



La pregunta por el ser humano

¿Qué es el hombre? pregunta Kant habiendo ya desglosado la incógnita en las tres interrogantes que dan origen a sus Críticas: el qué puedo conocer lo responde la razón pura, el qué debo hacer es asumido por la razón práctica, y el qué puedo esperar es visto por su Crítica del Juicio haciendo itinerario desde la estética de la armonía natural, hasta llegar a la teleología, y a la teología que se refunde con la moral. Solo que, al cabo de su obra, la pregunta inicial queda insoluble y será repetida textualmente dos siglos más tarde por M. Buber¹, lo cual testimonia que la respuesta quedó pendiente. La antropología que inaugura Kant tiene, a su modo de ver, una cara fisiológica que muestra la naturaleza material del hombre, y una vertiente pragmática en la cual aparece lo que el hombre hace de sí.

El enfoque kantiano es para Heidegger la demostración de la finitud del ser humano, porque el qué puedo conocer, qué debo hacer y qué me cabe esperar son claras expresiones de la búsqueda de un criterio orientador así como ordenador, generando una imagen que delimita lo que queda afuera. Al llegar a la cuarta pregunta, de lo que el hombre sea, ya no busca una caracterización, que siempre demarca y excluye, sino una esencia, lo cual para Heidegger constituye un giro desde la antropología a la ontología. La esencia exclusiva se buscará vanamente al interior del ser humano ni podrá ser captada por la autoconsciencia

como propone Scheler, sino entendiendo lo humano como un espíritu que acontece, así Buber, y cuyo rasgo fundamental es relacionarse con las cosas y con los demás. Al decir Heidegger que la pregunta filosófica por el hombre es tema para la ontología, desgrana la antropología de la filosofía. Junto con purificar el pensamiento ontológico, deja libres las indagaciones antropológicas para ser llevadas a una disciplina que obtiene su acervo cognitivo por observación, exploración y reflexión.

Posiblemente sea una aporía insalvable que el hombre se explique a sí mismo, tal como las matemáticas no pueden dar cuenta de todos sus axiomas; tampoco podrá aclararse al interior de Creta acaso los cretenses mienten cuando dicen que mienten, ni cabe esperar, en una visión más anecdótica pero pertinente, que el Barón von Münchhausen logre salir del pantano jalándose de la propia cabellera. El conocimiento del hombre por el hombre parece limitado por la imposibilidad de tener un punto de vista arquimedeico, exterior al objeto de indagación, la incongruencia de la empresa tal vez no siendo una limitación sino que la razón esté del lado de Pascal cuando dice que el hombre sobrepasa infinitamente al hombre. El ser humano que es rebasa inalcanzablemente al ser humano que conoce.

Otra consideración preliminar apunta al sempiterno afán de definir al ser humano, cosa imposible porque cualquier especificación a partir del género animal al cual pertenece, será excluyente o parcelar. Excluyente al decir, por ejemplo, que es un ser racional, por cuanto a los animales también se les supone subjetividad; o al considerarlo, con Aristóteles, animal político como si no existiesen organizaciones sociales, luchas de poder y jerarquías de mando en más de una especie animal. Más allá de su presunta utilidad taxonómica, se vuelven problemáticas estas distinciones cuando son tomadas como fundamento para discriminaciones entre los que presentan el atributo destacado y quienes carecen de él, desencadenando repercusiones éticas que han sido históricamente catastróficas. En la ética hay ejemplos suficientes y deplorables de sesgadas asignaciones de estatus moral

exclusivamente a seres vivos que muestran poseer racionalidad, en consecuencia excomulgando de la comunidad moral a los niños pequeños, a las personas de intelecto limitado y a quienes lo han perdido por enfermedad o senilidad.

El filósofo G. Anders dio por periclitada la antropología filosófica. Definir al ser humano en términos de *differentia specifica* le pareció un infantilismo filosófico y, si algún sentido podía tener la pregunta por el qué o el quién es el hombre, tendría que serlo entendiendo que ha recibido una misión específica a cumplir en el universo, lo cual remite a una respuesta teísta de escasa fuerza en un mundo secular. Anders devela la paradoja de categorizar al ser humano al mismo tiempo reconociendo su carácter de existencia en realización que desafía toda descripción de un ser determinado, permitiendo a lo más una "antropología negativa" abocada a enfatizar la libertad y la indeterminación de lo humano².

La incertidumbre del esfuerzo antropológico-filosófico refuerza la posibilidad de las antropologías específicas. Si no es posible definir al ser humano por no haber una realidad contrastante de la cual él constituye la diferencia específica, es en cambio muy necesario caracterizar al hombre enfermo en contraposición con el ser humano sano, porque aquí aparece con toda naturalidad la categoría propia y específica de lo enfermo destacada contra el trasfondo de lo normal y lo sano.

Siendo la pregunta por el hombre de capital interés y lamentando que tanto la ontología como la antropología filosófica no puedan satisfacer con una respuesta categórica, se han ido desgranando una serie de disciplinas enfocadas, más empírica que filosóficamente, sobre ciertos aspectos del modo de ser y de comportarse del hombre, dando nacimiento a una cantidad de antropologías fragmentarias según el campo del saber que cultivan –antropología física, biológica, cultural, geográfica, médica.

