

De médicos que son antropólogos ¹

Josep M. Comelles

“tout ce qui est ferme est par le temps détruit” (Du Bellay)

La reciente publicación por Arthur Kleinman (1995) de *Writing at the Margin*, y de *Sickness and healing* por Robert Hahn (1995), ambos médicos y antropólogos, constituye, a mi juicio, una inflexión en la *medical anthropology* norteamericana. Kleinman incluye una discusión sobre la liminalidad del médico-antropólogo, una autocrítica a su itinerario intelectual y profesional y una declaración de principios acerca del papel que juegan la historia y la economía política en el *proceso salud/ enfermedad/ atención*. Hahn, por su parte, propone una *anthropological medicine* como una alternativa a la crisis de la biomedicina. Ambos escritos reflejan su identidad médica, por mucho que se situen, teóricamente hablando, en los debates recientes de la antropología. Puede resultar útil contemplarlos no tanto como textos “antropológicos”, sino como aportaciones conscientes a la reconstrucción de un género etnográfico médico, difuminado, en el siglo XX, bajo la hegemonía de la escritura clínica.

La escuela liderada por Kleinman y de la que forma parte Hahn, conocida como *Clinically Applied Anthropology* es una opción pragmática y posibilista de antropología en la medicina que ha abierto un espacio al antropólogo con o sin formación médica, en el modelo biomédico. En sus textos programáticos incorporó un propósito

¹ Una versión de este artículo ha sido publicada recientemente en inglés (Comelles 1997). En la presente versión se ha revisado sustancialmente algunas partes del original, se ha reducido la extensión y se ha simplificado el aparato crítico. Mi agradecimiento a Enrique Perdigüero por los sugerentes comentarios, buena parte de los cuales han sido incorporados a esta versión.

didáctico destinado a convencer a médicos y enfermeras que hay otras dimensiones de la enfermedad que el modelo biomédico no contempla y de cuya consideración se beneficiaría su práctica (Eisenberg y Kleinman 1980, Chrisman y Maretzki 1982). Didactismo y pragmatismo que se expresaba también por sus reticencias en incorporar a su agenda las perspectivas históricas, económico-políticas, dialécticas o críticas que inevitablemente conducen a cuestionar el contexto social y político del proceso de medicalización, o la forma como se construye la hegemonía del modelo biomédico. Silencios también coherentes con la postura de la antropología "clásica" cuyo modelo de práctica se edificó sobre el rechazo a las posturas evolucionistas y dialécticas (Menéndez 1991, Stolcke 1993). El debate en la antropología contemporánea explica que, también en antropología médica, se llamase la atención sobre esos silencios, se criticase su posibilismo y se sugiriesen alternativas (Ver Taussig 1995, Young 1982)². La participación en el mismo de las antropologías médicas "periféricas", ha puesto de manifiesto las limitaciones y la falta de concreción de los conceptos y la teoría convencionales y el difícil encaje de la antropología de la medicina en la medicina y en la antropología (Comelles y Martínez 1993, Martínez y Comelles 1994).

Las orientaciones críticas en antropología de la medicina tratan de alejarla de la excesiva polarización en torno a problemáticas específicamente médicas de la *clinically applied anthropology*, de su, aunque sean conscientes que el desarrollo y la profesionalización de este campo dependen de ellas³. De ahí sus esfuerzos por sustituir en su discurso, la

2 Estas posturas surgen, en general, en antropólogos situados profesionalmente en departamentos de Antropología, y menos comprometidos específicamente con tareas aplicadas, como es el caso de Taussig, Young, Lock y Scheper-Hughes. Deben entenderse, desde fuera de los Estados Unidos como el producto de querellas corporativas por el control político de la profesión y de las principales publicaciones periódicas. Pese a ello, una revisión de la literatura anglosajona, aun somera muestra una enorme desproporción entre trabajos aplicados de carácter empírico y la escasísima participación en ella de investigación básica -es decir trabajos de experimentación metodológica o con fuerte debate teórico-. La mayor parte de estas orientaciones surgen de la necesidad de replantear el objeto de estudio de la antropología de la medicina, configurar su estatuto dentro de la propia antropología, y legitimar su posición como subdisciplina no únicamente "venal".

3 Esto la conduce a cierta autonomía en relación con los problemas dominantes en antropología y en , medicina, puesto que ésta también percibe a la antropología como un discurso y una práctica al margen de las corrientes dominantes. La marginalidad no implica necesariamente una identidad específica, puesto que en la antropología de la medicina confluyen situaciones personales y profesionales muy distintas: la del sanitario que sale de su modelo hegemónico y busca en la ciencia social respuestas a sus problemas

medicina o o el sistema *disease/ illness/ sickness* por conceptos más amplios como *social suffering* o, en Europa, *malheur, infortunio -o asistencia⁴*-, o por reivindicar como una estrategia posible una medicina *en* la antropología, representada por el uso que la antropología ha hecho ocasionalmente de lo médico para poner a prueba teorías antropológicas generales. Pero ni es pensable la hipótesis de un repliegue de la antropología médica de su frente médico, ni su plena integración a un discurso antropológico que no se comprometa con el trabajo aplicado.

La dificultad del modelo médico hegemónico y del modelo antropológico clásico en incorporar la historia y la economía política y los esfuerzos actuales por reconducir esta situación exigen que analicemos su significado como instrumentos de análisis en el modelo biomédico y en la antropología. Como sus relaciones no pueden concebirse como las de dos disciplinas muy diferenciadas sino interrelacionadas en el pasado, su actual convergencias exige plantearse el significado de la antropología para la medicina y para la práctica médica y el significado de la medicina como objeto de estudio antropológico.

Escritura clínica y escritura etnográfica

Parto de la hipótesis según la cual la práctica etnográfica, la etnografía y la antropología, han sido, son aún marginalmente, y pueden ser géneros propios de la medicina, con independencia de su papel central en la configuración actual de las prácticas de la antropología profesionalizada, y de algunas orientaciones de la sociología y la historia. Esto implica que la producción narrativa derivada de estos géneros específicos de la medicina no deba interpretarse en términos de antropología, sociología u historia *avant la lettre*, sino de su significación en la articulación de la práctica y la teoría de la medicina en el contexto social e histórico en que se produce (Comelles 1996).

profesionales, la del científico social que quiere profesionalizarse en el espacio sanitario como tal científico social, pero a su vez, entre los sanitarios la mayor parte de ellos médicos, enfermeras y recientemente salubristas y farmacéuticos se proyectan sesgos idiosincrásicos derivados de las luchas corporativas entre profesiones sanitarias.

4 La antropología europea expresa algo parecido cuando intenta reivindicar el término antropología de la enfermedad frente al de antropología de la medicina o cuando rechaza su especificidad como una concesión al tacticismo en la lucha por obtener contratos de investigación o como una forma de desnaturalizar algunos de los rasgos dominantes de la propia disciplina (ver Zempléni 1982 y Augé 1986).

Mi punto de partida está en que en los escritos hipocráticos, especialmente en *Aires, Aguas y Lugares* (Hipócrates de Cos 1986) y *Epidemias* (Hipócrates de Cos 1989) se desarrollan dos modelos de escritura médica: un género narrativo que organiza la observación del conocimiento local como instrumento para la configuración de la práctica médica y su inserción en la sociedad⁵; y un género descriptivo de los episodios individuales de enfermedad en contextos ambientales pensados con las matrices intelectuales del primero y que abre las puertas a la actual escritura clínica. Ambos géneros sitúan a la narrativa clínica y a la *práctica etnográfica* como los pilares sobre los que se asientan la comprensión del contexto de la enfermedad, sus interpretaciones etiológicas y las implicaciones terapéuticas y asistenciales que posibilitan la inserción social de un médico itinerante en la comunidad en la que trabaja. De ahí que los textos hipocráticos contengan también una ética y una narrativa jurídica que regula la relación entre el profesional y sus pacientes, y que se constituye también como un género médico específico⁶.

