sin ello, sería anárquica e inefable) lo que provoca el desbloqueo del proceso fisiológico, es decir la reorganización, en un sentido favorable, de la secuencia cuyo desarrollo sufre la enferma.

A este respecto, la cura shamanística está a medio camino entre nuestra medicina orgánica y las terapéuticas psicológicas como el psicoanálisis. Su originalidad proviene de que aplica a una perturbación orgánica un método muy semejante al de estas últimas. ¿Cómo es posible este resultado? Una comparación más estrecha entre shamanismo y psicoanálisis (comparación que no comporta, en nuestra intención, ninguna descortesía para con este último) permitirá precisar este punto.

En ambos casos, el propósito es llevar a la conciencia conflictos y resistencias que han permanecido hasta ese momento inconscientes, ya sea en razón de su represión por obra de otras fuerzas psicológicas, ya sea —como en el caso del parto— a causa de su naturaleza propia, que no es psíquica sino orgánica, o inclusive simplemente mecánica. También en ambos casos, los conflictos y resistencias se disuelven, no debido al conocimiento, real o supuesto, que la enferma adquiere progresivamente, sino porque este conocimiento hace posible una experiencia específica en cuyo transcurso los conflictos se reactualizan en un orden y en un plano que permiten su libre desenvolvimiento y conducen a su desenlace. Esta experiencia vivida recibe, en psicoanálisis, el nombre de *abreacción*. Es sabido que tiene por condición la intervención no provocada del analista, quien surge en los conflictos del enfermo, por el doble mecanismo de la transferencia, como un protagonista de carne y hueso, con referencia al cual el enfermo puede restablecer y explicitar una situación inicial que había permanecido informulada.

Todos estos caracteres se encuentran en la cura shamanística. En ella se trata también de suscitar una experiencia y, en la medida en que esta experiencia se organiza, ciertos mecanismos colocados fuera del control del sujeto se regulan espontáneamente para llegar a un funcionamiento ordenado. El shamán tiene el mismo doble papel que desempeña el psicoanalista: un primer papel —de oyente para el psicoanalista, de orador para el shamán— establece una relación inmediata con la conciencia (y mediata con el inconsciente) del enfermo. Es el papel del encantamiento propiamente dicho. Pero el shamán no se limita a proferir el encantamiento: es su héroe, porque es él mismo quien penetra en los órganos amenazados a la cabeza del batallón sobrenatural de los espíritus y quien libera el alma cautiva. En este sentido el shamán se encarna, como el psicoanalista objeto de la transferencia, para convertirse, gracias a las representaciones inducidas en el espíritu del enfermo, en el protagonista real del conflicto que este último experimenta a medio camino entre el mundo orgánico y el mundo psíquico. El enfermo neurótico acaba con un mito individual al oponerse a un psicoanalista real; la parturienta indígena vence un desorden orgánico verdadero, identificándose con un shamán míticamente transpuesto.

El paralelismo, pues, no excluye diferencias. Esto no debe sorprender si se toma en cuenta el carácter del trastorno que se trata de curar: psíquico en un caso, orgánico en el otro. En realidad, la cura shamanística parece ser un equivalente exacto de la cura psicoanalítica, pero con una inversión de todos los términos. Ambas buscan provocar una experiencia, y ambas lo consiguen reconstruyendo un mito que el enfermo debe vivir o revivir. Pero, en un caso, se trata de un mito individual que el enfermo elabora con ayuda de elementos extraídos de su pasado; en el otro, de un mito social, que el

enfermo recibe del exterior y que no corresponde a un estado personal antiguo. Para preparar la abreacción, que se convierte entonces en una «adreacción», el psicoanalista escucha, mientras que el shamán habla. Mejor aún: cuando las transferencias se organizan, el enfermo hace hablar al psicoanalista atribuyéndole supuestos sentimientos e intenciones; por el contrario, en el encantamiento, el shamán habla por su enferma. La interroga y pone en su boca réplicas correspondientes a la interpretación de su estado con la cual ella debe penetrarse:

Mi vista se ha extraviado, se ha dormido en el camino de Muu Puklip; es Muu Puklip quien ha venido hacia mí. Ella puede tomar mi *nigapurbalele*;
Muu Nauryaiti ha venido hacia mí. Ella quiere apoderarse de mi *nigapurbalele* para siempre; etcétera (97-101).

Y sin embargo, la semejanza se vuelve aún más sorprendente cuando se compara el método del shamán con ciertas terapéuticas de aparición reciente, derivadas del psicoanálisis. Desoille había ya señalado, en sus trabajos sobre las ensoñaciones diurnas, que la perturbación psicopatológica solamente es accesible al lenguaje de los símbolos. El habla, pues, a sus enfermos mediante símbolos, pero éstos son todavía metáforas verbales. En un trabajo más reciente, que nosotros no conocíamos en el momento en que comenzábamos este estudio, la señora Sechehaye va mucho más lejos¹³ y, en nuestra opinión, los resultados que ella ha obtenido en el tratamiento de un caso de esquizofrenia considerado incurable, confirman plenamente los puntos de vista expuestos acerca de las relaciones entre el psicoanálisis y el shamanismo. Porque la señora Sechehaye ha comprendido que el discurso, por simbólico que pueda ser, chocaba todavía con la barrera de lo consciente, y que sólo por medio de actos podía ella llegar a los complejos demasiado profundos. Para resolver un complejo de destete, la psicoanalista debe entonces asumir una posición materna realizada, no por una reproducción literal de la conducta correspondiente, sino a fuerza de actos discontinuos, si cabe decirlo así, cada uno de los cuales simboliza un elemento fundamental de esta situación: por ejemplo, el contacto de la mejilla de la enferma con el seno de la psicoanalista. La carga simbólica de tales actos les permite constituir un lenguaje: en realidad, el médico dialoga con su paciente no mediante la palabra, sino mediante operaciones concretas, verdaderos ritos que atraviesan la pantalla de la conciencia sin encontrar obstáculo, para aportar directamente su mensaje al inconsciente.

13. M. A. Sechehaye, *La réalisation symbolique* (suplemento n. 12 de la *Revue Suisse de Psychologie et de Psychologie Appliquée*), Berna, 1947.

Encontramos nuevamente entonces la noción de manipulación, que nos había parecido esencial para comprender la cura shamanística, pero cuya definición tradicional, como vemos, debe ser considerablemente ampliada: porque se traía ya de una manipulación de las ideas, ya de una manipulación de los órganos. La condición común es que se efectúe por medio de símbolos, es decir, de equivalentes significativos del significado, correspondientes a un orden de realidad distinto del de este último. Los *gestos* de la señora Sechehaye resuenan en el espíritu inconsciente de su esquizofrénica como las *representaciones* evocadas por el shamán determinan una modificación de las *funciones* orgánicas de la parturienta. Las labores se encuentran bloqueadas al comienzo del canto, el alumbramiento se produce al final, y los progresos del parto se reflejan en las etapas sucesivas del mito: la primera penetración de la vagina por los *nelegan* se hace en fila india (241) y, como se trata de una ascensión, con ayuda de los prestigiosos sombreros que abren e iluminan el paso. Cuando llega el momento del regreso (que corresponde a la segunda etapa del mito, pero a la primera etapa del proceso fisiológico, puesto que se trata de hacer descender a la criatura), la atención se desplaza a los pies: se señala que los *nelegan* llevan zapatos (494-496). En el momento en que invaden la morada de Muu, ya no marchan en fila, sino «cuatro en fondo» (388); y para salir de nuevo al aire libre, marchan «todos en frente» (248). Sin duda esta transformación de los detalles del mito tiene por objeto despertar una reacción orgánica correspondiente; pero la enferma no podría hacerla suya como experiencia si no se acompaña de un progreso real de la dilatación. Es la eficacia simbólica la que garantiza la armonía del paralelismo entre mito y operaciones. Y mito y operaciones forman un par en el cual volvemos a encontrar otra vez el dualismo del enfermo y el médico. En la cura de la esquizofrenia, el médico cumple las operaciones y el enfermo produce su mito; en la cura shamanística, el médico proporciona el mito y el enfermo cumple las operaciones.

* * *

La anabgía entre ambos métodos sería aún más completa si pudiera admitirse, como Freud parece haberlo sugerido en dos oportunidades,¹⁴ que la descripción en términos psicológicos de la estructura de las psicosis y las neurosis debe desaparecer un día ante una concepción fisiológica e inclusive bioquímica. Esta eventualidad podría hallarse más próxima de lo que parece, puesto que recientes investigaciones suecas¹⁵ han puesto en evidencia diferencias químicas—refe-

14. En *Más allá del principio del placer* y en *Nuevas aportaciones*, págs. 79 y 198, respectivamente, de las ediciones inglesas. Citado por E. Kris, «The Nature of Psychoanalytic Propositions and their Validation», en *Freedom and experience, Essays presented to H. M. Kallen*, Cornell University Press, 1947, pág. 244.

15. De Caspersson y Hyden, en el Instituto Karolinska de Estocolmo.

rentes a la riqueza respectiva en polinucleótidos— entre las células nerviosas del individuo normal y las del alienado. De acuerdo con esta hipótesis o con cualquiera otra del mismo tipo la cura shamanística y la cura psicoanalítica se tornarían rigurosamente semejantes; se trataría en cada caso de inducir una transformación orgánica, consistente, en esencia, en una reorganización estructural, haciendo que el enfermo viva intensamente un mito —ya recibido, ya producido— y cuya estructura sería, en el plano del psiquismo inconsciente, análoga a aquella cuya formación se quiere obtener en el nivel del cuerpo. La eficacia simbólica consistiría precisamente en esta «propiedad inductora» que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homologas capaces de constituirse, con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo. La metáfora poética proporciona un ejemplo familiar de este procedimiento inductor: pero su empleo corriente no le permite sobrepasar el psiquismo. Comprobamos, así, el valor de la intuición de Rimbaud cuando decía que la metáfora puede también servir para cambiar el mundo.

La comparación con el psicoanálisis nos ha permitido aclarar algunos aspectos de la cura shamanística. No puede asegurarse que, inversamente, el estudio del shamanismo sea incapaz de aclarar un día ciertos puntos oscuros de la teoría de Freud. Pensamos particularmente en la noción de mito y en la noción de inconsciente.

Hemos visto que la única diferencia entre ambos métodos, que seguiría en pie una vez descubierto un sustrato fisiológico de las neurosis, estaría referida al origen del mito, reencontrado en un caso como un tesoro individual, y recibido, en el otro, de la tradición colectiva. En realidad, muchos psicoanalistas se negarán a aceptar que las constelaciones psíquicas que reaparecen en la conciencia del enfermo puedan constituir un mito: son, dirán ellos, acontecimientos reales, cuya fecha a veces es posible determinar y cuya autenticidad es verificable por entrevistas hechas a los padres o los criados.¹⁶ Por nuestra parte, no ponemos en duda los hechos. Pero conviene preguntarse si el valor terapéutico de la cura depende del carácter real de las situaciones memoradas o si el poder traumatizante de estas situaciones no deriva más bien del hecho de que, en el momento en que se presentan, el sujeto las experimenta inmediatamente bajo forma de mito vivido. Entendemos por esto que el poder traumatizante de una situación cualquiera no puede resultar de sus caracteres intrínsecos, sino de la capacidad que poseen ciertos acontecimientos que surgen en un contexto psicológico, histórico y social apropiado, de inducir una cristalización afectiva que tiene lugar en el molde de una estructura preexistente. En relación con el acontecimiento o la

16. Marie Bonaparte, «Notes on the Analytical Discovery of a Primal Scene», en *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. I, Nueva York, 1945.

anécdota, estas estructuras —o para ser más exactos, estas leyes de estructura— son verdaderamente intemporales. En el psicópata, toda la vida psíquica y todas las experiencias ulteriores se organizan en función de una estructura exclusiva o predominante, bajo la acción catalizadora del mito inicial; pero esta estructura y las otras que, en él, quedan relegadas a un papel subordinado, se encuentran también en el hombre normal, primitivo o civilizado. El conjunto de estas estructuras formaría lo que llamamos el inconsciente. Veríamos de esta manera cómo se desvanece la última diferencia entre la teoría del shamanismo y la del psicoanálisis. El inconsciente deja de ser el refugio inefable de particularidades individuales, el depositario de una historia singular que hace de cada uno de nosotros un ser irremplazable. El inconsciente se reduce a un término por el cual designamos una función: la función simbólica, específicamente humana, sin duda, pero que en todos los hombres se ejerce según las mismas leyes; que se reduce, de hecho, al conjunto de estas leyes.

Si esta concepción es exacta, probablemente sea necesario restablecer entre inconsciente y subconsciente una distinción más marcada que la habitual en la psicología contemporánea. Porque el subconsciente, receptáculo de recuerdos y de imágenes coleccionados en el transcurso de cada vida¹⁷ se convierte, así, en un simple aspecto de la memoria; afirma su perennidad y a la vez implica sus limitaciones, porque el término de subconsciente se refiere al hecho de que los recuerdos, si bien se conservan, no siempre están disponibles. El inconsciente, por el contrario, es siempre vacío o, más exactamente, es tan extraño a las imágenes como lo es el estómago a los alimentos que lo atraviesan. Órgano de una función específica, se limita a imponer leyes estructurales a elementos inarticulados que vienen de otra parte —y esto agota su realidad—: pulsiones, emociones, representaciones, recuerdos. Se podría decir, entonces, que el subconsciente es el léxico individual en el que cada uno de nosotros acumula el vocabulario de su historia personal, pero este vocabulario solamente adquiere significación —para nosotros mismos y para los demás— si el inconsciente lo organiza según sus leyes y constituye así un discurso. Como estas leyes son las mismas en todas las ocasiones en que el inconsciente ejerce su actividad y para todos los individuos, el problema planteado en el párrafo precedente puede resolverse en forma sencilla. El vocabulario importa menos que la estructura. Ya sea el mito recreado por el sujeto o sacado de la tradición, de estas fuentes, individual o colectiva (entre las cuales se producen constantemente interpretaciones e intercambios), el inconsciente solamente extrae el material de imágenes sobre el cual opera, pero la estructura es siempre la misma, y por ella se cumple la función simbólica.

17. Esta definición, tan criticada, adquiere un nuevo sentido por efecto de la distinción radical entre subconsciente e inconsciente.

Agreguemos que estas estructuras no sólo son las mismas para todos y para todas las materias a las cuales se aplica la función; ellas son además poco numerosas, lo cual nos permite comprender por qué el mundo del simbolismo es infinitamente diverso en su contenido, pero siempre limitado en sus leyes. Hay muchas lenguas, pero muy pocas leyes fonológicas, válidas para todas las lenguas. Una compilación de los cuentos y mitos conocidos ocuparía una masa imponente de volúmenes. Pero se pueden reducir a un pequeño número de tipos simples en los que operan, tras la diversidad de los personajes, unas pocas funciones elementales; y los complejos, esos mitos individuales, se reducen también a unos pocos tipos simples, moldes en los que se acomoda la fluida multiplicidad de los casos.

Del hecho de que el shamán no psicoanaliza a su enfermo puede concluirse que la búsqueda del tiempo perdido, considerado por algunos como la clave de la terapéutica psicoanalítica, es sólo una modalidad (cuyo valor y resultados no son despreciables) de un método más fundamental, que debe definirse sin tomar en cuenta el origen individual o colectivo del mito. Porque la *forma* mítica prevalece sobre el *contenido* del relato. Esto es al menos lo que hemos creído aprender del análisis de un texto indígena. Pero, en otro sentido, es bien sabido que todo mito es una búsqueda del tiempo perdido. Esta forma moderna de la técnica shamanística que es el psicoanálisis extrae, pues, sus caracteres particulares del hecho de que, en la civilización mecánica, únicamente hay lugar para el tiempo mítico en el hombre mismo. De esta comprobación el psicoanálisis puede recoger una confirmación de su validez, a la vez que la esperanza de profundizar sus bases teóricas y de comprender mejor el mecanismo de su eficacia, por una confrontación de sus métodos y sus objetivos con los de sus grandes predecesores: los shamanes y los hechiceros.

gicos de la enfermedad han mostrado que la enfermedad es universalmente experimentada como un acontecimiento moral, como una ruptura del orden moral que invoca tales «juicios moralizadores».²⁰ Y los esfuerzos para dotar de significado a tales acontecimientos no sólo exigen recurrir a la teodicea, como dice Weber, es decir, contestar a la pregunta: «¿Por qué yo? (con un implícito: «¿Por qué yo y no él?»), sino a cuestiones soteriológicas más fundamentales aún. ¿Cuál es la naturaleza de este sufrimiento? ¿Cuál es el orden moral que le da sentido? ¿Cuáles son las fuentes de la esperanza para seguir adelante en este contexto?

En suma, sugiero que podemos aportar un método a la investigación intercultural de la experiencia de la enfermedad, un método muy distinto al sugerido por los paradigmas estándar de las ciencias del comportamiento médico. La destrucción y construcción del mundo son procesos sociales tanto como perceptivos que pueden ser investigados sistemáticamente. Nos conducen directamente a las dimensiones fenomenológicas de la experiencia de la enfermedad, así como a las dimensiones narrativas y rituales de los esfuerzos para reconstruir un mundo destruido. También revelan las prácticas e ideologías que codifican las estructuras de las relaciones sociales y el poder, en tanto que éstas modelan los ritmos de la enfermedad y de las terapias; están, pues, sujetas a la fenomenología crítica y se abren a cuestiones morales suscitadas por el sufrimiento. Este capítulo es sólo un pequeño anticipo de orientaciones para nuestra investigación de las dimensiones experienciales del sufrimiento humano.

20. Véanse, por ejemplo, Fox (1959, 1988, pp. 381-412, 645-671), G. Lewis (1975), Leslie (1976b), A. Young (1976), Kleinman (1988b), Farmer (1988), Harris (1989).

6.

La representación narrativa de la enfermedad

En 1988 pasé el verano en Turquía, con mi esposa Mary-Jo y un grupo de colegas turcos, entrevistando a personas que habían sido identificadas como aquejadas de trastornos epilépticos por miembros de un equipo de investigación epidemiológica. Los investigadores estaban llevando cabo un estudio en cuatro países de la incidencia de la epilepsia, tipos de tratamiento e incapacitación social asociada a la enfermedad, y la respuesta de la enfermedad a diversas medicaciones, con el apoyo de Pharma International, división de los laboratorios Ciba Geigy. Nuestro objetivo al colaborar en este proyecto era desarrollar una serie de estudios de casos concretos orientados antropológicamente, a partir de una muestra de una determinada población (en contraste con los estudios clínicos más comunes). El hecho de que la muestra se basase en una población concreta, la accesibilidad a los datos neurológicos de todos los individuos y el vínculo con un estudio epidemiológico ofrecían una excelente oportunidad. Invitamos a personas aquejadas de trastornos epilépticos, y sus familias, para que nos contasen la historia de su enfermedad y nos describiesen las experiencias de la misma, para que nos hablasen de sus ataques, de sus esfuerzos para encontrar un tratamiento eficaz, de las reacciones a su estado por parte de las personas de la comunidad y los efectos de la enfermedad en sus vidas.¹

1. La investigación general contó con el apoyo de Pharma International división de los laboratorios Ciba Geigy y fue dirigida por un grupo internacional de neurólogos, epidemiólogos y científicos sociales, bajo la rúbrica de International Community Based Epilepsy Research Group (ICBERG). La investigación fue llevada a cabo en Ecuador, Turquía, Paquistán y Kenia. Los laboratorios Ciba Geigy aportaron apoyo

El conjunto del proyecto estaba orientado a la salud pública. Los datos indicaban una relativamente baja utilización de medicación anticonvulsiva en gran parte del Tercer Mundo, aunque la evidencia clínica sugería que los trastornos epilépticos eran muy frecuentes.² Los datos anecdóticos y unos pocos informes publicados indican que la epilepsia no sólo es frecuente sino que está sumamente estigmatizada en muchas sociedades, que produce una significativa discapacidad psicológica y que a menudo conduce a lesiones físicas sufridas durante los ataques.³ Al mismo tiempo, cuando se proporciona una atención médica eficaz, la epilepsia es susceptible de un diagnóstico bastante claro y de adecuadas terapias médicas.⁴ ¿Por qué, entonces, es el

científico, organizativo y logístico para los investigadores locales en lo que respecta al estudio epidemiológico. Para el estudio etnográfico en Turquía, aportaron acceso a una lista de casos concretos y de resultados de las evaluaciones clínicas y de los cuestionarios sociológicos, además de correr con los gastos básicos y los derivados del transporte para el equipo de investigadores.

Participaron en el proyecto nuestros colegas turcos los catedráticos Isen Togan Aricanli, Zafer Ilbars, A. Guvener y el doctor Ilker Gelisen. Dos estudiantes, Nevzat Durak y Ajlan Ozkaraduman, participaron en las entrevistas y en su transcripción.

Una descripción de los métodos del proyecto global se encuentra en el libro de Shorvon y colaboradores (1991). Los resultados del proyecto turco se encuentran en el libro de Guvener y colaboradores (1990).

2. Véase Shorvon y Farmer (1988) para un comentario. Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud estima que entre un 0,5 y un 4 por 100 de la población padecerá epilepsia, y que de los cincuenta millones de casos que se calcula que hay en el mundo «por lo menos la mitad no son adecuadamente tratados o no son tratados en absoluto» (Organización Mundial de la Salud, 1990).

El estudio epidemiológico turco estudió a 11.497 personas, entrevistó a 947 consideradas casos potenciales y confirmó el diagnóstico de epilepsia de 81 personas. Esto se tradujo en unos porcentajes de prevalencia de 4,6, 8,7 y 9 por mil en las zonas urbanas, semiurbanas y rurales respectivamente. Veinticuatro de los casos (30 por 100) estaban sometidos a terapia por epilepsia en el momento de llevar a cabo el estudio; veintidós (27 por 100) habían tomado medicación antiepiléptica en el pasado, y treinta y cinco (43 por 100) nunca se habían medicado (Guvener y colaboradores, 1990).

3. La literatura de las ciencias sociales sobre la interpretación cultural de la epilepsia y su estigmatización fuera de Norteamérica y de Europa es sorprendentemente escasa. La única etnografía completa sobre los trastornos epilépticos es la de Levy, Neutra y Parker (1987) sobre los navajos. Recientes estudios de estigmatización causados por el contagio percibido de epilepsia en África incluyen los de Awaritefe (1989) y Nkwi y Ndonko (1989). Los estudios de Norteamérica y Europa incluyen los de Schneider y Conrad (1980, 1981, 1983) y Kirchgassler (1990).

4. La OMS recomienda empezar el tratamiento con el uso de fenobarbitona, y luego alternar con otros fármacos en aquellas personas que no respondan a la fenobarbitona. Su informe apunta que la gran mayoría de los casos puede tratarse con una media de cinco dólares por paciente y año (OMS, 1990). Algunos han aducido que la fenobarbitona provoca disminución del funcionamiento cognitivo, al afectar a la metabo-

recurso a la medicación tan poco frecuente? ¿Refleja un escaso tratamiento médico, inadecuadas expectativas respecto a una curación completa, rechazo de los fármacos debido a los efectos secundarios, la primacía del tratamiento por curanderos, u otros factores? Como, sorprendentemente, existen pocos estudios antropológicos sobre estas cuestiones en las distintas culturas, aprovechamos la oportunidad que nos brindaba el proyecto de los laboratorios Giba Geigy para investigar el significado y la experiencia de los ataques epilépticos en la comunidad turca.

Los datos de este estudio proporcionan la oportunidad de abordar no sólo problemas de atención médica y salud pública, sino de reflejar cuestiones teóricas y metodológicas básicas también para este libro. En el capítulo anterior, he propuesto que la narrativización del sufrimiento sirve para reconstituir el mundo vital «destruido» por el dolor crónico. En este capítulo examino con más detalle el papel de la estrategia narrativa en la constitución de la enfermedad y de la experiencia de la enfermedad. Concretamente, estoy interesado aquí en explorar cómo las estrategias narrativas de la enfermedad están estructuradas en términos culturales y cómo reflejan éstas o dan forma a modos específicos de la experiencia vivida.

Durante nuestras entrevistas en Turquía muchas de las conversaciones que mantuvimos —con quienes padecían ataques epilépticos, con los miembros de su familia, personas de la comunidad y quienes les habían proporcionado atención médica de uno u otro tipos— fueron básicamente relatos. Nos contaron episodios de súbitos y sorprendentes inicios de los ataques o desmayos, de episodios especialmente dramáticos de ataques o de prolongadas pérdidas del conocimiento, de años durante los que las familias y los afectados trataron de encontrar remedio o de intervenciones por parte de médicos o sanadores religiosos, así como de sus experiencias en el trabajo, con los amigos y,

lización cerebral de la glucosa (Theodore y colaboradores, 1986) y que los fármacos alternativos, aunque son más caros, son también más eficaces y tienen menos efectos secundarios en la cognición.

En la parte del estudio de la ICBERG correspondiente a Kenia, se eligió una muestra al azar de 302 pacientes que fueron tratados bien con carbamazepina o con fenobarbitona durante un año (Feksi y colaboradores, 1991). De los pacientes que completaron la prueba el 53 por 100 no tuvo ataques entre los 6 y 12 meses que duró el estudio, y una cuarta parte no tuvo ataques durante los doce meses. No se detectaron diferencias de eficacia entre el tratamiento con uno y otro fármacos.

por ejemplo, en las negociaciones matrimoniales que hubiesen sido influidas por la enfermedad. Los análisis de estas historias —los episodios específicos imbricados en estas narraciones, así como la historia «global» de la enfermedad en las vidas de los pacientes y sus familias— nos permitieron examinar con más detalle la construcción narrativa de la experiencia de la enfermedad comentada sólo brevemente en el capítulo anterior.

La respuesta a nuestra pregunta inicial en el primer hogar que visitamos fue una historia tan vívida, y tan inesperada, que situó el escenario de gran parte de lo que aprendimos durante este proyecto. Fuimos a una población rural más bien pequeña, bastante lejos de Ankara, en la altiplanicie de la Anatolia central, y visitamos a Meliha Hanim,⁵ una mujer de cincuenta y seis años identificada en el estudio epidemiológico como aquejada de una epilepsia primaria generalizada. Dos de mis colegas turcos y yo fuimos bien acogidos y pasamos a un frondoso jardín, recibidos por una mujer muy amable y su nuera. Nos sentamos en cojines que situaron enfrente de la casa, a la sombra, bajo un emparrado y rodeados de árboles frutales. Después de presentarnos y de invitar a la mujer a contarnos su historia —la mujer había aceptado previamente participar en el proyecto epidemiológico— le pedimos que, simplemente, nos contase cómo había empezado su enfermedad. La nuera de la mujer interrumpió para contestar a la pregunta:

El padre de mi suegra se había casado antes dos veces. Vivía con su madre pero se volvió a casar por tercera vez. Y, claro, con el tiempo, surgieron problemas. Porque ni su madrastra la llamaba «hija mía» ni su padre tampoco. Así que fue difícil para ella. Tenía muchos pretendientes, pero su padre la quería obligar a casarse con uno y ella no quería. De modo que se fugó con mi suegro y su padre la encontró y la atacó con un cuchillo. Fue a la casa donde se habían instalado. Empezó a aporrear la puerta [hace gestos ostensibles] hasta que la echó abajo; entró y cuando ella vio a su padre con un cuchillo en la mano se aterrorizó, y desde aquel día ha tenido desmayos. Siempre que se pone

5. Todos los nombres utilizados son pseudónimos. En turco un nombre como Meliha Hanim combina un nombre cualquiera Meliha y una forma de tratamiento (Hanim, equivalente a señorita). Para los hombres, la forma de tratamiento, combinada con un nombre corriente, es *Bey*.

nerviosa, siempre que hay algo que la altera. Y suele ocurrirle por la noche.

—Me suele ocurrir por la noche —interrumpió su suegra.

—¿Mientras duerme? —preguntó mi colega.

—Mientras duermo. Por ejemplo, estando sentada aquí, me caigo de pronto. Puede ocurrirme en cualquier parte... en el retrete, en el establo, en casa de una vecina, o mientras estoy sentada aquí, puedo caerme. No sé cómo sucede.

Emergió una historia bastante complicada. Meliha había estado sufriendo de ataques epilépticos —o «desmayos», tal como ella describía los episodios— durante casi cuarenta años. Cuando era joven, se resistió a los deseos de su padre de casarla con un hombre que él había elegido y se fugó con el que sería su esposo —o había sido «raptada» por él, porque estos términos son ambiguos en Turquía—. Poco tiempo después de haber ido a vivir juntos, el padre fue a su casa para obligarla a volver. Cuando ella lo oyó aporrear la puerta y lo vio entrar se aterrorizó y se desmayó. Y desde entonces ha tenido ataques epilépticos.

Según la nuera, pierde el conocimiento, se le caen las lágrimas y da saltos. Luego nos contó su esposo que era como si estuviese dormida.⁶ Además, Meliha Hanim nos contó que a veces veía visiones durante sus desmayos, visiones de su padre con un cuchillo en la mano, el mismo cuchillo de mango negro que llevaba cuando entró en la casa y cuando se desmayó por primera vez, y sueña que matan a gente y que la amenazan.

Meliha Hanim contó una larga historia de haber buscado atención médica, tanto de los médicos como de los sanadores religiosos. Ella tiene «mucho energía en las manos», que heredó de su madre y que utiliza para curar a los niños. Ha recurrido a varios *hoca*, tanto hombres como mujeres que son sanadores religiosos.⁷ Como dijo luego su esposo: «Juro que la *hoca* del pueblo vecino construyó la segunda planta de su casa con el dinero que yo le di. He gastado mucho dinero, pero no he encontrado remedio». Y los médicos no habían

6. A veces resultaba difícil determinar con precisión si las descripciones de los ataques epilépticos «como si durmiese» indicaban verdaderamente la falta de características tónicas o clónicas, si se referían a la fase postictal del ataque o si la descripción tenía por objeto minimizar la gravedad de la enfermedad.

7. En turco la «c» se pronuncia como la jota inglesa.

conseguido mucho más. «Tratan a las personas como animales», nos dijo el esposo. No está claro, a juzgar por el relato de la familia si los médicos habían llegado a un diagnóstico claro de su epilepsia. Recientemente, un médico le diagnosticó un problema de hipertensión, le recomendó que no tomase sal y le prescribió medicación para su presión arterial. Su esposo nos dijo que últimamente tenía menos desmayos y que no tomaba ningún anticonvulsivo.

Las conversaciones que tuvimos con Meliha Hanim, su esposo y su hijo y su nuera fueron muy distintas de lo que creímos que iban a ser y nos dejaron confusos, aunque con la sensación de que las cuestiones que habían aflorado eran mucho más interesantes de lo que creímos. ¿Estaban los «desmayos» que sufría realmente causados por la epilepsia, o eran ataques psicogénicos o histéricos, alguna forma culturoespecífica de disociación? ¿Estaban causados por el inicial trauma psicológico, o por algún otro trastorno médico? Los neurólogos, basándose en la evidencia clínica que reunieron utilizando un detallado cuestionario —no le realizaron ningún encefalograma— llegaron a la conclusión de que Meliha Hanim padecía una epilepsia primaria generalizada, basándose en su larga historia de ataques recurrentes y en la descripción de sus episodios. ¿Era significativa su utilización del término «desmayos» (*bayılma*) en lugar de «epilepsia» (*sar'a*)? ¿Qué significa «desmayos» en la cultura turca?

A medida que avanzamos en la entrevista se hizo evidente que «desmayos» es una categoría cultural utilizada a menudo para describir clásicos ataques tonicoclónicos. Sin embargo, el término es asociado a un ámbito semántico más general que incluye los desmayos que se producen a causa de una fuerte impresión o en un contexto de una vida de sufrimiento, y es menos estigmatizador que el término epilepsia. «Epilepsia» es utilizado con mayor frecuencia para referirse a un diagnóstico médico o para referirse a casos sumamente graves, tales como los asociados al retraso mental. En la conversación corriente «epilepsia» está más asociado a la locura que a los «desmayos». De modo que en realidad estábamos hablando con ellos más bien de «desmayos», incluso en los casos de aquellos que describían su trastorno como «epilepsia», y la estructura narrativa, los relatos de la enfermedad y de la vida asociados con la afección estaban organizados alrededor de este ámbito más común. Sin embargo, como consecuencia de ello los relatos solían ser bastante ambiguos por lo que se refiere a la

naturaleza de la enfermedad y, a menudo, no estaba claro si los relatos eran «informes de experiencia» o si estaban en gran medida regidos por una característica forma cultural o estructura narrativa.

La misma cuestión se planteó en nuestros intentos de conseguir una «historia» de la enfermedad —un problema que también se plantean los médicos que tratan de conseguir una historia clínica—. Los relatos que oímos fueron historias de vida cuya estructura temporal estaba organizada alrededor de acontecimientos importantes para los individuos y sus familias. La enfermedad constituía una «trama» en el contexto de varias estructuras narrativas características, una de las cuales estaba representada por el relato de Meliha Hanim de una amenaza dramática, provocadora de un episodio de desmayo que luego condujo a recurrentes ataques a lo largo de toda su vida, a pesar de los desesperados y costosos intentos de encontrar remedio. Pero ¿eran estos unos relatos unos informes del modo en que la enfermedad, con su tormenta de actividad eléctrica que o bien permanece localizada en una parte del cerebro o se generaliza en el mismo, es generada y se inserta en las vidas de los pacientes, propiciando los comportamientos referidos en el relato? ¿O era la estrategia narrativa de la estructura cultural la que dominaba y producía una ficción cultural?