El ámbito de la antropología

Decir que la antropología es el estudio del hombre es redundante y estéril en tanto no se especifique desde qué perspectiva se aborda pues, más que estudiar al hombre, sólo es posible iluminar ciertos aspectos de lo humano. La mirada unificadora intentada por la antropología filosófica no deja emerger alguna verdad irrecusable y última. El rasgo que más frecuentemente es señalado como esencial al ser humano es su indeterminación, su necesidad de plasmarse una existencia, su apertura al mundo. No es un ser vivo guiado por instintos, de hecho adolece de falencias en el equipamiento instintivo que debe suplir con la elaboración de un plan de vida basado en la libertad³. Pensadores como E. Strauss ligan esta fundamental creación de la existencia con la posición erecta y sus consecuencias funcionales de encefalización, visión estereoscópica, desarrollo de la manualidad; otros la ven como producto de la reflexión excéntrica que le permite al individuo ser objeto de observación de sí mismo⁴. La vida humana vista como existencia soslaya las dificultades de dilucidar la interacción de mente y cuerpo, entendiendo al individuo como un arquitecto que capta y elabora estímulos que lo llevan a actuar en el mundo y con los demás, en una unidad donde lo psíquico y lo orgánico son reconocidos pero no segregados como sustancias inmiscibles.

El panorama se vuelve a tal punto complejo, que se propone distinguir tres grandes campos del saber acerca del hombre: la filosofía antropológica, las antropologías científicas y la antropología filosófica. La primera es el intento, ya fracasado, de dar cuenta de la esencia de lo humano desde el pensamiento. Las segundas se entienden como disciplinas acotadas e inmersas en un cúmulo de significaciones provenientes de datos duros ganados por el ejercicio más o menos riguroso de la perspectiva elegida, ninguna de las cuales logra ofrecer una reducción plausible del ser humano a la indagación especializada. Clasificar estas antropologías especiales como científicas contiene el prejuicio de suponer a las manifestaciones del ser humano como

susceptibles de conocimiento por el método científico, lo cual es inopinable por cuanto la antropología puede observar pero no experimentar. Y la tercera, la antropología filosófica, ambiciona considerar la información de las ciencias para integrar una visión que fundamente una realidad universal de lo humano⁵. Una empresa no menos vana que la filosofía antropológica, pues el cúmulo de datos empíricos, además de ilimitado, carece del poder de traducir lo material en atributos que pudiesen ser valorados como esenciales y constitutivos de lo humano. La antropología general intenta formalizar su estatuto disciplinario comprometiéndose con la indagación empírica y dejando la especulación y los ejercicios de integración en manos de la antropología filosófica.

Es en ese campo de reflexión sintética que se mueve la antropología general, pero decididamente no logra un enfoque del cual pueda esperarse principios irrebasables que den cuenta exhaustiva o al menos satisfactoria de lo humano. Más inquietante aún, no aparece en estos intentos de síntesis una vinculación del saber antropológico con el quehacer del hombre en el mundo. Pues el gran giro reflexivo desde que Scheler preguntara estáticamente por el "puesto del hombre en el cosmos", es que la figura *homo sapiens sapiens* ha dado paso al *homo agens*, enfocando la pregunta antropológica hacia lo que Foucault llama, algo mecánicamente, el funcionamiento humano: "El sujeto es aquello que se sirve de un medio para hacer algo"⁶. Lo que importa es entender al hombre en acción, en el empleo del lenguaje, el desarrollo del discurso, ejerciendo la libertad, interaccionando con los demás y actuando sobre las cosas, en suma, haciendo historia. El conocimiento se genera en interacciones más que en pura intelección⁷, el hombre no es ser, sino un ser-ahí en permanente construcción de su existencia.

Por otro lado, la compleja interacción del ser humano con su entorno social y natural lo obliga a planificar sus actividades, reemplazando algunas de ellas por símbolos: significaciones que asignan sucedáneos inmatereales —significantes— a la realidad —significados—. Para poder realizar todas las tareas necesarias y, más todavía,

para lograr una cooperación social eficiente, el ser humano reemplaza muchos actos por símbolos, utilizando el lenguaje para evocar realidades. Nace así la cultura, y la antropología cultural llegará a convencerse de haber dado con el *homo symbolicus* como modo esencial del ser humano⁸. Y, en efecto, se da aquí la veta más fructífera para entender a la humanidad en sus diversos modos de estructurar la existencia.

La antropología explora esta capacidad humana de desarrollar significantes, en una actividad permanente de generar imágenes culturales que explican cómo el ser humano se desempeña en el mundo. De allí saldrá también la simbología referida a la desadaptación y a la desinserción del entorno, originando la comprensión del ser humano *qua* persona enferma, como es captada por la antropología médica.

Las antropologías adjetivadas no asumen el compromiso de generar una visión holística del ser humano. Intentos de esa naturaleza se dieron en la literatura etnográfica que, con diversa fortuna, han pretendido sentar una base científica de vuelo teórico vasto y ambiciones explicativas que llegaron a usurpar la posición de la antropología general. El intento no prosperó, mas inició la disciplina científica denominada etnografía, orientada hacia los estudios de campo, vale decir, a la reseña acuciosa del modo de vida y del despliegue cultural de grupos humanos. Las observaciones se suponían tanto más fidedignas en la medida que los grupos estudiados estuviesen conformados por una etnia pura y en tanto estas personas se estructuraran socialmente en forma simple, desarrollando manifestaciones culturales más fácilmente identificables y descriptibles.

El furor etnográfico que se fue desarrollando a lo largo del siglo XX sobredeterminó los esfuerzos teóricos por asimilar y comprender este material. Las descripciones culturales no podían dar cuenta de toda la información recopilada y veían alejarse aún más una teoría unificadora del hombre en su quehacer cultural. Derivado de la imposibilidad de una integración disciplinaria entre teoría y práctica, entraron los antropólogos etnográficos en una controversia acendrada que cuestionaba los métodos de investigación y la certeza de los resulta-

dos. La discrepancia fundamental se refería a la validez de la observación externa de los grupos estudiados, cultivando una antropología cognitiva que pretendía eliminar sesgos y subjetividades, pero debiendo hacerse cargo que se le criticara la incompreensión del riquísimo simbolismo característico de las culturas observadas. En el otro extremo se sitúa una corriente que se incorpora a, y convive con, las culturas que desea conocer, entendiendo a estas sociedades y compartiendo con ellas la comprensión que sus miembros tienen de sí, todo ello a costa de supuestamente perderse en el fárrago interpretativo y provocar un desencuentro irremediable con la objetividad. La postura cognitiva, también denominada "lejana a la experiencia", se conoce asimismo como enfoque *etic*, en tanto el modo integrado y participativo de interpretar una cultura es *emic*.