Así como existe continuidad en los escritos que siguen el modelo de *Epidemias* o de los textos hipocráticos éticos o teóricos, hay una solución de continuidad entre *Aires, Aguas y Lugares* y las *geografías y topografías* médicas de la modernidad. Es como si la matriz de observaciones locales que contiene aquella hubiese sido escrita para que el médico organizase su experiencia en el terreno, más que para que la pusiese por escrito⁷. La práctica médica se proponía intervenir sobre el padecimiento, a partir de una interpretación de la causalidad derivada de la observación pautada del medio natural. Este estilo de

5 El conocimiento local lo concibo como una experiencia de terreno en la que el médico debe construir una presencia profesional a partir del conocimiento técnico del entorno que se expresa en una teoría ambientalista de la causalidad de las enfermedades, y un conocimiento social y cultural que es el que le permite lo que hoy llamamos comunmente la observación participante y que consiste, hoy como ayer, en comprender el contexto.

6 Esta ética estaba, a mi juicio, vinculada a un contexto cultural, social y político idiosincrásico, pero no era inicialmente una propuesta universal. Corresponde al despliegue de un modelo específico de práctica médica en un contexto cultural preciso, que se articularía posteriormente con la ética cristiana.

7 En este escenario profesional, la experiencia no se transmite al discípulo, se comparte con él. La formación parece tener un componente participativo que solo ha sido recuperado en parte por la formación médica contemporánea. En cambio, la escritura de las historias clínicas aparece como un ejercicio más lógico en un médico que acude a la cabecera de muchos enfermos: asume la extrema diversidad, variabilidad y patoplastia de sus sujetos de observación, y para ello quintaesencia las observaciones para poder generalizarlas posteriormente.

observación adquiere valor, si el conocimiento local deviene fundamental para construir la identidad del médico frente a otros curadores⁸. Los esfuerzos de los autores modernos por establecer criterios de clasificación de las observaciones de campo y escribirlas ordenadamente tiene que ver con la necesidad de desarrollar un género narrativo médico que sitúe al *practitioner* como mediador entre los poderes públicos y la situación sanitaria de las clases populares. Aunque algunos autores llaman la atención sobre el papel orgánico del discurso médico en la *polis*, no parece que la posición política del médico griego sea comparable a la que tratará de ocupar conscientemente en la política moderna en Europa, en un esfuerzo colectivo de actuación como intelectuales orgánicos.

El conocimiento local del médico se construía sobre lo que hoy llamamos observación participante, esto es a partir de una actitud en la arena de su práctica que implica asumir la situación de enfermedad, como una experiencia intersubjetiva en la cual no fluyen unidireccionalmente conocimientos técnicos sino transacciones complejas que conducen a una reelaboración constante de los escenarios de la práctica (Comelles 1996b, 1998). La recuperación de estas experiencias es fundamental en la configuración de una ética que a su vez structure la imagen cultural de médico y refuerce su legitimidad. Pero si estas dimensiones de la experiencia pueden estar presentes en escritos médicos que se refieren a *cómo debe ser* la práctica del buen *doctor*, y que van dirigidas al estudiante o al neófito, la intersubjetividad de la experiencia y el compromiso con la comunidad pueden tener como efecto el convertir la experiencia local en una experiencia irrepetible, única y no comparable.

El estilo narrativo de *Epidemias*, que remite el curso clínico de la enfermedad individual despoja la esencia del accidente, aun cuando la maestría del autor hipocrático permita al lector la evocación del contexto. El estilo de la primera parte de *Aires, Aguas y Lugares* establece qué es lo fundamental para la comprensión del entorno; en cambio, el estilo interpretativo de la segunda parte favorece la expresión de la subjetividad del observador. El autor hipocrático, o el compilador posterior del texto, son sensibles a los límites del esencialismo en la descripción e interpretación del contexto local, pero a su vez, los modernos establecen

⁸ Creo que es útil comparar la actitud del médico clásico con la del antropólogo actual. Ambos permanecen largo tiempo in situ - más el primero que el segundo-, se hallan atrapados por la hegemonía de la observación y por una actitud intelectual que les hace valorar lo que ven por encima de lo que oyen. Aunque tal actitud es comprensible en términos de una disciplina aplicada y fundada en el pragmatismo, no es menos cierto que constituye un criterio epistemológico que ya estaba presente en la medicina clásica y que se constituye en un estilo de observación característico que llega hasta nuestros días.

matrices de codificación cuyo objetivo es permitir la comparabilidad de los datos y poner coto a la subjetividad de sus autores.

La importancia de la observación participante de largo curso en ese modelo de práctica médica creo que explica la hegemonía del empirismo radical en el estilo narrativo de las monografías holísticas de las colectividades locales. La dimensión participativa del médico es concebida como fundamental para estructurar su compromiso personal y profesional con la ayuda y la atención a sus enfermos. Los textos éticos abundan en ese aspecto, también aquellos en que se explicita cuál debe ser el modelo de referencia de su práctica. Ahora bien, ese compromiso personal debe ser controlado en la escritura. De ahí que en los escritos técnicos, como en *Epidemias* o en *Aires, Aguas y Lugares*, y en sus numerosísimas secuelas, lo visto domine a lo oído y se organice a partir de matrices que externalicen la observación e impidan que los sentimientos del observador contaminen el producto⁹.

La hegemonía de la observación sobre la escucha, implica que el médico, como el antropólogo, se halle atrapado por los límites temporales de sus observaciones y por la conceptualización del tiempo que de ello se deriva: la descripción de la enfermedad actual es una *tranche de vie* como en la novela naturalista; la descripción del entorno una realidad cíclica presidida por el ritmo de las estaciones en una sociedad en que el cambio no puede percibirse sino en torno a una *longue durée* en el curso de una vida humana. El tiempo queda abolido en favor del espacio. El realismo y el naturalismo frente al historicismo de la narración mítica y legendaria que se pierde en la noche de los tiempos o frente al relato del paciente cuya subjetividad enmascara los síntomas en forma de *cultural idioms of distress* de forma distinta a como el médico los comprende y los valora.

La narrativa médica se articula con la narrativa de la historia natural desarrollada por la ciencia moderna y se sitúa como alternativa a la narrativa de las viejas historias naturales abiertas a lo fantástico. Incluso cuando el modelo a seguir es el de las *Epidemias* es decir una "historia clínica" construida sobre el relato biográfico del paciente, el tipo de escritura que ya impusieron los hipocráticos tiende a quintaesenciar tanto la narración y a eximir de ella los atributos que el producto final impresiona por su atemporalidad, y remite a una concepción cíclica del tiempo que preside la vida diaria de las instituciones asistenciales.

Esta serie de consideraciones implicarían que en la formación médica y en la problematización de la medicina, es decir en la construcción de una epistemología específica

9 En la observación participante del antropólogo se sostiene una posición similar, con la diferencia, sustancial, que su tarea carece de la faceta aplicada, clínico diagnóstica y terapéutica sobre el paciente.

y en la formación de los profesionales, estos estilos se convierten en un modelo idiosincrásico de pensar y describir la realidad, en rasgos fundamentales de una cultura profesional que se construye sobre el texto escrito como alternativa a la transmisión oral o la revelación que identifica y legitima a otros curadores.