Nuestro estudio no estaba concebido de una manera que nos permitiese contestar a estas preguntas explícitamente. Tampoco, por supuesto, puede la mayoría de la historias clínicas contestar a estas preguntas. Los clínicos pueden reconocer a un paciente poco después de un desmayo inicial y estudiar a la persona en cuestión estrechamente a lo largo de su enfermedad. Sin embargo, muy pocas de las personas con las que hablamos durante nuestro estudio en Turquía mantenían una relación así con los médicos, y los clínicos turcos afrontan muchas de estas mismas dificultades que comento aquí cuando tratan de construir una «historia» clínica. Estas dificultades suelen inscribirse bajo la rúbrica de cuestiones «miméticas», relevantes no sólo para la medicina clínica, sino que cada vez plantean más interrogantes a las humanidades y las ciencias sociales —a la historia, la crítica literaria y la psicología—. ¿Cuál es la relación entre el relato y la experiencia?⁸ ¿Hasta qué punto los relatos informan de o representan

8. El texto clásico sobre la cuestión mimética en el ámbito de la crítica literaria es sin duda el de Erich Auerbach: *Mimesis: The Representation of Reality in Western Li-*

acontecimientos o experiencias tal como ocurrieron? Y a la inversa, ¿hasta qué punto las típicas narraciones culturales construyen realmente «acontecimientos»? ¿dan sentido a estos acontecimientos?, ¿hasta qué punto producen lo que entendemos por un acontecimiento o historia e experiencia? ¿Refleja una buena historia acontecimientos o experiencias, o selecciona acontecimientos y los organiza de una manera culturalmente convencional, basada en una visión subyacente de lo que es significativo? ¿Hasta qué punto está la vida social organizada en términos narrativos?

La pasada década ha visto el desarrollo y elaboración de una literatura técnica sobre este amplio tema. Aunque una exposición completa queda muy lejos del objetivo de este libro, básicamente sostengo que estas cuestiones no pueden ser eludidas en nuestro análisis de la relación entre cultura y enfermedad, y que esta literatura aporta instrumentos analíticos que nos permiten abordar problemas de antropología médica con un enfoque renovado.

Narratividad, relatos de la enfermedad y experiencia

Los antropólogos de orientación fenomenológica, sobre todo los de la escuela boasiana —Whorf, Hallowell y Geertz, por ejemplo— han aducido que la experiencia es totalmente cultural. El «entorno behaviorístico del yo», tal como lo expresa Hallowell, es decir, el mundo perceptivo en el que nos encontramos y en el que nos orientamos, está organizado a través del lenguaje y de las formas simbólicas, y a través de relaciones sociales e institucionales y de actividades prácticas en ese mundo (Hallowell, 1955). Nuestro primordial acceso a la experiencia tiene lugar pues a través del análisis de las formas culturales. En líneas generales, esta comprensión de la saturación cultural de la experiencia es ampliamente aceptada en la antropología actual.

Los estudios narrativos vuelven a reproblematicar esta relación

terature (1953). Comentarios más recientes incluyen los del historiador Hayden White (1981), el del filósofo Paul Ricœur (1984) y los del psicólogo Jerome Bruner (1986, 1990). Todos ellos se inspiran en reflexiones sobre la *Poética* de Aristóteles. Véase también Mattingly (1989, capítulo 3).

entre las formas culturales o simbólicas y la experiencia. Por supuesto no tenemos acceso directo a la experiencia de otros. Podemos preguntar directa y explícitamente, pero solemos saber más acerca de la experiencia a través de las historias que nos cuentan sobre lo ocurrido a otros o a su alrededor. La estrategia narrativa es una forma mediante la que la experiencia es representada y relatada, en la que los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, en la que las actividades y acontecimientos son descritos junto a experiencias asociadas a ellas y la significación que les aporta sentido para las personas afectadas. Pero la experiencia excede siempre con mucho a su descripción o narrativización. Nuevas preguntas suscitaban siempre nuevas reflexiones sobre las experiencias subjetivas, y cualquiera de nosotros siempre puede describir un acontecimiento desde una perspectiva ligeramente distinta, reconsiderando la historia para revelar nuevas dimensiones de la experiencia. Siempre hay partes de la experiencia a las que se atribuye escaso significado: gran parte de lo que hacemos y experimentamos no merece ser referido en el relato, y sólo a través de preguntas muy concretas podemos hacer que afloren aspectos huidizos de nuestra experiencia. Además, la experiencia es profundamente sensitiva y afectiva, y excede a la objetivación en formas simbólicas.

Los relatos no sólo informan y refieren experiencias o acontecimientos, describiéndolos desde la limitada perspectiva situada en el presente. Proyectan también nuestras actividades y experiencias hacia el futuro, organizando nuestros deseos y estrategias teleológicamente, dirigiéndolas hacia fines imaginados o formas de experiencia que nuestras vidas o actividades concretas tratan de alcanzar. La experiencia vivida y las actividades sociales tienen, pues, una compleja relación con los relatos que las refieren.

Las historias tienen una compleja relación con la experiencia no sólo para quienes la evocan y refieren los relatos. Esta relación es también problemática para los antropólogos interesados en el estudio de la experiencia —o el estudio del proceso social y de la cultura en un sentido más amplio—. Entendemos la experiencia de los demás en cierta medida por las experiencias suscitadas en nosotros al oír tales relatos, experiencias que son afectivas, sensitivas y personificadas. Parte de la labor de la literatura antropológica consiste en volver a referir los relatos de una manera que suscite una respuesta experiencial

significativa y la comprensión del lector. Pero nuestras propias respuestas están en sí mismas culturalmente fundamentadas, imbricadas en una estructura muy distinta de respuestas estéticas o emocionales de las de los miembros de la sociedad descrita (véase Becker, 1979).

Unni Wikan cuenta la historia de su descubrimiento de la aflicción de una joven balinesa ante la repentina muerte de su prometido. Su comportamiento público era «teatral» en una forma familiar para quienes hayan leído los trabajos de Geertz sobre Bali. La joven adoptaba una talante «de suaves maneras»; se mostraba «radiante y vivaz» (Wikan, 1987, p. 349). Sin embargo, hablando en privado con el antropólogo, la joven expresaba el dolor y la aflicción por su pérdida, así como sus temores de que si exteriorizaba su tristeza se pondría en ridículo, que sus amigas se burlarían de ella llamándola «viuda». Pero ¿cómo vamos a interpretar este caso de una joven que aparenta ser más distinta culturalmente de lo que la experiencia revela en privado? ¿Hasta qué punto se basa nuestra intuición del significado de la historia en los puntos de vista norteamericano o europeo —acaso culturalmente idiosincrásicos—, de que expresar en privado la aflicción es una de las formas más profundas de la intimidad humana, que aporta un acceso a una comprensión más profunda de la experiencia de los demás, de lo que «ocurrió realmente» que las expresiones de otras emociones —la ira o el temor, por ejemplo— o la que pueda aportar la exteriorización pública de las emociones? ¿Vamos pues desencaminados, llevados de nuestras intuiciones, culturalmente formadas, al leer el relato que hace Wikan de su historia e intuir lo que la joven balinesa sentía o experimentaba realmente? Me inclino a pensar que Wikan está más acertado que Geertz sobre la naturaleza de algunos aspectos de la «psicología» balinesa, aunque subsiste el potencial para una seria confusión en tales análisis de las características de la experiencia derivado de las historias que referimos a partir de nuestra investigación de campo.

De manera similar, el relato de las historias de la enfermedad suele ser algo muy personal e íntimo en la sociedad norteamericana, y tales historias constituyen un género de literatura popular y convencional en la cultura occidental.⁹ Estas historias, y los significados

9. Véase el ensayo de Anatole Broyard sobre los relatos de la enfermedad en la literatura occidental y su experiencia, una lectura que transmite verdadera autenticidad

y valores asociados a la enfermedad y el sufrimiento en nuestra propia sociedad, modelan nuestra manera de entender y de referir las experiencias de la enfermedad en otras sociedades. Es, por lo tanto, básico que sometamos a un examen más detenido las narraciones de la enfermedad, la interpretación que hacen de ella otras sociedades que estudiamos, la literatura antropológica acerca de estas historias, las reacciones del público para el que escribimos y, en definitiva, la relación entre cultura, estrategia narrativa y experiencia. De lo contrario, es probable nuestras propias proyecciones dominen nuestra interpretación de las experiencias del sufrimiento de los demás.

La pasada década vio la emergencia de una pequeña pero creciente literatura sobre las dimensiones narrativas de la enfermedad, de la búsqueda de atención médica y del proceso terapéutico. Parte de esta literatura procede de la medicina. Varios clínicos con mentalidad literaria han aportado detallados relatos clínicos o historias de las vidas de quienes padecen enfermedades graves, extendiéndose en la historia de casos concretos y desarrollando una forma más elaborada de los relatos de la enfermedad, que reflejan también lo que nos dice la enfermedad acerca del sufrimiento y de la condición humana. Por ejemplo, los relatos de Oliver Sacks de los aquejados de Parkinson (1973), migraña (1986) y otros trastornos neurológicos (1985) constituyen un retrato de las dimensiones humanas de estados médicos muy dramáticos, y del sufrimiento que provocan desde la perspectiva del médico humanista. En cierto modo, estos relatos no son muy distintos de los relatos personales de la enfermedad que se han convertido en un importante género en los últimos años y que pueden servir de material básico para elaborar nuestro pensamiento sobre la estructuración narrativa de la experiencia de la enfermedad en nuestra propia sociedad (véanse Murphy, 1987, y DiGiacomo, 1987, para unas reflexiones por parte de los antropólogos acerca de sus propias experiencias). El reciente libro de Howard Brody (1987) amplía el análisis de tales narrativas. Se basa en relatos literarios y se refiere brevemente a la literatura de la «narratividad» para abogar explícitamente por la importancia de una conciencia de las dimensiones narrativas de la enfermedad en la ética médica, señalando que determi-

porque se centra en la enfermedad del propio autor, y que resulta especialmente emotiva a causa de su reciente muerte (Brody, 1992).

nados aspectos de la enfermedad, básicos para la reflexión ética y para la toma de decisiones, se captan mejor a través de historias de la enfermedad que a través de un discurso filosófico abstracto y ceñido a normas.

Una segunda corriente a la literatura sobre la narración y la enfermedad ha surgido recientemente de la investigación sociológica cualitativa, sobre todo entre aquellos que han trabajado en etnometodología y en las escuelas de análisis de la conversación. Mishler ha dirigido detallados estudios del diálogo médico-paciente (1986a) y se ha mostrado firme partidario de la estructura narrativa de la conversación y de elaborar una crítica fundamental de las valoraciones de las entrevistas basada en su análisis (1986b).¹⁰ El análisis de Williams (1984) de la «reconstrucción narrativa de las experiencias de las enfermedades crónicas ha atraído la atención de la literatura sociológica y ha sido ampliamente citada por ella. Un reciente número de *Social Science and Medicine* (Gerhardt, 1990) sobre la investigación cualitativa de las enfermedades crónicas se inspira en ésta y otras formas de análisis de la conversación para estudiar la experiencia de las enfermedades crónicas en Norteamérica y Europa. Por ejemplo, Riessman (1990) demuestra la utilidad de los detenidos análisis textuales de un relato biográfico de la enfermedad y Robinson (1990) se inspira en la literatura narrativa para analizar los relatos de la vida de personas con esclerosis múltiple.

Sorprendentemente, los análisis antropológicos e interculturales de las estrategias narrativas de la enfermedad escasean mucho. Los trabajos de Early sobre «estrategias narrativas terapéuticas» en El Cairo figuran entre los primeros llevados a cabo por un antropólogo para centrar la atención en las historias referidas acerca de la enfermedad y de la búsqueda de atención médica (Early, 1982; cf. 1985, 1988). Mantuvo conversaciones en el barrio antiguo de El Cairo, donde escuchó a varias mujeres contar historias cotidianas relativas a la enfermedad —de sus hijos, parientes y de ellas mismas— y de sus esfuerzos para encontrar remedios adecuados. Estas historias, según ella, actúan como «un sistema de nivel medio entre la experiencia y

10. Véase el apéndice del libro de Mishler *Research Interviewing* (1986), «Lecturas recomendadas sobre análisis narrativos», para una útil revisión de la literatura relevante para la antropología médica.

la teoría. Permiten a las mujeres que estudió desarrollar una interpretación de la enfermedad en relación con una lógica explicativa local y el contexto biográfico de la enfermedad, tantear cuál es la acción conveniente frente a la incertidumbre y justificar las medidas adoptadas, imbricando así la enfermedad y los esfuerzos terapéuticos en las normas morales locales. Más recientemente Price (1987) y Garro (1992), ambos antropólogos cognitivos, han demostrado que el conocimiento cultural y los «guiones» para la búsqueda de atención médica están codificados en los relatos de la enfermedad, ya sea expresados espontáneamente o suscitados por medio de las entrevistas (en Ecuador y en Norteamérica, respectivamente). Mattingly (1989) ha utilizado del modo más completo y explícito la teoría narrativa para explorar la relación relato-experiencia y el uso de estrategias narrativas por parte de los clínicos (terapeutas ocupacionales norteamericanos, en su caso) para organizar su práctica y las experiencias de aquellos a quienes tratan.¹¹ La autora argumenta con firmeza que la estrategia narrativa estructura el trabajo clínico, el papel de los clínicos para desarrollar la trama de la experiencia de la enfermedad y el trabajo terapéutico en el que los pacientes se implican, así como la importancia de las historias para modelar y evaluar su propio trabajo y las relaciones clínicas.¹²

Kleinman (1988b) ha combinado las escuelas antropológica y clínica al reflexionar sobre personas con enfermedades crónicas a las que ha reconocido como médico y como investigador. Utiliza análisis antropológicos para mostrar que «el significado se crea en la enfermedad», cómo modelan los valores culturales y las relaciones sociales la experiencia del cuerpo y la enfermedad, y cómo sitúan el sufrimiento en mundos morales locales. Explora cómo se organiza la experiencia en forma narrativa, comparando casos norteamericanos y chinos para demostrar la importancia de los marcos culturales y sociales

11. Buena parte de mis ideas acerca de los estudios sobre narrativa me los inspiró la tesis de Charyl Mattingly (1989) y mis conversaciones con ella. Véase también Mattingly (1991, de próxima aparición) y Mattingly y Fleming (también de próxima aparición).

12. Véase también M. Good y colaboradores (de próxima aparición) para un análisis de la estructuración narrativa de los horizontes temporales en el trabajo clínico con enfermos de cáncer. Para estudios antropológicos de las narrativas en Oriente Próximo, relevantes para este capítulo pero no específicamente para la experiencia de la enfermedad, véanse Bilu (1988) y Meekeer (1979).

en los que emergen estas narrativas. Aduce que «el estudio de la experiencia de la enfermedad tiene algo que enseñarnos a todos nosotros acerca de la condición humana» (p. XIII) y demuestra que las actuales prácticas médicas han alienado al enfermo crónico de quienes le aportan la atención médica, y ha conducido a los facultativos a renunciar «al aspecto del arte de curar que es el más antiguo, el más poderoso, y el más satisfactorio existencialmente» (p. XIV).

Gran parte de la literatura sobre los relatos de la enfermedad ha abordado sus características estructurales, su relación con las historias de vida, los tipos de conocimiento de la enfermedad y los valores que codifican, y qué revelan acerca del impacto de la enfermedad en la vida de las personas. En general, este «giro narrativo» en la literatura sobre la experiencia de la enfermedad, se ha beneficiado del mayor alcance de los análisis literarios de las humanidades y de las ciencias sociales. Con la excepción de Mishler y sus colegas y Mattingly, sin embargo, la mayoría de los autores no ha aprovechado demasiado las teorías de la crítica literaria sobre narrativa y su interpretación. Aunque las cuestiones que muchos de estos estudios plantean son importantes también para mi análisis, sigo una orientación algo distinta en este aspecto; por mi parte, continúo mi examen sobre cómo se constituyen la enfermedad y su experiencia, así como las prácticas interpretativas, inspirándome explícitamente en algunos aspectos de la teoría narrativa. Concretamente, me centro en la relevancia de la teoría de la «respuesta del lector» para el análisis de los relatos que nos refieren los enfermos acerca de su experiencia.

Los análisis antropológicos de las estrategias narrativas han sido básicamente de dos tipos: estudios estructuralistas del folklore y la mitología, y estudios sociolingüísticos de la representación narrativa. Los formalistas rusos y los lingüistas estructuralistas del Círculo de Praga contribuyeron a la investigación de los franceses respecto a la forma narrativa fundamental. Propp (1968) sostuvo que hay un número limitado de tipos de personajes básicos y de estructuras de la trama subyacentes en los cuentos tradicionales rusos. Lévi-Strauss (por ejemplo, 1969) se inspiró en la distinción de Jakobson entre ejes horizontales y verticales para desarrollar su estudio comparativo de las estructuras fundamentales de la narrativa.

Frente a los trabajos para desarrollar una teoría estructural de la narrativa, los teóricos de la representación y muchos teóricos de la li-

teratura han defendido la importancia del factor temporal como componente esencial en la narrativa, su desdoblamiento en el tiempo, su canalización del nudo al desenlace a través de las interacciones de los personajes, entre los que la conciencia de la naturaleza de la situación está desigualmente distribuida, todo ello en el ámbito de lo que Ricœur (1981b) llama «tiempo narrativo». Victor Turner (1957, 1981) aduce que tal estructura narrativa —o protonarrativa— subyace no sólo en los relatos sino también en los procesos sociales, que se mueven inexorablemente desde una determinada desviación en una situación dada hacia un momento crítico y a su reencauzamiento. Turner sostiene (1981, p. 153)¹³ que los relatos narrativos, junto con los rituales, y los intentos de reencauzamiento, así como determinados dramas sociales, están organizados en relación a las contradicciones estructuradas en las sociedades (por ejemplo, a través de los sistemas de parentesco), y de la «absoluta indeterminación» que resulta evidente en momentos de ruptura y crisis. Y que todo ello sólo puede ocurrir en el tiempo.

La temporalidad no está sólo presente en la estructura de la narrativa sino en la representación. Las narraciones y los rituales son procesos intersubjetivos que exigen actores y público, además de formas «textuales», y tienen su efecto en cuanto acontecimientos en el marco de la experiencia temporalmente vivida (por ejemplo, Bauman, 1986; para análisis relevantes de los rituales de sanación véanse Schieffelin, 1985, y Kapferer, 1983).

Los teóricos de la respuesta a la lectura han estudiado las características temporales e intersubjetivas de toda narrativa, prestando especial atención a la «fenomenología del acto de seguir una historia» (Ricœur, 1981a, p. 277). La narración no es sólo lo que está presente en un relato completo, tanto si se trata de un texto escrito, de un cuento oral o de un relato que se nos refiere o se representa. Con objeto de constituir la narración, la historia debe ser apropiada por un lector o un público. La apropiación de este tipo no equivale a recibir pasiva-

13. Turner (1981, p. 153) se refiere explícitamente al argumento de Sally Falk Moore de que «la característica subyacente de la vida social debería ser considerada de una absoluta indeterminación teórica» (Moore, 1978, p. 48), y se extiende (p. 159) para vincular su argumento general acerca de la dialéctica entre estructura y desestructura al argumento de Moore y Meyerhoff en *Secular Ritual* acerca de que el proceso social se mueve «entre lo formado y lo indeterminado».

mente el mensaje del autor (como la teoría del acto del hablante parece sugerir), sino que, como muestra Iser (1978, p. 21), «el lector "recibe" [el mensaje del texto] componiéndolo». Una trama, por ejemplo, no está simplemente presente como la estructura de una narración, sino que es creada por los lectores momento a momento a medida que avanzan en el texto, limitados a «la ciega complejidad del presente» (Ricœur, 1981a, p. 279) y tratando de desvelar y anticipar la estructura y el significado de los acontecimientos que van desarrollándose. Tanto el arte de la narración como el arte de seguir una historia exigen, pues, ser capaces «de extraer una configuración de una sucesión», como expresa Ricœur (1981a, p. 278), implicarse en una forma de síntesis estética a través de la que el conjunto —la historia, la trama, el texto «virtual» de la narración— va concretándose gradualmente.

Dada esta característica de la narrativa, Iser (1978, pp. 22-23) argumenta que «la labor del intérprete debería ser dilucidar los significados potenciales de un texto». Más que la identificación de un solo significado referencial o legitimador, el análisis implica «dilucidar el proceso de producción de significado». La producción de significado no es algo inherente sólo al texto y a su estructura, ni a la actividad del lector, sino a la interacción entre el lector y el texto. Iser desarrolla persuasivamente la hipótesis de que «un texto literario contiene instrucciones subjetivamente verificables para la producción de significado, pero el significado producido puede entonces conducir a toda una variedad de experiencias diferentes y, por lo mismo, a juicios subjetivos» (1978, p. 25). La investigación de los procesos sintéticos que implica seguir un relato —adentrarse con la imaginación en el mundo del texto, cambiar el punto de vista para seguir las perspectivas presentadas por la narración y por el narrador, reconfigurar y evaluar los acontecimientos y acciones pasadas de los personajes en la historia a medida que avanza la narración, el personal descubrimiento por parte del lector de la significación y de los nuevos significados a través de la experiencia de la lectura del texto y el cambio personal del lector, éste experimenta como consecuencia de tal comprensión— ha producido una rica serie de ideas teóricas y de sustanciales hallazgos. Para los teóricos de la respuesta del lector, los análisis de la narrativa giran, pues, en torno a la fenomenología de la lectura y de las características de los relatos que suscitan y constriñen la respuesta del lector.

En mi opinión, la teoría de la respuesta del lector tiene especial relevancia para nuestra investigación de las estrategias narrativas de la enfermedad. Los narradores de la mayoría de los relatos sobre la enfermedad que nos cuentan a los investigadores son los propios enfermos o aquellos que cuidan básicamente de su atención médica; se sitúan, pues, en el nudo de un relato. Las narraciones que ofrecen son más afines al «texto virtual» del lector de una historia que al texto narrativo «real» de una novela completa.¹⁴ Son historias que cambian a medida que evolucionan los acontecimientos. Apuntan al futuro con esperanza y ansiedad, y a menudo sustentan varias lecturas provisionales del pasado y del presente. Sin embargo, cabe esperar que sean historias profundamente culturales si todo lo que hemos aprendido acerca de la cultura y de la enfermedad está reflejado en los relatos que hacen las personas para dar sentido a su experiencia.

La literatura sobre narratología y respuesta del lector aporta varias distinciones técnicas y construcciones analíticas que pueden ser utilizadas para el análisis de los relatos sobre la enfermedad, bien suscitados a través de las entrevistas u observados en ámbitos naturales del discurso. Vuelvo ahora a los relatos sobre la epilepsia en Turquía y los examino en relación con tres conceptos analíticos a partir de esta literatura: la «elaboración de la trama» de la enfermedad, a través de la que se busca una historia ordenada y autorizada; las características «subjuntivadoras» de los relatos, incluyendo su apertura a múltiples lecturas y potenciales resultados, y la «ubicación del sufrimiento» en el ámbito local del discurso.

La elaboración de la trama y la experiencia de la enfermedad

La teoría narrativa describe dos aspectos de la trama: la trama en tanto que estructura subyacente del relato y la «elaboración de la trama» en tanto que actividad de un lector u oyente de un relato que participa con la imaginación en dar sentido a la historia. Ambos son relevantes para el análisis de las estrategias narrativas de la enfermedad.

14. Véase Bruner (1986, capítulo 2) para una elaboración de la distinción que hace Iser entre el texto «virtual» y el texto «real», tal como lo utilizo yo aquí.

La trama es lo que confiere orden a la historia. Es el ordenamiento secuencial de los acontecimientos y de las relaciones que los conectan entre sí. En la historia de Meliha Hanim, la agresión de su padre fue seguida del desmayo, y este desmayo por episodios de desmayo a lo largo de toda su vida, sumamente perturbadores y unidos a pesadillas o visiones del cuchillo amenazador. Más que el marco de las relaciones secuenciales, la trama es el orden significativo en el que las experiencias y los acontecimientos se unen para trabar la historia. El relato de Meliha Hanim no era simplemente el de un trauma y de los subsiguientes desmayos, sino el de un ambiguo rapto o huida, en contra de los deseos de su padre, de la represalia del padre y de una vida de enfermedad resultante; una consecuencia que su esposo ha tratado de remediar adoptando varias medidas para encontrar curación.

«La trama, tal como yo la concibo —escribe Peter Brooks (1984 p. XI)— es el propósito e intención de la narración, lo que modela el relato y le imprime una cierta dirección o intención de significado. Podemos concebir la trama como la lógica o acaso la sintaxis de un cierto tipo de discurso, un discurso que desarrolla sus proposiciones sólo a través de la progresión de las secuencias temporales». ¹⁵ La «sintaxis» narrativa, por lo menos en la literatura occidental y en la reciente historiografía ¹⁶ tiene una forma característica, que Ricœur (1981a, p. 277) describe como sigue:

15. Ricœur (1981a, 1984) plantea un sólido argumento respecto a que la narrativa tienen órdenes de significación tanto temporales como atemporales o no cronológicos. Por un lado, la trama ordena los acontecimientos y las acciones. «... "hace comprensible el conjunto" y lo integra en un relato total y completo de acontecimientos múltiples y dispersos...» (1984, p. X), ordenando los acontecimientos a lo largo del tiempo y mostrando la relación que tienen entre sí. Por otro lado, «... la actividad de narrar no consiste simplemente en añadir un episodio tras otro; sino que también construye totalidades significativas a partir de acontecimientos dispersos» (Ricœur, 1981a, p. 278) señalando un significado subyacente o significación que es inherente a la totalidad, la «moleja de la historia».

16. En un análisis de «la coherencia textual» de los teatros de sombras chinas de Java o *wayang*, Becker define la trama como «una serie de constreñimientos de la selección y secuenciado de los episodios o motivos dramáticos» (1979, p. 216-217). Se extiende para demostrar que los constreñimientos de tal estructura del *wayang* difieren muy espectacularmente de aquellos identificados por Aristóteles como características de la tragedia. Sus análisis sugieren la importancia de las diferencias culturales en la estructura narrativa. Al mismo tiempo, amplía la definición de la trama más allá de lo que yo considero útil para el análisis de las estrategias narrativas de la enfermedad.

Digamos por lo pronto que un relato describe una secuencia de acciones y experiencias de una determinado número de personajes, reales o imaginarios. Estos personajes están representados en situaciones que cambian y a las que reaccionan. Estos cambios, a su vez, revelan aspectos ocultos de la situación y de los personajes, dando lugar a una nueva situación que exige reflexión, acción o ambas cosas. La respuesta a este «nudo» aporta al relato su desenlace.

La situación problemática, la lucha humana y el desarrollo a lo largo del tiempo hacia la conclusión o desenlace son básicos para la sintaxis de los relatos humanos, y todo ello, tal como veremos, es importante para los relatos de la experiencia de la enfermedad.

Desde la perspectiva de los lectores u oyentes de los relatos que se cuentan, la trama no es tanto una forma o estructura acabada como un compromiso con aquello que se ha dicho o leído, por lo menos en relación con los resultados o desenlaces imaginados a los que la historia pueda conducir —desenlaces temidos, anhelados, vistos irónicamente o trágicamente inevitables—. La «trama», por lo que a Meliha Hanim y a su familia se refiere, estaba incompleta: no sólo su enfermedad persistía, sino de que la familia seguía intentando averiguar qué le ocurría realmente, es decir, cuál era la verdadera historia, cuál era la historia que tenía el potencial para invocar una curación. El lector participa con la imaginación en la construcción de la «trama virtual», en tratar de extraer una configuración de lo que ha oído, en determinar la naturaleza de las relaciones entre los acontecimientos y los personajes, separando lo pertinente de lo irrelevante, concibiendo potenciales desenlaces en el mundo del texto. La actividad de la «elaboración de la trama» tiene pues una especial afinidad con la experiencia de las personas aquejadas de enfermedades crónicas debilitadoras, y la literatura sobre este concepto es especialmente útil para entender sus historias.

Cuando releo las transcripciones de las entrevistas sobre la epilepsia, que llevamos a cabo en Turquía, centrándome en la «trama» y en la «elaboración de la trama» varias cosas resultan evidentes. Por lo pronto, las entrevistas consistieron, en parte, aunque no totalmente, en una serie de relatos de desmayos o de ataques epilépticos, de experiencias ajenas expuestas como causa de estos episodios, y de los esfuerzos para encontrar un tratamiento eficaz. Para casi todas las personas que entrevistamos, estos episodios eran coherentes con un

relato más amplio de una enfermedad que se había convertido en el tema organizador básico en la vida de los afectados y de sus familias. La forma más típica representa un problema desencadenante, asociado a iniciales episodios de desmayos, seguidos en la mayoría de los casos de prolongados y persistentes esfuerzos para encontrar una curación, un curso de la enfermedad en el contexto de la vida de la persona afectada y de su familia y un imaginado final yuxtapuesto a la persistente enfermedad. En algunos casos, el problema desencadenante inicial, seguido por la búsqueda de la curación es clave para toda la estructura de la historia, mientras que en otros la historia de una vida de sufrimiento es tematizada como básica para la estructura del relato de la enfermedad.

En segundo lugar, en las narraciones de la enfermedad pueden ser identificados varios tipos de trama prototípicos, así como en los relatos específicos de los que están constituidos. Tienen una forma cultural específica, enraizada en la cultura médica popular turca. Están presentes como estructuras de la trama de las narraciones que oímos. Son también accesibles como recursos culturales para aquellos que padecen la enfermedad y tratan de dar sentido a su experiencia; es decir, son relatos plausibles que razonablemente cabe contar acerca de una enfermedad, tramas potenciales que ordenan los acontecimientos que uno experimenta.

En tercer lugar, con pocas excepciones, las narraciones son incompletas, los relatos quedan inconclusos. Son referidos a partir de la «ciega complejidad del presente a medida que son experimentados» (Ricoeur, 1981a, p. 278). En muchos casos, los actores seguían implicados en la lucha, en la búsqueda de una curación —en imaginar desenlaces alternativos, evaluando los significados potenciales del pasado y buscando tratamientos—. Quienes referían los relatos venían a ser como los lectores que están a mitad de una historia. Abordaban la comprensión de la situación problemática, de la historia a la que trataban de dar sentido, con la serie de tramas típicas que tenían a su disposición —lo que Barthes llama el *déjà-lu*, lo «ya leído»— extraídas de su repertorio cultural. Y seguían activamente implicados en «elaborar la trama» de la afección que los aquejaba, buscando una trama conforme al desenlace deseado.

En este apartado abordo cinco tipos de trama típicos que afloraron en los relatos que nos contaron. En el siguiente me extenderé en

describir la representación de los elementos «subjuntivizadores» de los relatos, en los elementos «imaginarios» que sugieren la indeterminación, una apertura a la posibilidad y al potencial de cambio y curación en la vida de los pacientes.

Nuestra investigación incluyó el estudio de treinta y dos casos concretos. Seis de ellos seis estaban localizados en Ankara, trece en una población no muy lejos de esta ciudad y otros trece en un pueblecito de sus alrededores. Doce de los pacientes eran hombres o muchachos; veinte eran mujeres o niñas; siete de los treinta y dos tenían menos de doce años; veinte sufrían (o habían sufrido) ataques epilépticos primarios parciales o generalizados, según el equipo investigador; dos fueron considerados casos probables de epilepsia; diez sufrían desmayos o ataques que no fueron considerados epilépticos.

Los relatos que nos refirieron de las historias de la enfermedad tenían varias formas de trama identificables. Aunque cabía formular otras tipologías de trama, quiero proponer cinco tipos, organizados de acuerdo con el principio de la enfermedad, con su desarrollo a lo largo del tiempo en la vida del paciente y con la jerga básica para su expresión.

La forma más común de relato refería que la enfermedad había empezado con un severo trauma emocional asociado a una experiencia aterradora o a una grave pérdida personal, que había provocado desmayos los cuales se habían repetido intermitentemente durante los años posteriores a la experiencia inicial. Estas tramas eran similares a los «síndromes de pánico» que detectamos en una población de Azerbaiyán en una investigación de campo anterior (B. Good y M. Good, 1982). En estos relatos, el trauma asociado con el principio de la enfermedad tiene un poderoso efecto en la modelación del significado básico de las configuraciones del relato. La estructura temporal de la enfermedad, con un desencadenante traumático al que solía seguir una intensa búsqueda de curación, es básico para esta forma de trama. El relato de Meliha Hanim —de la amenaza de agresión por parte de su padre— que he descrito al principio de este capítulo, siguió este patrón. Once de los treinta y dos casos refirieron relatos de esta forma, y otros tres incluían historias de un trauma emocional como, por lo menos, una de las causas de su enfermedad.

La segunda forma de relato más común refería que los ataques empezaron tras contraer unas fiebres en la infancia o después de su-

frir una herida. Las fiebres altas en la infancia, la meningitis, caerse de la cama, un joven a quien pega el maestro: eran historias con su propio drama de desesperados esfuerzos para encontrar una curación médica, de amargos recuerdos de tratamientos ineficaces a cargo de médicos de hospitales de la ciudad, de remordimiento por parte de las madres por no haber sabido proteger suficientemente a sus hijos y, en varios casos, de trágicos desenlaces con ataques asociados a serios trastornos o retrasos mentales. Aunque la etiología suele reflejar una estrategia narrativa médica en estos casos, el verdadero drama de las historias se halla a menudo en otra parte. Ocho de los treinta y dos casos relatados se ajustaban a este patrón, y otros tres consistían en relatos de fiebres o heridas como orígenes potenciales de los ataques. Tales relatos era especialmente notables en personas cuya enfermedad había empezado en la infancia. Salvo en dos casos, las historias referidas por aquellos cuya enfermedad empezó antes de los doce años seguían este patrón general o (en dos casos) achacaban al «mal de ojo» el haber contraído además unas fiebres.