En sus dos siglos de existencia, no ha logrado la antropología establecerse como una disciplina monolítica, con objetivos de estudio definidos, una metódica de indagación propia y un cuerpo teórico común a sus diversos intereses. En buena medida ha sido éste también el destino de las antropologías parcelares, que no siempre logran una identificación unívoca ni una clara distinción entre diversos modos de abordar el estudio del hombre. La antropología médica se ha ido conformando lentamente como una versión especializada de mirar al ser humano desde la óptica de la enfermedad. En consecuencia, hasta ahora tampoco le ha sido fácil a esta nueva disciplina presentarse como una propuesta coherente con metas determinadas, sufriendo las mismas limitaciones heurísticas que la antropología general: exceso de minucia etnográfica, cuestionamiento de enfoques *emic/etic*, sobrecarga especulativa, distanciamiento entre teoría y aplicación práctica.

En una disciplina polifacética como la antropología suelen ser múltiples los frentes de desacuerdo y, dentro de ellos, tienen especial relevancia en la historia de la disciplina y en la atingencia al tema del presente texto, las rispideces generadas en torno a la antropología cultural frente a la antropología social. La primera piensa en términos

globales intentando comprender la vida cultural humana en su totalidad; el enfoque social, en cambio, es analítico y estudia estructuras sociales determinadas como familia, burocracia, instituciones religiosas. Se intuye una afinidad de la antropología cultural con la filosofía, en distinción del acercamiento de la antropología social a las disciplinas humanísticas. Con ser analítica, vale decir, teórica y alejada del empirismo, la antropología cultural respeta las diferencias circunstanciales entre diversas culturas y su devenir histórico; la antropología social, a su vez, reconoce que las estructuras sociales tienen patrones comunes que se repiten en las más diversas agrupaciones humanas, las diferencias siendo explicables por principios universales más que sólo por circunstancias contextuales. En el ámbito médico se difuminan con frecuencia los límites entre antropología médica y sociología de la medicina, lo cual rubrica que también en la enfermedad el ser humano es un individuo cuya característica esencial es la relacionalidad con otros y la vida comunitaria.

Antropología aplicada

Cesura notable que aparece en la antropología contemporánea es aquella que segrega el cultivo académico de la disciplina por un lado, de las antropologías aplicadas por el otro. La denominación puede aparecer ambigua, pues la aplicación nace de las necesidades intrínsecas de una práctica social determinada y no del intento disciplinario por establecer influencias pragmáticas en algún campo del quehacer social. Se describe dos formas de ejercer la antropología aplicada: una es de orden científico, investigando preferentemente en el área de las políticas públicas temas como impacto social, evaluación, catástrofes de recursos culturales. La otra faceta es de carácter intervencionista o terapéutico, orientándose hacia comunidades, su percepción de sí mismas y su grado de agencialidad —“*empowerment*”—. Aunque celebrada por la comunidad antropológica, resulta difícil de imaginar y escurridiza de describir la aplicación de una disciplina que es origina-

riamente teórica y alejada de intenciones pragmáticas, empeñada en la observación acuciosa pero explícitamente denegada de intervenir en su objeto de estudio. Lo que se intuye es que las antropologías aplicadas difuminan los bordes de su competencia, participan en debates y acciones multiculturales y están en riesgo de caer en redundancias —abordar problemas que son también del resorte de otras disciplinas— e inconmensurabilidades —establecer perspectivas que no son comparables con las de otra proveniencia—. La asepsia teórica de sus comienzos se va debilitando porque los procesos sociales globalizantes y las invasiones transculturales son lesivas e inoperantes a menos que sean avaladas por la asesoría de una antropología aplicada que conoce los diversos actores de estas dinámicas y pudiera sugerir modos más eficientes de intervenir y de ser intervenido. Esta instrumentalización de estudios antropológicos corre el riesgo de carecer de justificación ética al participar en la involución y aun destrucción de culturas autóctonas.

Las disciplinas aplicadas, según enseñan las éticas prácticas, son bifrontes. Requieren un esqueleto teórico cuyos elementos son buscados en la ciencia madre de la cual provienen, la antropología filosófica como presupuesto teórico en lo presente. Su función es constituir su estructura conceptual de tal modo que pueda aplicarse, y ése es su segundo momento, para dar mejor solución a los problemas prácticos. En consideración de esta dualidad, una visión aplicada deberá contar con solidez teórica y con plausibilidad práctica, y los dos extremos que enmarcan la aplicación deberán también ser determinados con precisión. La teoría se plasma hacia un lenguaje pragmático, como no lo puede hacer por ejemplo la ontología, pero sí la sociología. La práctica, por su parte, deberá tener consciencia de insuficiencia, de necesidad por recibir la infusión teórico-práctica de la fuente disciplinar. La reciprocidad descrita entre el afán teórico y las necesidades pragmáticas, se percibe claramente en la medicina con respecto a la bioética; es más incierta, en cambio, al preguntar por la presencia de lo ético en el mercado sanitario o en investigaciones biomédicas, pues estas prácti-

cas sociales se resisten al análisis externo y a la prescripción normativa.