Esta cultura profesional no implica el aislamiento del médico de la sociedad y su condición de ciudadano de la misma, co-participe de un sistema cultural que es también el suyo, especialmente a partir de la modernidad en que el médico pugna específicamente por imponer su condición de intelectual orgánico. Es por ello que entre los géneros médicos propiamente dichos y los textos puramente literarios que algunos médicos escriben al margen de su práctica se construya una sutil barrera llena de ambivalencias. Los primeros son escritos médicos, profesionales, que contribuyen a asentar su prestigio en la profesión, los segundos, en cambio, adquieren un valor distinto, que permite al médico configurarse una identidad como intelectual o como humanista que trascienda su dimensión de hombre del arte, de prácticón. Este deslizamiento de la escritura médica a la escritura literaria constituye en el siglo XIX y en el XX una característica de la profesión médica. Esta doble faceta tiene una consecuencia evidente en la medicina contemporánea como es la escisión a menudo muy radical entre el escrito "médico", representado hoy por las normas de las revistas dominantes, y el escrito "literario", que no cumple con esos requisitos y cuya libertad de composición remite a un espacio "exterior" a la biomedicina, en el que cabe una narrativa histórica destinada a la hagiografía y a la legitimación profesional, y que contribuye a la emergencia de la imagen cultural del "médico escritor y artista". Mientras esa barrera sea nítida no hay conflicto. El conflicto emerge cuando se solapan ambos discursos y diluyen la identidad del médico. El conocimiento local deja de jugar un papel fundamental en la práctica médica y la etnografía pasa a un plano muy marginal en la biomedicina.

La condición subalterna de la etnografía en la biomedicina

Esta transición, que puede documentarse como una tendencia razonablemente amplia en torno a la constitución del modelo biomédico construido en torno al método anatómico y experimental, conlleva también la transición de la imagen del médico de *general practitioner* a la de un *scholar* cuyo espacio de observación fundamental es el hospital, el laboratorio, la sala de disección, el quirófano o el gabinete radiológico. La deslocalización del espacio hegemónico de observación del médico hubo de tener su efecto en la escritura y la jerarquización de los géneros médicos, en favor de los géneros clínicos y de la epidemiología.

En la medida en que la observación prolongada en hospital se constituye en el espacio primordial para la construcción del diagnóstico, la posición relativa de la anamnesis en el mismo se reduce en la misma medida en favor de la semiología física o del diagnóstico instrumental. Su hegemonía implicó que la escritura etnográfica vinculada a la expresión del conocimiento local quedase como un género marginal en la medida en que la observación de campo deja de tener valor en la configuración del saber médico, al tiempo la teoría ambientalista que sustentaba a tales observaciones y justificaba tales escritos entra en crisis de la mano del pasteurianismo. Y si es cierto que se escriben topografías médicas durante el siglo XX, ya no las escriben los grandes autores, sino médicos rurales, al margen de los circuitos académicos. Tienen una adquieren una significación anecdótica, y se pierden en las sombras de los archivos. Queda restringida a aquellos *practitioners* cuya tarea profesional está fuertemente comprometida aun con el conocimiento local, es decir médicos rurales, médicos de los servicios nacionales como es el caso de los "pasantes mexicanos" a los que se obliga a presentar una memoria final, o a médicos comprometidos políticamente que los utilizan para denunciar las lacras de la sociedad. Expresa la pérdida de peso del conocimiento local en la práctica médica, y la subalternidad de la atención primaria frente al papel hegemónico de la práctica hospitalaria en la configuración de la práctica y la educación médicas (Comelles 1993).

Si la práctica etnográfica había contrapesado a la clínica en un contexto en que la práctica y la imagen cultural del médico se construía en los colectivos locales, la "escritura literaria" de los médicos contemporáneos se sitúa en una perspectiva distinta: ofreciendo una coartada "humanista", a una biomedicina que tiende a reificar la enfermedad y a reducir el padecimiento a la condición de signo objetivo y no de expresión de la subjetividad, y se sitúa como una estrategia destinada a intelectualizar a una profesión esencialmente práctica y aplicada. Si contemplamos el panorama desde la historia de la antropología (otra historiografía harto reciente), se observa como el despliegue de la historia moderna de la medicina coincide con la concepción evolucionista del progreso y del desarrollo económico puesta en pie en el siglo XVIII con la teoría de los cuatro estadios y rematada con la conceptualización que hizo Tylor de la noción de supervivencia.

Entre la historia de la medicina local positivista y el folklore médico existen puntos de convergencia fundamentales. El más evidente es la asunción del modelo explicativo del evolucionismo cultural tyloriano y de determinados rasgos del historicismo cultural alemán que me atrevo a condensar en dos conceptos profusamente utilizados explícita o implícitamente. Me refiero al concepto de *survival* y al concepto de *sincretismo*, o *préstamo*

cultural asociado el primero a una concepción arqueológico positivista, y el segundo a los presupuestos del difusionismo. Si señalo especialmente ambos conceptos es para señalar por una parte las evidentes influencias de las distintas escuelas antropológicas del XIX en unos médicos que formaban parte de ellas e intervenían en la elaboración conceptual y teórica. Pero también para señalar como la persistencia de esas formas de conceptualización, cuyo rechazo ha constituido para las ciencias sociales del siglo XX el punto de partida de la mayor parte de su desarrollo teórico, revela la funcionalidad de las mismas en el contexto del modelo biomédico y de sus necesidades estratégicas (Comelles 1996).

La paradoja está en que la asunción de los conceptos tylorianos y del modelo explicativo del evolucionismo cultural podría aparecer como una forma de asumir un modelo historicista. Ese es un espejismo. Precisamente se asume por parte de la medicina el evolucionismo vulgar porque es esencialmente antihistoricista y el producto de una concepción estratigráfica de la vida y la sociedad construida a través de patrones empíricos con los que se quiere caracterizar a cada período histórico. Es una arqueología. Esta postura es coherente con el pensamiento dominante en el modelo biomédico y adopta a menudo un valor de dogma, en la medida en que remite vagamente a dos fuentes fundamentales: el sentido común que pone de manifiesto la marginalidad de determinadas prácticas populares que se sitúan aparentemente más allá de la práctica médica -como la creencia en la mediación de ciertos curadores con la divinidad, o el carácter sincrético de numerosísimas prácticas populares como todas las que remiten al lenguaje de la teoría humoral.

La asunción del evolucionismo vulgar y de sus conceptualizaciones no representó, como he tratado de demostrar en otro lugar, una ruptura en la escritura de los médicos sino el ajuste necesario a la progresiva hegemonía del modelo biomédico y de las epistemología clínico-experimentales. El *breakdown* epistemológico y metodológico queda muy bien caracterizado en la obra del gran folklorista Giuseppe Pitрэ en la medida en que éste no solo ofrece una alternativa a las monografías holísticas regionales o locales, sino que transforma explícitamente la observación sobre las prácticas populares a partir del las matrices intelectuales del modelo anátomo clínico, llegando al extremo de subvertir su propia condición de folklorista afín en buena parte a la tradición histórico cultural, y abrir las puertas, metodologicamente hablando al folklore positivista radical. Es por esto que la matriz de Pitрэ puede caracterizarse más propiamente como una etnografía clínica que no con el término de *folklore médico*. (Comelles 1996a).

Con todos sus defectos técnicos y sus insuficiencias metodológicas, las topografías respondían a la vaga idea de una etnografía total, más o menos intensiva de una *comunidad*

en la que nada debería ser ajeno al observador avisado. En cambio la etnografía clínica destruye, por así decirlo, a la comunidad para tratar de construir un *pattern cultural* cuyo objetivo no es conocer el conjunto de las prácticas, sino delimitar aquellas que se sitúan, a partir de la *mirada médica*, fuera de ella. La noción de medicina popular es un concepto médico, que señala cuáles son los límites culturales del modelo biomédico.

A esta doble finalidad, pragmática en el segundo caso, estratégica en la segunda viene avalada en ambos casos por la fiabilidad del observador que, como médico, no puede no mirar objetivamente a la realidad, puesto que en esa objetividad y fiabilidad de la observación reside precisamente el rasgo fundamental de su legitimidad como clínico. El etnógrafo se constituye así como el narrador de una realidad cuyo objeto es buscar la complicidad con el lector, en principio un médico, que halle en ese relato la imagen invertida de su propia práctica, o por el otro lado sugerir hipótesis de trabajo en la esfera de la terapéutica.