La tercera forma de relato más común (seis personas) se refería a ataques que parecían haber surgido sin causa aparente. En todos estos casos, se trataba de ataques generalizados que simplemente empezaron —en todos los casos menos uno al principio o al final de la edad adulta— sin que cupiese asociarlos a ningún acontecimiento desencadenante. Por lo general, estas historias carecían, en cierto modo, de «elaboración de la trama». Los relatos se centraban en el efecto de la enfermedad en la vida del afectado, pero no incluía ningún origen ni ningún desenlace potencial. Estaban menos organizados como relatos exploratorios que aquellos en los que los comentarios sobre los orígenes estaban asociados a la preocupación por el desenlace. No está claro si la falta de origen de las historias se debe simplemente a un determinado estilo de elaboración de la trama, a un determinado patrón del principio de los ataques o a una medicalización que hace gravitar la cuestión en el ámbito fisiológico más que en el orden temporal en la historia de una vida.

La cuarta forma se refiere a varias mujeres que contaron historias de una vida de tristeza, pobreza y sufrimiento en la que los episodios de «desmayos» eran persistente e importantes. Estos relatos combinaban una característica retórica de lamentaciones, verbaliza-

das de acuerdo con su jerga como *sikinti* (preocupación, sufrimiento) y *uzuntu* (preocupación, dolor, pesar),¹⁷ relatos de desmayos (*bayilma*), historias del principio de la enfermedad asociadas a tragedias de la vida y una insuficiente búsqueda de atención médica. Casi todos estos casos eran de mujeres que inicialmente fueron seleccionadas para una historia de ataques epilépticos, pero terminaron por diagnosticarles crisis de carácter psicológico, más que ataques epilépticos. Sin embargo, estos casos unían una retórica del sufrimiento y tragedia con ataques epilépticos —explícitamente descritos como «desmayos»— de una manera que modela el contexto del significado de los ataques epilépticos de un modo más general.

Finalmente, las clásicas historias de Oriente Próximo acerca de enfermedades causadas por el mal de ojo o por la malevolencia de algún genio eran la principal característica organizativa de varias de las estrategias narrativas. Las narraciones o relatos de tres casos estaban explícitamente organizadas de esta forma; un cuarto caso incluía un relato similar; los relatos de visitas a sanadores religiosos y a templos indicaban que el potencial para leer la experiencia de la epilepsia en tales términos estaba muy presente. Esta forma de relato se utilizaba como un medio potencial de explicar los ataques epilépticos y configuraba episodios y experiencias de la enfermedad de prácticamente todos aquellos a quienes entrevistamos.

Estas formas generales de trama eran características estructurales destacadas de las narraciones que oímos. Aportaban coherencia a los relatos, ordenaban la selección y secuencia de los episodios referidos y hacían los relatos reconocibles para los demás miembros de la sociedad. Es más: eran formas narrativas accesibles a los individuos y a las familias implicadas en la elaboración de la trama de su experiencia, es decir, en la evaluación de las fuentes potenciales de los ataques o de los desmayos, que daban coherencia a varias experiencias de la vida y anticipaban el probable curso de su enfermedad y las potenciales fuentes de curación eficaces. En varios casos, los relatos que nos contaron sugerían que los aquejados o los miembros de la fa-

17. El extenso diccionario turco-inglés de Tarhan Kitabeyi (1959) da como acepciones para *sikinti* «preocupación, trastorno, embarazo, sufrimiento, debilidad, congoja, penuria, dificultad, molestia», y para *uzuntu* «preocupación, desvelo, ansiedad, trastorno, molestia, aflicción, dolor y pesar».

milia no sólo contemplaban la posibilidad de distintos desenlaces del relato que referían, sino que se atenían activamente a varias tramas como vías potenciales para interpretar su enfermedad. En el siguiente apartado examinaré con más detenimiento la concurrencia de tramas contrapuestas como una estrategia para «subjuntivizar la realidad». Sin embargo, antes de seguir adelante, referiré tres de los relatos sobre casos de epilepsia que ilustrarán las estructuras de la trama de los relatos que oímos y aportarán datos para centrarnos con más detalle en las historia, a la luz de la teoría de la respuesta del lector.

Zeki Bey

Zeki Bey era un hombre de treinta y dos años al que entrevistamos en presencia de su esposa, una hermana y su madre en su casa de un viejo *gecekondu* («barrio de chabolas») que forma en la actualidad parte de Ankara. Había tenido ataques epilépticos desde los diecisiete años. Nos contó la historia de cómo empezaron.

ZEKI BEY: Me enteré de esta manera. Salí de casa por la mañana temprano. Mi madre estaba en el hospital con mi padre, que murió a las dos de la madrugada. Yo estaba en el coche en el que suelo regresar del trabajo... un coche que venía en dirección contraria hizo señas a Ismail [el conductor]. Al ver la señal comprendí, lo comprendí, y me dije que mi padre había muerto. Por supuesto se detuvo a la derecha, hablaron, volvió al coche y nos marchamos. Yo quería ir al hospital antes de ir al trabajo. Y entonces vino un segundo hombre y cuando dijo «Te acompaño en el sentimiento» (*basin sagolsun*), perdí el conocimiento.

LA HERMANA DE ZEKI: Se cayó por las escaleras.

ZEKI BEY: Luego recobré el conocimiento. Le pegué a un hombre, Ali Haydar también le pegó y yo también le pegué. Fuimos al tanatorio; aunque, ¿qué iba a hacer yo en el tanatorio si había muerto a las dos de la madrugada? Antes no teníamos teléfono en casa, luego, por la noche, me dije que ya sabía adónde podía ir, a aquel sitio (calle u hospital) estaba *karisik* (complicado), yo no lo sabía, y cuando pegué a aquel hombre, lo atacé, estaba fuera de mí, porque no me dejaba abrazar el cuerpo de mi padre... Cuando encontré el bol [para lavar a los muertos] estaba tan alterado (*sinirli*, nervioso, alterado) que le golpeé con el bol en la frente. Se puso todo perdido de sangre, nada podía detenerme. No veía nada (estaba ciego), porque estaba muy alterado;

porque estaba muy alterado le pegué, le pegamos al hombre, por supuesto los demás estaban afuera y no sabían lo que pasaba dentro, lo que me ocurrió me ocurrió entonces, y luego continuó.

LA HERMANA DE ZEKI: Se peleó con ellos allí, cayó por las escaleras hasta el segundo piso, dando tumbos, le sangraba la nariz, iba cayendo y desde abajo le gritaban...

EL ENTREVISTADOR: ¿Te golpeaste la cabeza al caer por las escaleras?

ZEKI BEY: Ya se lo digo, al caer ocurrió de repente... antes de que cogiese el bol, no podía distinguir las cosas. Me levanté... encontré el bol, sólo recuerdo que le golpeé en la cabeza y, claro, me sacaron de allí.

LA HERMANA DE ZEKI: Le pusieron una inyección tranquilizante, allí mismo. Hasta la muerte de mi padre, no había tenido nada; ni siquiera trabajaba. Y luego empezó a trabajar.

Zeki Bey había tenido ataques epilépticos generalizados desde hacia quince años. Sin embargo, contó la historia de un modo muy directo, dramático y lacerante. La muerte de su padre y su violenta y enloquecida aflicción en el hospital no sólo sirvió como explicación causal de su enfermedad. Lo más importante es que dio textura y significado al contexto más amplio de su vida. Su hermana y el entrevistador sugirieron la posibilidad de reinterpretar el relato basado en la herida en la cabeza, más que como una historia organizada en torno al inicial trauma emocional, pero él se resistía elocuentemente. Su enfermedad tuvo un poderoso y significativo principio que dio forma y coherencia al conjunto del relato.

Los ataques epiléptico de Zeki Bey estaban razonablemente controlados, aunque costosamente. En una ocasión lo trató el «médico del seguro» con electroshocks, nos dijo él, y desde entonces había estado medicándose con elevadísimas dosis de fenobarbital. Como consecuencia de ello, tenía dificultades en el habla y somnolencia. Lo habían tratado varias veces los *hoca*, que le prescribieron plegarias curativas, pero sin resultados apreciables. Dijo que le aseguran que su problema se debía a haberse topado con genios, pero él no se lo creyó. Mientras tanto, seguía trabajando en el ayuntamiento, donde sus compañeros lo trataban bien. Su mayor preocupación es que él y su esposa no tenían hijos, y se preguntaba si se debía a su enfermedad o a los medicamentos. Esto, más que el tratamiento de la enfermedad básica, organizaba su interés en modelar el desenlace de la historia de su enfermedad.

Omer

Omer era un niño de seis años cuando llevábamos a cabo nuestra investigación. El equipo investigador le había diagnosticado ataques tónico-clónicos generalizados desde su más temprana edad y le prescribieron una medicación antiepiléptica. Vivía en una casa corriente, en un pueblo, con su madre y su padre, que trabajaba en una fábrica de Ankara, su abuela paterna y varios hermanos más. La madre y la abuela del niño participaron en la entrevista.

La entrevista empezó con la preocupación expresada por la abuela acerca de lo que decían en el pueblo de su nieto, quien tenía dificultades para hablar y para comprender. Y los chismorreos causados por las visitas del equipo médico investigador. Enseguida empezaron a explicar que habían estado buscando curación desesperadamente. «No sé a cuántos médicos lo hemos llevado, a cuántos *hoca*, lo llevamos a un *hoca* en K, lo llevamos a un templo en B, y siempre nos decían, en todas partes, que mejoraría, que mejoraría, que mejoraría...» «¿Qué hay en K...?», preguntamos. Nos dijeron que había un templo (*yatir*) con un «profundo *hoca*», que cuando llevaron al niño tenía cinco años y todavía no podía hablar, y que empezó a hablar después de que lo llevaron al templo.

Nos contaron una historia de su experiencia en el templo; primero brevemente, una historia llena de lagunas y de contradicciones, luego, a raíz de nuestras preguntas, hicieron un relato más elaborado.

ENTREVISTADOR: ¿Qué ocurrió cuando lo llevaron al *yatir*?

LA MADRE DE OMER: Lo llevamos al *yatir* y dormió allí.

LA ABUELA DE OMER: *Dede* («abuelo, derviche, jeque») dijo que «debía dormir hasta que se despertase». Dijo que «se despertaría solo». Tuvimos al niños en brazos, y estuvo durmiendo hasta que llegamos a K.

LA MADRE DE OMER: Nos dijo que teníamos que detenernos cuando se despertase.

LA ABUELA DE OMER: El *hoca* se enfadó. «Trajisteis al niño aquí antes de que hubiese nadie a su alrededor, antes de que el niño se recuperase», dijo el *hoca*. «Sólo habéis venido por el viaje», dijo el *hoca*. El niño, fuimos a K, él dijo que recobró el conocimiento (¿?). Cuando traéis adultos, se recuperan enseguida; no se recuperan pronto los niños, pero se congregan a su alrededor.

Luego siguieron contando la historia con más detalle. El *yatir* es un lugar con tumbas de santos y una fuente «que surgió de Dios». Las personas que padecen parálisis van y duermen allí, y mientras duermen «se reúnen alrededor de esas personas; y cuando lo zarandean se despierta».

—¿Quiénes se reúnen a su alrededor? —preguntamos.

—Todos los que veis —contestó la madre de Omer.

—Genios, peris, criaturas invisibles que perturban a las personas reuniéndose a su alrededor —terció la abuela.

—La persona que va allí se cura —dijo la madre.

—Ella y yo y su padre, los tres llevamos al niño allí en brazos. Y durmió allí —dijo la abuela.

La madre prosiguió: «Durmió allí muy bien. Si hubiese dormido más tiempo, se habría “ido” (¿muerto?)». Pero antes de que se despertase, lo llevaron al taxi —porque como pagaban por horas se estaba haciendo muy caro— y se marcharon.

El relato incluyó una breve explicación de que el *hoca* dijo que la enfermedad había empezado porque el niño «había pisado mierda» después de la oración vespertina. Esto condujo inmediatamente a otra historia de tratamiento en otro templo, que concluyó con estas palabras del sanador: «Cuando cumpla diez años se pondrá bien».

Una sencilla pregunta acerca de qué edad tenía el niño cuando empezó la enfermedad produjo otro relato de los principios de la enfermedad cuando el niño tenía ocho meses.

LA MADRE: Básicamente le ocurrió por el mal de ojo. Hay una mujer en el pueblo que si te mira te destruye. Esa mujer lo miró cuando tenía ocho meses y al día siguiente no podía hablar. Y echaba espuma por la boca.

LA ABUELA: Echaba espuma por la boca, eso es.

LA MADRE: Cuando echaba espuma por la boca el niño no se recuperaba hasta al cabo de tres días, no podía hablar, nada, como muerto.

Siguieron para explicar que la mujer fue a su casa y se quedó una noche a cenar, aunque iba muy sucia porque había estado pintando la casa.

LA MADRE: Antes de marcharse vestí al niño, y le puse la túnica blanca. El niño estaba bien. Y se lo acerqué. «¿Dónde has encontrado

esta "semilla búlgara"? ¿Dónde has encontrado esta "semilla extranjera"?», preguntó la mujer.¹⁸

LA ABUELA: ¡No se te ocurra decírselo!

LA MADRE: Al niño sólo le dijo eso. El niño no se recuperó. Por la mañana le dio el ataque de la enfermedad. El mal de ojo le había hecho efecto... Era muy guapo. Era risueño y limpio. ¡Tenían que haberlo visto!

Siguieron contando historias de viajes para visitar a médicos, y de ingresos del niño en el hospital, de su fracaso en recuperarse y de que sus ataques continuaban todos los meses. Nos comentaron que era muy díscolo, que pasaban un calvario para disciplinarlo, y nos hablaron de sus temores por cómo pudiera ser de mayor. Esto condujo a historias por parte de la abuela de que había tenido hijos que habían muerto de muy pequeños, que dejó a su primer marido cuando él tomó una segunda esposa y de la pensión que recibía cuando murió su segundo esposo, que ahora dedicaba a la familia. Y al poco dimos por terminada la visita.

En este caso, la trama subyacente era la de un inocente niño víctima del mal de ojo, lo que condujo a unas súbitas fiebres, desmayos y a una enfermedad e incapacitación que había persistido a pesar de los desesperados esfuerzos por encontrar una curación. Las historias referían inadecuados tratamientos en hospitales y algún alivio gracias a los sanadores religiosos. La esperanza de que llegase a producirse una curación se mezclaba con una gran ansiedad por el futuro del niño.

Kerim Bey

Kerim Bey era un joven de veintiséis años identificado como epiléptico por un equipo de investigadores; había sufrido ataques generalizados desde que tenía diecisiete o dieciocho años. Vivía con su esposa y un hijo en el tercer piso de una casa de tres plantas; en los otros pisos vivían sus padres y su hermano con su esposa y un hijo. Kerim

18. Los «turcobúlgaros», es decir, los inmigrados de Bulgaria que viven en Turquía, suelen ser rubios, de ojos azules y muy bien parecidos. También los llaman «extranjeros».

trabajaba como vigilante de seguridad en una fábrica cercana. Contestó a nuestras iniciales preguntas acerca de cómo había empezado la enfermedad con una clara historia de una aterradora experiencia que le provocó un desvanecimiento. Sus reflexiones sobre esta experiencia a lo largo de la entrevista, así como los comentarios de su esposa de su enfermedad durante una entrevista a solas con ella, las describiremos en los siguientes apartados de este capítulo.

«¿Recuerda cómo empezó?», le preguntamos. Y nos contestó con el siguiente relato.

Más abajo hay una calle. Eran las dos o las tres de la madrugada. La esposa de mi hermano estaba pariendo a su hijo. Y me dijeron que fuese a darles la noticia a sus padres. «Vamos a llevar a su hija al hospital, así que hay que decírselo.» Me despertaron y me levanté. Fui con los ojos cerrados hasta el asfalto, a la calle. Bajé tres bloques. No sé si han visto el edificio de la Oficina de Empleo que hay allí. Giré a la izquierda y luego a la derecha. Al cabo de 100 o 150 metros había unos perros negros... No sé si vieron la película de ayer, ¿cómo se llaman esos perros?

EL ENTREVISTADOR: Doberman.

Salieron tres de esos perros. Y cuando empezaron a ladrar me asusté. Di media vuelta y corrí hacia casa. Y al llegar me caí y me desmayé. Una año después, cuando salté del camión... estuve en el camión por la noche... Había vuelto por la noche de trabajar, había ido a cortar leña, llegué me duché y al salir de la ducha comí *manti* con ajo. Dormí tanto que no sé cuántas horas dormí. [Por la noche había estado descargando el camión]. Me caí del camión, desde siete u ocho metros, caía de izquierda a derecha. Y me quedé sin respiración. Caí sobre el pecho de mi padre. Mi padre estaba enfermo. Yo me había quedado enganchado con mi jersey en un gancho del camión. Me llevaron enseñada al médico del hospital. Y me dijo: «Es la fase inicial de la epilepsia». Preguntó si había comido *manti* de ajo. «Es el principio de la epilepsia —dijo—. No dejen que se preocupe por las cosas, que no sufra ansiedad, que no duerma menos de ocho horas diarias, no lo despierten antes de ocho horas». Ése fue el consejo que dio.

El joven prosiguió explicando que puede trabajar como vigilante de seguridad con la ayuda de sus superiores y de sus compañeros de trabajo. («El médico de la empresa le dijo a mi jefe que estaba incapacitado porque tenía epilepsia y que no podía trabajar como vigilante de seguridad. Pero mi jefe no le hizo caso y dijo que mi estado no era

peor que el de otros empleados que tenían diabetes, enfermedades del corazón o que llevaban gafas muy gruesas.») Pese a todo, él cree que su vida está muy gravemente limitada por la enfermedad. No puede buscar otros empleos, aunque se ve capaz de hacer otras cosas. No puede pensar en marchar al extranjero (a Alemania, por ejemplo) como han hecho muchos otros para sacar adelante a sus familias. «El problema es que no puedo hacer las cosas que quiero. Siempre temo desmayarme.» Ciertamente, sigue teniendo ataques, aunque se medica; en parte están agravados porque ha de cambiar continuamente desde el turno de día al turno de noche. Cuando se desmaya se desmoraliza. «Me deprimó. Me enfurezco. Por ejemplo, cuando recobro el conocimiento y veo a mis amigos mirándome. No es que me miren de ninguna manera especial pero me incomoda. Y siempre me pregunto, «¿Por qué me desmayo? ¿Tendrá esto cura? Y me enfurezco.»

Seguía tratamiento médico con regularidad y se sometía a terapia con fármacos. No obstante, nos comentó que uno de los médicos «me dijo que si me operaba podía ponerme bien. Pero nadie hace esta operación en Turquía y por lo tanto me dijo que tendría que ir a Alemania o a Estados Unidos». Por este medio él sigue imaginando una cura, una vida sin ataques ni temores, y, por lo tanto, una vida abierta a nuevas posibilidades. Pero esta salida de la historia no está representada sólo por su descripción de un posible tratamiento médico que pudiese cambiar el desenlace de la historia sino por varias tramas que se solapan y que dan sentido a la misteriosa aparición de los perros que lo aterrizaron, como resultó evidente a medida que se desarrolló el relato.

Elementos «subjuntivadores» en las narraciones de la enfermedad

El discurso narrativo consigue su eficacia «reclutando la imaginación del lector»,¹⁹ capacitando o provocando al lector para adentrarse en el mundo que el texto presupone. El lector de una historia bien contada

19. La frase está tomada de Bruner (1986, p. 25), así como el comentario sobre el punto de vista de Iser sobre la indeterminada relación entre el lector y el texto.

comprende la situación de los puntos de vistas de los distintos actores del drama; experimenta sus acciones y la historia como algo indeterminado, abierto, aunque el texto o el relato tenga una estructura y un desenlace fijados de antemano. La narración logra su eficacia «subjuntivizando la realidad», una expresión que tomo de Bruner (1986, p. 26), explorando la indeterminación de la realidad y estimulando tal exploración en el lector.²⁰ «Subjuntivizar es... moverse entre distintas posibilidades humanas en lugar de entre certezas asentadas», escribe Bruner (1986, p. 26). Una tarea central para el crítico que parta de la teoría de la respuesta del lector es examinar cómo estimula el texto la entrada del lector en el mundo subjuntivo de sus actores, los acerca a las distintas perspectivas de los actores y fomenta el interés por saber cómo acaba la historia.

Los relatos de la enfermedad contienen elementos subjuntivadores no meramente porque tengan una estructura narrativa y se manifiesten para suscitar una respuesta imaginativa o de identificación por parte del público. También tienen estos elementos subjuntivadores porque los narradores —las personas aquejadas de una enfermedad, los parientes que participan en su atención médica y los profesionales de la medicina— van por la mitad de la historia que están contando. Tal como he sostenido, aquellos que nos contaron historias de sus experiencias con la epilepsia estaban activamente implicados en tratar de dar sentido a la enfermedad y en tratar de influir en su desenlace. Estaban profundamente comprometidos en representar un «mundo subjuntivo» en el que la curación era una posibilidad abierta, aunque hubiesen de recurrir a los milagros. La analogía del lector

20. La frase puede proceder también de la distinción que hace Victor Turner entre el modo «subjuntivo» de la antiestructura y el modo «indicativo» de la estructura (1981, p. 159). Turner escribe: «En los ritos preliminares de separación, el «iniciando» es llevado desde la cotidiana estructura social indicativa a la estructura antisubjuntiva del proceso liminal y luego es devuelto, transformado por experiencias liminales, mediante los ritos de reagregación, a la participación estructural social de carácter indicativo. Lo subjuntivo, según el diccionario Webster expresa siempre «deseo, anhelo, posibilidad o hipótesis»; es un mundo de «como si», que va desde la hipótesis científica hasta la fantasía festiva. Es «si fuera así», no «es así». Lo indicativo prevalece en el mundo de lo que en occidente llamamos «hecho real», aunque esta definición puede abarcar desde la concreta indagación científica a cómo una situación, acontecimiento o agente canalizador produce un efecto o resultado en la descripción, por parte de una persona profana, de las características del buen sentido común o del juicio práctico sensato».

que se encuentra a mitad de un relato, que se adentra casi contra su voluntad en el mundo del texto y siguen adelante reinterpretando el pasado a la luz del emergente presente y del futuro, da sentido a diversos elementos de las narraciones que grabamos. Quiero mencionar sólo dos aspectos de las narraciones turcas que sustentan la «subjetividad» e ilustrarlos a partir de los casos que he descrito.

Primero, las narraciones sustentaban múltiples perspectivas y el potencial para múltiples lecturas. Contenían relatos de episodios asociados con el principio de los ataques o con visitas a sanadores que permitían múltiples interpretaciones de la fuente de la enfermedad, lecturas alternativas de la prognosis y el curso de la enfermedad y, por lo tanto, conservaban el potencial para la curación. A menudo, estas perspectivas estaban representadas por relatos yuxtapuestos, episodios independientes en el conjunto más amplio de la historia, con un narrador que no hacía ningún esfuerzo para establecer relaciones entre los relatos ni para seleccionar una única interpretación coherente. Las narraciones sustentaba, pues, múltiples perspectivas y puntos de vista dispares; todo ello representaba aspectos de la experiencia del narrador y la posibilidad de diversas lecturas de lo que había ocurrido, y de lo que le pudiese deparar el futuro. El carácter de provisionalidad del relato tiene, por lo tanto, una potencia creativa. Varios ejemplos lo ilustrarán. El joven al que hemos llamado Kerim empezó por contar que se había aterrorizado por los ladridos de los perros mientras corría por la población, y que eso condujo a su desmayo y a haber tenido su primer ataque mientras trabajaba en un camión después del acontecimiento. Posteriormente refirió un encuentro con un sanador que sugirió una reinterpretación radical de la historia de «terror» tal como el joven la había presentado.

El joven describió una conversación con un conocido que era un *hoca* de una familia de derviches que vivían en la región de Diyarbakir en el este de Turquía, en la que se había lamentado de que su enfermedad no tuviese cura.

Le dije que me iba a casar en septiembre y que pagaría el dinero necesario para que me operasen en Estados Unidos. El médico de aquí dijo que «tenía dos venas inflamadas» y me recetó unas pastillas. Me dijo que tenía el 80 por 100 de posibilidades de mejorar si las tomaba. Yo se lo

conté a mi amigo (el derviche) y se sorprendió. Fue durante el Ramadán (el mes de ayuno) y él iba a pasarlo en Diyarbakir (en la Anatolia oriental). Así que fue allí, y lo comentó con miembros mayores de su familia, que son *dede* (abuelos), y ellos dijeron: «¿Has hecho esto y esto?». Y él contestó: «No». Y entonces lo hizo (las cosas que le dijeron). Y prácticamente desde el Ramadán no he estado enfermo.

Su amigo volvió a ver a los derviches al año siguiente y le dijeron que «volviese a hacer lo mismo».

En mi caso sucedió esto. Estábamos sentados aquí como ahora nosotros. Él no trata a todo el mundo, ni tampoco cobra. Lo hace por caridad... Encendió dos velas. Puso agua en un bol. Los perros que vi cuando estaba adormentado en aquel primer incidente, yo cerré los ojos y se me representó la misma escena. El hombre dijo que esto es hablar con los genios, según el Corán. Sí, los genios le dijeron al derviche que yo los había pisoteado y había matado a sus hijos. Los genios dijeron: «Ésa es la razón de que lo ataquemos, de que hagamos que enferme. Y no se curará». El *hoca* empezó a temblar, cerró el libro (el Corán) y dijo que no podía seguir. Volvió a mirar el agua del bol una semana después. Y también volvió a mirar a los genios y dijo: «Bien, no vamos a atacarlo más, pero tiene que rezar tales y tales suras, antes de que se marche. Siempre estamos detrás de él». Yo dije que si no estaba curado en septiembre, iría al médico y le explicaría la situación y le diría que las pastillas que me había recetado no me habían hecho efecto, que me habían sentado mal, y que, por lo tanto, la operación, y que hiciese una radiografía para la operación. Que me operen...

Kerim Bey nos contó esta historia después del relato de la misteriosa experiencia de haber visto a una *Sari Kiz*, una «muchacha dorada» (o pálida, o rubia, o «amarilla») a última hora de una noche. Al preguntarle nosotros si la historia tenía alguna relación con el «terror» que causó su enfermedad, nos contó la historia de los genios, diciendo que era desde la perspectiva de la «vieja costumbre» (*eski adet*).

La historia del genio estaba contada desde el punto de vista de un sanador religioso. Aportaba una clara alternativa para una lectura más directa del acontecimiento original como un «terror» o un «shock» que causó el desvanecimiento y el eventual principio de la epilepsia. El relato enmarcado en otro relato de la causa de la enfermedad («ve-

nas inflamadas en la cabeza») presentado desde la perspectiva de un médico, mantiene estas lecturas alternativas de la experiencia y estructuras de la trama alternativas sin resolverlas. Ciertamente, más avanzada la entrevista, Kerim nos dio una sucinta versión de otra experiencia que podía estar relacionada con su epilepsia. («Antes de caerme del camión me peleé con un vecino. Me dio con una piedra en la cabeza. Puede que eso también causase mi enfermedad.»)

Para quienes oímos la historia, tanto como para el propio Kerim, ningún relato único, ningún único punto de vista traduce adecuadamente la experiencia. Como dijo Iser (1978, p. 109): «El errante punto de vista del lector, es también y al mismo tiempo, trascendido por el objeto que se trata de aprehender», cada relato proyecta dudas sobre los demás, y aporta una potencial alternativa interpretativa de la enfermedad y de otros relatos acerca de la misma. Nuevas experiencias requieren reinterpretación de pasadas experiencias, y sugieren nuevas posibilidades para el futuro, tanto en la vida como en la lectura («Está claro pues que a través del proceso de la lectura existe una continua interrelación entre expectativas modificadas y recuerdos transformados» [Iser, 1978, p. 111]). Pero el *telos* y el deseo que impulsa la historia hacia delante no son simplemente los de la imaginación, como en el caso del lector de una historia. Es el deseo de curación que persiste día a día, un apremiante deseo de imaginar y lograr un desenlace alternativo. La imaginación de una posible cura —la intervención quirúrgica en Estados Unidos, o de hacer las paces con los genios— da esperanza al autor y subjuntividad a la narración.

La yuxtaposición de perspectivas contrapuestas y complementarias sobre la enfermedad, representadas a través de los relatos del trauma personal, de los episodios de desmayos y de las visitas a los sanadores, podrían ser ilustrativas de muchas de las entrevistas. Meliha Hanim nos dijo que su enfermedad había empezado cuando su padre la amenazó con un cuchillo, y organizó su relato alrededor de este acontecimiento. Sin embargo, al final, ella y su esposo mencionaron que ella padecía «diabetes» y que por entonces seguía una dieta sin sal para «la hipertensión» que parecía sentarle bien. También nos habló ella de los tratamientos y prescripciones de los médicos, y de un encuentro que tenía muy grabado en la memoria con un sanador en un templo que la alivió «durante cierto tiempo». Las conflictivas implicaciones de estos relatos quedaron sin resolver. La madre y la

abuela de Omer hablaron de que la enfermedad había empezado con unas fiebres, pero luego incorporaron el relato en el contexto de una narración más amplia acerca del mal de ojo que le hizo una vecina. El diagnóstico del *hoca* lo mencionaron sólo de pasada. Las insatisfactorias experiencias con los médicos y los hospitales contrastaban con la visita al templo, que condujo a que el niño empezase a hablar.

Los diversos relatos de la enfermedad en estas narraciones representan tramas alternativas, una manera de contar la historia de diferentes maneras, cada una de ellas implicando una fuente distinta de curación y la posibilidad de un desenlace alternativo de la historia. Lo que yo sostengo no es que las personas que tienen acceso a un sistema médico plural no eligen simplemente una entre las formas alternativas de curación sino que se inspiran todas ellas, a menudo al mismo tiempo —lo que ahora es un axioma en la antropología médica—. Se trata más bien de que los relatos de la enfermedad y la experiencia de curación que representan muy distintas y, a menudo contrapuestas, formas de composición de la enfermedad están presentes en los relatos precisamente porque mantienen las características de la subjuntividad y una apertura al cambio. Las narraciones en los casos trágicos y sin esperanza, sobre todo en personas que sufrían severos retrasos mentales, mostraban poca apertura de este tipo. Aquellos que simplemente habían aceptado su enfermedad como una afección crónica que debía ser tratada con medicación apenas consideraban la multiplicidad de perspectivas presente en los relatos que he estado refiriendo. Para éstos, el trastorno era parte del «horizonte» de su experiencia, más que la «tematización» del centro de gravedad de su vida.²¹ Sin embargo, la multiplicidad de perspectivas era particularmente evidente en las narraciones de personas que estaban en las primeras fases o «en mitad» de la historia, las que aún seguían activamente implicadas en la reevaluación del pasado y en la búsqueda de un futuro abierto al cambio. Para éstas la subjuntividad era un factor básico en su construcción del objeto de su sufrimiento.

La subjuntividad estaba representada también en las narraciones a través de relatos de encuentros con lo misterioso —con lo que C. S. Lewis, en su delicioso ensayo *On Stories* llama «lo maravilloso

21. Véase Iser (1978, pp. 96-103) para un comentario de la interacción entre el tema y el horizonte en la experiencia del lector.

o sobrenatural» (1982, p. 12). Lewis sostenía que (pp. 10-15) una de las funciones del arte es «ofrecer aquello que excluyen las estrechas y exasperantemente prácticas perspectivas de la vida real». Le gustaban especialmente los cuentos infantiles y los relatos de ciencia ficción porque despiertan en nosotros el sentido de la «idea de la otredad» y, por lo tanto, la imaginación creativa: «Par construir “otros mundos” verosímiles y emocionantes sólo podemos inspirarnos en el único “otro mundo” real que conocemos, el del espíritu».

Los relatos de la enfermedad suelen incluir historias de experiencias de lo misterioso, historias que sugieren la posibilidad de una fuente de potencia o poder que nosotros rara vez buscamos en la vida cotidiana. En los relatos turcos, estaban representados por historias de experiencias fallidas, así como por el recurso a sanadores y a su visión de lo «sobrenatural». Para Meliha Hanim la amenaza de su padre, lo que ella describió como «maldad» (*ser*) no era un recuerdo lejano sino una fuerza misteriosa y viva, que brotó en sus episodios de desvanecimientos y de pesadillas. Nos explicó que, dos noches antes, al ir a acostarse, tuvo la sensación de que iba a enfermar.

Acababan de decirme que el hijo de no sé quién había muerto. Ve a verlo, me dijeron. Y fui. ¿Qué estás haciendo aquí? Y yo dije que no lo sabía, que cogí la puerta y vine. Me dijeron que mi casero había muerto. Y sucedió exactamente así. En mi pesadilla mi esposo había muerto. ¿Ha muerto tu padre?, me preguntaron. Mi padre también había muerto. Mi padre estaba diciendo que este cuchillo del mango negro es tu enemigo, hija, dijo mi padre en mi pesadilla.

Entonces interrumpió la nuera: «Verá, el mismo cuchillo, lo sigue viendo en sus pesadillas».

El mismo cuchillo —prosiguió—, el cuchillo que mi padre empuñaba, aquella noche apareció frente a mí otra vez. Dicen que ese cuchillo me matará. Y yo gritaba, gritaba, gritaba, estaba empapada en sudor durante la pesadilla. Me desperté y me vi en la cama. Y he estado sufriendo esto desde hace mucho tiempo, durante cuarenta años.