El pensamiento antropológico emergente en la modernidad se debate entre la pregunta filosófica por el hombre, incontestada y probablemente incontestable, y la necesidad de desarrollar una visión del ser humano que dé razón de las complejas interacciones sociales y la ingente expansión tecnocientífica, creciendo exponencialmente y obnubilando los objetivos de tanta actividad. Las prácticas sociales en general, las biomédicas en particular, requieren una orientación de sentido en vista del inestable equilibrio existente entre capacidad creadora y posibilidad destructiva. La evaluación del porvenir desde fuera de estos quehaceres y a distancia de intereses comprometidos, es en buena parte antropológica, puesto que el destino de la humanidad también se verá afectado. Para las radicales invasiones en la naturaleza humana que anuncian las disciplinas biomédicas, se hace evidente la necesidad de una antropología médica que ayude a efectuar un catastro de logros, permisiones y expectativas.

Este esbozo introductorio deja insinuada la necesidad de delimitar el ámbito propiamente antropológico, reconociendo que una tal variedad de modos de entender la antropología abre las puertas para propuestas nuevas que se validarán en función de su coherencia y de la convivencia que logren establecer entre sus fundamentos teóricos y la diversidad de requerimientos de las prácticas sociales.

La filosofía ha intentado definir al ser humano, reconociendo asimismo que carece de los referentes necesarios para lograrlo.

La antropología se propone identificar los atributos que son específicos de lo humano. El más plausible de ellos es la indeterminación característica de la existencia humana que siempre está por hacerse.

La filosofía antropológica reflexiona sobre lo humano, las antropologías específicas señalan lo propiamente humano en un campo determinado, y la antropología filosófica intenta aunar información empírica con sistematización global.

Para realizar su existencia, el ser humano crea símbolos representativos a los cuales asigna valores. Símbolos y valores conforman la cultura, siendo la antropología la disciplina que estudia al ser humano en cuanto cultural —*homo symbolicus*—.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buber M. *¿Qué es el hombre?* México, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1954.
2. Anders G. *Die Antiquiertheit des Menschen*. München: C.H. Beck, 1980.
3. Gehlen A. *Anthropologische Forchung*. Reinbeck: Rohwolt, 1961.
4. Plessner H. *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 1975.
5. Beórlegui C. *Antropología filosófica*. Bilbao: Universidad de Deusto, 1999.
6. Foucault M. *Freiheit und Selbstsorge*. Frankfurt: Materialis Verlag, 1985.
7. García R. *El conocimiento en construcción*. Barcelona: Gedisa, 2000.
8. Cassirer E. *Antropología filosófica*. México, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1992.

CAPÍTULO 2

Cuestionamientos del modelo científico-natural.
Antecedentes de la antropología médica

MIGUEL KOTTOW

Dualismo y cultura

Descartes podría ser plausiblemente considerado como el padre intelectual de la antropología. Su escisión de la realidad en *res cogitans* o substancia pensante y *res extensa* o substancia material, estableció dos mundos que, por haberlos denominado substancias, debían entenderse como ontológicamente diferentes. Siendo el ser humano el único que amalgama ambas substancias, estaba Descartes definiendo al mismo tiempo la realidad toda y al hombre. La radicalización cartesiana ha costado ingentes esfuerzos a la filosofía por explicar cómo pueden coexistir e interactuar dos realidades inconmensurables, dando nacimiento a lo que se conoce endémicamente como el problema mente/cuerpo del dualismo. Una feroz estocada al dualismo proviene del auge en el siglo XIX de las ciencias naturales y del determinismo material que profesan, si bien pensadores como Dilthey intentaron rescatar la idea de las ciencias naturales —enfocadas en lo material— como ámbito distinto pero equivalente al de las ciencias del espíritu, que se ocupan de la *res cogitans*. Este programa fue a su vez desbancado por el empirismo y el positivismo, que practicaron una radical reducción del saber a la experiencia, ratificando a Hume en su planteamiento “todo entra por los sentidos”.

Campearon las ciencias naturales y en gran medida siguen haciéndolo hasta un exceso que se hace notar en potentes despliegues

tecnocientíficos como la energía nuclear y la genética, que se acompañan de fuertes impactos culturales. El miedo se ha instalado al interior de las comunidades por la percepción ciudadana de vivir en sociedades de riesgo¹, creando situaciones de desazón y temor difíciles de evaluar y de modificar. Es en este clima cultural que renace el dualismo cartesiano, entra en escena el sujeto celebrado por la posmodernidad, emergen las éticas aplicadas como en un intento de regular la razón pragmática y recuperar terreno para la razón comunicativa². Se ha insistido que la tardomodernidad tiende a la erosión del sujeto, mas ello se refiere al sujeto en tanto fuente de conocimiento o instrumento cognitivo, pero no a la subjetividad como vivencia. Todo lo contrario, la pérdida de referentes universales y la desestabilización de consensos sociales fortalece la validez de la vida interior, y la antropología médica aquí presentada se basa precisamente en la importancia del sujeto en la medicina y en una constante preocupación por los riesgos a que este sujeto está expuesto. El tema ha sido trabajado en otras disciplinas, notablemente por G. Lukas y la tradición marxista que reconoce la reificación del cuerpo producida por el capitalismo, compuesta de dos momentos: el cuerpo-producto o cuerpo-mercancía, y el cuerpo-consumidor que entra en una relación dialéctica de sujeto objetivado y objeto subjetivado. “El sujeto que habita el cuerpo, ese sujeto que se llama “yo” en el lenguaje y que adquiere entidad biográfica, ha sido disuelto y omitido”³. Un lamento que transmite aislamiento y abandono del sujeto, no su desaparición.