Como ha destacado Falteri (1989), los etnógrafos médicos jamás cuentan su propia práctica como médicos rurales o urbanos, hacerlo implicaría poner en cuestión la dialéctica que se establece entre la práctica médica y las prácticas populares y los complejos procesos de mediación entre el intelectual y las clases populares, y explorar lo que podríamos llamar las condiciones locales del proceso de medicalización. Aun sin aplicar criterios radicales ello implicaría introducir una concepción de la historia dialéctica y no estratigráfica y poner en cuestión los límites de la práctica médica, los límites del modelo biomédico y ello podría introducir interrogantes y contradicciones en el dogma sobre el que este se asienta, la cultura a la que se remite. Esta transición entre la mirada holística y la mirada individualizada supone también que el objeto de la medicina no sea la propia medicina, entendida como una práctica eminentemente social, sino la enfermedad individualizada y la terapéutica. Y todo ello planteando como una problemática que también surge de la medicina como es la de la eficacia comparada en las terapéuticas actuales. En el momento en que la medicina ve surgir de su seno una etnografía clínica como alternativa a las narrativas sobre la salud comunitarias características del neohipocratismo, también empieza a desarrollar una historia positiva de su propia genealogía, también como un género marginal, pero resulta paradójico que sea en el momento en que la medicina aborda su propia historia, abandona la historia como instrumento analítico y de interpretación y la confina a la simple descripción

Heterodoxias Médicas

La hegemonía de la biomedicina no debe considerarse como un absoluto. En pleno

siglo XX son numerosísimos los ejemplos de escritura médica en que médicos hablan a otros médicos, a políticos y administradores o al conjunto de la sociedad sobre el conocimiento local, sobre la cultura, sobre la sociedad. En algunos reconocemos la influencia del materialismo dialéctico, en otros no. No me atrevo en los más modernos asegurar el conocimiento de sus autores de la ciencia social, ni siquiera podemos hablar de influencias manifiestas de la ciencia social: los ejemplos escogidos entre miles posibles no corresponden a personas que hayan tenido una formación específica en antropología o sociología de la medicina. Tampoco son simples relatos de experiencias personales puesto que en los miles de informes de los médicos pasantes mexicanos que se escalonan entre 1937 y finales de la década de los ochenta, los autores se hallan constreñidos por una guía etnográfica que sigue derivando de *Aires, Aguas y Lugares*. Es cierto que en ese material la calidad de los escritos decrece a medida que avanza el siglo. Testimonia la burocratización del sistema de pasantías, pero también la profundización del modelo médico. Pero a la vez cuanto mayor es el compromiso personal y político de los pasantes o su toma de consciencia en relación a los problemas de salud de la comunidad, tanta mayor es la calidad de los informes. Es decir que la escritura se convierte en bastantes casos -especialmente en los correspondientes al periodo 1937-1960-, en un ejercicio no solo de aportar información sino de expresar y poner en orden una serie de experiencias que han tenido no poco que ver en la formación profesional y humana del médico.

Pero no sólo en los informes más puramente técnicos encontramos a menudo la sensibilidad etnográfica o la magia del etnógrafo. Incluso en los escritos más radicales, desde el punto de vista metodológico del folklore médico, encuentro a pesar de sus esfuerzos por ser memorialistas más o menos neutros una tendencia sistemática a "comprender" la realidad que describen, aun cuando sean después incapaces de trascender el armazón teórico de la teoría de las supervivencias y el evolucionismo decimonónico. En estos etnógrafos médicos subyace la larga experiencia de campo aunque traten de disimular sus implicaciones afectivas. De ahí que se debatan en la tensión entre la escritura "médica", fría y realista, y la escritura del folklorista que toma sus referentes del folklóre histórico-cultural. Esta ambivalencia tuvo como efecto la escasa comprensión de muchos folkloristas acerca de su tarea, pero al tiempo la marginalidad inevitable de ese tipo de escritura en la propia medicina que no puede sino percibirla como una forma de literatura que tiene ya poco que ver con la "ciencia".

Como en la actualidad la inmensa mayoría de médicos no trabajan en hospitales sino en las distintas facetas de la atención primaria, hasta qué punto podemos considerar excepcionales esos discursos y su expresión del compromiso inherente a la observación

participante, a la necesidad, hoy como ayer de comprender el contexto local y los procesos colectivos en los que se despliega la práctica y que nada tiene que ver con el escenario en que se produce la formación del médico y en el que el relato anamnésico se convierte en una recolección de síntomas y signos observados por el propio sujeto o su entorno de los cuales no interesa tanto su historicidad sino la constatación de su existencia.

Estos textos no suelen incorporarse a las historias de la antropología o de la sociología, tampoco a la historia general. Es cierto que en la última década pensamos en ellos como fuentes importantes de datos etnográficos, o como fuentes historiográficas (Perdiguero y otros), pero tampoco han sido recuperados por la medicina, especialmente en Europa. El ejemplo que propongo es muy particular y no tiene los ribetes de militancia política que caracterizan a buena parte de la literatura médico-social.

Hacia 1951, el psiquiatra orensano Manuel Cabaleiro Goas presentó en la Universidad de Madrid una tesis de doctorado bajo el brazo titulada "*La psiquiatría en la medicina popular gallega*" (1953), dirigida por Pedro Laín Entralgo. Obtuvo una pobre calificación a pesar de ser uno de los psiquiatras más interesantes en la España de su época. Ante su fracaso académico y la falta de respuesta de sus colegas, Cabaleiro no quiso hablar más de ella y no la publicó en vida (Mariño 1992; González y Simón Lorda 1992)

El punto de partida de su tesis era su experiencia clínica en torno a unas dos mil historias clínicas de pacientes privados y hospitalarios en las que se reflejaban constantemente las concepciones populares de la enfermedad mental. Su objetivo, como corresponde a un psiquiatra clínico experto, era enlazar la patoplastia psiquiátrica con las entidades clínicas, especialmente las psicosis. Para ello efectuó una indagación etnográfica personal, asociada a un trabajo documental sobre folkloristas gallegos que habían escrito sobre el mal de ojo, el *meigallo* (la brujería), y otros trastornos de la esfera psicosomática con la intención de comprender su sentido y tratar de indagar su lógica cultural. Sin más formación etnológica que las lecturas de que podía disponer en su biblioteca privada en Orense, estructura su obra en tres partes: una primera en la que establece una clasificación nosológica de los padeceres populares gallegos según los criterios de los campesinos, una segunda en que trata de explorar la emergencia de esas nosologías a partir de tres directrices: una psicológica, otra etnológica y otra histórica, en las que revisa a los grandes teóricos desde Frazer a Mauss, pasando por Durkheim y Havelock Ellis. Se siente próximo a la noción de inconsciente de Jung y asume de hecho la teoría funcionalista de las necesidades de Malinowski. Discute y rechaza las posturas sobre la mentalidad primitiva de Lévy-Bruhl, puesto que considera que el pensamiento del campesino gallego nada tiene de primitivo.

Cabaleiro critica el manejo sistemático de la noción de *survival* por parte de los folkloristas, para aportar una visión comprehensiva de las concepciones populares de la patología en la que se transluce la influencia de su formación fenomenológica y una matriz de observación etnográfica muy funcionalista y muy próxima a las posturas del culturalismo americano. A pesar de sus defectos y de sus deficiencias técnicas, las conclusiones son interesantes puesto que elabora una racionalización de la lógica y el sentido de la terapéutica popular a partir de la valoración del significado colectivo del acto ritual, en un intento de verificación etnográfica de las hipótesis de Laín Entralgo sobre el valor de la eficacia de las terapéuticas que éste último llamaba irracionales.