Para el lector psiquiatra, este pasaje plantea cuestiones acerca de la posibilidad de disociación o de un trastorno de estrés postraumático como diagnóstico, más que epilepsia o cualquier otro diagnóstico. Desde un punto de vista narrativo, lo que parece especialmente potente es la sensación de lo misterioso, de la activa presencia del mal

recuerdo del padre y su irrupción a través de los «desvanecimientos» en la vida de Meliha Hanim.

En el relato que Kerim hizo de su enfermedad, lo misterioso estaba presente no sólo en su historia del curandero que vio a los genios sino en su encuentro con la *Sari Kiz*, que describió en respuesta a nuestra pregunta acerca de la relación entre el hecho de que se asustase o aterrorizase y sus «desmayos».

... fue hace unos cuatro meses. Me mandaron al almacén exterior. Allí tenemos una garita, porque hace mucho frío en invierno. En invierno nieva y llueve. Un amigo mío, al que tengo aprecio, me dijo: ven, vamos a preparar té, que eso está muy cerca... Tengo sueño (dijo él) y yo le dije que se echase a descansar, que podía dormir... y fui solo a marcar en los relojes. El lugar es muy oscuro y desolado. Hay pájaros muy grandes. De repente apareció un gato; lo llaman un gato pero no sé lo que es. Se oyó un sonido procedente del gato, como el llanto de un recién nacido, como una canción de lamento (*agit*). Allí había algo..., me dije. «¡Dios mío! ¿Qué es eso?», saqué la pistola Y estaba a punto de disparar... «puede que sea uno de esos que viene», pensé. Y fui a otros sitios.

Antes, uno de nuestros amigos había ido a aquel sitio. Y le gastaron la broma de que allí había una *Sari Kiz*, como un genio, que había una *Sari Kiz*, le dijeron, que había un bebé. Y yo recordaba todas estas cosas. «¿Hay un gato?», pregunté. Saqué la pistola. Iba a dispararle. Terminé mis rondas y volví a la garita. Habíamos decidido que mi amigo y yo nos encontraríamos allí entre las seis y diez y las siete. Hice té. Comimos pan, el desayuno y todo eso, y bebimos té. «Amigo, me voy a marchar», dije. Justo después de salir de la garita me desplomé [con un ataque epiléptico]. Si hubiese caído dentro hubiese podido caer encima de la estufa y abrasarme.

Este relato se nos refirió sin llegar a ninguna conclusión. Kerim habría negado casi con toda seguridad toda creencia explícita de que los encuentros con el mundo espiritual pudiesen haber desencadenado sus episodios de desmayos, al igual que muchos niegan creer lo que les dicen los *hoca*. Tales negativas no son sólo consecuencia del reconocimiento de que los médicos y los facultativos de la universidad (como los que dirigieron la entrevista) consideran tales creencias supersticiones, sino de que una profunda ambivalencia acerca de tales «creencias tradicionales» forman parte del discurso cultural turco so-

bre el laicismo. Al mismo tiempo, las fallidas experiencias asociadas con los ataques y con las visitas a los templos están representados en recuerdos vívidos y en los relatos referidos. Aunque no totalmente «racionales» los relatos representan la presencia de lo misterioso y del potencial para el cambio. Las narraciones son especialmente apropiadas para tal representación. Como escribió C. S. Lewis: «La historia hace lo que ningún teorema puede hacer realmente. Puede no ser “como la vida real” en un sentido superficial; pero se despliega ante nosotros como una imagen de lo que la realidad pudiera ser perfectamente en una región más central» (1982, p. 15).

Estos dos elementos «subjuntivadores» de las estrategias narrativas de la enfermedad —el mantenimiento de perspectivas alternativas y la representación de lo misterioso— no son en absoluto los únicos ejemplos que podría referir. Los relatos tienen lagunas, lo no verbalizado o no explicado, que representan dimensiones desconocidas o incognoscibles de la realidad que ofrecen la esperanza de que terminarán por encontrar poderosas fuentes de eficacia que están por descubrir. La estructura indagatoria de las estrategias narrativas —los relatos de una búsqueda de curación en lo médico y en los templos por todo el país— presuponen la subjuntividad. La apertura de horizontes temporales —las representaciones del futuro como una poderosa fuente para el cambio y la curación— son básicas para el aspecto subjuntivador de los relatos. Y podríamos identificar otros.

En conjunto, estas «tácticas» subjuntivadoras de la representación narrativa aportan una visión de la naturaleza de la experiencia de la enfermedad. La enfermedad, tal como la representa la biomedicina, está localizada en el cuerpo, en lugares concretos o en procesos fisiológicos. Las narraciones de aquellos que son sujetos de sufrimiento representan la enfermedad, por contraste, como algo presente en una vida. La enfermedad se asienta en la historicidad humana, en la temporalidad de los individuos, de las familias y las comunidades. Está presente como poderosos recuerdos y como deseo. Entraña contradicciones y multiplicidad. Como ocurre con los objetos estéticos o los textos narrativos complejos, la enfermedad no puede ser representada de una forma inmediata y completa o configurar una sola perspectiva, sino que está constituida para una «red de perspectivas», como expresa Iser: «A medida que el errante punto de vista del lector se desplaza entre estos segmentos, su constante desplazamiento du-

rante el flujo temporal de la lectura los entrelaza, haciendo aflorar una red de perspectivas en las que cada una de ellas se abre a un punto de vista, no sólo de otras sino respecto al pretendido objeto imaginario» (1978, p. 197). Y la enfermedad, presente en la imaginación y en la experiencia, está constituida con una apertura al cambio y a la curación.

El lugar del sufrimiento en la narración

Antes de concluir este capítulo, es importante comentar brevemente algunos aspectos del pragmatismo de las estrategias narrativas de la enfermedad. Sería un grave error concebir las narraciones de la enfermedad como producto de un sujeto individual, una historia contada por un individuo simplemente para darle sentido a su vida. Las entrevistas antropológicas llevadas a cabo en ámbitos clínicos, sin que estén presentes más que el entrevistador y el paciente, pueden fácilmente producir el espejismo de que éste es el ámbito en el que las historias tienen su trayectoria natural. Ciertamente, mi relato de la narración de Brian acerca de su dolor crónico, en el capítulo anterior, aporta poco sentido del carácter dialógico e intersubjetivo de esta historia y su experiencia. Las entrevistas que realizamos en hogares de poblaciones turcas, aunque mucho más formales que la mayoría de nuestro trabajo etnográfico, desmienten tales espejismos. El relato de Meliha Hanim nos lo contó primero su nuera. Luego la propia Meliha nos refirió una variante de la historia, y después su esposo intervino en la conversación y contó otra versión de la «fuga» y de sus esfuerzos para ayudar a su esposa a encontrar la curación. Los relatos del pequeño Omer los refirieron exclusivamente su madre y su abuela. La esposa de Kerim y su cuñada nos contaron historias indicativas de un modo muy distinto de percibir su enfermedad de la visión que tenía él, al comentar su estado cuando él no estaba presente. En casi todos los relatos, la política familiar no sólo estaba presente como un subtexto de muchos de ellos sino que era también básico para el pragmatismo de su narración. Las estrategias narrativas eran intersubjetivas de un modo directo y obvio: eran historias que utilizaban formas culturales populares para explicar experiencias compartidas por miem-

bros de la familia; la historias estaban dialógicamente construidas, contadas a menudo en conversaciones entrelazadas de varias personas, historias cuyos referentes eran a menudo experiencias de personas distintas de los narradores, y eran historias situadas entre los autores, los narradores y el público.

Las historias que nos contaron en presencia de varios miembros de la familia a menudo parecían representar un compromiso estratégico. Las tensiones resueltas por una determinada forma narrativa solían emerger de nuevo en posteriores variantes de los relatos, o en las dimensiones retóricas y pragmáticas de la representación de las narraciones. Sólo puedo ilustrar brevemente algunas de las dimensiones pragmáticas de estas estrategias narrativas de la enfermedad, y lo haré empezando por el relato de una mujer a la que llamaré Emine.

Llegamos a la casa de una joven de veintitrés años de la población de provincias en la que estábamos trabajando. Pasamos al salón y nos vimos entre una numerosa familia de ascendencia kurda. Emine había sido identificada por el equipo de investigación neurológica como aquejada de frecuentes desmayos de origen psicológico, que consignaron en el formulario como «reacciones de conversión». Emine estaba sentada en el centro de la estancia, enorme, tranquila, con aspecto de estar deprimida y con un niño en brazos. Estaba rodeada por sus parientes políticos: una fornida y un tanto majestuosa mujer que era la madre de familia, un hijo mayor y su esposa, y la nuera más joven, la *gelin*, que acababa de incorporarse a la familia y que estaba allí sentada con patente timidez. Aunque dirigimos las preguntas a Emine, ella no dijo más que unas pocas frases a lo largo de la entrevista. Su suegra y la cuñada mayor se adelantaron a explicar el problema. Se pone *sikinti* siempre que le dices algo, lo toma todo negativamente. Se altera, se queda como envarada, se desmaya. ¿Cuándo empezó? Vino a casa a hace tres años, no sabemos si ya lo tenía antes. Está demasiado gorda. No le gustan los sitios llenos de gente. ¿Cae al suelo cuando se desmaya? Sí. Se siente deprimida (*bunaliyor*). «Lloro y entonces me siento mejor —terció Emine—. Me duele la espalda, los brazos y el pecho.»

Nos dijeron que Emine procedía de un cercano pueblo kurdo y que llegó hacía tres años para casarse con uno de los hijos de la familia. El hijo —su esposo— tenía problemas mentales. Tuvieron que hospitalizarlo y todavía tomaba medicación. Había tenido otra esposa, que lo abandonó. Se peleó e hirió a alguien, pero no lo metieron en

la cárcel porque el médico dijo que tenía esquizofrenia. Pero ahora se encuentra bien y trabaja en la brigada de limpieza del ayuntamiento.

Y luego la cuñada y la suegra nos contaron la historia. Un día, dijo la cuñada, Emine les explicó que cuando estaba en la era con su anterior esposo, se sintió mal, mareada, y no bebió agua hasta el día siguiente. Y se desmayó. No sabemos si fue a causa del sol o de los nervios, dijo la cuñada.

Entonces le pedimos a Emine que contase ella la historia, pero la cuñada prosiguió. Su primer marido había muerto. Y no sé pero a lo mejor se puso enferma a causa de ello. Dice que desde entonces ha estado enferma. Llevaban casados seis meses cuando ocurrió el accidente. Su primer marido murió al disparársele accidentalmente la escopeta y ella estaba con él. Estaban solos. Había colgado la escopeta de un árbol y al ir a cogerla se disparó. Ella se aterrorizó y se puso a llorar. Y echó a correr. Los pastores la encontraron. ¿Se recuperó de la terrible impresión? Sí, volvió al pueblo y se recuperó. Estaba encinta de dos meses cuando ocurrió el accidente. Dijo que no se casaría si tenía un varón. Pero fue una niña que murió al nacer. Luego, por supuesto, volvió a estar *uzuntu*.

Emine estaba callada. La historia la contaron exclusivamente quienes estaban con ella. Su turco no era bueno, nos dijeron, apenas hablaba más que kurdo. Había dejado a su familia en el pueblo, se había casado con el hijo esquizofrénico de aquella otra familia, se había incorporado a un hogar en el que vivían cuatro hijos, tres de los cuales estaban casados, había ingresado en una familia que aunque era de ascendencia kurda apenas hablaba más que turco. De modo que, como es natural, eran los demás los que contestaban a nuestras preguntas.

Pocos de los casos que estudiamos fueron tan dramáticos como éste. La voz de Emine se la apropiaron sus parientes políticos. No le dejaron contar su historia, puede que ni siquiera le dejaran tener una historia. Era la nuera, una extraña en una sólida familia, y hacía sólo un año que era la nuera más joven. Su historia evocaba a un esposo anterior. Estaba gorda. Tenía dolores. Sólo en su silencio, en su depresión, parecía poderosa. Su imagen allí sentada en silencio mientras los demás contaban su historia nos recordó las relaciones de poder locales por el pragmatismo de la narración. Las relaciones de poder y entre los sexos estaban expresadas no sólo en la estructura de la historia, en el punto de vista adoptado, sino en el elemental marco de

aquel a quien se le permite articular la historia, que tiene la autoridad para hablar, para construir la enfermedad, que no pertenece a un individuo sino a una familia.²²

Para mi último ejemplo me ceñiré al caso de Meliha Hanim. Como he comentado brevemente, la historia de su fuga con su esposo y la de la aparición del padre con un cuchillo nos la contaron varias veces, siempre un poco distinta; todas las versiones respecto a su sufrimiento y la atención médica proporcionada por los miembros de la familia fueron contadas con ligeras variantes.

En mitad de la conversación, antes de que se uniese a la misma el esposo de Meliha Hanim, la cuñada volvió a contar la historia, remodelando la trama.

Lo de la fuga, suele explicar ella [es decir, Meliha Hanim], pues que, claro, mi suegro —se había casado dos veces, sabe usted— y, claro, no quería casarse con él, y rezaron, él y uno de sus vecinos, rezaron con dos higos, dos higos corrientes, y un *hoca* rezó frente a ellos, a la vieja usanza, claro... Y le dieron las brevas, y después de que ella se hubo comido los higos, no pudo resistir la tentación de fugarse con mi padre. Luego, cuando ya habían llegado bastante lejos... ella lamentó haberse fugado, y quiso regresar. Y cuando quiso regresar, claro, la agarraron los dos, mi padre y su amigo. La amenazaron con una pistola. Así que tienes que seguir adelante con esto, ya que has llegado tan lejos tienes que seguir. Y así que tuvo que seguir.

Esta historia del matrimonio sitúa al marido de Meliha Hanim en una relación diferente respecto a los acontecimientos originales de los relatos anteriores. Junto a los chismorreos acerca de nuestro asistencia como investigadores, la historia ilustra los anteriores matrimonios del marido y su engaño, aunque fuese apasionado. También plantea interrogantes acerca de su autorrepresentación, en su relato sobre el prin-

22. En un excelente ensayo titulado *The Sick Who Do Not Speak* (1982) Basil Sansom describe una «apropiación» muy distinta de la voz del enfermo por la comunidad entre los aborígenes estudiados por Darwin. Aquí, debido a que las personas realmente enfermas están poseídas por la enfermedad, sus voces no son fiables. Por consiguiente sus relatos pertenecen a la «comunidad doliente» que cuida de ellos durante la enfermedad. Las nuevas versiones de este relato las hacen sólo miembros de la comunidad. Si el relato debe ser referido de nuevo se hace de un modo muy formal y detallado, porque el acto de volver a referirlo adentra al oyente en la comunidad que vela y cuida al enfermo.

cipio de la enfermedad de su esposa y de sus esfuerzos para encontrar un tratamiento eficaz. Él nos contó la historia como sigue:

No habían *hoca*, *hajji*, médicos a los que no la llevé. Había un *hoca* en el pueblo de K, se estaba construyendo una casa de dos plantas. ¡Y fui yo quien le dio el dinero para que se construyese la segunda planta! Pero no encontré curación. Creía que ella tenía epilepsia... En realidad, no está bien decir esto, yo quería casarme con ella, pero su padre no me la quería dar. Así que nos fugamos. Yo estaba en el trabajo... y al cabo de quince días vino y empezó a aporrear la puerta con un cuchillo, y alguien le dijo a ella: «Oh, Dios mío, ha llegado tu padre, te va a matar con el cuchillo». Entraron en la casa, su madre, que en gloria esté, le dijo al marido: «Ali, entra por la ventana». Porque cerraron la puerta con llave, y ella no recordaba que la ventana tenía rejas, así que de pronto cayó al suelo. Y desde entonces...

Esta historia no sólo proyecta las relaciones entre los sexos de manera distinta a cómo lo hicieron las versiones anteriores, sino que sitúan al narrador, al esposo de Meliha Hanim, de una manera distinta. En sus comentarios finales nos expresó su continuada devoción por su esposa y su anhelo de encontrar una curación.

«¿Les ha dicho alguien alguna vez que su enfermedad se debe a los genios o a los peris?», le preguntamos.

«Sí, por supuesto —contestó él—. Incluso un médico de S. me dijo que la llevase a un *hoca*. Y yo le dije: “Doctor Bey, he venido a verlo a usted como último recurso. Ya la he llevado a *hoca* y a otros médicos. Y ellos me han recomendado a usted, y por eso hemos venido.» Al precio de entonces —eso fue hace quince años— le di veinte mil liras de las de entonces. Pero no sirvió de nada. Pero, hasta que me muera me haré cargo de ella. Antes prefiero morir yo a que muera ella. Si ella muriese yo no podría seguir viviendo. Seguiré cargando con ella hasta que me rompa el espinazo.

El esposo de Meliha Hanim se había criado en el pueblo, luego fue a la ciudad y trabajó en una fábrica. Era caballeroso, refinado, y se mostraba muy cariñoso y afectuoso con su esposa. A juzgar por los chismorreos acerca de sus anteriores matrimonios, y porque miraba mucho a otras mujeres, sus expresiones de dedicación a su esposa estuvieron sujetas a distintas interpretaciones hasta el final. Y lo mismo ocurrió con todas las historias que nos contaron acerca de la enfermedad. Re-

trataban al narrador aunque hablase de la enfermedad. El sufrimiento se situaba en el ámbito de las relaciones sociales, sobre todo en la dinámica de la política familiar turca. Los relatos estaban modelados por el pragmatismo de las relaciones sociales, así como por el carácter incurable de la enfermedad y de sus dramáticos episodios.

Así pues, las estrategias narrativas representaban los «desmayos» inscritos en el marco de relaciones sociales conflictivas. Las propias historias eran «formaciones de compromiso», configuraciones que ocultaban relaciones dinámicas además de representar un ordenamiento coherente de la experiencia. Muchos relatos se analizan mejor, como dice Brooks (1984, p. XIV) acerca del texto narrativo, como «un sistema de energías y tensiones internas, compulsiones, resistencias y deseos». Concretamente, en el caso turco, tales «energías y tensiones» están presentes en la imbricación de los «desmayos» en las relaciones familiares —en las relaciones entre los sexos, conflictos generacionales y entre afines, sobre todo entre las nueras más jóvenes y sus parientes políticos—. Esto se evidenció en los propios relatos, sobre todo cuando refirieron variantes de los hechos, así como en los aspectos pragmáticos de sus narraciones.

También podemos ilustrar otros ejemplos del posicionamiento del sufrimiento a través del pragmatismo de la narración. Para muchas mujeres que no padecían desmayos epilépticos, sus relatos sobre cómo se desmayaban cuando estaban nerviosas o ansiosas sugirieron que tales episodios realzaban su poder en el seno de sus familias, a la vez que articulaban una vida de sufrimiento. Los relatos referidos por miembros de la familia o por otras personas, en ausencia de la persona afectada, nos recordó que la mayoría de los relatos que oímos nos los contaron desde el punto de vista de la persona enferma. No tenían por objeto representar la experiencia desapasionadamente, sino suscitar una comprensión concreta o una interpretación del estado del enfermo, y en algunos casos suscitar una determinada intervención de los entrevistadores.

Mi objetivo en este apartado no ha sido aportar una relación completa de categorías para analizar estas cuestiones, unas estrategias de la enfermedad completas de carácter sociolingüístico o pragmático, sino tratar de poner en evidencia que la teoría de la estrategia narrativa aporta nuevos enfoques a los antropólogos interesados en las estrategias narrativas para abordar una detenida lectura de las transcripciones de nuestras entrevistas y observaciones etnográficas.

La modelación narrativa de la enfermedad

En este capítulo he examinado lo que podemos aprender acerca de la modelación cultural de la enfermedad a través de un detenido análisis de los relatos que refieren las personas sobre sus experiencias. Dos clases de corolarios parecen apropiados: primero, unas pocas palabras acerca de lo que podemos aprender de la epilepsia en la cultura turca a partir de tales análisis; y, segundo, una revisión más general del papel de la narración en la modelación de la enfermedad.

He empezado este capítulo planteando cuestiones acerca de la relación entre «desmayos» y «epilepsia» en la cultura turca al hilo de los relatos de Meliha Hanim acerca de su enfermedad. A lo largo de nuestra investigación pareció claro que la epilepsia pertenece a un discurso popular dentro del más amplio ámbito de los «desmayos». Esto no debería sorprender, y no sólo porque los desmayos son menos estigmatizadores que la epilepsia en la cultura turca. Aunque la epilepsia es generalmente representada en la biomedicina y en la cultura médica popular norteamericana como una enfermedad originada en una concreta región del cerebro, claramente diferenciable de los desmayos histéricos o funcionales de origen psicológico, esto no era así no hace demasiado tiempo, concretamente en el siglo XIX tanto en Europa como en América. El hipnotismo, la histeria y la epilepsia estaban estrechamente entrelazados en la historia de la psiquiatría europea, y los neurólogos más destacados de la segunda mitad del siglo XIX —Charcot con su colega Paul Richer en el hospital de la Salpêtrière en París y William Gowers en el National Hospital de Londres— consagraron buena parte de sus escritos e investigaciones a describir la «histeroepilepsia» y a identificar los ataques resultantes de lesiones en el córtex cerebral.²³ Ciertamente, recientes trabajos sobre la «epilepsia temporolímbica» han tratado de nuevo de ampliar la categoría de la epilepsia para incluir una variedad de trastornos del comportamiento que parecen estar acompañados por inusuales detecciones

23. Véase Thomson (1976) para una original visión de las relaciones históricas entre hipnotismo, histeria y epilepsia. Para un breve comentario sobre Charcot y Gowers acerca de la «histeroepilepsia», véase Massey y McHenry (1986). Para un interesante comentario sobre Charcot y su obra, a cargo de un médico norteamericano que viajó a Francia y estuvo en el hospital de la Salpêtrière para observar a Charcot y su trabajo, véase Morton (1889).

en los encefalogramas en la región temporolímbica (véase Spiers y colaboradores, 1985, para un resumen). De ahí que la fenomenología no permita una clara distinción de los tipos o de los orígenes de los ataques epilépticos y los «desmayos».

Los «desmayos», en cuanto objeto cultural, condensan una red de significados. Esta red semántica incluye experiencias traumáticas de terror, shock y graves pérdidas personales; expresiones generalizadas de sufrimiento, ansiedad y aflicción (*sikinti* y *uzuntu*); ataques de los genios y de «mal de ojo», y formas severas de ataques, incluyendo aquellos catalogados claramente como epilépticos, así como la locura y el retraso mental. Todo ello está vinculado a los desmayos no sólo simbólicamente, a través de varias «conexiones semióticas», de modelos explicativos y de las expresiones de congoja. Están también vinculados a la lógica especial de las narraciones. Los relatos organizados alrededor de formas de trama prototípicas detectan los orígenes misteriosos en estos diversos ámbitos de la experiencia. La «red de perspectivas» accesible en estos relatos permite que el «punto de vista errante» constituya un «pretendido objeto imaginario» que excede, y es excedido por, los comportamientos dramáticos y la pérdida del conocimiento asociados a los ataques epilépticos (Iser, 1978, p. 197). Y estos relatos no distinguen con claridad los desmayos epilépticos de los no epilépticos.

Las historias que nos contaron recuerdan también experiencias vívidas con médicos y sanadores. Casi todas las personas a las que entrevistamos recurrieron a los médicos en busca de tratamiento, aunque con diversa suerte. Algunos seguían medicaciones anticonvulsivas estándar; otros siguieron buscando activamente un tratamiento curativo, y otros desesperaron de llegar a curarse. Casi todos habían buscado la curación a través de la mediación religiosa, y los relatos que referían la perspectiva de los sanadores ampliaron el ámbito imaginativo de la enfermedad, aunque a menudo lo contaban con escepticismo e ironía. Los relatos también referían historias de ambiciones frustradas, de pérdida de estatus y oportunidades, de amenazas al honor familiar, todo lo cual es parte de la experiencia de los recurrentes ataques epilépticos. Al mismo tiempo, muchos epilépticos seguían trabajando, se habían casado y tenían hijos, y añadían que su enfermedad no les impedía hacer y conservar amistades. Estos relatos, tanto como aquellos acerca de la causa de los ataques epilépticos severos,

están incluidos en el *corpus* de relatos que constituyen los desmayos como un ámbito de la cultura popular turca.

A un científico de la medicina social le tienta enumerar las creencias culturales relativas a la causa y curso de la epilepsia, así como comparar estas creencias con otras sociedades. Como es natural, las personas razonan acerca de la enfermedad, y la cultura aporta la lógica de esta racionalización. Sin embargo, me he resistido a esta tentación para centrarme en la estructura del razonamiento. La transformación de estas estrategias narrativas, y de las modalidades de respuesta estética asociadas a los relatos, en «creencias» o «explicaciones» serían sumamente desorientadoras. El lenguaje de la creencia y de la racionalización arrastra larga cadena de asunciones analíticas asociadas al progreso de la ciencia, que legitima el lenguaje de la medicina y realza el sentido de distancia entre nosotros y los demás, tal como he descrito en el capítulo 1. Además, describe con dificultad las similitudes y diferencias interculturales en la modelación narrativa de la realidad, las complejas relaciones entre el relato y la experiencia, y la experiencia estética asociada a los relatos y a la constitución de la enfermedad como un ámbito cultural. He venido sosteniendo que la detenida atención a la narración y a las formas narrativas de representación de la realidad aporta una visión de los procesos sintéticos a través de los que se constituye la enfermedad, a la vez que dice mucho de nuestras preocupaciones prácticas por la modelación cultural de la enfermedad asociada a trastornos tan dramáticos como los ataques epilépticos. Esto me conduce a realizar algunas observaciones finales sobre el análisis de las estrategias narrativas de la enfermedad.

Existe una razón obvia para rechazar la analogía de la enfermedad y su interpretación con la lectura de la literatura de ficción. La enfermedad es demasiado real, y ni los temores ni el dolor que suscita «pueden ser desestimados». ²⁴ Toda analogía con experiencias tales como las de la «ficción» tiene el potencial de devaluar el sufrimiento y de tergiversar la esencia misma de la experiencia. Sin embargo, la

24. Esta frase se refiere a la clásica definición de Berger y Luckmann de la «realidad» como «una característica que pertenece a los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (y que no podemos "desestimar")» y del «conocimiento» como la certeza de que tales fenómenos son reales y que «poseen características específicas» (1966, p. 1).

enfermedad como algo que está imbricado en la vida sólo puede ser representada a través de una respuesta conceptual creativa. Su «presencia» en el cuerpo debe ser representada «en el cuerpo», en la vida. Y este proceso, más aún que los procesos referenciales y «elocutivos» de la representación biomédica, exige una respuesta estética, un proceso activo y sintético de constitución en un esfuerzo por comprender lo que está ciertamente ahí pero cuya forma es indeterminada.

Desde Aristóteles los filósofos y los teóricos de la literatura han tratado de reducir la brecha entre los objetos estéticos y la realidad, y por eso han detectado poderosas referencias a la realidad y la significación tanto en la poesía como en la ficción. Ricœur (1981a, pp. 274-296) aboga en términos similares por reducir la brecha entre «ficción» e «historia». Aunque las experiencias de la enfermedad distan mucho de ser «ficticias» hay razones para reducir la brecha entre ficción y realidad en el contexto de los estudios culturales de la enfermedad —la enfermedad real en pacientes contemporáneos, no simplemente su representación en la literatura o en los mitos tribales— indagando en las características narrativas de la enfermedad en toda su realidad. Podemos enumerar varias razones.

Primera: gran parte de lo que conocemos acerca de la enfermedad lo sabemos a partir de los relatos que hacen los enfermos de sus experiencias, los familiares, médicos, sanadores y otros miembros de la sociedad. Es así de sencillo. «Una enfermedad» tiene una estructura narrativa, aunque no es un texto cerrado, y está compuesto como un corpus de relatos. Segunda: los relatos no son sólo un medio a través del que se objetiva la experiencia de la enfermedad, se comunica y se informa de ella a los demás. Son también un medio básico para modelar la experiencia y hacer las experiencias pasadas accesibles a los propios pacientes. La experiencia significativa permanece almacenada en la memoria como relatos, y el hecho de recordar y relatar tales historias permite acceder a las experiencias inmediatas.

Tercera: las estrategias narrativas de la enfermedad —tanto el *corpus* de episodios como el relato más amplio de la «historia» de la vida o de la enfermedad al que contribuyen— tienen elementos comunes con la ficción. Tienen una trama, la sucesión de hechos está ordenada como historias o secuencias de acontecimientos, aporta una configuración. Tienen indeterminación y un final abierto: las acciones terapéuticas, los motivos de los participantes y la eficacia de las inter-

venciones y los acontecimientos son susceptibles de reinterpretaciones a medida que avanza la vida y se revelan aspectos ocultos inaccesibles a la ceguera del presente. No hay un juicio definitivo acerca de su significado o significación. Las narraciones están organizadas como argumento y lucha y como un despliegue de los deseos humanos.

Cuarta: una vez referidos, los relatos de la enfermedad se liberan de su ámbito discursivo original o preformativo. Están «entextualizados», en el sentido que Ricœur (1981a, pp. 197-221) da a la expresión.²⁵ Son relatados y vueltos a relatar, se tornan accesibles a múltiples «lectores». Sus efectos e interpretaciones son impredecibles; no pueden ser controlados por el autor, por el narrador de la historia.

Quinta: el paciente no es un mero narrador de historias, sino en varios e importantes aspectos, se comporta de modo similar a un «lector». Todo enfermo «va por la mitad de la lectura de una historia», a menudo se siente impotente para influir en el desenlace, revisa constantemente las reinterpretaciones, juicios, esperanzas y expectativas a medida que avanza el tiempo narrativo. La enfermedad sólo puede ser comprendida si se constituye como por un acto sintético, eso es, dando un sentido más amplio a lo que sólo puede ser experimentado en momentos concretos y desde unas perspectivas limitadas. Los tratamientos médicos adentran al paciente a nuevos mundos imaginativos, ya sea en los mundos especializados de la biomedicina o en otras formas de atención médica. Muchos aspectos nuevos de la experien-

25. Críticas bastante adecuadas del formalismo implícito en la analogía de la «cultura como texto» suele prestar poca atención a la formulación de Ricœur acerca de cuál es la fuente primordial para gran parte del análisis cultural que se inspira en esta analogía. En *The Model of a Text: Meaningful Action Considered as a Text* (1981a, pp. 197-221), Ricœur empieza con un análisis de la diferencia entre el discurso oral y el texto. La «entextualización» libera el discurso de su contexto conversacional, hace accesibles las palabras del hablante a un público diverso en el espacio y en el tiempo. El hablante pierde el control de las palabras y de sus interpretaciones, así como de la presentación del yo. Y el mundo referencial del texto desborda la situación del discurso oral. Según Ricœur esto es cierto también para la acción social que se «entextualiza». Un acto tiene consecuencias más allá de la situación inicial de la acción, tal como es registrada, recordada y descrita por aquellos que participan o que sólo oyen de segunda mano los relatos de la acción. Y la narrativización es, a mi entender, uno de los medios primordiales mediante los cuales la enfermedad se «entextualiza». Los relatos de la enfermedad son referidos de persona a persona, reflejados en historias clínicas así como en la memoria de la comunidad. No es de extrañar que tal recurso sea utilizado por el enfermo o por su familia para referir un relato que represente la enfermedad y a quien la sufre del modo más positivo. Y tampoco cabe sorprenderse de que tales relatos se presten a ser puestos en tela de juicio.

cia son «tematizados», mientras que otros se pierden en el horizonte. La enfermedad supone una confrontación; capta nuestra atención. Está llena de «lagunas», nos enfrenta a lo desconocido y a lo incognoscible, que provocan una respuesta imaginativa. Todas éstas son características que Ingarden (1973), Iser (1978), Ricœur (1981a, 1984) y otros han mostrado que están presentes en la fenomenología de la lectura.

Finalmente, la enfermedad y las narraciones de la enfermedad tienen el potencial de remodelar la realidad en relación con lo inesperado, lo no ordinario, lo problemático, lo misterioso. Bruner (1986, p. 24) escribe que «las historias de mérito literario ... ofrecen un mundo novedoso y extraño, lo rescatan de la obiedad, lo llenan de lagunas que incitan al lector, en el sentido de Barthes, a convertirse en un escritor, en un forjador de un texto virtual en respuesta al texto real. A la postre, es el lector quien debe escribir por sí mismo lo que él pretende hacer con el texto real». Y así ocurre con la enfermedad. A la vez que provoca sufrimiento, dolor y malestar, cuando la enfermedad es transformada como una narración, tiene el potencial de despertarnos de la convencionalidad y de su finitud, suscitando una respuesta creativa y revitalizando el lenguaje y la experiencia.

C. S. Lewis sostuvo que las narraciones deben ser organizadas como una serie de acontecimientos, si queremos considerarlas historias, pero que esta serie «es sólo realmente una red para captar otra cosa. El verdadero tema puede ser, y acaso lo sea habitualmente, algo que carece de secuencia...» (1982, p. 17). El forcejeo entre la trama y el tema, entre la sucesión de acontecimientos y las grandes ideas que creemos que están representadas en esa particular serie de acontecimientos, es tan característico de la vida como de las narraciones. Y, como en la vida, las grandes ideas suelen eludir también el relato. No es sorprendente que Lewis concluya (1982, p. 19): «Si el relato fracasa en este aspecto, ¿no incurre la vida en el mismo fallo?... Si la trama del autor es sólo una red, por lo general imperfecta, una red hecha de tiempo y de acontecimientos para captar lo que en realidad no es en absoluto un proceso, ¿acaso es la vida mucho más?... Tanto en la vida como en el arte, o así me lo parece, estamos siempre tratando de atrapar con nuestra red de momentos sucesivos algo que no es sucesivo». Los relatos, acaso más que cualesquiera otras formas, permiten entrever las grandes ideas que a menudo parecen eludir la vida y de-

safiar la descripción racional. Los relatos de la enfermedad dan a menudo la impresión de aportar un entramado muy fino para captar tales ideas. Ésta es la razón de que los antropólogos suelen centrarse en los relatos de la enfermedad y del sufrimiento para despertar a ideas que intuimos que están presentes en las vidas de los demás. Presentes, pero no fácilmente descritas.