Karl Popper matizó y enriqueció el pensamiento dualista, adicionando al mundo real —Primer Mundo popperiano— y al mundo subjetivo —Segundo Mundo—, un Tercer Mundo conformado por el producto cultural de la interacción de los dos mundos clásicos: “El tercero es el mundo de los inteligibles, el de *ideas en el sentido objetivo*”⁴. El ámbito de la cultura, indica Popper, es un mundo efectivamente existente y anclado en la realidad a través de libros, universidades, plasmación material de pensamientos, así como visiones e imaginarios que se vuelven concretos en el arte. Resulta estimulante enfren-

tar este mundo de la cultura con la definición de antropología presentada por Lowie: "La finalidad del estudio antropológico es comprender la totalidad de lo cultural en todos los períodos y épocas, y de ver en cada humilde fragmento la relación con la totalidad"⁵. Y a F. Boas, uno de los grandes cultores de la disciplina y reconocido como antropólogo cultural, la adjetivación le parecía redundante porque al estudiar las culturas estaba practicando la antropología a secas. Si bien hay ramas de la antropología que no estudian el ámbito cultural sino que enfocan aspectos materiales del ser humano —antropología física, biológica—, parece ser lo cultural el hilo conductor de la antropología, en una visión muy popperiana de reconocerle carta de ciudadanía en el mundo de la realidad y como apropiado objeto de estudio formal. Redimensionada como cultura, la *res cogitans* vuelve a ser objeto de estudio y es la antropología la que mejor dispuesta está a acogerla.

Medicina antropológica

La trayectoria de la medicina ha seguido, con alguna tardanza, el camino hacia las ciencias naturales, abandonando las versiones especulativas del origen de las enfermedades, para confiar en las ciencias básicas —anatomía, fisiología, bioquímica—, como fuentes de conocimiento del organismo humano, y en la observación clínica junto al uso cada vez más decidido del laboratorio para entender, clasificar y tratar enfermedades. Hasta el siglo XIX cursaban teorías que reconocían una realidad trascendente o subyacente a la enfermedad, pero que no sobrevivieron al espíritu cientifista de Magendie, Bernard, Pasteur, Koch, quienes entendían lo biológico en forma determinista y no veían razón para utilizar otro modo de pensar para los fenómenos patológicos. Las ciencias experimentales irían develando el funcionamiento normal y desviado del organismo humano; y no sólo eso, pues la práctica médica misma debía ser científica. "La medicina será ciencia o no será" dictamina el internista B. Naunyn al asumir a fines del

siglo XIX la Cátedra de Medicina de Jena, pero su discurso iba a tener corta vida, pues su discípulo L. Krehl introduce un vuelco en la medicina tomando una actitud anticientifista y proclamando que "no existen enfermedades sino enfermos". El énfasis en la persona da origen a la medicina antropológica, liderada por una cohorte de médicos formados por Krehl y que se agrupan mayoritariamente en la Escuela de Heidelberg con V. von Weizsäcker a la cabeza.

Es cierto con los escritos de v. Weizsäcker y sus seguidores se refieren a una nueva *medizinische Anthropologie* —antropología médica—, pero casi todos ellos eran clínicos que no buscaban hacer antropología sino que proponían una nueva medicina con más preocupación por el *anthropos*, refiriéndose en rigor a una *Anthropologische Medizin* —medicina antropológica. Weizsäcker sugiere sobrepasar la *medizinische Anthropologie* y crear la *Patosophie*⁶. Lo que se proponía era enriquecer la práctica médica con el atributo antropológico, no crear una nueva antropología adjetivada. Aunque tuvo algunos seguidores —Jores, Siebeck, Christian— la Escuela de Heidelberg se fue apagando, algunos rasgos de ella persistiendo en la medicina psicosomática. Mucho al respecto dice el artículo *Anthropologie, medizinische*, que P. Christian aporta a una obra enciclopédica denominada *Medizin*⁷. El título del artículo es un listado que incluye teoría de la constitución y tipología, psicología, psicoanálisis, psicosomática, medicina biográfica, orientaciones fenomenológicas y existenciales de la medicina; iniciándose con una definición: "Antropología médica significa textualmente teoría del ser humano enfermo (*anthropos* = el ser humano)". La visión de v. Weizsäcker, Jores y Siebeck es reclasificada como medicina biográfica y a la medicina psicosomática, junto con reconocerle su importancia, se le critica haber sido impotente para fundamentar las relaciones e interacciones entre cuerpo y mente.

Su corta vida no fue óbice para que diversos elementos de la Escuela de Heidelberg enriquecieran el pensamiento médico contemporáneo. La medicina científico-natural fue motivo de repudio para la orientación de v. Weizsäcker, pues sumergía la mente en el cuerpo y

entendía la enfermedad como disfunción orgánica. Lo psíquico había encontrado la atención de médicos inscritos en perspectivas tan dispares como el magnetismo y la hipnosis, más canalizado ya en la doctrina de las neurosis y los comienzos del psicoanálisis. Todo ello no satisfizo a la visión psicodinámica que se plasmó en una medicina antropológica en busca de la indisolubilidad de la relación mente/cuerpo en una unidad de mutua influencia, proponiéndose superar el dualismo del cual ni siquiera la incipiente medicina psicosomática se había podido liberar. La fusión de contrarios en una unidad interactuante fue llevada a otro ámbito, expresamente en el rechazo de la distinción sujeto/objeto. El ser humano, describía v. Weizsäcker, no es un observador externo al mundo, pues al existir en él y percibirlo, lo está modificando. El cuerpo expresa a la persona y el cuerpo enfermo tiene un significado que plasma la "materialización del conflicto" y la "fuga hacia la enfermedad".

Claramente se acerca el lenguaje weizsäckeriano a categorías que la antropología médica contemporánea hará suyas con otras denominaciones: cuerpo vivido, unidad psicofísica, conocimiento como acción, amenaza de enfermedad. Sin embargo, el movimiento careció de estructuración teórica y terminó por situar al terapeuta en la posición ambigua de ser intérprete y creador de supuestos conflictos patogénicos que el paciente no reconocía.