Sorprende en un psiquiatra perdido en provincias en la siniestra España de la postguerra, un itinerario intelectual de esas características y le conduce desde la psiquiatría kraepeliniana y la fenomenología al funcionalismo norteamericano. La obra de Cabaleiro, en ese sentido no representa una ruptura puesto que su funcionalismo se fundamenta sobre el empirismo y aunque maneja determinadas opciones históricas su asunción intuitiva del funcionalismo no le permite ir más allá. Pero es interesante porque se distancia también de la etnografía clínica y el uso que hace de las nociones de supervivencia es crítico en la medida en que intenta establecer el sentido de las prácticas populares y no verlas sólo como una arqueología. Entiendo esto como la consecuencia de la posición clínica de Cabaleiro, y de las implicaciones aplicadas de su investigación, que nace precisamente de sus esfuerzos por comprender al paciente y a partir de ello de construir su tarea. Cabaleiro, sin saberlo, se alejaba de Pitrè, y se acercaba a la postura comprensiva de Zanetti o de Malinowski. Su formación fenomenológica y su conocimiento de la literatura psicoanalítica. Pero esta obra expresa muy bien como desde una metodología fenomenológica es posible efectuar un abordaje etnográfico comprehensivo desde la medicina. El recurso a la obra de Laín Entralgo encaja en este esquema pero pone de manifiesto, en su vertiente práctica la dificultad de defender un proyecto de etnografía empírica con un discursos centrado en la Gran Tradición filosófica europea. Es ahí donde los pobres rústicos gallegos no pueden competir con Zubiri.

Creo que el caso de Cabaleiro es interesante puesto que en su obra hay unas enormes tensiones de fondo entre la medicina, la historia y la antropología que explican la imperfección y las limitaciones del proyecto final, pero a la vez su frescura como experimento. Es un ejemplo insólito que nos permite comprender los límites de las ciencias sociales durante la hegemonía del modelo médico. Este contexto explica su excepcionalidad y su condena al silencio y al olvido pese a que contenía en su seno los elementos claves para desarrollar en Galicia un proyecto que podría haber conducido no sólo al desarrollo de algo parecido a los

estudios etnopsiquiátricos, sino y mucho más importante a un despliegue distinto del dispositivo asistencial. Para la antropología médica de Lain Entralgo era demasiado empírica su propuesta y demasiado alejado su estudio de los campesinos de la alta cultura. Para los folkloristas y etnólogos, atrapados en la metodología positivista y en el uso como noción interpretativa del *survival*, una ruptura demasiado radical. Es interesante contemplar este viaje desde una formación psiquiátrica kraepeliniana en su origen hacia las asunciones de las escuelas dinámicas, de la fenomenología y del psicoanálisis, muy bien representados en su biblioteca privada. Es esta tensión la que le conduce a proponerse un modo de comprensión del síntoma que pasa por aceptar la diversidad cultural y la eficiencia de los modelos funcionales para articularlo con la terapéutica. Su objetivo nada tiene que ver con la antropología, mucho en cambio con la psiquiatría y la práctica asistencial: quiere contribuir al conocimiento médico y a mejorar las condiciones asistenciales en un lenguaje esencialmente médico: pero es consciente que el medio no son únicamente los climas o las montañas gallegas sino un entorno definido por la cultura y la economía política.

No quisiera dar la impresión con estos ejemplos de que existe una identificación biunívoca entre el compromiso del médico y el compromiso político. Cabaleiro es un buen ejemplo de lo contrario y eso le permitió una carrera harto aceptable en la nomenclatura del franquismo. El compromiso de Cabaleiro es esencialmente profesional, no necesariamente político, y maneja su compromiso en términos personales, tratando de responderse a preguntas que se hace el mismo. Pero a pesar de sus esfuerzos por situarse en una neutralidad académica no puede ocultar la empatía a que le lleva con sus pacientes sus intentos por comprender su lógica específica. Les respeta, y lo que para otros era ignorancia en Cabaleiro es buena lógica, sentido común y a menudo bien hacer.

Heterodoxias antropológicas

Entre 1947 y 1949, un joven aun poco conocido llamado Lévi-Strauss, que había vuelto recientemente de América, publicó en *Les Temps Modernes* y en *Archives d' Histoire des religions* dos artículos que plantean, en Europa, una discusión sobre el papel de la eficacia de lo social y lo simbólico en la terapéutica a partir de varios ejemplos etnológicos (Lévi-Strauss 1969). Su *primum movens* fue la obra del fisiólogo Cannon sobre la muerte vudú y sobre las relaciones entre cultura y biología, pero se pregunta acerca de la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas y del psicoanálisis. Su texto va dirigido a médicos y psicoanalistas. Así mirados, sobre todo *Le sorcier et sa magie*, son una aportación nuclear a

la antropología de la práctica no solo del curandero o del chamán, sino del médico y del psicoanalista. Y el autor, con el pudor, quizás sólo aparente, del que no se atreve a ir más allá de su conocimiento de profano respecto a esas prácticas, utiliza la etnografía para que el lector piense en la práctica médica y psicoanalítica. Y lo hace de un modo más complejo que el del Parsons que esos mismos años escribe sobre el rol del enfermo -en este caso a partir de sus experiencias etnográficas personales-. La interpretación que hace del itinerario de Quesalid, y de su uso de la innovación para explicitar el triunfo del chamán sobre la competencia podía ser asociado subliminalmente en la Francia que aplaudió a rabiar el *Knock o el triunfo de la medicina* de Jules Romains en donde se utiliza la dramaturgia para explorar los rituales de la relación de un médico rural con su clientela, y que denuncia el cinismo y la venalidad de la práctica médica.

Sartre dirigía *Les Temps Modernes* y en ella escribían intelectuales, literatos y profesores. Lévi-Strauss no podía hacer, ni lo pretende, un artículo estrictamente etnológico, sino abierto a la discusión intelectual. Pero su análisis y su de-construcción de la práctica curadora no obtuvo respuesta. Los lectores psiquiatras y psicoanalistas no parecen hacerse eco de ese texto. Tal parece como si no fuese con ellos, pese a la virulencia del debate entre ellos en esa época quizás bajo la coartada que la teoría psicoanalítica de Lévi-Strauss era mas bien tosca y su visión de la cura psicoanalítica, profana y profanadora.

En un contexto de luchas fratricidas corporativas entre psiquiatras y psicoanalistas y entre las distintas sectas de estos, es fácil comprender la renuencia a abrir de un debate sobre los límites culturales, terapéuticos y simbólicos de unas prácticas fuertemente sacralizadas y poderosamente involucradas en la cultura y la sociedad francesas. Por si acaso, Lévi-Strauss, buen amigo de Lacan, no ha vuelto a incidir en el tema.

En 1959, el antropólogo e historiador de la religión Ernesto de Martino propuso una investigación sobre el tarantismo, un síndrome de filiación cultural muy bien conocido en la península italiana e ibérica y mejor documentado por la literatura médica, religiosa y folklórica desde el Renacimiento. Debido al peso de la literatura médica que consideraba enfermos a los tarantizados, decidió poner en pie un *équipe*, compuesto por el psiquiatra Jervis, una psicóloga, un etnomusicólogo, una etnógrafa y una trabajadora social. Aunque su proyecto era una investigación académica en antropología e historia religiosa, la incorporación de psiquiatras y psicólogos era indispensable para responder a un síndrome descrito como enfermedad por la medicina, en la que ésta quería ver la expresión cultural del síndrome

tóxico consecuencia de la picadura del arácnido¹⁰.