6 La reificación y la conciencia del paciente

El problema marxista: la reificación

Por medio del análisis cultural de una enfermedad y su tratamiento en Estados Unidos en 1978, quiero llamar la atención sobre dos problemas planteados por el marxismo y por la antropología que conciernen al significado moral y social de las "cosas" biológicas y físicas. Quiero demostrar que cosas como los signos y los síntomas de una enfermedad, tanto como la técnica de la curación, no son "cosas en sí mismas", no son sólo biológicas y físicas, sino que son, también, signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana.

El problema que planteó el marxismo surge del famoso ensayo de George Lukács publicado en 1922 titulado "La reificación y la conciencia del proletariado", un ensayo que tuvo un impacto explosivo sobre el movimiento comunista europeo, en gran parte debido a su crítica del "materialismo histórico" como fue desarrollado por Engels, Lenin y los teóricos del Partido Social Demócrata Alemán. Esencialmente, Lukács denunciaba que el concepto de objetividad sostenido por la cultura capitalista no era más que una ilusión estimulada por las relaciones capitalistas de producción, y que este concepto de objetividad había sido asimilado inconscientemente por los críticos marxistas, quienes, por lo tanto, estaban apoyando categorías básicas de la organización social que creían impugnar. Lukács intentó estructurar una sociología crítica del conocimiento burgués que atacaba la teoría del conocimiento, o epistemología, que él consideraba básica para la cultura capitalista. Las antinomias kantianas y neokantianas entre los "hechos" y los "valores", tanto como las teorías

empiristas del conocimiento que dividen tajantemente la "objetividad" de la "subjetividad" eran, en la opinión de Lukács, instrumentos del pensamiento que reproducían la ideología capitalista (a pesar de ser desarrollados dentro de una estructura de análisis del así llamado "materialismo histórico"). Consideraba este autor que el origen de las formas de pensamiento que tomaban como evidentes las categorías capitalistas de lo real se encontraban en lo que denominaba "la estructura de la mercancía", y uno de los objetivos principales de su ensayo era llamar la atención sobre la importancia central que tenía el análisis de las mercancías en la descripción y la crítica que Marx hace del capitalismo. Lukács aseguraba que en este período de la historia no existía ningún problema que no surgiera de la cuestión de la estructura de la mercancía, que era el problema estructural central de la sociedad capitalista en todos sus aspectos. El fenómeno de la reificación era algo intrínseco a este problema: la cosificación del mundo, las personas y la experiencia, pues todo esto está organizado y reconstituido por el intercambio del mercado y la producción de las mercancías. La base de la estructura de la mercancía, escribió Lukács, "es que la relación entre la gente adopta características de una cosa y de esa manera adquiere una 'objetividad fantasmal', una autonomía que aparenta ser tan estrictamente racional y abarcadora que oculta cualquier indicio de su verdadera naturaleza: la relación entre las personas".¹

Mi preocupación se centra en la objetividad fantasmal de la enfermedad y su tratamiento en nuestra sociedad porque, al negar las relaciones humanas encarnadas en síntomas, signos y terapias, no sólo las estamos mistificando, sino que también estamos reproduciendo una ideología política a modo de ciencia de (aparentemente) "cosas reales": la cosificación biológica y física. De esta manera nuestra objetividad, en su representación por la medicina, representa axiomas culturales básicos y modula las contradicciones inherentes a nuestra cultura y a nuestra concepción de la objetividad. Antes de continuar con esta exposición, quiero ejemplificar estas premisas, de orientación demasiado abstracta, por medio de un análisis etnográfico concreto de una enfermedad. Pero antes de hacerlo, debo

llamar la atención sobre un problema que planteó la antropología, concretamente, el clásico análisis sobre la brujería de los azande publicado en 1937 por Evans-Pritchard.²

El problema antropológico: el cuerpo biológico y el cuerpo social

Seguramente es una perogrullada decir que el sentido del cuerpo y del yo cambia a través del tiempo y varía entre diferentes culturas. En la cultura capitalista moderna el cuerpo adquiere una fenomenología dualista, tanto de cosa como de mi ser, cuerpo y "alma". Basta considerar los capítulos de Sartre sobre el cuerpo en *El ser y la nada*.³

Por supuesto que los médicos que me han atendido, los cirujanos que me han operado, han podido tener una experiencia directa con el cuerpo que yo mismo no conozco. No estoy en desacuerdo con ellos. No pretendo carecer de cerebro, corazón o estómago. Pero es de suma importancia elegir el orden de nuestros retaceados conocimientos. En tanto y en cuanto los médicos han tenido alguna experiencia con mi cuerpo, ha sido con mi cuerpo en medio del mundo, como es para los otros. Mi cuerpo, como es para mí, no se me aparece en medio del mundo. Por supuesto, en una radiografía he podido ver la imagen de mis vértebras en una pantalla, pero yo me encontraba afuera, en medio del mundo. Yo estaba aprehendiendo un objeto constituido en su totalidad como un esto, rodeado de otros estos, y era sólo a través de un proceso de razonamiento que lograba referirlo a mí: era mucho más mi propiedad que mi ser.

Mientras oscila entre mi propiedad y mi ser, especialmente cuando lo ataca alguna enfermedad, mi cuerpo me pregunta: "¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora?". Como observó Evans-Pritchard, estas son las razones principales por las que los azande atribuyen una enfermedad grave o una desgracia a hechicerías o brujerías: a la disposición maliciosa de relaciones sociales especialmente relevantes. La ciencia, como la conocemos hoy en día, no puede explicar el significado humano de los efectos físicos. Para expresarnos en términos de todos los días,

la ciencia, al igual que la ciencia médica, puede explicar el "cómo" pero no el "por qué" de la enfermedad; puede apuntar a las cadenas de causa y efecto, pero al por qué me tocó en este momento y no en otro, o por qué me tocó a mí y no a otro, la ciencia médica sólo puede responder con una variedad de la teoría de las probabilidades, que no es satisfactoria para la mente que busca certidumbre y sentido. En la práctica azande los temas del "cómo" y del "por qué" se fusionan: la etiología es simultáneamente física, social y moral. La causa de mi evidente desgracia física se encuentra localizada en mi nexo de relaciones sociales que incluye la injusta malevolencia de otro. Esta propiedad de mi nexo social se manifiesta en síntomas y signos físicos. Mi enfermedad es una relación social y el tratamiento debe encarar esa síntesis de orden moral, social y físico.

En relación con esto surgen dos problemas. El primero, ¿los pacientes de nuestra sociedad se preguntan lo mismo que los azande a pesar de los desencantos de nuestra época y su incredulidad con respecto a la hechicería y la brujería? El segundo, ¿no hemos falseado la epistemología azande, siguiendo a Evans-Pritchard, al tratar de distinguir el "cómo" del "por qué", "el hecho" del "valor", y las causas inmediatas de las últimas? A menos que entendamos claramente desde el principio que estas no son distinciones nativas destacadas, sino que son necesidades nuestras para poder entender una epistemología foránea, no comprenderemos lo que está en juego. La distinción más saliente que debe ser tomada en cuenta es que en la epistemología azande hay una concepción muy diferente de los hechos y de las cosas. Los hechos no están separados de los valores, las manifestaciones físicas no están desgarradas de sus contextos sociales y, por lo tanto, no se requiere un gran esfuerzo mental para leer relaciones sociales dentro de los acontecimientos materiales. Es un problema específicamente moderno cuando cosas como mis órganos corporales son en un momento meramente cosas y, en otro, me cuestionan insistentemente, con una voz demasiado humana, sobre el significado social de su mal-estar.

Paul Radin, en su análisis del concepto del yo en sociedades "primitivas", hace hincapié en lo mismo. Señala que la forma objetiva del ego en esas sociedades generalmente es sólo

inteligible en términos del mundo exterior y de otros egos. En lugar de ver al ego como una cosa en sí, se lo considera indisolublemente integrado con otras personas y con la naturaleza. "Una concepción de la vida puramente mecanicista", concluye, "es imposible. Las partes del cuerpo, las funciones fisiológicas de los órganos, tanto como los objetos materiales tomados por objetos en la naturaleza, son meros símbolos, *simulacra*, de la entidad psíquico-física esencial que se encuentra detrás de ellos."⁴

Mientras oscila entre ser una cosa y mi ser, mientras se somete pero aún logra liberarse de la cosificación, mi cuerpo responde con un lenguaje que es tan cotidiano como alarmante. Pues el cuerpo no es sólo este mosaico orgánico de entidades biológicas. Es también una cornucopia de símbolos altamente significativos: líquidos, aromas, tejidos, superficies diferentes, movimientos, sentimientos, ciclos de cambios constituidos por el nacimiento, el envejecimiento, el sueño y la vigilia. Por sobre todo, es con la enfermedad y sus aterradores fantasmas de esperanza y desesperación que mi cuerpo madura como pocas otras cosas, para codificar lo que la sociedad considera como lo real... sólo para impugnar esa realidad. Y si el cuerpo se convierte en semejante depósito de generación de significados sociales, entonces es en la terapia donde encontramos la entonación finamente calibrada, en que la ratificación de las categorías engendradas por la sociedad y la fabulación de la realidad llegan a su plenitud.

En toda sociedad, la relación entre médico y paciente es más que una relación técnica. Es, en gran parte, una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. La persona enferma es una persona dependiente y ansiosa, maleable en las manos del médico y del sistema de salud, y vulnerable a su manipulación y a su moralidad. La persona enferma se precipita en una vorágine de preguntas sobre las cuestiones más fundamentales concernientes a la vida y la muerte. La rutina cotidiana de aceptar más o menos sin cuestionamientos el sentido de la vida se ve abruptamente interrumpida por la enfermedad grave, que tiene su propio modo de transformarnos a todos en metafísicos y filósofos (para no mencionar a los críticos de una

sociedad que deja a sus enfermos y sus familias que se defiendan como puedan). Esto le proporciona al médico una poderosa puerta de ingreso a la psique del paciente, y también supone una desestructuración de la comprensión convencional del paciente y de su personalidad social. La función de la relación entre el médico y el paciente es la de reconstruir ese entendimiento y esa personalidad: recuperarlos para el seno de la sociedad e insertarlos firmemente dentro de los principios epistemológicos y ontológicos de los cuales surgen las premisas ideológicas básicas de la sociedad. En la práctica clínica moderna y en la cultura médica esta función está camuflada. El tema del control y de la manipulación se oculta bajo el aura de la benevolencia. El carácter social de la entrevista médica no se hace inmediatamente evidente de la misma forma que en los ritos curativos comunales de las sociedades "primitivas". Entre nosotros la consulta y la curación ocurren en ámbitos privados e individuales, y los componentes morales y metafísicos de la enfermedad y la curación se ocultan por medio del uso del modelo de la ciencia natural.

Como ha destacado recientemente Susan Sontag,⁵ si bien los síntomas y los signos de la enfermedad generalmente tienen una calidad demasiado material, aparte de eso son algo más. Podemos decir que son hechos sociales, tanto como físicos y biológicos. Vislumbramos esto si reflexionamos sólo por un momento sobre los significados enormemente diferentes transmitidos por signos y síntomas en distintos momentos de la historia y en diferentes culturas. La obesidad, la delgadez, la sangre en la orina, ni hablar de la sangre *per se*, el dolor de cabeza, las pesadillas, la fatiga, la tos, la visión borrosa, los mareos y demás cosas, adquirieron sentidos y significación vastamente distintos en los diferentes momentos de la historia, en las distintas clases sociales, y así sucesivamente. Acá se plantean dos temas. Las manifestaciones de una enfermedad son como símbolos, y el médico que hace el diagnóstico los ve y los interpreta con el ojo entrenado por las determinaciones sociales de la percepción. Pero esto es negado por una ideología o una epistemología que considera a sus creaciones como cosas "allí", cosas sólidas y sustanciales en sí mismas. Nuestras mentes, como cámaras fotográficas, o como papeles carbónicos,

no hacen otra cosa que registrar fielmente los hechos de la vida. Esta ilusión se encuentra omnipresente en nuestra cultura, es a lo que se refería Lukács como la reificación que surge de la estructura de la mercancía, y la práctica médica es una manera singularmente importante de mantener la negación en cuanto a la facticidad social de los hechos. Las cosas, por ende, toman vida propia, separadas del nexo social que las originó, y quedan encerradas en su propia autoconstitución.

Hoy, en varios rincones y escondrijos llamados consultorios, hay diagnosticadores que intentan encontrar los mismos elementos y, cuando los encuentran, no dicen: puedo vincular estas cosas y, si me parece, llamarlas histeria (del mismo modo que un niño pequeño puede dividir sus bolitas, tanto por tamaño como por color o como por edad); más bien el diagnosticador, cuando ha completado su subdivisión, asevera: "¡Este paciente es un histérico!" Aquí pues está el creador negando la autoría de su creación. ¿Por qué? Porque a cambio recibe un premio mayor: la reafirmación de que allá afuera hay un mundo estable, no es todo una fantasía de su mente.⁶

Acá se nos revela la negación de la autoría, la negación del parentesco y la negación de la reciprocidad del proceso, hasta el punto donde el batallón de supuestos, saltos de fe y categorías *a priori* se ratifican como verdaderos y naturales. En otras palabras, lo arbitrario del signo no se confirma y deja de considerarse arbitrario porque se fija en el paciente, asegurando con esto la semiótica de la *langue* de la enfermedad. Y si con esto el diagnosticador se asegura sobre la realidad del mundo por su cosificación en letras de imprenta, y deja de lado la incomodidad de encontrarse demasiado próximo a la realidad, a lo que no es más que la construcción social de ella, no es que todo está "en su cabeza", sino que todo está en la relación entre médicos y pacientes que comienza a peligrar. La relación se elabora y se rompe. La reciprocidad cae frente al asalto del cual es víctima. Del mismo modo, el paciente y el concepto de enfermedad han sido retomados al servicio de construir una realidad cuya estabilidad, que no puede ser negada mientras haya expertos profesionales avalándola, está, sin embargo, propensa a altercados violentos a medida que la presión de la

negación de la autoría y de la reciprocidad hace sentir su presencia. Esta presencia de la negación está ella misma enmascarada por la ilusión de una reciprocidad de otro tipo: las amabilidades automatizadas al pie de la cama y la cultura del cuidado del paciente. Foucault hace hincapié en esto, en términos que pueden aplicarse a toda la ciencia clínica moderna, cuando debate los cambios en la psiquiatría:

La locura ya no existe más, excepto como *percibida*. La proximidad instituida por el asilo, una intimidad que ni las cadenas ni los barrotes podrían violar nuevamente, no permite la reciprocidad; sólo la cercanía de la observación que vigila, que espía, que se acerca sólo para ver mejor, pero se aleja aun más, ya que sólo acepta y reconoce los valores del Extraño. La ciencia de las enfermedades mentales... no sería un diálogo...⁷

La práctica médica, al hacer esto, produce inevitablemente grotescas confusiones en las que todos tropezamos, manoteando cada vez más patéticamente en busca de la seguridad en un mundo hecho por el hombre, que no percibimos como social, humano ni histórico, sino como un mundo de objetos *a priori* que pertenecen únicamente a sus propias fuerzas y a su ley, cuidadosamente esclarecidas para nosotros por expertos profesionales, como los médicos. Se alientan sutilmente varios mensajes políticos por medio de todo esto, dirigidos a los que nos convertiremos en pacientes, y todos nos convertimos en pacientes alguna vez, y todos somos pacientes, en un sentido metafórico, de los "médicos" sociales que se dedican a nuestras necesidades. No confíen en sus sentidos. No confíen en la sensación de incertidumbre y de ambigüedad que sobreviene inevitablemente cuando los sentidos condicionados por lo social intentan orquestar la multitud de significados conferidos a cosas que, sin esto, se presentan como mudas. No contemplen rebelarse contra las verdades de la vida, pues éstas no están hechas parcialmente, de alguna manera importante, por el hombre, sino que están irreparablemente aprisionadas en el dominio de la materia física. Hasta el punto en que la materia puede ser manipulada, permítanle hacer eso a la "ciencia" y a su médico.

El paciente

A modo de ilustración (preservando rigurosamente el anonimato de las personas y de las organizaciones involucradas), quiero analizar la situación de una mujer blanca, de 49 años, de clase social baja, con una historia de múltiples internaciones en el hospital durante los últimos ocho años, con un diagnóstico de polimiositis (inflamación de muchos músculos). De acuerdo con las autoridades médicas, esta es una enfermedad crónica y letal, que consiste en el deterioro progresivo de los músculos. Clasificada como una enfermedad reumatoidea de causa desconocida, el tratamiento consiste principalmente en el suministro de grandes dosis de esteroides, en los momentos en que la enfermedad se exacerba, para lograr la desinflamación de los músculos. Me encontré con ella en la sala de un prestigioso hospital-escuela, en 1978, donde charlamos durante unas cuatro horas en cinco ocasiones. Me presenté como médico y antropólogo, interesado en el punto de vista de los pacientes sobre la enfermedad.

Ella describió su afección como una enfermedad de los músculos. Se deterioran y es terminal. Es un cansancio terrible, me dice, que viene y se va en relación con el estrés. Lo que le preocupa es estar sin control durante las fases agudas. Como ella misma lo expresa, el circuito que vincula su mente con su cuerpo se desconecta. El altillo se desconecta del sótano. Cuando da ejemplos, es siempre en situaciones en que está trabajando para otros: por ejemplo, lavando platos. Cuando se la interrogaba sobre cuál podría ser el motivo de su enfermedad, sucedía que se preguntaba constantemente por qué la tenía, no cesaba de preguntarse: "¿Por qué? ¿Por qué a mí, Dios mío, por qué a mí?"

Su búsqueda de explicaciones y de sentido queda insatisfecha con lo que la profesión médica ofrece. Como veremos, demanda una síntesis totalizadora que ella misma provee al leer temas culturales contradictorios en sus síntomas, signos y progresiones. Estas contradicciones se manifiestan en sus reacciones ante los *obiter dicta* de los médicos, ante los modelos de disciplina implantados por el hospital y ante los conflictos que recorren sistemáticamente la sociedad en general. Ade-

más, su manera de explicar y de comprender no es compatible con los paradigmas maestros de nuestra cultura, que separan lo mental de lo material, lo moral de la determinación física y las "cosas" del contexto social y del sentido humano al que son inherentes. Por ser extraños a la conciencia cultural aceptada, de estas maneras cruciales, sus intentos de proveer una comprensión sintética de hechos físicos no pueden dejar de ser tensionados y con tendencia a la inestabilidad.

Su primera respuesta fue decir que la causa de su afección era "una razón desgraciada". A los 15 años, y contrariando los deseos de su madre, se había casado con un obrero textil, quien, debido a su alcoholismo, al poco tiempo estaba incapacitado para mantenerla a ella y a los cinco niños que nacieron en los siguientes cinco años. Se sometió a una ligadura de las trompas de Falopio, que luego le reconectaron, y esto fue seguido por seis embarazos que terminaron todos en abortos espontáneos. Comenzó a lavar y a planchar en su casa, para afuera, y a limpiar botellas que luego vendía. Rara vez alcanzaba el dinero para la comida y ella vivía constantemente con hambre y agotada. Pasaba hambre para darles la comida a los niños, que frecuentemente estaban enfermos. Para completar, se contagiaba muchas de sus enfermedades, porque estaba muy cansada y debilitada. La vida era una ronda constante de pobreza, esfuerzo, agotamiento y enfermedad. "Seguramente eso podría causar polimiositis", declara. "Usted puede tomar un trozo de género en perfecto estado y si lo friega durante bastante tiempo contra una tabla de lavar, lo va a agujerear. Quedará hecho jirones. Usted puede tomar a una persona sana y sacarle las cosas que necesita y que son esenciales, y se pondrá delgada y enfermiza. Así que... le quiero decir..., las cosas se juntan." Ella nunca les había planteado estas ideas a sus médicos, porque "se reirían de mi ignorancia. Pero a mí me parece cierto, trabajando constantemente con ese agotamiento. Tome, por ejemplo, a los niños de la India, sin comida suficiente, arrastrando sus barrigas hinchadas de un lado para otro, cansados y hambrientos. Seguramente ellos también podrían tener esta enfermedad. Sólo que, como no tienen hospitales, nadie se entera".

Al relacionar estas cosas la paciente especula sobre la conexión que se le ocurre que existe entre la polimiositis, como

una degeneración muscular, y su experiencia de vida plena de esfuerzo muscular, opresión y sacrificio corporal. En este sentido es especialmente significativo que las causas a las que atribuye su padecer, tanto como su comprensión de la enfermedad, se presentan como metáforas icónicas y metonimias una de la otra, colocadas dentro de la enfermedad, que adquiere el papel arquetípico de la metáfora de la opresión. Esto bien podría conformar un conjunto de imágenes de alta volatilidad, que condujera a una crítica seria sobre las instituciones sociales básicas. Pero, como veremos, otros aspectos de la situación mitigan este potencial.

Luego la paciente desarrolló la idea de que también existía un factor causal hereditario o cuasi-hereditario. En su opinión, una de sus hijas posiblemente adoleciera de la enfermedad, y también dos hijas de esa hija. Se siente muy vinculada con esa hija, al punto que sostiene que hay una conexión mística de percepción extrasensorial, como dice, entre ellas. Incluso cuando están distanciadas físicamente, cada una sabe qué le está sucediendo a la otra, especialmente en momentos de crisis, cuando una acude en ayuda de la otra. Especula sobre el concepto de que la enfermedad se presenta por esta línea materna, manifestándose en cuatro estadios diferentes que tienen su correlato en las cuatro edades de las cuatro mujeres involucradas. Ya que estamos, conviene hacer notar que los hombres en la historia familiar son de poca monta, con excepción de su primer marido, que es representado como una figura destructiva y hasta malvada. Su mundo social inmediato lo considera centrado en la historia de cuatro generaciones de mujeres, comenzando con su madre, que crió a su familia en extrema pobreza. Esta línea materna característica, de mujeres que se ayudan mutuamente, en la estructura de las familias trabajadoras, en este caso está expresada vívidamente por la cercanía mítica que ella siente por su hija, y por la introducción de estas relaciones sociales dentro de la enfermedad, como metáfora de ellas.

El hecho de que su nieta menor hubiera estado gravemente enferma cuando tenía pocos meses de vida, y de que los médicos encontraran un "orgasmo" en su sangre, le sugería a la paciente la posibilidad de que un agente externo o una

etiología bacteriana también desempeñaran un papel; el agente externo se ocultaba dentro del cuerpo, para desarrollarse lentamente y hacer la presentación completa de la enfermedad en una fecha posterior. La atribución de la enfermedad a un agente externo pareciera tan antigua como la humanidad. Empero, tan sólo con la medicina occidental moderna y con "la teoría de la enfermedad como resultado de gérmenes", a fines del siglo XIX, esta idea se liberó de la noción de que el agente externo era una expresión de relaciones sociales específicas. Sin embargo, en el caso de esta paciente, la etiología del agente externo está entrelazada sistemáticamente dentro del tejido de sus relaciones más cercanas y metafóricamente las expresa.

Por último, la paciente desarrolla la idea de que Dios se encuentra en un punto crucial de la estructura causal. Menciona que Dios le dio esta enfermedad con el fin de enseñar a los médicos cómo curarla, una conclusión típica de las oposiciones inherentes a su relato de pasividad-actividad, dar y recibir, crimen y sacrificio. Hace notar que en la Biblia se dice que hay que buscar primero, y luego dirigirse al Señor, y ella lo interpreta como que primero hay que dirigirse a la profesión médica y luego intentar con la religión. Verdaderamente esta larga marcha es la que ella ha emprendido, tanto como su elaboración por medio de una teoría etiológica. En este estadio de nuestra discusión sintetizó gran parte de su postura de esta manera.

"Mire, las proteínas forman los músculos y, si mis hijos las recibían una vez al mes, tenían suerte. Ahora yo tengo polimiositis, además de artritis, y mi hija tiene artritis de médula, y su hija pequeña está afectada por ella, la ha heredado, además de su otra hija también. Acá parece haber un modelo. Mire, yo carecí de ellas (las proteínas), lo mismo que mis hijos, y todos nosotros hemos contraído una enfermedad crónica. No tenemos la seguridad de que ella no tenga polimiositis. La destrucción de los músculos y de los tejidos a causa del esfuerzo y del trabajo, se juntaban con la falta de proteínas y hacían que, si aparecía el insecto, ¡uno fuera una víctima segura!... Dios nos dio el libre albedrío. Yo fui en contra de la voluntad de Dios... cuando fui y me casé a los 15 años, pataleé y le dije a mi madre que me quedaría embarazada si no

Dios

me dejaba casarme con el chico. Yo no creo que Dios me diera esta enfermedad, pero permitió... que me la agarrara. Me sostuvo a lo largo de muchos obstáculos. Y, al mismo tiempo, yo estaba en la situación justa para contraer la enfermedad, ya sea que fuera contagiosa o hereditaria... nadie lo sabe aún... ¿Eso tiene sentido? Cuando estoy acostada tranquila, pensando..., los pensamientos se escurren y uno se pregunta, ¿por qué? Usted sabe; ¿Por qué Dios mío? ¿Por qué todos los altos y bajos? Pero no es culpa de Dios que yo me enfermara, ¡es culpa del medio ambiente en el que vivo! Con la ayuda de Dios, que en ese momento no pedí por orgullo, podría haber superado muchas de mis dificultades. Y debemos ser humildes ante Dios... Así que ya ve que nuestro medio ambiente tiene mucho que ver con nuestra salud y con nuestra actitud mental ante la vida... tiene todo que ver... nuestra moral y vivir con limpieza, una dieta apropiada... todas estas cosas, todas van juntas ... todas, si lo piensa un poco, caben en un perfecto y prolijo rompecabezas. Uno logra un rompecabezas prolijamente armado, que encaja perfectamente..."

Siempre
nuestro
del mundo
nuestro

Este relato conmovedor debería recibir un comentario más prolongado del que puedo prodigarle aquí. Llama la atención su preocupación por el sentido, y en especial por el sentido moral de su enfermedad, reforzando el argumento de que, por detrás de cada teoría cosificada de la enfermedad en nuestra sociedad, se agazapa un campo organizado de dilemas morales. En su caso, Dios no está considerado como el causante principal, ni siquiera el fundamental, de su enfermedad. Más bien, es la calidad moral de su comportamiento, al ir en contra de la voluntad de su madre y demás, y el comportamiento moral de su marido, los que transgredieron el código moral expresado en las directivas de Dios y determinaron de qué manera se desarrollarían las potencialidades inherentes a su situación material, o contextual. La elegante simplicidad de la exégesis y solución de la epistemología azande de Evans-Pritchard, que la divide en las categorías de "mística", "científica" y "empírica", resulta de dudoso valor como medio de vincular su sistema de creencias con el nuestro. Es difícil ver aquí una cadena sencilla de causas que se extienden desde lo primario hasta lo inmediato, de la manera que lo aplica Evans-

Pritchard para los azande. En cambio, se nos presenta un sistema de interrelaciones, una serie de contingencias enquistadas que penetran una dentro del potencial de la otra hasta formar un modelo maestro o, más bien, hasta formar "un pequeño rompecabezas en el que las piezas encajan perfectamente".

el sistema
ni tenia
cuerpo

En tanto que, ostensiblemente, la práctica médica moderna tiene un enfoque exclusivo sobre el "cómo" de la enfermedad y cosifica al hacerlo a la patología, podría parecer que está ejecutando una maniobra sana y positiva que colabora en la eliminación de las culpas. Pero como tan patéticamente revela la situación, nada estaría más alejado de la realidad. Por medio de una serie de operaciones extremadamente complejas, la cosificación ayuda a vincular el sentido de culpa con la enfermedad. La verdadera tarea de la terapia es una arqueología de lo implícito, de tal manera que los procesos por los cuales las relaciones sociales están metidas dentro de las enfermedades se aclaren, se descosifiquen y, al hacerlo, liberen el potencial para manejarse con contradicciones antagónicas y para romper las cadenas de la opresión.

¿
arqueología
de lo
implícito

Al hablar sobre su trato con otros enfermos de la sala, la paciente hizo notar que "no hubiera podido sobrevivir sin la ayuda de los otros pacientes durante estas ocho semanas". Hizo hincapié en que la internación acerca a los pacientes entre sí de manera muy personal y cálida. "Realmente me parece que uno tiene aquí una mejor comprensión de la gente, de lo que les gusta y de lo que no les gusta y de sus personalidades. El estar enfermo lo hace a uno más tolerante de los defectos de los demás. Uno tiene verdaderamente un acercamiento mayor porque la otra persona ya conoce tus defectos. Usted sabe. No hace falta fingir. Estas son cosas que un médico, naturalmente, no tiene tiempo para pensar... Ellos no sienten el dolor. Dan la orden sobre lo que hay que hacer, pero no sienten el dolor. Así que realmente no saben por lo que uno está pasando."

si antes el
dolor

La mujer ha consolidado amistades duraderas con pacientes que ahora visita cuando está fuera del hospital, pero con la gente del personal sanitario "es diferente, porque, naturalmente, tu médico y tu enfermera tienen que tener en conside-

ración tu parte médica. Cuando estamos acá tirados, y contamos sobre nuestras familias, y las cosas que nos gusta hacer, o las cosas que nos gusta comer, uno se hace más íntimo. Es que... desaparece la parte profesional. Pero tu médico siempre es... aunque vaya cediendo, yo creo que de todos modos tiene que mantener una cierta superioridad de profesional”.

Después de haber manifestado que ella no hubiera podido sobrevivir las últimas ocho semanas si no hubiera sido por los otros pacientes, pasa a describir sus sesiones de fisioterapia. “Usted lo ve, no puedo caminar. Recién ahora estoy volviendo a aprender todo de nuevo, después de mi enfermedad. Hay que aprender. Hay que aprender a dar un paso por vez... como un niño. He estado confinada únicamente a esta cama. Si la enfermera hubiera dejado mi bandeja allí... porque su cabeza está en otro problema médico que tiene que enfrentar enseguida. Pero Becky, que está acostada en la cama al lado de la mía, puede levantarse y poner mis cosas donde yo las pueda alcanzar. O... si yo no alcanzo mi velador, ella encenderá su luz por mí, y luego les dirá quién las precisa. Ahora ya puedo ponerme de pie si me dan las instrucciones apropiadas y, y... pero usted ve, estoy reeducando todos los músculos, y Becky no podría ayudarme en eso. Mientras que la profesional, la joven profesional, está formada para enseñar... Por otro lado, la profesional no podría brindarme la atención personal que Becky me ha brindado. Por ejemplo, algo tan simple como correr las cortinas para que yo pueda ver algo más que una cortina y el cielo raso blanco. No puedo levantarme para hacerlo, pero Becky puede. La amistad y la comprensión mutua, usted sabe, uno realmente llega a conocer a una persona, si es buena, o si uno le interesa verdaderamente. De esa manera yo le hablaba todas las mañanas cariñosamente a esa señora de edad (en la cama del otro lado). Yo sé que me oye, pero no quiere tener nada que ver conmigo. Está por arriba mío. Me parece que tiene dinero. Su hija es médica. No quiere saber nada conmigo y, sin embargo, no le he hecho ningún mal... No tengo niños pequeños, pero Becky sí los tiene, y yo he pasado por las mismas cosas por las que ella está pasando ahora, así que tenemos intereses compartidos. Soy abuela de diecinueve.”

Le pregunto por qué otra paciente no podría ayudarla a

caminar. Contesta: “Porque me enseñaría *mal*, cuando un profesional ya sabe y ha evaluado tu fuerza muscular. Y ahí... uno sabe, automáticamente, que puede confiar en la enfermera. Pero a Becky no le han enseñado cómo agarrarme o cómo estabilizarme... o a decirme qué músculo usar para no caerme. Así que, ya ve, no puede ayudarme profesionalmente. Por lo tanto, toda nuestra amistad debe estar asentada sobre una base de... ‘a mí me gustas, y yo te gusto’. Esa profesional tiene su mente mucho más avanzada que la mía. La mía se ocupa estrictamente de tratar de llevar a cabo cosas que ella ya ha aprendido y conoce”.

Pregunto: —Pero digamos, la profesional te enseña a caminar, para adelante y para atrás, entre un par de objetos, varias veces por día. ¿No podría una persona como Becky, que no tiene que guardar cama, ayudarte a hacer tus ejercicios?

—¡No! Porque no sabe hasta dónde llegan tus energías.

—Pero la profesional, ¿sí?

—La profesional debe calcular eso antes de empezar los ejercicios.

—¿Tú misma no sabrías calcular tu propia vitalidad, para poder decidir?

—¡No! ¡No!

Aquí se nota poderosamente la pérdida de autonomía a la que se refiere Ivan Illich en su libro *Medical Nemesis*.⁸ El potencial dentro del paciente, tanto como el que existe entre pacientes, para poder desarrollar un medio terapéutico, se corta en forma abrupta. La relación con otros pacientes se convierte casi puramente en “expresiva”, mientras que la relación con los profesionales se convierte puramente en “instrumental”. Al llevar al extremo cada una de estas relaciones, como pura subjetividad y pura objetividad, así cada una se ve amenazada por la autodestrucción, al tambalear sobre expresividad sin sustancia e instrumentación sin expresión o participación. La réplica de nuestra epistemología cultural en lo subjetivo y lo objetivo está representada acá en su forma más descarnada. La misma epistemología, reforzada por los profesionales, está representada en la comprensión del paciente sobre el funcionamiento de su cuerpo: específicamente, la

documento
estructura y la función de la musculatura. De manera opuesta a una concepción orgánica de dialéctica interna de interacción de los músculos entre sí, junto con el pensamiento y la voluntad, aquí la función muscular se concibe en forma atomista, separada del pensamiento y de la voluntad, y cada músculo es objetivado como algo separado de la interacción sinérgica de un todo, compuesto por lo esquelético y lo muscular. Y, en cuanto a su punto de vista sobre el profesional como más capacitado que ella misma para juzgar hasta dónde llegaban sus energías, podemos considerar que, con esto, se completa la alienación de sus propios sentidos, habiéndoselos pasado al profesional, quien se ha convertido en el guardián y en el banquero de su mente.