Mención aparte en la medicina antropológica merece FJJ Buytendjik, un médico holandés que ejerció sólo brevemente, dedicándose en lo principal a la fisiología, posteriormente a la psicología teórica. Fundamentado en la antropología filosófica de corte fenomenológico, se propuso delinear una ciencia médica de inspiración antropológica que sirviese de base para una práctica médica orientada en el mismo sentido. En congruencia con su época, visualiza Buytendjik al cuerpo humano como un todo psicofísico, cuyas manifestaciones son significativas más allá de lo orgánico, y donde la estructura biológica determina el posible ámbito del desenvolvimiento existencial. Al respetar el mandato weizsäckeriano de reintroducir al sujeto en la

práctica médica, se produce un acercamiento entre la medicina antropológica y la psicosomática, ambas empeñadas en requerir que la medicina tratara a los pacientes como seres sociales y espirituales, como personas y no como cuerpos enfermos. Y sin embargo, Buytendjik señala la paradoja que el ser humano se vuelve cartesiano cuando la enfermedad le produce la sensación de estar alienado de su cuerpo y de sentir ahondarse la brecha entre mundo subjetivo y mundo corpóreo⁸.

Buytendjik propone una fisiología antropológica que vaya de la función orgánica a las particularidades biológicas de la especie humana y determine científicamente lo propiamente humano de su peculiar funcionamiento corporal. Este programa se agota en el reconocimiento que el cuerpo humano elabora los estímulos antes de reaccionar, hoy se diría que hay una caja negra entre percepción y acto, donde los estímulos son refinados a deseos de segundo orden. El ser humano es una máquina no trivial, pues entre estímulo y reacción se instala una compleja elaboración mental que modifica las percepciones y planifica las acciones resultantes. Del contradictorio programa de entender al ser humano desde la fisiología experimental no pudo darse la deseada proyección antropológica que infundiese nuevas orientaciones a la práctica médica.

Teoría de la medicina

Sin desconocer los importantes aportes de la medicina antropológica, sus valiosos escritos y su incorporación al lenguaje de la teoría de la medicina y de la bioética, es de notar que no logró estudiar las constantes antropológicas que subyacen al enfermar y al sanar, no pasando de ser un movimiento episódico y local, hoy en gran medida olvidado.

En una interesante sinopsis centrada en el rastreo histórico de una filosofía de la medicina que nunca pasó de ser incipiente, y de la

que posteriormente se desgrana la medicina antropológica, reconoce Ten Have tres períodos que comienzan en el siglo XIX. Antes no, porque la práctica médica predecimonónica no presentaba una unidad disciplinar ni profesional que permitiesen reflexionar sobre la medicina como un quehacer estructurado. El primer período es de la tradición epistemológica, inclinada por un lado hacia los rigores del empirismo experimental, por el otro requiriendo al médico en cuanto sujeto que debe actuar como persona y practicar la medicina como un arte, la *Heilkunst*. A partir de 1920 se inaugura el período antropológico arriba esbozado, que se extiende hasta 1960 y cuyos cultores se nutren del existencialismo y de la antropología filosófica de Scheler, Plessner y Gehlen. Insisten en rechazar el dualismo cartesiano, favorecer una medicina respetuosa de la persona, y proclamar una comprensión holística —psicofísica— del enfermar.

La tercera etapa de esta teorización en torno a la medicina es marcada por el renovado interés en la ética médica y la emergencia de la bioética. La bioética está en deuda con la medicina antropológica por identificar los temas que serán centrales en el discurso de la nueva disciplina. Mas esta herencia apunta también al fracaso de la medicina de los primeros decenios del siglo XX por estructurar una antropología médica que pudiese aportar fundamentos humanísticos a una práctica médica cada vez más teñida de cientifismo.

“En la actualidad, la medicina se identifica como un complejo de conocimientos y prácticas significativas. Pero las interrogantes cambiantes [¿qué sabemos?; ¿qué nos proponemos hacer con este conocimiento?] presuponen un común denominador: el ser humano. El esclarecimiento de lo que significa ser humano y ser tratado como ser humano, es insoslayable para una teoría de la práctica médica”⁹.

La filosofía de la medicina no se ha estructurado de un modo sólido como lo ha logrado, por ejemplo, la filosofía de las ciencias, aunque ha producido algunas obras seminales (Goldstein, Canguilhem, Foucault, Wulf) o al menos estimulantes de una más sostenida reflexión (Gillon, Pellegrino y Thomasma, Gert y cols.). No obstante,

filosofar sobre medicina aspira a la construcción de una teoría que explique la práctica médica, sin comprometerse en primera instancia a mejorar esa práctica. De allí la persistente necesidad de desarrollar categorías antropológicas que observen específicamente la enfermedad y los esfuerzos terapéuticos por curarla, ambicionando la comprensión del quehacer médico para finalmente estimular su excelencia.

Si los trabajos propedéuticos para una antropología médica no provienen de la medicina ni de las reflexiones filosóficas en torno a ella, puede ser más fructífero explorar la veta antropológica misma en busca de intereses prístinos en la materia. En efecto, la etnografía descubrió precisamente la riqueza de significaciones y rituales que ocurren en torno a enfermedad y sanación, mas la acuciosidad y el preciosismo de la etnografía debió pagarse con la reducida relevancia que sus hallazgos tuvieron para otras ramas del saber. Mientras más minuciosas las descripciones, menos esclarecedoras son para otros ámbitos culturales.