Leída hoy, en pleno apogeo de la post-modernidad antropológica, *La Terra del Rimorso* (1966) es un ejemplo fascinante de radicalidad etnográfica *avant la lettre*, que se adelanta treinta años a su tiempo. Es un modelo inigualable de las posibilidades que abría de una antropología de la medicina europea a partir del desarrollo de una propuesta metodológica que aunque perceptible en las etnografías anteriores de su autor (1983, 1983a), alcanza aquí su máximo esplendor por la repercusión en el texto de la dialéctica interdisciplinar en dos planos distintos: la derivada del propio trabajo en equipo, y la brillante interpretación histórica del debate multidisciplinar que desde el siglo XVII alimentaba la polémica entre folkloristas, médicos y religiosos que respondía a estrategias corporativas distintas en cada uno de ellos, las cuales no sólo acababan subvirtiendo la lógica original del tarantismo en su sociedad, sino que contribuían a explicar la degradación perceptible en las observaciones etnográficas del presente.

A este juego extremadamente sofisticado y servido con un prosa admirable que cambia de registro en cada capítulo, la obra se estructura como un diálogo entre la observación etnográfica densa realizada en un solo mes y el análisis de las descripciones del tarantismo en el pasado tomadas como textos etnográficos en sí mismos, algo no muy frecuente en las antropologías y los folklores de su tiempo y en los que el relato etnográfico se correlaciona con la condición profesional del autor. En un segundo nivel esta comparación entre dos formas de escritura etnográfica se proyecta sobre una minuciosa investigación histórico-cultural y a partir de ella en una interpretación que combina la fenomenología con el estructuralismo y el marxismo gramsciano.

La lectura impresiona si pensamos en la idea de la reconstrucción del hecho social total que propusiera Mauss. El autor articula el presente y el pasado, la etnografía y la historia, lo diacrónico y lo sincrónico, lo material y lo ideal a partir de la reconstrucción del auge y la decadencia del significado popular del tarantismo en el contexto de su formación

10 La modernidad del texto ha sido destacado por Pandolfi (1992, 1993). Uno de los mejores capítulos del texto es la crítica sobre bases etnográficas, clínicas y históricas de la falta de sentido de esta teoría. La refutación es modélica en el sentido que propone una metodología para desmontar otros mitos médicos entre los cuales los de no pocas enfermedades psíquicas. Pero además en la medida en que acepta que la clínica tóxica pudo fundamentar un patrón de conducta que posteriormente pudo reconstruirse metafóricamente a otras situaciones destruye la concepción del sincretismo que subyace en los estudios de folkmedicina al uso.

social, y del papel de los intelectuales orgánicos, médicos y curas, en la caracterización del mal en función de sus especiales estrategias corporativas y en su gestión. El caso del tarantismo salentino pone de manifiesto el conjunto complejo de articulaciones entre lo político, lo económico, lo ideológico y lo cultural y la influencia en la construcción de los saberes populares de los religiosos y los médicos.

De Martino no concibe su obra sólo como un ejercicio intelectual o académico sino que con una intencionalidad aplicada que va más allá de la intención de crear un estado de consciencia en el lector, y que se evidencia en el relato etnográfico y en el reporte que componen el y la asistente social y que es el colofón lógico del compromiso social del etnógrafo. Frente a quienes, en Europa, han anatemizado el trabajo aplicado de la antropología como una concesión venal e indigna, de Martino deja claro que no hay etnografía sin compromiso.

Creo que es fácil de comprender el silencio ante la obra de De Martino. El silencio de Jervis, el psiquiatra que el acompañó y que después cooperó con Basaglia en la desinstitucionalización de la psiquiatría italiana, la falta de relaciones sinceras entre los psiquiatras y los científicos sociales¹¹, el clamoroso silencio de las antropología europea y americana ante su obra. El modelo antropológico clásico no podía aceptar una ruptura tan radical en la organización de la investigación, el equipo frente al investigador solitario, las implicaciones de los autores, el manejo del documento histórico como relato etnográfico, la reivindicación de la historia. Sobre todo, no podía aceptar una *démarche* que supone la destrucción de las lindes corporativas entre la medicina, la psiquiatría, la historia, la ciencia social e incluso la literatura, la música y la poesía, que de-construía *avant la lettre* los instrumentos narrativos formales de la medicina, de la historia y de la etnografía.

Las propuestas metodológicas toscas pero interesantes de Cabaleiro, y las muy sofisticadas de De Martino no tuvieron ningún efecto ni en Europa ni en América, ni en la medicina, ni en la antropología. La primera representaba la introducción de los instrumentos analíticos del funcionalismo y apuntaba ciertos atisbos de interpretación histórica. La segunda es una propuesta radical de análisis total de una problemática que involucra a la medicina, la religión, la psiquiatría, la historia y la antropología de un modo absolutamente consciente.

11 Incluso en Italia, donde Basaglia simboliza la reforma directa de una política de estado, la desinstitucionalización, el diálogo entre psiquiatras y científicos sociales no se construyó (Pandolfi (1992:163) La síntesis de Basaglia y su grupo entre el marxismo y las ciencias sociales no influyó en la antropología europea de entonces aunque tuvo cierto eco en sectores de la sociología y la sociología histórica especialmente a través de Robert Castel.

La obra de Cabaleiro y de De Martino inciden ambas en el problema de la construcción de los límites del modelo médico, y por tanto directamente en un proceso histórico, pero también hacen rechinar los límites del modelo antropológico clásico. Cabaleiro trata de orillar la historia porque rechaza la historia de las supervivencias que conduce a postular la condición irracional y la ignorancia de sus pacientes, pero la fenomenología no le permite ir más allá del intento de comprensión de los hechos actuales. De Martino asume la historia y por ello puede comprender el proceso de medicalización y la pugna entre la iglesia y la medicina por la hegemonía sobre el proceso salud/ enfermedad/ atención. El tarantismo es un producto más, con independencia de su existencia real como alteración psicopatológica de esa pugna y es esa condición la que genera una escritura al respecto. Así se constituye en un problema médico, religioso, y antropológico, que una antropología dominada por el funcionalismo, el estructuralismo y el freudo-marxismo francés era incapaz de aceptar.

La actitud de radicalidad empírica y relativista de la antropología hegemónica no puede entender, porque ella también teme a la historia, esta dimensión del problema. Para ello debía también negar también su historicidad y situarle en el contexto epistemológico en que quería encerrar al problema. Por eso nunca la antropología se planteó el efecto y el sesgo que podía introducir en sus observaciones de campo la reclusión forzada de los indígenas en las reservas, o el contexto de opresión colonial en que se producían sus observaciones.

Ortodoxias

De Martino se planteó el problema de las relaciones entre la enfermedad y el padecimiento a partir de la noción de la *crisis de la presencia* en un sentido si no parecido si próximo a la postura que hacía en los mismos años Pedro Laín Entralgo en nuestro país recogiendo también las influencias de la filosofía y la psiquiatría fenomenológicas¹². Ambas se sitúan en un contexto histórico significativo, el de una medicina en transición que todavía no ha desarrollado el dispositivo tecnológico que caracteriza la medicina de fines del siglo XX, y en la que, incluso en los países europeos, el modelo asistencial dominante es todavía

12 Está por hacer un estudio comprensivo de las relaciones entre fenomenología, psiquiatría y ciencia social en Europa que esclarecería no poco el panorama de referencias cruzadas que se encuentran y la construcción de un discurso filosófico europeo sobre la enfermedad que precede largamente a las aportaciones de Susan Sontag a fines de los setenta y que enlazan en buena medida con el mismo.

el *general practitioner* pero en la cual el prestigio médico no se rige aun exclusivamente por la sapiencia técnica y científica, sino también por su posición en el mundo como intelectual de prestigio. He explorado en otro lugar como, en el caso de la psiquiatría esa dualidad entre el discurso clínico y la retórica intelectual constituyen dos piezas perfectamente encajadas puesto que aparentemente se hallan entre ambas en una posición contradictoria: por un lado un discurso clínico, radicalmente biologicista, por el otro una retórica humanista que ya no se ancla como en tiempos anteriores en la etnografía de los colectivos que padecen, sino en el análisis individualizado de los sentimientos asociados al enfermar y al padecer. La individualización rechaza lo social y lo cultural y reduce los problemas a la fragilidad biológica o psicológica.