La separación de la subjetividad de la objetividad, representada por la condición de paciente y la de profesional, respectivamente, que concluye con la captura de la subjetividad del paciente por el profesional, es tanto el resultado de la incapacidad de los pacientes para desarrollar el potencial de ayuda mutua que existe aún en la subcultura del paciente, como de la relación entre profesional y paciente. Lo primero es consecuencia de lo segundo, y ambas cosas contrastan fuertemente con las relaciones sociales y la cultura que describe Joshua Horn en los hospitales chinos en los cuales trabajó desde 1954 hasta 1969.

Los pacientes a menudo eligen representantes para transmitir sus opiniones y sugerencias a los equipos de médicos, enfermeras y ordenanzas, que tienen responsabilidades cotidianas en relación con un grupo específico de pacientes. Estos equipos se encuentran a diario para planificar el día de trabajo. Los pacientes ambulatorios cumplen una función muy activa en los quehaceres de la sala. Durante las comidas, que ellos tienen servidas en el comedor de la sala, muchos ayudan a los pacientes que están confinados a la cama, les leen los diarios, los acompañan y se familiarizan con sus problemas médicos y sociales. Yo conduzco, todos los días, una ronda de hospital en salas distintas y, al hacerlo, generalmente junto un grupo de pacientes que me acompañan, miran y escuchan y a menudo ofrecen información voluntariamente.⁹

El sentido de alienación de la autocomprensión y de la capacidad de la paciente es aun más sorprendente cuando nos informamos de que posee una gran experiencia práctica con fisioterapia, y de que, alejada del contexto del hospital y del aura de los profesionales, ella se considera competente y habilidosa para esos menesteres. Refiriéndose a una torcedura de los ligamentos de la rodilla, que había sufrido hacía algunos años, dice: "Y luego tuve que aprender a caminar nuevamente. ¡Constantemente estoy aprendiendo a caminar! En realidad tendría que estar bien entrenada. Podría ser una terapeuta... Entrené a mi hija después que tuvo polio. Y la habían rechazado en el centro de rehabilitación. Le enseñé a caminar. Su lado izquierdo estaba paralizado (el mismo lado al cual la paciente siempre se refiere como su lado débil y a veces semiparalizado)... Aprendí de una amiga. Tenía que montarme arriba de ella y estirarle los tendones de las piernas y los músculos de los brazos, y eso, y pasaron tres meses antes de que obtuviera alguna respuesta. Y entonces un día, cuando le estaba estirando los tendones, pegó un grito, porque dijo que le dolía demasiado. Bueno, yo me senté y lloré un buen rato. Esa noche no pude continuar con la terapia. Y, de ahí en más, cuanto más le dolía, más terapia le daba. Y, a un año del día en que me dijeron que nunca más caminaría, entré con ella a lo del médico y le enseñé qué pudo lograr una persona con la ayuda de Dios. Hay que ser cariñoso. Y esto surge del amor, la compasión y el deseo de ayudar a otro ser humano. Y usted se sorprendería de saber la fuerza que tengo en mis manos, nunca pierdo la fuerza de mis manos. No sé por qué. Pero a pesar de todo esto, nunca he perdido por completo mis... mis manos".

Por lo tanto, nos vemos enfrentados a una contradicción. Y esta contradicción está tan presente en la situación hospitalaria como en la relación entre profesional y paciente, de tal manera que la pérdida de autonomía y la lobotomización nunca se completa. Durante un par de días después la paciente rechazó algo que se consideraba una parte importante de su tratamiento, de la misma manera que, en una estadía anterior en el hospital, había provocado una escena caótica al arrojar su café al piso cuando las enfermeras se negaron a darle más analgésicos para calmar el dolor.

En esta ocasión anterior ella aseguraba que su dolor aumentaba. El personal del hospital consideró esto como una "ventaja secundaria". El plan de las enfermeras era "dar apoyo y confianza, permitir a la paciente expresar sus sentimientos. Controlar la emoción en relación con su condición y sus cambios". Obviamente, este modo de percepción: "controlar la emoción...", es la que contrasta tan flagrantemente con el tipo de atención que existe entre los pacientes, a la que se refiere mi cita anterior de Foucault, la percepción que

no admite reciprocidad: sólo la cercanía de una observación que vigila, que espía, que se acerca para mirar mejor, pero se aleja aun más, pues acepta y reconoce sólo el valor del Extraño.

Continuando con el enfoque innovador, y supuestamente más humano, de una vía de acceso con "orientación hacia los problemas", que ahora también se les enseña a los estudiantes de medicina, los apuntes de las enfermeras sobre los progresos de los enfermos tienen la forma de los distintos problemas que tienen los pacientes. Cada problema es analizado después, en cuatro partes, en relación con la fórmula S.O.A.P.: Subjetivo (la percepción del paciente), Objetivo (la observación de la enfermera), Análisis (interpretación de datos), y Plan. Soap (en inglés jabón): ¡la garantía de limpieza y la barrera contra la polución! ¡Subjetividad, objetividad, análisis y plan! ¿Qué garantía mejor y qué expresión simbólica mejor podría haberse pensado para caracterizar, como si fuera una farsa, la reificación de los procesos vivientes y la alienación del sujeto respecto del objeto? Además, como podemos sospechar, esta formulación es congruente con la necesidad de tener registros computarizados y de preparar más racionalmente las defensas contra los juicios de mala práctica médica. ¿El plan? "Transmitir apoyo y seguridad. Asociar con sentimientos de confianza." ¿Cuánto cuesta instrumentar este paquete de "solicitud", "confianza" y "sentimientos" que, nos habíamos acostumbrado a creer, eran expresiones espontáneas de interacción y reciprocidad humana, de acuerdo con la Cruz Azul?

Unos días más tarde la paciente se quejó de que el dolor se

había acrecentado y de que no podía orinar (aunque, de acuerdo con las enfermeras, sí podía). La noche siguiente se enojó, y le arrojó el café a una enfermera, que entonces llamó a un médico. El informó lo siguiente: "La paciente protagonizó un significativo episodio de ataque de nervios. Nos acusó a las enfermeras y a mí de mentir y de ser irrespetuosos con ella. Estaba extremadamente ansiosa y agitada. Lloraba. Le tiró una taza de café a la E.D. (Enfermera Diplomada). La paciente se negó a admitir que hubiera algún otro factor, u otra emoción oculta, que desencadenara estas reacciones. Llegó el marido y calmó a la paciente. Recomendamos atención psiquiátrica con el doctor Y y comenzar con dosis iniciales de haloperidol. También agregar 75mg/día de amitriptilina para combatir un aparente estado progresivo de depresión con ansiedad". (El haloperidol es descrito por Goodman y Gillman¹⁰ como una droga que tranquiliza e induce a dormir a pacientes excitados. Debe ser iniciada con precaución porque produce una elevada incidencia de reacciones extrapiramidales.) Esta es la primera vez que el médico hace mención del estado nervioso de la paciente, a pesar de que las enfermeras registran su creciente insatisfacción en sus notas, durante varios días. El informe de la enfermera del mismo incidente obvia, por primera vez, la S. (categoría subjetiva) y apunta directamente a la Objetividad: "La paciente entró en crisis cuando le dijeron que alguien la autorizó a bajar de la cama y usar la bacinilla. Dijo que la enfermera era... y para mostrar su enojo tiró su taza de café al piso. Lloro y requiere presencia del marido porque está muy alterada. Dice malas palabras". Análisis: "La paciente está muy alterada". Plan: "Notificamos al doctor X y le ordenamos a la paciente que se calmara dado que, como se lo hicimos saber, no es la única paciente del piso; otros están muy enfermos y molestos por su barullo. La paciente asegura que no está enferma. La paciente se calma con la llegada del marido y es amistosa con las enfermeras". Al día siguiente el registro del médico menciona que la paciente está bastante enojada y que su enojo toma la forma de sollozar y amenazar con dejar el hospital y poner sobre aviso a sus amigos sobre el maltrato que sufre allí. Un día después, las enfermeras informaron que el capellán charló con la paciente durante media hora para que

ella pudiera desahogar todas sus tensiones, ansiedades y conflictos. El capellán dijo que está enojada por algo. El Plan menciona que el capellán vendrá todos los días y que ella es algo más agradable con las enfermeras y más amable cuando necesita algo. Los registros del médico describen a la paciente como "estable" y, de ahí en adelante, no mencionan más su crisis. Los registros de la enfermera señalan que ella aún se queja de sufrir dolor, categoría Subjetiva, y que pide medicación para el dolor, categoría Objetiva. En cuanto a su "problema de ansiedad", la nota sobre lo Objetivo señala que "ella se refiere a que la gente no cree que ella pueda hacer algo por sí misma". Y al día siguiente se fue a su casa.

Seguramente es de alguna importancia que la paciente fuera revisada (*sic*) por un psiquiatra la mañana del mismo día en que más tarde tiró el café (al piso, según las enfermeras; a una enfermera, según el médico). El registro de las enfermeras señala que ella lloraba y temblaba después de la visita del psiquiatra, cuyo registro menciona que "los datos sugieren, decididamente, la presencia de un síndrome orgánico cerebral". Ella afirmó que era enero, cuando era diciembre. El psiquiatra acababa de despertarla. Demostró "dificultad para realizar asociaciones", "a veces era difícil entenderle porque saltaba de un tema a otro", y en operaciones de restas seriadas desde el 50 cometió tres errores. Después de haber notado que los datos *sugerían* decididamente que existía un síndrome orgánico en su cerebro (es decir, un mal físico del cerebro), el psiquiatra en sus recomendaciones escribió: "En cuanto al síndrome orgánico cerebral de la paciente..." En otras palabras, la definición que en un principio fue sugerida (¡y qué sugerencia!), ahora se convertía en una realidad. La negación de la autoría no podría ser más patente.

Lo significativo de este episodio es que, además de ilustrar un nuevo cuento de horror de las internaciones, revela cómo la situación clínica se convierte en una zona de combate donde se desarrollan disputas de poder y definiciones sobre la enfermedad y los grados de discapacidad. El tema crucial gira sobre la evaluación de la discapacidad y de los sentidos, como por ejemplo del dolor, y sobre qué tratamiento es necesario a continuación. En esto, los profesionales les quitan a los pacien-

tes su sentido de certeza y seguridad en cuanto a su propio juicio.

El conocerse a sí mismo y el juzgarse a sí mismo requieren, implícitamente, la presencia y el reflejo del otro. En la situación clínica esta dialéctica entre el ser y el otro debe favorecer siempre el poder de definición del otro, quien se encuentra estampado con el aura del curandero y que debe, por lo tanto, tratar este poder con gran sensibilidad, para evitar que imponga una visión completamente parcial de la realidad, que convierte la relación en nula. El curandero intenta moldear y modular el autoconocimiento del paciente, sin doblegarlo hasta el punto de destruirlo pues, si eso sucede, el curandero pierde un aliado en la lucha contra el mal-estar. Sin embargo, como fue ilustrado por este caso, un procedimiento perverso excluye esta alianza y convierte al paciente en un enemigo. No es, como afirma Illich, por ejemplo, que los pacientes pierdan su autonomía. Nada de eso. Al contrario, lo que sucede es que la situación clínica actual engendra una situación contradictoria en la cual el paciente oscila como un péndulo entre una pasividad alienada y un intento de autoafirmarse, también alienado.

Paradójicamente, esto resulta de una concientización cada vez mayor de parte de los profesionales de la salud para ser más humanos y para permitir conscientemente que la definición del problema por el paciente obtenga un lugar privilegiado en el diálogo médico, sólo para concluir descalificando esa definición en una práctica que deviene cada vez más racional y menos humanizada. Esta racionalización resulta en un intento de arrancar el control del paciente y definir su estado por él, primero compartimentando a la persona dentro de la definición de paciente, luego dentro del estado de cosa como opuesto a la interacción mutua de un compañero en un intercambio, y luego dentro de las categorías de Subjetivo y Objetivo, trabajando estas cosificaciones por medio de un Análisis y un Plan. La analogía con la racionalidad de la producción de mercancías es total. Se trata del mismo modo a los pacientes y a la salud misma que a los automóviles en la línea de producción; las diferencias, el pathos, y el problema ocasional atestiguan que, al contrario de los automóviles, los pacien-

tes sí piensan y sienten, y que la enfermedad es tanto una relación de interacción humana como una cosa en sí misma.

Mi intención con esto no es sólo dirigir la atención hacia la insensibilidad resultante. Además, tenemos que manejarnos con la complicada mistificación que se encuentra presente en el proceso curativo de toda cultura, pero que en nuestra organización clínica canibaliza perniciosamente la fuente potencial de fuerza curativa que reside en la intersubjetividad de paciente y curandero. En nombre de la noble causa de curar, los profesionales han podido apropiarse de esta reciprocidad y, en un sentido muy real, explotar una relación social de tal manera que su poder de curar es convertido en un poder para controlar. Los problemas que se originan, como hemos visto por este ejemplo, se encuentran en la organización de la estructura clínica, y es por eso que son poco claros para los terapeutas. Como hizo notar el capellán con pocas ilusiones de ser escuchado: "Está enojada por algo", y este enojo surge de las contradicciones que acosan a la paciente. Por un lado, ella ve la capacidad de los "meros" pacientes para formar una comunidad terapéutica. Pero, por el otro, niega el florecimiento de este potencial, por estar forzada a permitir que los profesionales se apropien de sus poderes de determinación, mientras que, en otro momento, se rebela contra esta apropiación. El circuito de cosificación y resubjetivización es inestable por naturaleza. Este tipo de profesionalización de la salud, tan habitual, no garantiza ni el control armonioso que demandan los empleados del quehacer terapéutico ni aquello que necesitan los pacientes. Todo esto desembocará, seguramente, en aun más racionalización y más profesionalización.

En una nueva internación, y al poco tiempo de haberme hablado sobre la importancia que tenía que los pacientes se apoyaran los unos a los otros, sólo para concluir que era necesario un terapeuta profesional para ayudarla a caminar, la paciente de pronto rechazó los cuidados de los terapeutas ocupacionales. Se quejaba de que tenía todo el día ocupado con terapia, la que al terapeuta ocupacional le llevaba una hora diaria, que ella no tenía tiempo ni para hacer uso de la bacinilla, ni para peinarse, ni para escuchar su música sacra.

"Cuando estoy enferma", decretó, "¡no puedo trabajar ocho horas por día! Toda la teoría de mi enfermedad y su curación es el descanso. Así que esta mañana tuve una crisis y le dije a la terapeuta ocupacional que iba a anular su hora. Tengo que tener una hora, en algún momento del día, en que pueda relajarme y no tenga que estar levantándome y sentándome en una silla, cosa que me hace doler muchísimo. No hay tiempo para nada de naturaleza personal... el estrés y el conflicto emocional existen. Y nunca hay tiempo para intentar resolverlos yo sola. Y no hay un lugar... porque hay sólo ocho horas. ¡No puedo poner doce horas dentro de ocho!"

Nuevamente comprobamos que la alienación pasiva incorporada a su relación con los profesionales, que a primera vista aparece como un *hecho consumado*, registra una abrupta ruptura, una "escena", que causa pánico entre el personal terapéutico.

Los terapeutas ocupacionales, los fisioterapeutas y los asistentes sociales se sintieron profundamente dolidos por este gesto, que percibieron como una negación de su eficacia y de su trabajo. Cuando pregunté por qué no podían dejarla en paz por una semana, la de más autoridad me contestó: "¡Son los pagos de mi compañía de seguros, tanto como los de ella!". Por tal motivo firmaron un contrato con la paciente, hoy día un procedimiento típico, tanto en el hospital como en muchas escuelas norteamericanas.

El personal terapéutico y el paciente firman un contrato donde enuncian, por ejemplo, "Las cosas sobre las que *sí* tienen elección", "Las cosas sobre las que *no* tienen elección", "Objetivos", "Las cosas que *nosotros* haremos", "Las cosas que *hará usted*". En el caso de esta paciente el contrato enunciaba como "objetivo" caminar 10 metros tres veces por día. "Las cosas que haremos *nosotros*": asegurar dos períodos de descanso de 45 minutos cada uno. "Qué *hará usted*": intentar caminar. El motivo fundamental que recorre esta estrategia, según describen algunos teóricos de las contrataciones médicas, es que los terapeutas deben premiar a los pacientes por colaborar (fortalecimiento positivo) y no caer en lo que se considera como la trampa de épocas anteriores donde, supuestamente, se fortalecía la falta de colaboración, al prestar más atención a esa

conducta que a la que era complaciente. Esto es, en pocas palabras, el conductismo, aplicado conscientemente sobre la estructura de los contratos del mercado con el propósito de lograr el control social. Es la medicalización del negocio aplicada al negocio de la medicina. Los premios citados en las revistas académicas y profesionales que tratan sobre el tema son: números de lotería, dinero, libros, revistas, ayuda para llenar formularios de seguros, información y tiempo con el "proveedor de salud".¹¹ Se ha comprobado que los pacientes a menudo eligen disponer de más tiempo con el "proveedor de salud" y piden ayuda para desenredar los nudos burocráticos que les impiden acceder a los beneficios de los seguros, y también referencias médicas.

El concepto mismo de "proveedor de salud", tan ingenuamente directo, funcional y sin vueltas, es precisamente el tipo de rótulo ideológico que empuja a los pacientes a las llamadas conductas no complacentes. El "proveedor de salud", en épocas antediluvianas conocido como la enfermera, el doctor, etc., ¡no provee la salud! La salud es parte de la condición humana, al igual que la enfermedad, y la incidencia y manifestación de ambas está determinada en gran parte por las especificidades de la organización social. El cuidado de la salud depende, para lograr resultados positivos, de una relación mutua entre el enfermo y la persona encargada de curarlo. En tanto y en cuanto se pueda proveer la salud, son tanto el paciente como el médico quienes la están proveyendo, y la preocupación por las llamadas conductas no complacentes da testimonio de este hecho, aunque de manera indirecta. Al preestablecer al profesional como el "proveedor de la salud", el legado social inherente constituido por la sapiencia y el poder de la medicina es decretado a priori como el monopolio legítimo de aquellos que pueden convencernos de que su sabiduría se origina en la naturaleza y en la sociedad, como una mercancía preempaquetada, de la cual ellos, y sólo ellos, pueden disponer. Y elegir como premio para los pacientes poco complacentes la colaboración para sobreponerse a la burocracia que proveen los "proveedores de salud" es agregarle el absurdo al engaño. Pero el verdadero pathos en esto no es ni el absurdo ni el engaño, sino que, en nuestra época, todo esto aparente ser tan perfecta-

mente sincero y razonable. Esta es la marca de lo ideológico, su naturalidad. Y, si su naturaleza se encuentra en el dominio y el lenguaje del mercado, de tal manera que la cultura médica y curativa también sucumben al lenguaje de los negocios, entonces esto no debe sorprendernos en lo más mínimo. Pues la nuestra es la cultura de los negocios, que pone al negocio como el objetivo de la cultura.

De la misma manera que, hace mucho tiempo, la libertad y una forma específica de individualismo se impusieron con la llegada de la economía libre de mercado, así también hoy la introducción de las contrataciones para las curaciones es considerada, por aquellos que la proponen, como un paso adelante en la afirmación de los derechos humanos, destruyendo la mistificación del pasado feudal, cuando los pacientes obedecían las órdenes de los médicos, simplemente por tenerles una confianza ciega. Las personas que promueven las contrataciones en el campo de la clínica también afirman que la doctrina sobre la cual esto está basado, el conductismo y las "leyes" de refuerzo y extinción, han logrado "tratar conductas humanas inadaptadas, incluyendo psicosis, retrasos, alcoholismo, baja productividad en el trabajo y conductas criminales".¹²

Por supuesto que la falta de adaptación no es una cosa, sino un concepto puramente normativo que viaja encubierto por la terminología científica. Habitualmente sirve en contextos como estos para introducir una intención o una valoración definida, haciéndola pasar por un hecho natural. La asimilación de la baja productividad, la criminalidad y la psicosis como partes de un mismo hecho, la falta de adaptación, y también ahora de los pacientes que desobedecen a los médicos, sirve para recordarnos cómo la cosificación de las relaciones sociales involucra una distorsión colosal, donde valores definidamente políticos, ocultos bajo la apariencia de constructos técnicos, se mantienen inmunes a toda crítica, estampados con la autoridad del hecho científico duro e impenetrable. Una vez más, se considera que la naturaleza de la verdad se encuentra en la verdad de la naturaleza, y no de una manera crítica, que depende de la organización social de los hechos y de la naturaleza.

En el caso de la paciente descrita en este estudio, pode-

mos tomar en cuenta lo siguiente. Tenía motivos más que suficientes para no obedecer las órdenes de los empleados del hospital. Estas razones no fueron consideradas por los empleados. Se la consideró como una amenaza al poder que ellos ejercían y a la caja de la obra social. No era el caso, como dicen las ya citadas autoridades en contrataciones, de que porque ella no fuera complaciente los empleados le prestaran más atención. Era exactamente lo opuesto. Cuando se volvía complaciente recibía demasiada atención y todo lo que pedía era tiempo libre. La causa inmediata de su frustración estaba íntimamente ligada a la presión burocrática de su rutina diaria. La estrategia de contratación puesta en práctica por los empleados del hospital estaba elegida de manera ingeniosa para contrarrestar esta impresión, burocratizando aun más el acuerdo, el contrato, de manera tal que desformalizaba formalmente su tiempo y lo dividía en tiempo de terapia y "tiempo libre", tiempo que cualquier amante de la libertad hubiera pensado ingenuamente que era suyo de todas maneras, y no algo que era propiedad de los empleados del hospital y que existía para ser dispensado por ellos. La idea de que ella era libre para elegir y contratar, y la idea de que el hecho de contratar es *per se* tanto signo como causa de libertad es una ilusión tan perniciosa, como que el tiempo libre que los empleados del hospital le dispensaban no era suyo desde un comienzo.

Los argumentos en favor de las contrataciones, de que allanan las mistificaciones que se originan en el oscuro campo del entendimiento que existe entre médico y paciente, de que aumentan el poder, la comprensión y la autonomía del paciente, son un fraude. Además, un fraude que ilumina la falsa conciencia que impera en nuestra sociedad en lo que respecta a la libertad y al individualismo. ¿Puede realmente afirmarse que se aumenta la libertad y el individualismo cuando son los empleados del hospital los que tienen el poder de establecer las alternativas y los términos del contrato? La autonomía y la libertad disminuyen, si es que lo hacen en alguna medida, porque la ilusión de la libertad sirve para oscurecer su ausencia. Más aún, el tipo de libertad que está en juego en el acto de acceder al contrato hace que se convierta en una justificación

conveniente para rechazar responsabilidades y obligaciones interpersonales, de la misma manera que, en nombre del contrato y de la libre empresa, se le dijo a la clase proletaria que era igual a, y tan libre como, los capitalistas con quienes debía firmar libremente los contratos por la venta de su fuerza de trabajo. No hay gran diferencia entre esta situación, el mercado laboral capitalista, y la que nos ocupa a nosotros, donde el contexto clínico se convierte en un mercado de salud y uno firma contratos como un supuesto agente libre con los "proveedores de salud", para concederles el derecho de apropiarse del poder del valor de uso incorporado en el proceso de curación.

Lejos de aumentar la autonomía del paciente (como aducen sus defensores) el objetivo de las contrataciones es abiertamente manipulador.

Ejemplos de los premios pedidos por los pacientes son: poder conversar quince minutos sin interrupciones con un integrante del equipo, jugar a las damas, a las cartas y al ajedrez, sesiones de lectura de la Biblia, debates sobre la actualidad y visitas de varios integrantes del equipo. Estos ejemplos implican que los pacientes asignan un valor considerable a nuestra interacción con ellos, y que nos encontramos en una situación de poder para influir en la elección de conducta que el paciente hace en última instancia, por ejemplo, obediencia versus no obediencia.¹³

De la misma manera en que solíamos creer que la atención médica difería de la atención a los negocios, como en el análisis de Talcott Parsons donde la "orientación colectiva" de la profesión médica se oponía a la ética del interés personal de la vida de los negocios, sólo para desilusionarnos cada vez más, así también ahora nos encontramos con que hasta la amistad es algo que debe ser negociado y contratado en cuotas de quince minutos. Después de todo, si la salud se convierte en una mercancía que se compra y se vende, ¿por qué ha de sorprender que la amistad también se convierta en una mercancía? Y si las relaciones sociales y la amistad se cosifican, tampoco sorprende que el sujeto se convierta para sí mismo en objeto, de tal manera que

...el paciente encuentra muy gratificante mejorar el punto en que toca fondo. Quizás esto sea lo más gratificante de todo. El hecho de mejorar sus límites le indica al paciente que esencialmente está compitiendo contra sí mismo. Se juzga a sí mismo como el encargado de controlar su propia conducta. Esto elimina la necesidad de un aumento de la interacción cuando la conducta se torna inaceptable. En otras palabras, el paciente sabe gráficamente que su conducta es inaceptable, y nosotros, como profesionales, somos libres de "ignorar" esa conducta inaceptable.¹⁴

La antropología: el punto de vista del nativo

Si las contrataciones representan la intrusión de una dimensión de las ciencias sociales, el conductismo, en la práctica médica, con la intención de mejorar y humanizar la atención médica, entonces la antropología también tiene algo que agregar: un interés por el punto de vista del nativo. La teoría involucrada en esto, como fue expuesta por Kleinman *et al.*¹⁵ en un artículo recientemente publicado en los *Anales de la Medicina Interna*, es que la enfermedad y el malestar constituyen dos realidades diferentes, y que los malestares están determinados por el contexto cultural. La *enfermedad* consiste en una disfunción orgánica que puede ser medida por el patólogo y por el laboratorio, mientras que el *malestar* es lo que esa disfunción le significa a la persona que la está padeciendo. La cirrosis hepática, por ejemplo, puede ser representada en términos "nosográficos": por el micropatólogo, en términos de la distorsión arquitectónica del tejido y de la morfología de las células; por el bioquímico, en términos de los cambios en el nivel de las enzimas, y así sucesivamente. Pero para la persona que padece la "enfermedad" significa otra cosa, que es la dimensión del "malestar": el significado cultural del término "cirrosis", los sentidos que se le adjudican a la incomodidad, a los síntomas, a los signos y al tratamiento de la "enfermedad", y así sucesivamente. Este es el punto de vista del nativo, y necesariamente difiere del punto de vista médico sobre la "enfermedad". Basándose en sus estudios de antropología y en

enfermedad
y malestar

significado
sentidos
culturales

sus propias experiencias con la medicina popular en las culturas del Tercer Mundo, Kleinman *et al.* sostienen que esta diferencia entre "enfermedad" y "malestar" es de gran importancia. Abogan por un incremento en el entrenamiento del personal médico, para que ellos también se concienticen de esta diferencia y actúen en forma correspondiente. Llamam a esto "ciencia social de la clínica", y su enfoque será el de la "construcción cultural de la realidad clínica". Al aprender y aplicar esto, se mejorará la relación entre médico y paciente y la eficacia de la terapia, superando la brecha comunicativa que existe entre "el modelo médico de la enfermedad" y "el modelo del paciente del malestar". Al igual que con las contrataciones, la falta de cumplimiento y el manejo de las personas son preocupaciones prioritarias.

El entrenamiento de los profesionales de la salud en el tratamiento tanto de la enfermedad como del malestar en forma rutinaria, y el esclarecimiento de enfoques discrepantes de la realidad clínica, resultará en un mejoramiento considerable del manejo y el cumplimiento del paciente, de su satisfacción y del éxito del tratamiento.¹⁶

La dilucidación del modelo de malestar del paciente le ayudará al clínico a tratar el conflicto entre sus respectivos valores y creencias. La tarea del clínico es educar al paciente si el modelo de este último interfiere con la atención apropiada. La educación por el clínico es vista como un proceso de "negociación" de las distintas orientaciones valorativas y cognitivas, y estas negociaciones "pueden ser el paso más importante para conquistar la confianza del paciente".¹⁷ Como en tantas otras de las reformas humanísticas propuestas en los últimos tiempos, en las cuales la preocupación por el punto de vista del nativo se proyecta a primer plano, se oculta el peligro de que los expertos se apropien de ese conocimiento sólo para hacer más coercitiva y poderosa la ciencia del manejo de las personas. Pues evidentemente existirán conflictos de intereses irreconciliables, y éstos se "negociarán" con aquellos que tienen el poder, no obstante ostentar un lenguaje y una práctica que niega esta manipulación y la existencia de un control desigual. El antiguo lenguaje y práctica, que dejaba supuestos impor-

conflicto
valores,
creencias

conflicto
del interés

tantes sin expresar, y contaba con una serie de interpretaciones implícitas transmitidas en una relación de confianza, será transformado. La relación es considerada ahora en términos de un "proveedor" y un "cliente", ambos "aliados" en una situación que les concierne a los dos. Kleinman *et al.* exponen este universo democrático donde, lejos de disparar las mistificaciones de antaño expresadas en relaciones de confianza, las reemplazan por otras nuevas, que son tanto o más perturbadoras. Con su esquema, el clínico

...es un mediador entre diferentes orientaciones cognitivas y de valoración. Negocia activamente con el paciente como un aliado terapéutico... Por ejemplo, si el paciente acepta tomar antibióticos, pero cree que quemar incienso o usar amuletos o una consulta con un vidente también son necesarios, el clínico debe comprender estas creencias, pero no debe intentar cambiarlas. No obstante, si el paciente considera que la penicilina es un remedio "caliente", inapropiado para una enfermedad "caliente" y, por lo tanto se niega a tomarla, se pueden negociar distintas maneras de "neutralizar" la penicilina, o se debe intentar convencer al paciente de que su creencia es incorrecta, lo cual es una tarea muy difícil.¹⁸

Es una "alianza" extraña, en la cual una parte se apropia de las ideas privadas de la otra con el propósito de manipularlas con más éxito. ¿Qué posibilidad hay, en este tipo de alianza, de que el paciente explore el modelo privado del *médico*, tanto de la enfermedad *como del* malestar, y que pueda negociar eso? Restringidos por la necesidad de perpetuar el profesionalismo y la rígida división entre médico y paciente, a la vez que exhortando sobre la necesidad y la ventaja de tener en cuenta la concientización cultural, estos autores no perciben que no es "la construcción cultural de la realidad clínica" la que debe ser desenmascarada, sino que el tema es la construcción clínica de la realidad.

¿La construcción cultural de la realidad clínica o la construcción clínica de la cultura?

Aquí es donde la comprensión antropológica sensible realmente aclara los temas. Los médicos y los "proveedores de la salud" no son menos inmunes a la construcción social de la realidad que los pacientes a quienes atienden, y la realidad de una atención esmerada se define tanto por el poder y el control como por los símbolos pintorescos de la cultura, como el incienso, los amuletos, las videntes, caliente y frío, y así sucesivamente.

Es significativo que en este estadio de la ciencia médica, y de la crisis en la cual está sumergida, surja un proyecto de este tipo. Sucede que, por primera vez en el campo de la clínica moderna, se está gestando un intento de explicitar aquello que previamente estaba implícito, pero esta arqueología de lo implícito no puede evadir las demandas de un control profesional. El denominado "modelo de malestar" del paciente difiere significativamente del modelo del médico, no en términos de simbolizaciones exóticas, sino en términos de la ansiedad que siente por ubicar el sentido social y moral de la enfermedad. El clínico no puede permitir que esta ansiedad aumente su legitimidad, ni que comprenda una esfera cada vez mayor de relaciones sociales, incluyendo las del hospital y al clínico mismo, pues a menudo, una vez que este pensamiento se impone, puede tanto condenar como aceptar la constitución contemporánea de relaciones sociales, y a la sociedad misma.

Intentos de este tipo, como los sostenidos por Kleinman *et al.*, de explicitar aquello que antes se encontraba implícito, simplemente se apoderan de lo implícito, con los instrumentos de la ciencia social moderna, para así poderlo controlar mejor. Pero, al hacerlo, revelan aun más claramente, sin saberlo, la estructura descarnada de lo que realmente sucede en un encuentro clínico en apariencia técnico en cuanto a la manipulación y a la mediación de contradicciones en la sociedad.