Hacia las humanidades médicas

El destilado de estos antecedentes indica que el ser humano enfermo se entiende incompleta y deficitariamente a través de las ciencias naturales, pues ellas hablan un lenguaje determinista que busca causalidades necesarias y suficientes que fundamenten acciones preventivas o remediales de afecciones orgánicas. Tampoco se eximen de esta reducción organicista las enfermedades mentales desde el advenimiento de los psicofármacos y las imputaciones genéticas de predisposiciones, latencias y estados subclínicos que se convierten en entidades nosológicas reconocibles por influencias externas, sociales y medioambientales. Todo este sistema patogénico no da cuenta cabal del ser humano enfermo y lo que queda sin explicar no es sólo residuo, es el aspecto del enfermar que más fuertemente impacta en la

existencia de los afectados. Las propuestas por dar un carácter más holístico y personal al ejercicio de la medicina sentaron algunas bases que no deben ser desconocidas aun cuando fueron infructuosas para cambiar el rumbo organicista de la práctica médica.

La medicina tiene vastas áreas de impotencia terapéutica, especialmente en el ámbito de las afecciones crónicas. La insatisfacción de los pacientes ante las medicalizaciones técnicas explica la persistencia en el tiempo y el auge tardomoderno de las medicinas alternativas. Otros factores han contribuido a esta migración de pacientes que se sienten reducidos a cuerpos disfuncionales que requieren reparación. Hay un desplazamiento cultural desde las confianzas arraigadas en la razón, la ciencia, la religión, el progreso, hacia búsquedas de modos terapéuticos diferentes, no explicables, esotéricos, en suma apuntando al anhelo de lograr una comunicación en cuanto persona enferma y existencia lesionada, más allá del daño orgánico. Si la medicina desea recuperar la confianza y el encargo terapéutico de quienes están prefiriendo prácticas alternativas, deberá romper las barreras del mero lenguaje orgánico.

Al reconocer que un importante ámbito de la medicina permanece definitivamente fuera de la cognición científico-natural, es que ha nacido un movimiento de rescate de una serie de disciplinas que desde la comprensión antes que la explicación, de la hermenéutica y no de la exploración empírica, desde la interacción y la interlocución más que del discurso paternalista y el ejercicio del poder médico, buscan reconocer para la práctica médica la presencia y las necesidades de la persona enferma. Emergen así las humanidades médicas, que van cobrando carta de ciudadanía a través de revistas especializadas, cátedras, cursos y departamentos universitarios. Dentro de estas visiones humanistas que se ponen al servicio de la medicina, han tenido especial relevancia la sociología médica —que esclarece pero también critica—, y está ganando progresiva importancia la antropología médica. También la literatura hace aportes cada vez más apreciados, aun cuando no hay acuerdo sobre cuál sea el texto a leer: si el

paciente como organismo alterado, el relato patográfico del enfermo, la interpretación médica de esta narrativa, o la literatura ficcional como espejo de las prácticas médicas en diversos momentos culturales¹⁰. La historia y las comunicaciones han sido recepcionadas con menos fortuna y aún buscan su inserción entre las disciplinas ancilares del quehacer médico.

El dualismo cartesiano escinde al ser humano en substancia material y substancia pensante.

La modernidad resignifica la realidad: los sujetos son cosificados y objetivados, los objetos son celebrados como subjetividades esenciales y valiosas.

La medicina se inscribió en la perspectiva pragmática, fundándose en las ciencias naturales, en explicaciones deterministas y en intervenciones orgánicas.

La medicina antropológica —Escuela de Heidelberg—, propugnó el acercamiento al paciente como persona, recalcando la interacción de psiquis y soma.

La medicina antropológica fue episódica, sus escritos y propuestas siendo absorbidas por el discurso bioético.

Los marcados y veloces cambios en las prácticas médicas han sobrepasado la reflexión teórica acerca de la medicina, haciendo necesario el desarrollo de las humanidades médicas para equilibrar potestades y permisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beck U. Risikogesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1986.
2. Habermas J. Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1983.
3. Martínez HA. El cuerpo imaginado de la modernidad. Debats 2002; 79: 8-17.
4. Popper K. Objective Knowledge. Oxford, New York: Oxford University Press, 1975.
5. Lowie R. An introduction to cultural anthropology (1934). Citado en Barfield T. The Dictionary of Anthropology. Oxford: Blackwell, 2001.
6. von Weizsäcker V. Patosophie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1956.
7. Christian P. Anthropologie, medizinische. En: Hartman F *et al.* Medizin 1. Frankfurt: Fischer Verlag, 1966.
8. Dekkers WJM. F.J.J. Buytendijk's concept of an anthropological physiology. Theoretical Med 1995; 16: 15-39.
9. Ten Have HAMJ. The anthropological tradition in the philosophy of medicine. Theoretical Med 1995; (13)16:3-14.
10. Kottow M, Kottow A. Literary narrative in medical practice. Medical Humanities 2002; 28:41-44.

CAPÍTULO 3

El ámbito de la antropología médica

MIGUEL KOTTOW

Inicios de la antropología médica

El comienzo de una antropología médica consciente de sí como campo de estudios acotado y especializado puede localizarse en los trabajos de Charles Leslie y el grupo de antropólogos por él convocados. Su interés se enfoca sobre los sistemas médicos asiáticos observados desde una óptica etnográfica ampliada. Al estudio de las prácticas de sanación en su complejo simbolismo, agregó Leslie la dimensión estética y se preocupó, desde sus inicios, por compararla con la "medicina cosmopolita", una denominación que le permitió evitar los sesgos de referirse a una medicina occidental o de utilizar adjetivos como tradicional, científica, moderna, que marcan diferencias de fondo donde las hay sólo en matices, y que son inapropiados por insinuar cierta superioridad insustanciada. Una medicina cosmopolita sugiere ya lo que Leslie consideraba un fuerte movimiento de integración. Anticipándose a las tendencias globalizantes en economía y política, suponía que también los diversos sistemas médicos convergen a estilos globales donde la ciencia sigue siendo respetada, pero las prácticas médicas autóctonas no perderán su vigencia. Curiosidad histórica es que el comienzo formal de la antropología médica ocurre en un Simposio sobre Sistemas Médicos Asiáticos, realizado en Austria en 1971¹, el mismo año en que emerge la bioética como otra disciplina fundamental para la medicina actual.