Ahora bien, si la propuesta de De Martino es la de establecer un diálogo tripartito entre medicina, historia cultural, filosofía y etnografía, el discurso de Laín prescinde de la última en base a su escepticismo en relación a la antropología o la sociología empírica. Esto, a mi juicio, representa algo que es harto común en Europa precisamente por la subalternización de la etnografía como instrumento de descripción de *survivals* o como instrumento de investigación de otras culturas foráneas que para la cultura corriente y moliente del ciudadano europeo medianamente ilustrada son también versiones ajenas del survival. Es decir que, desde la medicina lo social y lo cultural no son incorporados como espacios de debate, sino a través de una disertación filosófica que esta se inscribe en una tradición académica e intelectual de prestigio frente a un tipo de abordaje que lo que pretende poner en pie es una descripción de la ignorancia, ineducación e incultura de las masas populares consideradas masas por una ideología a esas alturas de siglo claramente de clase media .

Esta posición "europea" que emerge tanto en la trayectoria de Cabaleiro, como en la de Laín Entralgo y muchos otros se recoge curiosamente también en una obra fundamental en la antropología médica norteamericana como es la de Horacio Fabrega (1974). El libro empieza con una afirmación tajante:

"As physicians we are concerned with medial problems of individual persons. The patient's aches and physiological constraints become our concern; and our efforts are directed to helping him. The emotional and social consequences of disease to the individual and his family invariably enters in the picture also, and in varying degrees our efforts in treatment are affected by these factors" (Fabrega 1974:XIII)

Esta posición, que es también la suya como psiquiatra incorpora según una concepción muy reificada de la enfermedad, y aunque efectúa una concesión en su cita a otras dimensiones de la enfermedad, no las formula de modo muy distinto a como las escribirían los clínicos del XIX, como una práctica mixta de diagnóstico y tratamiento y soporte pero que implica necesariamente una falta de discusión sobre las raíces culturales del problema puesto que este no se percibe como la consecuencia de un contexto particular de la práctica médica (el que deriva de su inserción en el sistema de valores de las sociedades occidentales y del judeo-cristianismo), sino que esa ética se postula como una ética universal a pesar de sus raíces puramente ideosincrásicas. Este es el Fabrega médico que en la página siguiente dice:

Social scientists, who note and describe the regularities in the way the people behave and conduct life and who then study factors that may explain these regularities, have increasingly been drawn to problems associated with disease (Fabrega 1974:XIV)

Obsérvese el estilo narrativo sustancialmente distinto. El adalid de la moderna antropología de la medicina se sitúa ante todo como médico y contempla como ajenos a los científicos sociales. Cabe preguntarse pues si su propósito es la ciencia social, o sobre todo una forma de reintegración de la ciencia social a la medicina dentro de un proyecto que es *esencialmente médico*. Y es por ello que el concepto de *disease*, en su concepción *médica*, y con las connotaciones médicas del mismo que han pasado al conjunto de la población le hace poco. El problema de Fabrega no es significativamente la medicina, sino la enfermedad y sobre, todo el reduccionismo a que la hegemonía del modelo médico la ha reducido. Y su actitud no es tanto contemplar porque la enfermedad ha sido reducida a tan estricto concepto, sino tratar de construir una concepción ampliada de la enfermedad que incorpore aquellos accidentes que tal noción ha perdido en el camino. Pero adoptar la noción de enfermedad como síntesis de la *disease* y la *illness* como propone Fabrega es definir para la antropología y para la medicina un mismo objeto de estudio. Y eso implica algunos problemas fundamentales. En efecto si medicina y antropología comparten un mismo objeto de estudio y ambos deben incorporar las dimensiones dialéctica de la *illness* y la *sickness* la única diferencia entre el médico y el antropólogo es que éste no puede prescribir y el primero sí, puesto que en el proyecto de Fabrega el médico debe asumir la antropología y las ciencias socio-sanitarias para la hermenéutica de la *illness* y el antropólogo debe asumir las dimensiones biológicas implícitas en la *disease* si quiere comprender realmente los procesos sociales

involucrados en ambas.

¿La Reinención de una medicina antropológica?

Roger Bastide decía que sin una previa autocrítica de cada partenaire, no existe pluridisciplinaridad posible. Lo decía con profundo conocimiento de causa tras una de las pocas carreras sinceramente multidisciplinares de un intelectual europeo. No encuentro hoy ni en la antropología ni en la medicina tal autocrítica, y me pregunto si habremos escrito adecuadamente la historia de nuestras profesiones. Pensamos muy fácilmente en el modelo biomédico como un todo monolítico, sin fisuras, y en cambio encontramos en su seno una riquísima literatura etnográfica contemporánea. Sucede lo mismo con el modelo antropológico clásico, a más monolítico se le quiere presentar, más diverso aparece.

Mientras los profesionales sanitarios pierden progresivamente su capacidad de análisis de los mundos locales a los que se confrontan en su práctica, y olvidan los instrumentos técnicos o desguazan las viejas metodologías ambientalistas, vuelven constantemente su mirada a las ciencias sociales. Buscan respuestas a interrogantes derivados de los altibajos de su práctica, derivados de su posición organigramática, y que nacen de la incertidumbre a que se ven sometidos por los límites de sus conocimientos y de su capacidad de analizar el entorno. Estos interrogantes se refieren mucho más a sus problemas existenciales que a problemas puramente técnicos. Miran entonces al científico social, como el paciente al psicoanalista, y se sientan en un diván imaginario en el que están dispuestos a escuchar palabras de consuelo pero no los límites de una práctica profesional sobre la cual están construyendo su identidad. También los antropólogos rechazan para sí, el ejercicio al que desean someter a los sanitarios.

Los que fuimos médicos y nos hemos deslizado hacia la antropología nos hallamos situados en una posición particular, quizás porque nunca hemos dejado de ser médicos, pero tampoco deseamos dejar de ser antropólogos. Nuestra profesión de origen nos lanzó sobre la sociedad con la confianza absoluta de nuestra misión en el mundo, pero con muy pocos recursos técnicos e intelectuales para llevarla a cabo. Esa confianza nos lleva a un cierto racionalismo escéptico, una inveterada tendencia al autodidactismo y al pragmatismo que a menudo no encontramos en los antropólogos "ortodoxos", formados adecuadamente. Es quizás la consecuencia de esta extraña posición del médico de no poder no responder a la demanda angustiada del paciente y que exige a menudo improvisar respuestas en los límites de la ortodoxia. No se puede en estas circunstancias dejar enfriar el contexto con la

distancia.

El por qué de esta conversión del conjunto de la antropología médica anglosajona en los últimos veinte años mueve a la reflexión cuando se contempla la abundancia de itinerarios personales de la medicina a la antropología y los compromisos con ambos lados. Hay un esfuerzo por adoptar de un discurso en ciencias sociosanitarias en cierto modo a contracorriente de las ideologías economicistas que relegan en favor del pragmatismo la utopía y el compromiso, pero también la emergencia de compromisos personales que se refleja a través de la incorporación (del *embodiment*) de un compromiso crítico con determinados desarrollos no sólo de la ciencia social sino también de la significación de la misma en la sociedad en la que vivimos. Si en ciencias de la salud, es perceptible históricamente, una bipolarización entre lo que me atrevería a llamar la utopía y el pragmatismo, tal parece que conceptos como el *social suffering* o la escritura en los límites de la agitación política de la penúltima obra de Nancy Scheper Hughes (1997) o la riqueza teórica de autores como Margaret Lock o Michael Taussig representa un cambio muy radical me atrevo a afirmar que no sólo en la antropología de la medicina, sino en el conjunto de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud.