El impulso inmediato detrás de esta arqueología de lo implícito, de este arrastrar hacia la conciencia aquello de la práctica médica que previamente quedaba en silencio o en la inconsciencia, llega en un momento en el que el tema del

símbolo
o
que

sentido
social
de la
enfermedad

llamado paciente no complaciente (como el niño de edad escolar analfabeto) está alarmando al "establishment" médico, que ahora está más preocupado que nunca por la racionalización de la línea de montaje de la salud y por el incremento de los costos. En este aspecto es escandaloso y también autodestructivo apelar a la antropología para obtener datos sobre el poder de conceptos tales como "el modelo del paciente" y la diferencia entre el "cómo" y el "porqué" de la "enfermedad" y del "malestar". Pues la antropología médica de las llamadas sociedades "primitivas" también nos enseña que la medicina es preeminentemente un instrumento de control social. Nos enseña que la dimensión del "porqué" o del "malestar" de la enfermedad se proyecta precisamente sobre los valores que confieren sentido a la vida, forzándonos a examinar las causas morales y sociales de la enfermedad, y que esas causas se encuentran tanto en consideraciones de interacción recíprocas y comunales que son antitéticas como en las bases de la organización social moderna, que está modelada sobre las necesidades de las prerrogativas capitalistas y burocráticas. Como concluye Victor Turner en su debate sobre el doctor Ndembu en la Zambia rural:

Parece que el "doctor" Ndembu considera que su labor no es tanto curar al paciente individual como remediar las enfermedades del grupo en su conjunto. La enfermedad del paciente es, por sobre todo, un signo de que "algo está podrido" en el cuerpo grupal. El paciente no mejorará hasta que las tensiones y las agresiones en las interrelaciones de los grupos sean traídas a la luz y expuestas al tratamiento ritual... La labor del médico es encauzar los diferentes efectos asociados con estos conflictos y con las disputas sociales e interpersonales en que se manifiestan, y canalizarlos en una dirección positiva para la sociedad. La energía descarnada del conflicto es domesticada, de esta forma, y puesta al servicio del orden social tradicional.¹⁹

Y Lévi-Strauss nos recuerda en su ensayo, "El mago y su magia", que los ritos de curación readaptan a la sociedad a problemas predefinidos a través del medio del paciente; que este proceso rejuvenece y hasta complejiza los axiomas esen-

ciales de esa sociedad.²⁰ Cargada con el peso emocional del sufrimiento y de la anormalidad, la enfermedad presenta un desafío a la complaciente y cotidiana aceptación de las estructuras de sentido convencionales. El médico y el paciente se encuentran en la clínica. La comunidad ya no puede observarlos y compartir ese trabajo. No obstante, si el paciente acepta tomar penicilina o no, si los demás estamos presentes físicamente en la clínica o no, el médico y el paciente están tratando la amenaza que se le presenta a la sociedad y a las convenciones, tranquilizando la perturbación que la enfermedad desata contra el pensamiento normal, que no es un sistema estático, sino un sistema que crece, se consolida y se disuelve sobre las complejidades de sus propias contradicciones. Lo que está en juego aquí no es la construcción cultural de una realidad clínica, sino la construcción y reconstrucción clínica de una realidad convertida en mercancía. Hasta que esto se reconozca, y se actúe como corresponde, la medicina humanística es una contradicción en sus términos.

de una estructura de sentido convencional

por qué
malestar
y dolor
sentido

please cite published version as.

In *Cuerpos y Diferencias*. Rebeca Ibáñez Martín and Eulalia Pérez Sedeño (Eds.). 2012. Madrid: Plaza y Valdes. pp. 153-177.
ISBN: 978-84-15271-27-7

ACCIÓN ENCARNADA, CUERPOS ACTUADOS. EL EJEMPLO DE LA HIPOGLUCEMIA¹

ANNEMARIE MOL Y JOHN LAW²

(Traducción de María José Miranda Suárez y Rebeca Ibáñez Martín)

CUERPOS VIVOS

Todos sabemos esto: el cuerpo vivo es a la vez un objeto y un sujeto. Sabemos que el cuerpo es *objeto* del conocimiento médico. El cuerpo es un objeto cuando es observado a simple vista y a través de microscopios, escáneres de tomografía computerizada y otro tipo de máquinas visuales. Es un objeto en cuanto es medido de maneras distintas: desde contar

¹ Publicado originalmente como Annemarie Mol y John Law, “Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia”, in: *Body & Society* Vol. 10 (2-3): 2004, 43-62

² Agradecemos a las personas con diabetes y a los profesionales que trabajan con ellos, a los que entrevistamos u observamos en este estudio, y, sobre todo, en los Países Bajos a: Miriam T., Edith ter Braak, Yvonne de la Bijl, Erkelens Willem y Harold de Valk, y en el Reino Unido al personal y pacientes de una clínica anónima general en el área de English North West Regional Health Authority. Gracias a Claar Parlevliet por su entrevista a Alicia Stollmeijer y su análisis sobre alimentación, a Jeannette Pols, Dick Willems e Ingunn Moser por muchas discusiones sobre fisicalidades y subjetividades, y a Bernard Kruithof por sus comentarios sobre una versión anterior. Esta versión anterior se discutió en un taller de «Teoría del Cuerpo» en París y damos las gracias a todos los participantes, especialmente a Madeleine Akrich, Marc Berg y Brouet Pascale y, sobre todo, a Kvande Lise.

el número de pulsaciones hasta determinar los niveles en sangre de hemoglobina, creatinina o calcio. Y el cuerpo-objeto puede también percibirse: cuando las manos del médico palpan el cuerpo buscando bultos, o cuando se marcan los puntos de orientación en una operación.

El cuerpo vivo es también un *sujeto*. Es nuestro, nosotros: somos seres humanos porque está encarnado. Así que el cuerpo es la condición carnal, o, mejor, la situacionalidad carnal de nuestros modos de vida. Por ser un cuerpo vivo experimentamos dolor, hambre o agonía, así como satisfacción, éxtasis o placer. Y mientras que el objeto-cuerpo se expone y despliega públicamente, el sujeto-cuerpo es privado y está más allá o antes del lenguaje.

Sí se quiere escribir sobre los cuerpos vivos, el punto de partida parece ser éste, esto es, lo *dado*, por el que *tenemos* un objeto-cuerpo público y *somos* un sujeto-cuerpo privado. Esto ha sido articulado desde la filosofía, la antropología y la sociología, así como en la medicina³. Aparece una y otra vez, en los testimonios de experiencias de la vida real. Es lo que todos sabemos. Pero tal vez es hora de escapar de esta evidencia. Quizás es hora de comenzar a conocer algo más, o de otra manera.

El cuerpo no ha sido siempre un objeto/sujeto. Michel Foucault sugiere que es un *tropo* inventado a principios del siglo XIX⁴. Antes de ello, las enfermedades eran entidades en sí mismas, clasificadas en tablas nosológicas. Los pacientes que buscasen alivio describirían las dolencias que estaban padeciendo y los médicos entonces inferirían qué enfermedad estaba habitando el cuerpo del paciente, y qué ocurriría después. Fue necesario un cambio epistémico radical para que las enfermedades llegasen a ser *condiciones del* cuerpo humano. Después de este cambio, la verdad acerca de una enfermedad ya no podía ser detectada escuchando las palabras de los pacientes. En su lugar, se requería una mirada bien entrenada que examinase los tejidos corporales. Dado que los tejidos dañados suelen estar escondidos bajo la piel, el conocimiento certero de enfermedades sólo podía ser establecido después de la muerte. Así se estableció la distinción cuerpo-objeto/sujeto-cuerpo con la que hoy vivimos. En palabras de Mark Sullivan:

«Para Bichat, el sujeto y objeto médico no eran dos sustancias diferentes dentro del mismo individuo, sino dos individuos diferentes: uno vivo y uno muerto.

³ Una variedad de textos clásicos articularon este conocimiento (ahora común) en una diversidad de formas. Véase, por ejemplo, Merleau-Ponty (1962) para un análisis que impacta en la neurología, donde en ese momento se hablaba de la imagen corporal del sujeto, o Wittgenstein (1953) con respecto a la dificultad de hablar sobre el dolor y otras sensaciones corporales.

⁴ Foucault (1976)

Conocedor y conocido se distinguen epistemológicamente porque el médico asume la posición del conocedor y el paciente/cadáver la posición del conocido».⁵

Sullivan señala que esta división genera un *dualismo* fundamental, problemático para la medicina moderna. No es el dualismo atribuido a Descartes entre dos tipos de sustancia, cuerpo y mente. Es, en cambio, la distinción entre sustancia y actividad:

«Aquí, la *actividad* de la autointerpretación o el autoconocimiento se elimina del cuerpo más que de la sustancia mental. El organismo conocido y curado por la medicina moderna no es consciente de sí mismo».⁶

Sullivan y otros muchos tratan de integrar la autoconciencia de las personas en la medicina moderna⁷. Pero ¿cómo? La mayoría de autores sugieren la suma: *junto con*, o *por encima* del conocimiento de la patología de los tejidos y sus variantes, los médicos deberían dejar espacio para la autoconciencia de sus pacientes. Quieren que la medicina no sólo mire, sino que también escuche; que garantice la vida a los pacientes, no sólo que los conozca como si estuvieran muertos.

Parece difícil discrepar con el alegato de Sullivan a favor de una medicina que atienda no sólo a los órganos de sus pacientes, sino también a la autoconciencia. Pero hay un problema: deja intactos los *modos de conocimiento* involucrados. Por un lado, hay una manera objetiva, pública y científica de conocer el cuerpo desde el exterior. Por otro lado, hay una manera subjetiva, privada y personal de conocer el cuerpo desde el interior. Éstos son los modos de conocimiento inventados en los tiempos de Bichat. Foucault describe cómo la *episteme* moderna (de la cual forman parte) está vinculada al *nacimiento de la clínica*. La medicina moderna y la *mirada* hacia los tejidos inertes y sus desviaciones nacieron en un tipo específico de hospital, un sistema específico de preparación médica y un conjunto de prácticas específicas para el tratamiento. Juntos dieron a la patología la última palabra, mientras que un amplio rango de técnicas (desde los rayos X a la química de laboratorio) se desarrollaron

⁵ Sullivan (1986), p. 344.

⁶ *Ibid.*, p. 344.

⁷ Para obtener un ejemplo filosóficamente argumentado, véase Toombs (1992). Y para un ejemplo desde la antropología social, véase Good (1994). Cuando la literatura se ocupa de las historias de la gente, de sus hechos vitales, a veces presta mayor atención a la autoconciencia de sus cuerpos. En este texto, sin embargo, preferimos no coger este camino demasiado rápidamente, sino responder directamente a la preocupación de Sullivan de que el *cuerpo conocido por la medicina moderna no es consciente de sí mismo*.

para mirar a través de la piel de los cuerpos vivos. Y sólo con este modo de ordenar el conocimiento médico, se privatizó la autoconciencia de los pacientes⁸.

Como ya ha pasado bastante tiempo desde principios del siglo XIX, nos gustaría usar el trabajo de Foucault no como una descripción acabada de la «modernidad», sino como una inspiración para preguntarnos si todavía vivimos dentro de la misma epistemología moderna. Nos gustaría preguntarnos por los modos de conocer, qué muestran hoy en día las prácticas médicas y cómo conocen el cuerpo en la actualidad. Pero el plantear la cuestión de este modo restringe las posibilidades de desarrollo de ésta, pues asume que lo central es el *conocimiento*. Con el fin de eludir ese supuesto resulta más prometedor preguntarnos algo ligeramente diferente: ¿qué *es* un cuerpo en las condiciones de posibilidad a principios del siglo XXI? Enunciar la pregunta de esta forma es arriesgado. El peligro radica en que la respuesta repita, simplemente, lo que ya han dicho los expertos biomédicos o los pacientes. Es decir, que apenas sea una contribución real. Sería igualmente inútil añadir, o corregir, el conocimiento de los expertos o de los pacientes con las técnicas de etnografía que tenemos a nuestra disposición. No, no «conocemos mejor». Merece pues la pena formular la pregunta «¿qué es un cuerpo?» de forma distinta. Es una manera de *cambiar las bases* en las que se puedan apoyar las preguntas sobre la realidad de los cuerpos. Nos lleva a un lugar donde la recopilación de *conocimiento* —ya sea objetivo o subjetivo— ya no es idolatrada como el medio más importante de relacionarse y de estar en el mundo.

Tenemos y somos un cuerpo. Hay un modo de salir de esta dicotomía. Como parte de nuestras prácticas cotidianas, *también hacemos (nuestros) cuerpos*. En la práctica, los actuamos. Si el cuerpo que *tenemos* es el conocido por los patólogos después de nuestra muerte, y el cuerpo que *somos* es el que conocemos siendo conscientes de nosotros mismos, entonces, ¿qué pasa con el cuerpo que *hacemos*? ¿Qué puede descubrirse y decirse sobre éste? ¿Es posible investigar el cuerpo que nosotros *hacemos*? ¿Y cuáles son las consecuencias de privilegiar la acción sobre el conocimiento? Con el fin de analizar esto, vamos a abordar algunas historias acerca de la hipoglucemia tomadas de un estudio longitudinal sobre el vivir con diabetes⁹.

⁸ Así que en un sentido *foucaultiano* no aceptamos que sentirse desde el interior haya tenido siempre la forma actual, y que fuese “colonizado” y/o desplazado por la medicina moderna. Por el contrario, los dos (conocimiento subjetivo y objetivo) llegaron a ser a la vez, juntos. Para un estudio maravilloso que permite a los lectores no sólo comprender, sino también «sentir» cómo se solían habitar los cuerpos de manera diferente, ver Duden (1991).

⁹ Para este estudio reunimos y analizamos una amplia gama de «materiales»: libros de medicina, revistas científicas, revistas y folletos de información al paciente, publicidad, textos au-

CONOCER LA HIPOGLUCEMIA EN LA PRÁCTICA

Entonces, ¿qué es la hipoglucemia? Veamos la referencia de un texto médico¹⁰:

«En personas sin *diabetes mellitus* los niveles de glucosa en plasma varían entre 3 y 8 mmol/l, en función del tiempo que ha transcurrido desde la última comida. En general, el criterio que determina la hipoglucemia en un paciente con *diabetes* se establece con un nivel de glucosa en sangre por debajo de 3,5 mmol/l».¹¹

En esta definición, la hipoglucemia se localiza *bajo la piel* y es un estado característico de un tejido corporal móvil, la sangre. Se trata de un nivel de glucosa en sangre inferior a 3,5 mmol/l. Esto es, entonces, una definición del objeto que está en consonancia con la tradición de la patología, y que describe el *cuerpo-que-nosotros-tenemos*. Pero el libro de texto localiza la hipoglucemia en otros lugares también:

«La hipoglucemia es una complicación en el tratamiento de la *diabetes mellitus* que se presenta con frecuencia y que es potencialmente seria».¹²

El tratamiento de la *diabetes mellitus* no está localizado en el cuerpo, sino en los hospitales, folletos de información y en los hogares de la gente. Está en

tobiográficos. También hemos observado etnográficamente las clínicas para personas con diabetes y las hemos entrevistado, así como a los profesionales pertinentes. El presente trabajo se centrará especialmente en el tratamiento para las personas con diabetes 1 (diabetes de inicio temprano, que siempre hace a las personas que la padecen dependientes de la insulina), que es más difícil de «manejar» que la diabetes 2. La diabetes 1 también tiende a aparecer con una mayor incidencia de hipoglucemia. Las citas de este artículo no informan al lector de las características específicas que tienen las *personas* que hablan. En su lugar, tienen la intención de informarnos acerca de las *prácticas* de tener diabetes —prácticas que están tan extendidas que son difíciles de estudiar etnográficamente para un número limitado de investigadores que sólo tienen un tiempo limitado, y prefieren también no inmiscuirse durante largos períodos en la vida de otras personas, pasando días y días con ellos—. Así que tomamos a los profesionales, así como a las personas con diabetes, como *etnógrafos* (legos), siendo nosotros quienes seleccionamos, traducimos, combinamos y contrastamos sus historias.

¹⁰ Las prácticas de tratamiento de la diabetes no son, de ninguna manera, universales o generales, ni siquiera en el «mundo occidental». En una fase posterior de nuestro estudio esperamos introducir comparaciones internacionales. Dado que el trabajo de campo y las entrevistas de este artículo provienen principalmente de los Países Bajos, se utiliza un libro de texto de este país.

¹¹ Tomado de Van Haefen (1995), p. 142.

¹² *Loc. cit.*

la *vida diaria* de las personas que sufren *diabetes mellitus*. En la vida cotidiana la hipoglucemia es algo que puede ocurrir, pasar y completarse. Es una complicación potencialmente grave.

No es difícil encontrarse con frases como ésta en textos médicos y artículos científicos: frases en las que los fenómenos se presentan inmersos en las prácticas en las que se dan¹³. Pero no en cualquier lugar. Las prácticas tienden a aparecer en la sección de *materiales y métodos* de los artículos científicos, pero no en las conclusiones. Tienden a surgir en presentaciones clínicas, pero no en perspectivas epidemiológicas. El conocimiento del cuerpo-que-tenemos y el conocimiento del cuerpo-que-hacemos tiende a intercambiarse. Así que el cambio que proponemos es bastante simple a pesar de tener consecuencias de largo alcance. Consiste en mantener las prácticas en primer plano todo el tiempo. Sin tomar el atajo de comprender la «hipoglucemia» como algo oculto en el cuerpo o debajo de la piel, nuestra descripción etnográfica se ocupa consistentemente de las prácticas en las que se está haciendo.

Entonces, ¿cómo se hace la hipoglucemia? Un primer modo es *conociéndola*. Conocer es una práctica: sólo se puede hablar de «un nivel de azúcar en sangre inferior a 3,5 mmol/l» si se pincha la piel, se toma una muestra de sangre, y se mide el nivel de azúcar. Esto solía hacerse en un laboratorio. Un técnico pincharía la vena, recogería algo de sangre en un tubo pequeño, lo insertaría en una máquina y leería el resultado. Esto continúa sucediendo aunque se le ha añadido otra práctica de medición. Desde que el tamaño de la maquinaria necesaria se ha reducido, las personas con diabetes pueden llevarla con ellos y medir sus niveles de azúcar en la sangre. Se pinchan la yema del dedo y deslizan una gota de sangre sobre la lámina de medida. La lámina se introduce en la máquina y en pocos segundos aparece un número. Sin embargo, nada de esto es fácil. Pinchar el dedo puede ser doloroso, el número puede tardar algún tiempo en aparecer, y así sucesivamente. La medición es exigente y a veces imposible de sostener en la práctica. He aquí un internista en una entrevista:

¹³ Por mucho que las personas que trabajan dentro de la tradición fenomenológica enfatizan nuestro «ser-en-el-mundo» como cuerpos, ellos sitúan (la comprensión de) tal ser corporal *al lado* del conocimiento representacional *de* los cuerpos. Véase, por ejemplo, Csordas (1994). Las aportaciones de la tradición de Estudios de la Ciencia nos permiten incluir las «prácticas representacionales» entre otras muchas prácticas. Cada una de ellas es igualmente trivial. La apreciación de los laboratorios como un conjunto de practicalidades se la debemos sobre todo a Latour y Woolgar (1979). La explicación y defensa más bella sigue estando en Latour (1988). Por supuesto, existen también multitud de estudios que descubren las prácticas cotidianas. Y otros trabajos, como el que realizamos aquí, se mueven de un lugar a otro. Consultar los ensayos publicados en *Les Objects dans l'action. De la Maison au Laboratoire* (1993).

«Entiendo perfectamente que no siempre es fácil. Al igual que este paciente, tengo a gente que trabaja en la carretera. ¿Te sientas ahí, en una zanja, rodeado de suciedad, con las manos sucias, sin lugar donde ocultarse? Yo tampoco mediría si estuviera en esa situación».

Las zanjas sucias son un problema. Pero medir el nivel de azúcar en sangre también es difícil cuando estás en una reunión de trabajo y no te puedes ausentar unos minutos. O si estás comprando en el centro con tus amigos, o si estás dando una clase a niños. Por otro lado, es posible medir el nivel de azúcar en sangre en una cocina limpia o en el cuarto de baño; es decir, en lugares donde las circunstancias estén igual de controladas que en un laboratorio. De esta manera, la hipoglucemia puede ser *actuada* como un nivel de azúcar en la sangre por debajo de 3,5 mmol/l.

Sullivan y otros muchos críticos argumentan que la medicina debería conocer los cuerpos vivos de un modo más rico que el conocimiento que se obtiene de los cadáveres. Debería apreciar que los pacientes son capaces de actuar. Pero pedir a la gente con diabetes que sea activa como lo son los técnicos del laboratorio no es lo que hace falta: eso simplemente los convierte en sus propios patólogos. No acaba con el dualismo entre el médico que conoce y el paciente cuyo cuerpo es conocido, sino que simplemente lo desplaza, de modo que comienza a darse a través de cada individuo. Atender no sólo al cuerpo que *tenemos* sino también al cuerpo que *somos* requiere conocimiento desde el interior. Y curiosamente, en el manejo del día-a-día (o prevención) de la hipoglucemia, la *auto-conciencia* es al menos tan importante como la medición. Porque si se es sensible al estado físico desde el interior, se puede sentir cómo se acerca una hipoglucemia (una «hipo»), y hacer algo para aumentar el nivel de azúcar en la sangre. Pero ser consciente de sí mismo no es autoevidente. No es algo que todo el mundo sea capaz de hacer, siempre que la medicina no les diga algo. Algunas personas son buenas en esto, otras no. Como una enfermera de diabetes señala:

«A veces tenemos aquí a gente que nunca siente nada. Simplemente hacen lo que pone en la lista. Así que tratamos de darles una buena lista, decirles qué hacer, cuándo, e incluimos algunas medidas adicionales. Pero cuando les sucede algo inesperado, se encuentran con problemas. Mientras otros, bueno, me dicen que casi nunca se miden más de una o dos veces a la semana, pero nunca les da hipoglucemia. De alguna manera, la sienten venir».

La enfermera de diabetes cree que las personas que «de alguna manera la sienten venir» están en mejor situación, ya que pueden llevar unas vidas más flexibles. Son capaces de hacer frente a una hipoglucemia inesperada, que les

suceda fuera de sus rutinas habituales. La enfermera describe con entusiasmo cómo participa en programas donde se concientiza a aquellos que carecen de esas intuiciones¹⁴. En el tratamiento de las personas con diabetes, pues, la conciencia no es *silenciada* por la medicina, sino que es utilizada como un recurso y extendida donde es posible¹⁵.

Puede que exista un dualismo entre conocer objetivamente los cuerpos desde afuera o subjetivamente desde dentro. Pero si, como estamos sugiriendo, la práctica está persistentemente en primer plano, entonces parece que la relación entre la medición e «introspección» de la hipoglucemia es algo más complejo. Algunas veces y para alguna gente, sentirse mal es una razón suficiente para actuar. Medir es simplemente *innecesario*. Pero, en otras circunstancias, la introspección y medición son sometidas a *contraste* y la última suele ser más eficaz. Esto se debe a que sentirse mal no está necesariamente relacionado con una «hipo», sino que también puede ser el efecto de una bajada en el nivel de azúcar en la sangre, digamos, de 15 a 8 mmol/l. Esto significa que sentirse mal no es necesariamente una razón para incrementarse el nivel de azúcar en la sangre, sino que debería ser una razón para medirlo. Y hay gente que no «se siente mal» en absoluto, de modo que *siempre* tienen que medirse si quieren evaluar su nivel de azúcar en la sangre. Pero, desde el punto de vista etnográfico, la relación más interesante entre objetividad y subjetividad se da en el uso de máquinas de medir para *entrenar* la sensibilidad interna. En los programas de formación se les pide a los participantes que adivinen sus niveles de azúcar en la sangre, antes de medirlos. El objetivo no es convertirlos en precisos adivinos-de-números, sino alentarlos a que de vez en cuando se tomen un momento para sentir sus cuerpos desde el interior. Se trata de seducirlos para *practicar* la autoconciencia.

¹⁴ Una posibilidad que parece ser la más prometedora para aquellos que han enfermado recientemente; la capacidad de *sentir* una hipoglucemia también puede deteriorarse como consecuencia de la diabetes.

¹⁵ La medicina occidental depende en muchos aspectos de la conciencia corporal de sus pacientes. Con el fin de permitir a los médicos utilizar sus herramientas de diagnóstico adecuadamente, los pacientes tienen que responder a preguntas como: ¿qué sientes?, ¿dónde te duele?, ¿en qué momentos?, ¿es un picor o una sensación similar a un cuchillo?, y así sucesivamente. En todas las críticas al abandono por parte de la medicina de la conciencia del paciente, esta dependencia ha sido poco estudiada. Por ejemplo, Strauss *et al.* (1985) presta atención al *trabajo de articulación* que los pacientes y los médicos elaboran.

CONTRARRESTAR, EVITAR, PRODUCIR LA HIPOGLUCEMIA

Pero la *práctica* de la hipoglucemia no es sólo una cuestión de *conocerla* midiéndola desde fuera, sintiéndola desde dentro o alguna combinación de ambas. Cuando le preguntamos a Miriam T., que ha vivido con diabetes durante años, «¿qué es la hipoglucemia?», Miriam T. nos cuenta una historia diferente:

«Bueno, si en el momento en que me voy a dormir veo un [azúcar en la sangre de] 4 [mmol/l], entonces simplemente sabes que en algún momento corres el riesgo de sufrir una hipoglucemia durante la noche, porque es demasiado bajo. Debería ser de 6 o 7, lo que pasa es que, bueno, oh..., mierda, me despierto en medio de la noche y tiemblo, tiemblo, tiemblo, y sudo, y entonces tengo que salir de la cama y comer algo. Contrariamente a si me portara bien, si me descuido, pues sí, entonces tendré que salir de la cama».

En esta historia hay números (4, 6, 7) y hay temblor y hay sudor. Pero Miriam T. también habla de levantarse en medio de la noche, enfadada consigo misma por haber sido descuidada. La acción fundamental necesaria es la de comer.

«Entonces me regaño y voy a la nevera, saco un yogur y le echo algo de azúcar. Y a veces me siento en el suelo, comiendo, porque eso es todo lo que puedo hacer en un momento como ése, sentarme en el frío suelo de la cocina y comer mi yogur con azúcar.

Y luego poco a poco me siento mejor.»

En la vida cotidiana de las personas con diabetes, la hipoglucemia es algo que conocen, pero la clave de su relación con ella no es reunir conocimiento sino intervenir. Para Miriam T. el modo más interesante de relacionarse con la hipoglucemia no es sentir ni medir, sino *contrarrestarla*. Entonces, cuando le preguntamos qué *es* una *hipoglucemia*, ella habla de levantarse por la noche y comer un yogur azucarado¹⁶. Algunas personas incluso *tienen* hipoglucemia sin saberlo. Tratan de evitarla a toda costa. Una enfermera especializada en diabetes nos informa:

¹⁶ Comer, a su vez, se vincula al cuerpo de un modo complejo que, evidentemente, va más allá de «luchar contra la hipoglucemia». Estudiar esas actividades triviales socio-físicas debería arrojar luz sobre muchos aspectos de la vida que se muestran en la interesante investigación que Sutton (2001) hace sobre el entretijido de alimentos y memoria.

«También tenemos a una paciente, una mujer mayor que se hizo dependiente de la insulina hace poco, que tiene tanto miedo de tener una hipoglucemia que, cada vez que se siente mal, come. Así que come y come. No le gusta medir su azúcar en sangre, de modo que se siente mal, pero no porque su nivel de azúcar en sangre sea bajo, sino porque simplemente ha descendido. Era, digamos, 15 y bajó a 8 y eso le hizo sentirse mal y, como quiere evitar una hipoglucemia a toda costa, pues no para de comer hasta que su nivel de azúcar alcanza 15 otra vez. Pero se siente fatal, claro, porque, ya sabes, está engordando».

Estar gordo no es un «signo clínico» de hipoglucemia, pero puede ser un modo específico de *actuarla*, que consiste en *evitarla*. Evitar la hipoglucemia comiendo cada vez que uno se siente mal no es un modo de acción que alienen las enfermeras. Sin embargo, es comprensible, ya que hay muy buenas razones para evitar la hipoglucemia. De nuevo Miriam T:

«Con la insulina, después de todo, tienes una droga letal en casa. La gente se mata con ella. Si te inyectas demasiada y no comes nada, bueno, te mueres».

En las prácticas de tratamiento actuales, la gente con diabetes aprende a inyectarse su propia insulina, pero no demasiada. Aprenden a contrarrestar la hipoglucemia, o, preferiblemente, prevenirla para que no se produzca, no sólo comiendo cuando se sienten mal, sino también cuando es realmente necesario. Medir y sentir forman sólo una pequeña parte de todas las actividades requeridas de los «pacientes activos», y adquirir conocimiento no es el objetivo de estas actividades. Equilibrando la ingesta de alimentos, ejercicio e inyecciones de insulina, las personas con diabetes tratan, en cambio, de evitar hipoglucemias, e hiperglucemias también. Deben mantener sus niveles de azúcar en sangre en un *nivel adecuado*.

La medicina ha modificado estos niveles durante las últimas décadas. Los niveles ideales de azúcar en la sangre son inferiores a los que solían ser, ya que mantenerlos bajos tiende a posponer la aparición de complicaciones secundarias. Estas complicaciones son desagradables: las personas con diabetes, al hacerse mayores, son más propensas que otras a la ceguera, a sufrir neuropatías, o desarrollar arteriosclerosis. En ensayos clínicos se han hecho comparaciones entre personas que han sido tratadas a la manera tradicional (con una sola inyección de insulina al día y un control de laboratorio cada tres meses en el que se mide el promedio del nivel de azúcar en sangre) y pacientes cuyos niveles de azúcar en sangre fueron estrictamente equilibrados en niveles más bajos (manteniéndose con pequeñas inyecciones diarias de insulina y auto administrándose tantas medidas de azúcar en sangre como fuesen necesarias). El se-

gundo grupo resultó tener una mayor probabilidad estadística de mantener una buena salud a largo plazo. Como dice un internista:

«Hace 12 ó 15 años todavía se podía realizar un ensayo para investigar si una regulación exhaustiva realmente favorece los resultados de los pacientes a largo plazo o no. Pero ahora no sería ético. Ya no puedes hacerlo. Se han reunido suficientes pruebas, a pesar de que los ensayos que se han realizado hace años no siguieron lo que yo creo que son buenos programas de tratamiento».

La política actual de tratamiento es de regulación estricta siempre que sea posible. Estadísticamente, mejora el estado de salud de la gente a largo plazo, pero tiene la desventaja de conducir a una mayor incidencia de hipoglucemia. Si los niveles a lograr se establecen a la baja, no es sorprendente que se incrementa la frecuencia de niveles demasiado bajos de azúcar en sangre. Así, mientras a los individuos se les enseña a evitar hipoglucemias y contrarrestarlas lo más rápido posible, los ensayos clínicos recientes —y las normas emanadas de ellos— *producen* activamente la hipoglucemia. Esto, por supuesto, no es algo que se haya buscado, sino que es la contrapartida de posponer las complicaciones a largo plazo. Resulta, pues, que la práctica médica tampoco está fundamentalmente interesada en *conocer* bien la hipoglucemia. En los encuentros clínicos entre profesionales se intenta incrementar esta habilidad en sus pacientes para evitar o contrarrestar la hipoglucemia, mientras que la introducción de programas de tratamiento más actuales causa el aumento general de «incidentes hipoglucémicos» como efecto secundario.

IN-CORPOREIZACIÓN Y EX-CORPOREIZACIÓN

Nos preguntamos «¿qué es la hipoglucemia?» y hemos encontrado que puede ser: *medida* como un nivel de azúcar en sangre por debajo de 3,5 mmol/l; *sentida* como sudoración, temblores o una sensación general de malestar; *contrarrestada* como algo a lo que se responde comiendo azúcar; *evitada* por miedo al coma o, peor, la muerte; mientras que también es *producida* como una solución con la que posponer complicaciones a largo plazo. Hecha de todas estas maneras, la hipoglucemia es todas estas cosas¹⁷. Pero ¿qué implican éstas para *el cuerpo*? La respuesta es doble. En primer lugar, en cuanto actúan la hipo-

¹⁷ Para ahondar en una exploración sobre la multiplicidad de los objetos de la medicina que resultan de la insistencia de poner las prácticas en primer plano, tomando como ejemplo la arteriosclerosis, véase Mol (2002).

glucemia, los cuerpos *hacen* un montón de cosas: ellos *actúan*. Y en segundo lugar, mientras la hipoglucemia está siendo medida, sentida, contrarrestada, evitada y producida, el cuerpo está *siendo actuado*, también. Pero no, es más complicado todavía. Actuar y ser actuado van de la mano. Podemos preguntarnos: mientras está actuando, ¿qué tiene que ser el cuerpo? Ésta es la pregunta de la que nos ocuparemos a continuación.

A los patólogos que observan cadáveres, o a los médicos que utilizan instrumentos con el fin de ver a través de la piel de un paciente vivo, les interesa, principalmente, mirar. En todo caso, así es como Foucault describió la “*mirada clínica*”, el modo de conocimiento médico dominante que comenzó a principios del siglo XIX. El cuerpo del médico es activo en la mirada, pero sólo parcialmente. Son principalmente los ojos los que realizan la mirada. Las tecnologías que ayudan al médico a “ver a través” de la piel de los cuerpos vivos pueden también referirse a los oídos, o al sentido del tacto del observador, o incluso al olfato, aunque la metáfora-de-conocimiento dominante siga siendo la visual¹⁸. Cuando Sullivan y otros nos piden que apreciemos la conciencia del paciente, están haciendo hincapié en la importancia de otra facultad sensorial: la de *sentir* el grado de bienestar físico desde el interior. Entonces, el conocimiento de los cuerpos involucra todos los sentidos¹⁹. Y el conocimiento-en-práctica implica aún más aspectos del cuerpo (como las manos que tienen que intervenir y no pueden temblar). Otras formas de actuar la hipoglucemia dependen no sólo de las manos, sino también de la boca que come, del aparato digestivo y del metabolismo del azúcar en cada célula individual. Actuar la hipoglucemia implica a todo el cuerpo. Pero *este cuerpo no está bien definido en su totalidad*: no está cerrado, sino que tiene fronteras semipermeables.