De hecho ambas disciplinas afrontan el mismo objeto de estudio, la situación de enfermedad pero no pueden repartírselo porque la barrera sutil de la aplicabilidad destruye la ficción de una ciencia pura. Y la aplicabilidad implica el problema de la intervención. Intervención es un término que remite en este caso a "terapéutica" en su sentido más amplio y plantea inmediatamente el problema de las barreras jurídicas entre profesiones. ¿Puede un antropólogo prescribir una intervención o debe limitarse a enseñar al sanitario que también puede hacerla, puesto que esa intervención, que quizás se sitúe al margen de los referentes simbólicos de lo que es hoy la intervención y el tratamiento en el modelo médico hegemónico, no suele ser ajena a lo que en otras etapas históricas de la práctica médica cualquier médico estaban en condiciones de hacer. El debate no está tanto en si la antropología de la medicina debe intervenir o no, sino en el modo como la antropología de la medicina debe decirle al profesional de la salud como debe comprender determinadas situaciones sociales y culturales para decidir por el mismo en una gama mucho más amplia de posibilidades de las que él pudiera inicialmente imaginar.

Esta evolución conceptual significa un cambio considerable de carácter conceptual y que implica la definición de un nuevo objeto de estudio, -el concepto de *social suffering* remite mucho más a la política o la protección social en su dimensión aplicada que a la biomedicina-, y al recuperar el valor explicativo de la historia, y tratar de articularlo con el

bagaje teórico de la fenomenología o del culturalismo norteamericano se está incidiendo en un nuevo posicionamiento de la antropología en el mercado intelectual, ya no sólo el del correspondiente al sector salud, como el que corresponde al conjunto de instancias que se refieren a la intervención social. Hasta cierto punto podría pensarse en este cambio de rumbo que la antropología médica fue una especie de estadio transitorio que sirvió para explorar las posibilidades del antropólogo en el terreno clásico de la intervención social y que las transformaciones del contexto social, intelectual y político abren hoy un espacio de intervención menos específico aparentemente pero a la vez centrado en los colectivos, habitualmente minoritarios, conocidos como grupos de riesgo.

Aunque esta hipótesis prospectiva no es mi intención desarrollarla aquí, si creo que es pertinente señalarla por cuanto estas tendencias parecen significar, a medio plazo, resituar la antropología de la medicina en el contexto de los debates de la antropología actual, pero también resituarla en un nuevo diálogo, quizás menos complaciente que hasta ahora, con el modelo biomédico, en un contexto en que la hegemonía del modelo médico se halla alanceada por la progresiva hegemonía del pensamiento único económico y debe articularse con el mismo. Quizás ese cuestionamiento de la hegemonía del modelo médico es el que permite que la historia y la economía política, lo social y lo cultural empiecen a no ser, como lo eran ya en la medicina ilustrada, algo exterior a la medicina, sino algo que de nuevo forma parte de su razón de ser, y que la convierta de nuevo, también en una ciencia social.

Bibliografía

AUGÉ, Marc 1986 "L' Anthropologie de la maladie". En : Pouillon, Jean (comp.) *Anthropologie. Etat des Lieux* París: Le Livre de Poche, pp:77-85

BALAGUER, Emili; Ballester, Rosa; Bernabeu, Josep y Enrieque Perdiguero 1990 "La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía española contemporanea" *Dynamis* 10: 193-209

CABALEIRO GOAS, Manuel 1952 *La Psiquiatría en la Medicina popular Gallega . Tesis de Doctorado*. Madrid: Universidad de Madrid.

COMELLES, Josep M. 1993 "La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". *Revisiones en Salud Publica* 3: 169-192 1996 "Medical Practice and Local Knowledge. The Role of ethnography in the construction of medical hegemony". En: Sakai, Shizu y Shigemura Kuriyama (comps.) *Disease and Environment* Osaka: Tanigushi Foundation.

1996a "Da superstizioni a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto médico" *AM. Rivista della Società italiana di antropologia médica* 1-2: 57-89

1996b "Fe Carismas y Milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea ". En: González Alcantud y Rodríguez Becerra (comps.). *Crear y Curar. La medicina Popular*. Granada: Diputación provincial .

1997 "The Fear of (ones own) History. On the Relations between Medical Anthropology, Medicine and History" *Dynamis* 17: (en prensa)

1998 "Parole de Médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine", en Levy, Jacques; Nouss, Alexis; Martin, J.Baptiste et François Laplantine (comps.) *Récit et Connaissance*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon. (en prensa)

COMELLES, Josep M.; Martínez Hernáez, Angel.1993 *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina* Madrid Eudema

CHRISMAN, Noel. J; Maretzki, T. (Comp.) 1982 *Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings* Dordrecht: Reidel Pub. Company

DE MARTINO, Ernesto 1966 *La terre du remords* Paris: Gallimard 1983 *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria* Torino; Boringhieri 1983 *Sud e magia* Milano: Feltrinelli

EISENBERG, Leon and Kleinman, Arthur (comps.) 1992 *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: D. Reidel

FABREGA Jr., Horacio 1974 *Disease and Social Behavior* Cambridge: M.I.T. Press

FALTERI, Paola 1989 "La medicina popolare. Umbria ", En: Seppilli, Tullio (comp.) *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*. Milano: Electa, pp:160-165

GONZALEZ FERNANDEZ, Emilio; Simón Lorda, David 1992 "Pensamento antropológico dos médicos galegos. Apunte histórico". En: Gondar Portasany, Marcial; González Fernández, Emilio (comps.) *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria Galega* Santiago: Liovento, pp: 91-122

HAHN, Robert A. 1995 *Sickness and Healing. An Anthropological perspective* Cambridge: Yale University Press

HIPÓCRATES DE COS

1986 *Tratados Hipocráticos II. De los aires, las aguas y los lugares. Sobre los humores. Sobre los flatos. predicciones I. Predicciones II. Premoniciones de Cos* Madrid Editorial Gredos

1989 *Tratados Hipocraticos V. Epidemias* Madrid: Gredos

KLEINMAN, Arthur 1995 *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine* Berkeley: University of California Press

LAÍN ENTRALGo, Pedro 1964 *La relación médico-enfermo. Historia y Teoría* Madrid

Revista de Occidente

LEVI- STRAUSS, Claude 1969 *Anthropologie Structurale*. Paris: Librairie Plon

MARIÑO FERRO, Xosé Ramón 1992 "A etnomedicina na Galiza." En: Gondar Portasany, Marcial; González Fernández, Emilio (comps.) *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatria Galega* Santiago:Laiovento, pp: 67-90

MARTÍNEZ Hernández, Angel ; Comelles, Josep M. 1994 "La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?" *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 39 (2): 109-136

MENÉNDEZ, Eduardo L. 1991 "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes" *Alteridades* 1 (1): 21-33

PANDOLFI, Mariella 1992 "Beyond Gramsci and De Martino: Medical Anthropology in Contemporary Italy" *Medical Anthropology Quarterly* 6 (2) 162-165

1993 "Le self, le corps, la crise de la "presence"" *Anthropologie et Sociétés* 17 (1-2): 57-77

SCHEPER- HUGHEs, Nancy 1997 *La muerte sin Llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil* Barcelona: Ariel

STOLCKE, Verena "De padres, filiaciones y malas memorias. ¿Qué historias de qué antropologías? En: Bestard, Joan (comp.) *Después de Malinowski* La Laguna: Asociacion Canaria de Antropologia, pp: 147-198

TAUSSIG, Michael 1995 "La reificación y la conciencia del paciente". En Taussig, Michael (comp.) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente* Barcelona: Gedisa, pp: 110-143

YOUNG, Allan 1982 "The anthropologies of illness and sickness" *Annual Review of Anthropology* 11: 257-85

ZEMPLINI, Andras 1985 "La maladie et ses causes" *L' Ethnographie* 96/97: 13-45.