Comencemos con la medición. Depende de los ojos que tienen que leer la pantalla de la máquina de medición. Pero antes que los ojos, las manos han estado activas. Las manos pinchan y son pinchadas. Apuntando bien, cerca de la yema del dedo, pero no en ella: si más adelante en tu vida te vuelves ciego, necesitarás las yemas de los dedos para sentir el entorno. Con una mano aprietas y sacas una gota de sangre de la otra. Las manos también insertan la lámina que ha absorbido la sangre en la ranura de la máquina de medir. Por ahora, todo marcha. Una enfermera de diabetes comenta:

¹⁸ Todas las prácticas de conocimiento dependen del cuerpo activo, incluso aunque se haya hecho un gran esfuerzo en eliminar la importancia del cuerpo en algunas de ellas, en particular las prácticas de conocimiento de la llamada «ciencia». Acerca de esto, y la persistente relevancia de los cuerpos-que-conocen, ver los ensayos de Lawrence y Shapin (1998).

¹⁹ Al igual que otros conocimientos, incluida la etnografía. Véase, para ésta última, Stoller (1989).

«A veces, no entiendo a la industria. Mira, intenta, ¿puedes abrir el tapón de esta botella? Apenas puedo yo. Y muchas personas con diabetes, cuando se hacen mayores, desarrollan problemas para usar sus manos. También ocurre que a las personas de edad avanzada les tiemblan las manos, tanto que les impide insertar la lámina en la ranura, aquí, mire esta máquina aquí, ¡es imposible! Luego están las máquinas con pantallas tan pequeñas que los números son apenas legibles, y mucho menos para alguien con problemas de vista. Pero claro, otro problema es que algo grande que pudiera usar todo el mundo no gustaría a la gente joven. Ellos quieren algo que puedan llevar a todas partes, algo pequeño. Y con diseño moderno, claro, para que puedan enseñarlo por ahí».

Las manos son activas al medir la hipoglucemia, pero no actúan solas. Interactúan con la maquinaria. El éxito de esta interacción depende de la medida en que las manos y las máquinas estén adaptadas y sean adaptables entre sí. Algunas cosas pueden hacerse sólo si un cuerpo está preparado y capacitado para hacerlas; otras fallan cuando una máquina no está bien ajustada al cuerpo al que debe servir. Las máquinas sólo llegan a ser instrumentos si el cuerpo las puede manipular e incorporar en sus acciones²⁰. Así que la medición depende de un cuerpo *abierto* más que de un cuerpo aislado. El cuerpo que mide activamente emerge con estas máquinas de medida. ¿Qué pasa con el cuerpo que siente? Miriam T., en medio de la entrevista:

«Bueno, perdón. Tengo que ir a la cocina, debo comer una manzana o algo así».

Miriam T. siente venir una hipoglucemia y coge una manzana —o algo— con el fin de contrarrestarla. Ella no mide su nivel de azúcar en la sangre: no le gusta pinchar el dedo y evita hacerlo en la medida de lo posible²¹. Pero tampoco sus sentimientos derivan de un cuerpo aislado y bien-delimitado: incluye mucho más.

«Yo, bueno, conozco mi cuerpo bastante bien, y si me pinchara y midiera en este momento, sé que estaría bastante baja, porque me siento un poco, eh, que tengo

²⁰ Como extensión de esto, sería interesante analizar la tecnología médica con el repertorio teórico que se ha desarrollado en la antropología para el estudio de la *cultura material*. Véase, por ejemplo, Arnoldi *et al.* (1996).

²¹ La cuestión de la cantidad de dolor involucrado en la medición es interesante por sí misma. Algunos de nuestros informadores nos cuentan que *a ellos* no les duele. Una persona comentó que no le dolía porque no le importaba mucho medirse: mencionó que, cuanto más aversión tienes a la medición, más dolor sufres. De todas formas, si alguien no siente absolutamente nada de dolor, no es buena señal tampoco: puede indicar que se ha asentado una neuropatía que impide la sensibilidad.

que comer algo más, porque me he inyectado demasiado. Es decir, íbamos a comer chile esta noche y lo íbamos a acompañar con judías pintas, lo cual supone muchos hidratos de carbono, y por eso tiendo a inyectarme dos o tres unidades más para que no suba demasiado, pero ahora que he estado haciendo cosas en el jardín, pues, hmm, tengo que comer algo extra porque de lo contrario no estaré bien. Ahora podemos tomar unos pocos frutos secos, así que me los permito, ajá, frutos secos.»

En su apreciación de sí misma como estar “baja”, Miriam T. incluye: tablas de hidratos de carbono y su experiencia con las máquinas de medición; el chile que se ha comido, las unidades de insulina que se ha inyectado; su trabajo en el jardín; e incluso el lujo de permitirse unos frutos secos. Ella incorpora lo que le rodea. El cuerpo consciente de sí mismo tiene fronteras semipermeables. Pero no sólo hace que entre en su interior lo que estaba afuera, sino que hay también un movimiento en la otra dirección. Algunas de las actividades corporales tienen lugar más allá de la superficie de la piel. Josef, el marido de Miriam T., por ejemplo, es muy bueno detectando las hipoglucemias de Miriam T.:

«De repente [él] me mira y me dice “¿no te parece que estaría bien que comieras algo?”. O sin mirar, se da cuenta por lo que esté haciendo. Me irrito de un modo particular, u hostil. Y él sabe cómo estoy, lo que está pasando. Y por lo general, acierta».

Más tarde Josef entra en la habitación y admite con cierto orgullo que a menudo es capaz de intuir cuando Miriam T. se empieza a sentir mal. De hecho, él no habla de *verlo*, sino de *sentirlo*. Así, mientras que un cuerpo-en-la-práctica puede incorporar algo de sus alrededores, este cuerpo además podrá —¿cómo decir esto?— *excorporeizar* algunas de sus acciones. La actividad misma de la introspección puede tener lugar fuera de su propio cuerpo.

Se necesita acción física para medir y sentir, pero también para contrarrestar la hipoglucemia. Para hacer algo sobre esa sensación de estar «baja», Miriam T. debe morder, masticar y tragar. Tiene que hacerlo sola: nadie más puede hacerlo por ella. Pero no puede hacerlo por sí misma. Necesita una manzana —o algo— para comer. Si quienes rodean a Miriam T. quisieran contrarrestar la hipoglucemia físicamente, deberían estar preparados para la acción. Miriam T.:

«Nunca salgo de casa sin comida en el bolso. Nunca. Sin la insulina en el bolso, sin dextrosa en mi bolso, nunca. No importa el qué, siempre llevo mi bolso conmigo. Cuando estoy en algún lugar, de pie en alguna parte, y tengo que comer algo, bueno, no puedo no tener nada que comer».

Miriam T. lleva comida cada vez que sale y va a algún sitio, ha distribuido cuidadosamente dextrosa y galletas a su alrededor. En la guantera de su coche, en las alforjas de la bicicleta, en el dormitorio del piso de arriba.

«Esto se ha convertido en algo normal, me pertenece. Es lo que soy.»

Simplemente lo diremos de este modo: además del cuerpo propio, lo que la rodea tiene que estar listo para la acción. Pero también podemos seguir la sugerencia de Miriam T.: los entornos bien preparados forman parte de mi conciencia activa, *yo*, lo que significa que es mucho mayor que el cuerpo.

Al actuar la hipoglucemia, los cuerpos actúan. Sin embargo, estos cuerpos activos no están aislados. Sino que sus fronteras son permeables. Ellos interactúan y, a veces, se fusionan parcialmente con sus entornos. Esto es aún más evidente cuando uno se olvida de medir y sentir, y la acción llega demasiado tarde. Porque, si una hipoglucemia se vuelve realmente seria, el cuerpo comienza a perder la capacidad de actuar correctamente por sí mismo. Con un nivel de azúcar en la sangre excesivamente bajo, uno empieza a comportarse de forma extraña, agresiva, como si estuviera ebrio. Miriam T. ha advertido a sus compañeros.

«Les he dicho, si alguna vez me veis en una situación así, sacadme de la parte principal de la tienda y llevadme al almacén o la oficina, donde sea, los aseos, no me importa, pero me daría mucha vergüenza si me diera una buena hipo en la tienda.»

Una hipoglucemia grave es altamente discapacitante. Primero, el cuerpo deja de ser fiable y puede resultar en situaciones embarazosas; luego se puede entrar en estado de coma. En un estado de coma uno no puede ni comer ni beber, aunque haya azúcar disponible. En su lugar, en este estado es necesaria una inyección de glucagón: la hormona que induce al cuerpo a liberar parte del azúcar almacenado en el torrente sanguíneo. Un cuerpo comatoso puede responder todavía al glucagón, pero alguien tiene que poner la inyección. Josef y alguno de los amigos del supermercado de Miriam T. han aprendido a hacerlo. Si las manos y la boca de Miriam T. son incapaces de actuar, ellos serán los que contrarresten sus hipoglucemias. Una vez más, como con medir y sentir, las fronteras del cuerpo-en-la-práctica son parcialmente permeables. Un cuerpo activo incorpora fragmentos y piezas del mundo que lo rodea, mientras que su acción puede ser desplazada fuera del cuerpo, excorporeizada.

Al situar persistentemente las prácticas en primer plano, cambia nuestra apreciación del cuerpo, el cuerpo-en-acción. Los ojos que observan siguen siendo importantes (deben leer los números en la pantalla de la máquina de

medición), pero están unidos a las manos que manipulan (que pinchan y sacan sangre, o llevan azúcar a la boca). La introspección sigue siendo importante, pero comer y beber parece ser aún más crucial para la supervivencia. De hecho, la actividad paradigmática del cuerpo-en-acción no es la observación, sino la metabolización. Esta propuesta encaja bien con nuestra observación anterior de que el cuerpo activo tiene fronteras semi-permeables. Un cuerpo que observa no actúa: ve lo que está fuera, y siente lo que está dentro. Uno de los pasos cruciales en la adquisición de auto-conciencia es la capacidad de diferenciar entre el yo y el otro, entre lo que uno es desde el interior y lo que, desde afuera, uno no es²². Sin embargo, para el cuerpo metabólico, el interior y el exterior no son tan estables. El metabolismo, después de todo, se relaciona con comer, beber y respirar; con defecar, orinar y sudar. Para un cuerpo metabólico, la corporeización y excorporeización son esenciales.

NO / COHERENCIAS

El cuerpo participa activamente en actuar la hipoglucemia; (la amenaza de) la hipoglucemia, a su vez, ayuda a actuar el cuerpo, de una manera muy específica. Hay muchas maneras diferentes de actuar los cuerpos²³. Por ejemplo, vivir con asma hace a la gente muy consciente del aire que respiran, como lo hace el practicar yoga²⁴. Las personas que han perdido la vista han dado descripciones táctiles de lo opaco, el espacio lleno de obstáculos en el que tienen que habitar²⁵. La transexualidad se presenta con una abrumadora sensación de vivir en un cuerpo sexuado con genitales que no son apropiados o deseables²⁶. La gimnasia puede fortalecer los músculos o dar una sensación de no estar en forma. Quienes tratan de perder peso llegan a habitar una realidad metabólica en la cual el alimento se compone de calorías y el ejercicio físico es un modo de perderlas. Y, volviendo a la realidad del día a día de vivir con diabetes, aquí el cuerpo también se actúa como un sistema metabólico, aunque ahora la

²² Para una investigación experimental sobre cómo se establece la diferencia entre el uno y el otro al comienzo de la vida, véase Butterworth (1995).

²³ Esto puede, con un giro diferente, denominarse «organismos que actúan». Para una defensa del «giro performativo» en filosofía, con el objetivo de analizar las diferencias entre los sexos, ver Butler (1993).

²⁴ Willems (1998).

²⁵ Golledge (1997).

²⁶ Para una exploración del cuerpo sexuado ilustrada con el ejemplo de la transexualidad, vea Hirschauer (1993).

alimentación es una cuestión de calcular los hidratos de carbono y hacer ejercicio es un modo de quemar azúcar. Lo que está en primer plano es mantener el equilibrio del azúcar a corto plazo más que la acumulación a largo plazo de grasa corporal.

En el sistema metabólico es pertinente que, para vivir con diabetes, muchas cosas estén unidas entre sí: alimentos con insulina con ejercicio con un nivel de azúcar en la sangre. El nivel de azúcar en la sangre, a su vez, aún tiene más vínculos físicos, ya que, con el tiempo, los niveles altos de azúcar en sangre causan la obstrucción arterial por arteriosclerosis, un deterioro de la vista, y una pérdida de sensibilidad debido a la degradación de las neuronas. El cuerpo está ensamblado de muchas maneras con las que vive la diabetes. Y sin embargo, *no es un todo coherente*. Más bien es un conjunto de tensiones. Por ejemplo, existen tensiones entre los intereses de los diversos órganos. Regular el azúcar en sangre puede ser bueno para las arterias, los ojos y las neuronas, pero, dado que incrementa el riesgo de hipoglucemia, es malo para el cerebro. Un internista comenta:

«Déjame decirte, me preocupa y mucho. Desde que se han publicado estos ensayos, la regulación estricta se ha vuelto demasiado popular. Mis colegas más jóvenes tienden a promoverla, así sin más, sin preguntarse si la gente está realmente preparada para ella, si pueden permanecer bajos sin caer en demasiadas hipoglucemias. Está en las publicaciones, está “¡basado en la ciencia!”. Cuanta menos experiencia tienen los médicos, más les gusta la “base científica”. Pero hemos empezado a preguntar a los pacientes de un modo un poco más sistemático acerca de sus incidentes de hipoglucemia, hacerles completar diarios y esas cosas, y los números que dan son alarmantes, algo más elevados de lo que habíamos estimado. Y he indagado un poco en la literatura, ya que cada vez hay más investigaciones sobre la hipoglucemia, por supuesto, y un informe tras otro habla de hipos que producen daño cerebral. Pero nadie sabe todavía cuánto daño cerebral producen».

Una regulación estricta no es ni buena ni mala para *el cuerpo* entendido como un todo. Es buena para algunas partes del cuerpo y mala para otras. Así, hay tensiones, tanto en el cuerpo como en la vida cotidiana de las personas. ¿Cuál es la opción menos mala? ¿Permitir un nivel de azúcar en sangre más alto pero a riesgo de padecer arteriosclerosis, ceguera, o falta de sensibilidad neuronal en veinte años? ¿O mantenerlo bajo, pero con el riesgo de tener hipoglucemias, que significa que resulte peligroso conducir o salir con los niños por la posibilidad de tener un coma? ¿Qué vida vivir, y qué cuerpo? ¿Uno que pierde la lucidez y tiene manos temblorosas pero que puede sentir las? ¿O uno con obstrucción de las arterias que se ha quedado ciego y no puede sentir

muy bien, pero al menos está lúcido? Éstas son las opciones a las que se enfrentan las personas con diabetes²⁷.

Pero no, resulta engañoso hablar de opciones. Porque, si uno pudiera elegir, sería obvio por lo que optar: una combinación ideal equilibrada. Una regulación estricta, un nivel de azúcar en la sangre bajo, y la rápida detección y lucha por contrarrestar las hipoglucemias. Este ideal, sin embargo, es insostenible. Depende de la capacidad de controlar nuestro nivel de azúcar en la sangre, calcular lo que se come, y realizar un seguimiento de la energía que se consume haciendo ejercicio —sin descanso, momento a momento, sin detenerse nunca—. Pero hay más. Lo más tentador de tratar de mantener un equilibrio estable de azúcar en sangre es que incluso se puede fallar por mucho que se intente. A veces los azúcares en sangre se comportan, simplemente, de modos impredecibles. Miriam T.:

«Nunca sabes de dónde viene. Algo típico son las emociones, que son muy difíciles de manejar. Puede ser un derroche de energía y, paf, ahí lo tienes, un poco de risa o llanto, y tienes un bajón. Pero, de repente, te puede provocar una liberación del azúcar almacenado. Entonces, al hacer una medición, pensaré: pero ¡si no he comido nada hace horas! Así que ¿por qué tengo 13? ¡13!».

El mantenimiento del equilibrio del azúcar es parte del sistema metabólico: el término sugiere un circuito cerrado, pero algunas variables están ausentes. Se comportan de forma impredecible o bien no se conocen. Esto significa que un control constante implica la amenaza de un fracaso inesperado. *Nunca sabes de dónde viene*. Lo mismo ocurre con las complicaciones a largo plazo. Los niveles bajos de azúcar en sangre intentan prevenir complicaciones secundarias, pero incluso aquellos que siguen un régimen estricto pueden ser víctimas de éstas. Como nos dijo un internista:

«La gente viene y me dice: “Oh, doctor, he visto a esta persona en la sala de espera, le habían amputado una pierna. Me aterra, me asusta muchísimo. Dígame que si cumplo los controles adecuadamente, y permanezco bajo 10, por favor, prométame que no me va a pasar, que no me amputarán una pierna.” Quieren que les tranquilice en esos términos. Pero, por supuesto, no puedo prometer nada. Ojala pudiera, pero no puedo».

Estadísticamente las correlaciones son claras: un azúcar en sangre estrechamente regulado produce menos complicaciones a lo largo de la vida que unos niveles de azúcar en sangre altos, o unos que tengan muchos altibajos.

²⁷ Mol (1998).

Pero lo que le pase a cada individuo es algo impredecible. Los ojos dejan de ver, o no. El desarrollo de la neuropatía puede ser pospuesto, o no. La arteriosclerosis puede desarrollarse rápidamente, o no —y si se desarrolla rápidamente las arterias de las piernas pueden deteriorarse tanto que la amputación sea la única forma de detener el dolor o prevenir la gangrena y la muerte—. Ésta es, pues, una segunda tensión que azota el cuerpo que vive con diabetes: la tensión entre el control y la arbitrariedad. Sin embargo, por muchos cálculos que se hagan, el nivel de azúcar en sangre se comportará de forma errática. Y estar bajo control también puede arrojar sorpresas angustiantes. El tratamiento moderno de la diabetes demanda que los pacientes mantengan siempre una contabilidad de todo lo relacionado con su cuerpo, incluso cuando parece que en este proceso los cuerpos no pueden ser contados.

Una tercera tensión surge del modo en que una variedad de necesidades y aspiraciones han de ser sostenidas a la vez y encarnadas, en «un-cuerpo-solo», podríamos decir. El cuerpo-con-diabetes se presenta con un conjunto de tensiones, pero las personas con diabetes no son sólo «personas con diabetes». Es posible que sufran asma, practiquen yoga, sean ciegos o transexuales, vayan al gimnasio, o intenten adelgazar. Puede que trabajen en zanjas, o en salas de reuniones, o en un aula. Puede que se enamoren o no, tengan una depresión, o una gripe, se vayan de vacaciones, trabajen en el jardín, vayan de compras o hagan exámenes. Las especificidades de las otras maneras en que las personas viven sus cuerpos han de ser combinadas, de alguna manera, con aquellas relacionadas con la diabetes.

Cecilia H.: «Yo era deportista, una verdadera deportista. Me encantaba correr, nadar, montar en bicicleta, jugar al voleibol, al tenis, un montón de cosas. Esto fue lo que más me preocupó cuando me enteré de mi diagnóstico, que tendría que renunciar a esa parte de mí. Y al principio, de hecho, me sentí tan mal que pensé que me sentiría débil para el resto de mi vida. Pero poco a poco me he recuperado. Volví al deporte, a practicar deporte con ganas. Lo necesitaba. Simplemente me apetecía tanto que lo hice. Pero no fue fácil, y aún ahora no lo es. La clave está en que puedes tener una hipoglucemia cuando los músculos están consumiendo mucha energía, y no sólo en ese momento, sino incluso horas y horas más tarde. Así que si corres por la tarde, te arriesgas a tener una hipoglucemia por la noche».

El cuerpo de deportista y el cuerpo de la persona-con-diabetes están en tensión. Los estallidos de energía del primero no coexisten muy bien con el precario equilibrio de energía del último. Es una tensión difícil. Algunas personas son capaces de manejar la situación con éxito y conviven con esta tensión durante mucho tiempo. Los que no pueden tienen que renunciar a «una parte de sí mismos». Si resulta demasiado complicado lidiar con una hipoglu-

ce mia por la noche, lo mismo tendrán que dejar el deporte. Pero si hacen deporte y tantean los límites, entonces corren el riesgo de que un día superen el límite y mueran²⁸. Esto sugiere que la suposición de que *tenemos* un cuerpo coherente o que *somos* un conjunto esconde un montón de procesos y negociaciones. Procesos y negociaciones que alguien tiene que *hacer*. No tienes, no eres un cuerpo-que-se-mantiene-unido por sí mismo, de forma natural. Mantenerte como un *todo* es una de las tareas de la vida. No es algo dado, sino que debe ser alcanzado, tanto debajo de la piel como más allá, en la práctica.

LO QUE SIGUE

En la tradición teórica occidental, «el cuerpo» es característicamente evocado como el caso ejemplar de lo que es ser un *todo*. Un «todo orgánico» puede incluso sonar tautológico²⁹. Esto encaja con conocer el cuerpo como algo que *tenemos* y algo que *somos*. El cuerpo-que-tenemos, esperando la mirada del observador en la mesa de reconocimiento, no se extiende más allá de los bordes de la mesa. Permanece pasivamente dentro de su piel. La tarea del observador consiste en entender *cómo* se sostiene unido: nunca se cuestiona la coherencia sistemática del cuerpo-que-tenemos. Pero el cuerpo-que-somos es también una totalidad, o debería serlo. Se diagnostican como desviadas las personas cuyas imágenes corporales no son coherentes, las que no sienten que sus cuerpos se integran. Y se critica enormemente a la medicina moderna, con su pluralidad de especialidades, por no apreciar nuestra integridad. Si *somos* un todo, o por lo menos, eso dice la crítica, ¿por qué no se nos trata en consecuencia?

Ahora bien, si situamos en primer plano las prácticas para hacer frente a la realidad y lo hacemos persistentemente, la “totalidad orgánica” del cuerpo

²⁸ De hecho, uno de los internistas que observamos y entrevistamos nos describió a una paciente suya como alguien que no quiere renunciar a practicar buceo —un deporte que es muy peligroso para alguien con diabetes, porque, si te da una hipoglucemia, es imposible que te saque nadie de ella. De alguna manera, vivir al límite es, para algunas personas, demasiado importante como para renunciar. Para ver la combinación de deportes de riesgo y discapacidades: Moser (2003).

²⁹ Lakoff y Johnson, en su ataque al modo en que Occidente intenta olvidarse del «cuerpo», exploran metáforas fascinantes relacionadas con el cuerpo, como la de «totalidad orgánica», entre otras. Pero, mientras sitúan el *cuerpo dentro* de la filosofía, de la que había estado excluido durante tanto tiempo, sigue siendo un cuerpo que *tenemos* y *somos*. Su «cuerpo» sigue siendo observacional, no es un cuerpo que *hacemos* ni tampoco un cuerpo metabólico. Cf. Lakoff y Johnson (1999).

deja de ser auto-evidente. Pero esto no implica que el cuerpo que *hacemos* esté fragmentado, lo contrario de ser un todo. Si tuviéramos que *hacer* nuestros cuerpos de manera fragmentada, la muerte nos sobrevendría inmediatamente. El cuerpo que *hacemos* no es ni un todo, ni está fragmentado. En lugar de esto, posee una configuración compleja³⁰. Existen fronteras alrededor del cuerpo que hacemos: es Miriam T. quien suda por la noche, y no Josef, su marido. Pero estas fronteras son semi-permeables: Josef puede sentir la hipoglucemia de Miriam T. por ella, y son los dulces yogures que come los que detienen su hipoglucemia. Mientras no se desintegre, el cuerpo-que-hacemos se mantiene unido. Está, sin embargo, lleno de tensiones. Hay tensiones entre los intereses de sus diversos órganos; tensiones entre la toma de control y el ser errático; tensiones, también, entre las exigencias de tratar con la diabetes y otras demandas y deseos. En la práctica del día a día de *hacer* los cuerpos, tales tensiones no se pueden evitar. Nos guste o no, simplemente deben ser manejadas.

El cuerpo-que-hacemos *no* es un todo. Mantenernos íntegros es una de las tareas de la vida. Esto tiene implicaciones sobre lo que uno puede pedir o esperar de la medicina. Sullivan sugiere que la medicina debe activar en sus pacientes «conciencia de sí mismos» con los resultados de su propia mirada clínica (o, más específicamente, patológica). Nuestra sugerencia es diferente. En lugar de añadir otro nivel de conocimiento, la medicina debe cambiar su auto-comprensión. La medicina debería reconocer que lo que tiene que ofrecer no es un conocimiento de cuerpos aislados, sino un rango de intervenciones terapéuticas y diagnósticas en los cuerpos vividos, y por tanto, en las vidas cotidianas de la gente. Incluso la mirada patológica no es meramente una *mirada*, sino que implica también manipulación. Las actividades de la medicina siempre se refieren tanto a lo que hay debajo como a lo que está más allá de la piel. Pero si todas las operaciones médicas, aunque simplemente parezcan referirse a los cuerpos, son intervenciones en la vida, entonces deben ser apreciadas en consecuencia. Así, merece una atención autorreflexiva³¹ no sólo su *eficacia* en la mejora de uno o dos parámetros, sino en la amplia gama de sus *efectos*. No debería esperarse que todos estos efectos sean para mejor. En la articulación *de la forma* en que lo está haciendo, en la valoración de los efectos de sus actividades, la medicina debería ser suficientemente sabia para hacer frente a su trágico carácter: las intervenciones médicas casi nunca producen sólo mejoría

³⁰ Para una variedad de exploraciones acerca de la complejidad, véanse las contribuciones de Law y Mol (2002).

³¹ Esto implica que la epidemiología clínica ya no es suficiente para la evaluación de las intervenciones médicas. Un ejemplo que muestra cómo la exploración de los detalles de las intervenciones clínicas y sus diversos efectos puede ayudar no sólo a evaluar, sino incluso a mejorar la clínica, ver Lettinga y Mol (1999).

más unos cuantos desafortunados “efectos secundarios”; en vez de eso, introduce un conjunto cambiante de tensiones.

Dicho de esta manera, puede parecer que estamos sugiriendo un giro etnográfico en medicina. Y así es³². Curiosamente, los métodos etnográficos que privilegian las prácticas y reúnen entidades dispares en una sola historia no son una novedad para la medicina. En la sección de *materiales y métodos* de los artículos de investigación, se explicitan escrupulosamente prácticas de todo tipo (el valor de la intervención en cuestión, la tecnología movilizadora, las características del paciente, etc.). Es sólo que en la conclusión tienden a ser olvidadas. Y escucha a quien hace una *entrevista clínica*: el médico pregunta «¿cómo estás?» o «¿qué puedo hacer por usted?» y espera a que el paciente cuente una historia sobre los acontecimientos de la vida diaria, en la que entidades de todo tipo (judías, sangre, los compañeros de mesa, coches, agujas, azúcar) coexisten e intervienen en el relato. Una buena *historia de caso* nos habla de la situación del paciente en un lenguaje que va desde los niveles de azúcar en sangre hasta las expectativas en el trabajo, pasando por la dosis de insulina prescrita y la vida amorosa, llegando a operaciones quirúrgicas del pasado y la ingesta de grasa saturada y ese mal carácter y vuelta otra vez. ¿Por qué no contar historias de la medicina de modo similar?

La reflexión médica actual tiene un carácter predominantemente epidemiológico. La epidemiología también une diversas entidades, pero su método *de explicar* aísla cada variable de las demás y es incapaz de trazar uniones y tensiones entre ellas. En esta situación, la narrativa etnográfica se torna en una técnica prometedora: tiene la capacidad de producir historias enriquecedoras de los cuerpos vividos en las que la medicina figura como una parte más de la vida cotidiana. Aquellas narrativas que persigan encontrar una coherencia se perderán lo importante. Si hay que describir los aspectos trágicos de vivir-entensión e intervenir-para-lo-mejor, se necesitarán líneas de narración abruptas. Y deberán ser contadas por una variedad de narradores cuyas voces podrán oírse al unísono o chocar frontalmente. Y ahí es donde los pacientes entran de nuevo: conscientes, pero no sólo auto-conscientes, sino capaces de contar tanto historias de la medicina como historias sobre los efectos de sus intervenciones³³. El propósito final de una narrativa multivocal investigativa no tiene por

³² Una medicina reflexiva, que apreciara la amalgama de técnicas distintas que actúan los cuerpos también ayudaría a, por ejemplo, comprender las profundas diferencias (así como las posibles similitudes) que existen entre distintas tradiciones médicas, como la «occidental» y la «china». Ver Kuriyama (1999).

³³ Hasta ahora han sido principalmente los pacientes los que han contado historias sobre sus vidas, las intervenciones médicas y la enfermedad. Otros participantes han sido mucho menos comunicativos. Se podría decir que lo que aquí defendemos es que la vuelta a la práctica

qué llegar, necesariamente, a conclusiones. La potencia de éstas puede radicar, perfectamente, en la capacidad de abrir nuevos interrogantes.

No, aunque la medicina nunca volviera a olvidarse de las practicalidades, aunque atendiera seriamente al *cuerpo-que-hacemos*, no se solucionarían todos sus problemas, ni muchísimo menos los que nos atañen a nosotros, sus pacientes. Pero, aun así, merece la pena intentarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- ARNOLDI, Mary Jo; Christraud GEARY, y Kris HARDIN (eds.) (1996), *African Material Culture*, Bloomington, Indiana University Press.
- BUTLER, Judith (1993), *Bodies that Matter: on the Discursive Limits of «Sex»*, New York and London, Routledge.
- BUTTERWORTH, G. (1995), «An Ecological Perspective on the Origins of Self», en José Luis Bermúdez, Anthony Marcel, y Naomi Eilan (eds.), *The Body and the Self*, Cambridge, Mass., MIT Press, pp. 87-106.
- DUDEN, Barbara (1991), *The Woman Beneath the Skin: a Doctor's Patients in Eighteenth Century Germany*, traducido por Thomas Dunlop, Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- CSORDAS, Thomas (ed.) (1994), *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press.
- FOUCAULT, Michel (1976), *The Birth of the Clinic: an Archaeology of Medical Perception*, London, Tavistock.
- FRANK, Arthur (1995), *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*, Chicago and London, The University of Chicago Press.
- GOLLEDGE, Reginald G. (1997), «On Reassembling One's Life: Overcoming Disability in the Academic Environment», *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, pp. 391-409.
- GOOD, Byron J. (1994), *Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.
- HIRSCHAUER, Stefan (1993), *Die soziale Konstruktion der Transsexualität: über die Medizin und den Geschlechtswechsel*, Frankfurt, Suhrkam.
- KURIYAMA, Shigehisa (1999), *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*, New York, Zone Books.

que señala esta literatura debe también contar con las reflexiones de los profesionales. Véase, por ejemplo, Frank (1995), Murphy (1990), y, por una fascinante mezcla de historias de la vida diaria y análisis cultural, Stacey (1997).

- LAKOFF, George, y Mark JOHNSON (1999), *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*, New York, Basic Books.
- LATOUR, Bruno (1988), *The Pasteurization of France*, Cambridge Mass., Harvard.
- LATOUR, Bruno, y Steve WOOLGAR (1979), *Laboratory Life: the Social Construction of Scientific Facts*, Beverly Hills and London, Sage. Traducción española de Eulalia Pérez Sedeño, 1995, *La vida en el laboratorio: la construcción de los hechos científicos*. Madrid, Alianza Universidad.
- LAW, John, y ANNEMARIE Mol (eds.) (2002), *Complexities: Social Studies of Knowledge Practices*, Durham, N. Ca., Duke University Press.
- LAWRENCE, Christopher, y Steven SHAPIN (eds.) (1998), *Science Incarnate: Historical Embodiments of Natural Knowledge*, Chicago and London, Chicago University Press.
- LES OBJETS DANS L'ACTION. DE LA MAISON AU LABORATOIRE (1993), *Raison Pratique*, 4, Numéro special, Paris.
- LETTINGA, A., y Annemarie MOL (1999), «Clinical Specificity and the Non-Generalities of Science. On Innovation Strategies for Neurological Physical Therapy», *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20, pp. 517-535.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (1962), *Phenomenology of Perception*, translated by Colin Smith, London, Routledge & Kegan Paul.
- MOL, Annemarie (1998), «Lived Reality and the Multiplicity of Norms: a Critical Tribute to George Canguilhem», *Economy and Society*, 27, pp. 274-284.
- MOL, Annemarie (2002), *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham, N. Ca., and London, Duke University Press.
- MOSER, Ingunn (2003), «Living After Traffic Accidents: On the Ordering of Disabled Bodies», PhD, University of Oslo.
- MURPHY, Robert (1990), *The Body Silent*, New York and London, W.W. Norton.
- STACEY, Jackie (1997), *Teratologies. A Cultural Study of Cancer*, London and New York, Routledge.
- STOLLER, Paul (1989), *The Taste of Ethnographic Things: the Senses in Anthropology*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- STRAUSS, Anselm *et. al.* (1985), *Social Organisation of Medical Work*, Chicago and London, University of Chicago Press.
- SULLIVAN, Mark (1986), «In what sense is contemporary medicine dualistic?», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, pp. 331-350.
- SUTTON, David (2001), *Remembrance of Repasts. And Anthropology of Food and Memory*, Oxford/New York, Berg.

- TOOMBS, S. Kay (1992), *The Meaning of Illness: a Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Dordrecht, Kluwer.
- VAN HAEFTEN, T. W. (1995), «Acute complicaties — hypoglykemische ontregeling», in E. van Ballegooie and R.J. Heine (eds.), *Diabetes Mellitus*, Utrecht, Bunge.
- WILLEMS, Dick (1998), «Inhaling Drugs and Making Worlds: a Proliferation of Lungs and Asthmas», in Marc Berg and Annemarie Mol (eds.), *Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies*, Durham, N. Ca. and London, Duke University Press, pp. 105-118.
- WITTGENSTEIN, Ludwig (1953), *Philosophical Investigations*, Oxford, Blackwell.