La antropología médica se inicia con estudios etnomédicos en culturas distantes: Ries y luego Leslie investigan en la India, Good lo hace en Nigeria, Kleinman en China, conformando un cuerpo de conocimientos que iluminaron el saber y las tradiciones terapéuticas en muy diversas partes del mundo, permitiendo dar inicio a las teorías antropológicas sobre enfermedad, terapéutica y conocimiento médico². Esta condensación teórica de la etnografía médica acumulada ocurrió a partir de la década de 1980, uno de sus principales promotores siendo A. Young. En estas páginas se da por supuesto que ya debiera estar dado el paso desde los estudios de campo a una antropología médica de construcción conceptual interesada en develar la comprensión cosmopolita del enfermar y del sanar.

Se configuran puntos de inserción donde lo antropológico engarza con lo médico. Por un lado, la etnografía continúa entregando información relevante sobre todo a la salud pública que está empeñada en desarrollar acciones sanitarias colectivas y debe lidiar con las dificultades de llevar su saber y su gestión a culturas comprometidas con significaciones y valores muy disímiles. Por otra parte, la medicina clínica está menos abierta a proposiciones provenientes de otros ámbitos disciplinares, pero sí requiere los fundamentos teóricos generales que la antropología médica orientada hacia el encuentro clínico y sus participantes provee.

Quien por primera vez se adentra en el temario de la antropología etnomédica, se encuentra con una notable paradoja consistente en la curiosidad etnográfica que respeta lo autóctono y propio de las culturas que estudia, y la tendencia de toda ciencia por desarrollar teorías de validez general que trasciendan lo observado y se vuelvan inmunes a variaciones contextuales. La acuciosidad etnográfica va dando espesor a la narrativa pero resta posibilidad a la generalización transcultural.

Una segunda paradoja reside en la imposibilidad del investigador por abandonar sus categorías epistémicas y sus métodos científicos, en circunstancias que debe abordar realidades que obedecen a un

conjunto de significaciones diferentes y eventualmente incompatibles con su cultura académica. La introducción en el lenguaje sociológico y sanitario del concepto de riesgo, su utilización como arma biopolítica, así como muchas preocupaciones que interesan a los antropólogos académicos, pueden tener escasa relevancia o una radicalmente diversa connotación para los diversos grupos humanos estudiados.

Dan que pensar, asimismo, frases como la siguiente: "Hay relativamente escasos estudios etnográficos (el de Oths 1994 es una notoria excepción) que se ocupen de la influencia de cambios en condiciones económicas sobre el comportamiento de los cuidados de salud"³. No es fácil detectar la especificidad de un enfoque antropológico en estas consideraciones económicas y una disciplina tan práctica como la medicina tiende a rechazar injerencias y sugerencias provenientes de otras áreas del saber, lo cual defondaría irremediabilmente los esfuerzos de la antropología médica en tanto se aparte de su objetivo de estudios propios.

Aspectos generales

Veladamente queda reconocida la dificultad de definir la disciplina al decir que "antropología es lo que hacen los antropólogos"⁴. Su autor reconoce lo deficitario de la caracterización, por lo cual termina describiendo las múltiples facetas de la antropología, englobadas bajo una visión holística de la cultura humana. Substancialmente más joven, la antropología médica no puede pretender mayor precisión en retratarse, siendo también víctima de tan vagas descripciones como "estudia problemas de salud humana y de los sistemas de salud en sus amplios contextos sociales y culturales"⁵. De la misma fuente proviene una propuesta de sistematización que reconoce tres perspectivas y cinco modos de cultivar la antropología médica. Las tres premisas conceptuales son:

—La fundamentalidad de las experiencias humanas ligadas a

enfermedad y sanación, que han de entenderse holísticamente en el contexto de la biología humana y la diversidad cultural.

—La enfermedad representa un aspecto del medioambiente influido por conductas humanas y requirente de adaptaciones bioculturales.

—Los aspectos culturales de los sistemas de salud tienen consecuencias pragmáticas de importancia, que influyen en la aceptabilidad, afectividad y mejoramiento de la atención médica, especialmente en sociedades multiculturales.

Aunque de fuente autorizada, la descripción merece reparos. El punto primero le asigna universalidad a la experiencia de enfermar y curar, en tanto el tercero reconoce la dependencia cultural de estas vivencias. Uno de los pilares del discurso antropológico-médico será precisamente contextualizar su campo de estudio y aceptar que enfermedad no es un concepto ni una experiencia universal, y que la medicina que así lo ha creído adoleció de ceguera antropológica y miopía ética. No es la misma experiencia, por ejemplo, enfermar incurablemente en una cultura que acepta la eutanasia, que en otra que recurre a actos médicos extremos que son cuestionados en términos de proporcionalidad, encarnizamiento, futilidad. No es tampoco comparable que estas variables en torno al proceso de muerte no estén igualmente disponibles para todos los ciudadanos de una sociedad. Las definiciones de enfermedad reflejan la diversidad existente de enfoques, algunas enfatizando lo vivencial del enfermar, otros transformándola en una situación social, mientras que para muchos son episodios estrictamente biológicos. Por ser una disciplina aplicada, la antropología médica sólo puede detectar constantes culturales en torno a enfermedad y sanación en el ámbito de una sociedad determinada, registrando las modificaciones y tensiones que estas constantes tengan si la constitución de esa sociedad es multicultural.

Destacar el aspecto medioambiental de la enfermedad como lo hacen P. Brown y cols.⁶ es una presuposición probablemente plausible

y cierta, si bien es preciso confirmarla con algunos datos duros de las ciencias naturales dadas las consecuencias pragmáticas que de ello se desprenden. Todo el tema ético y económico de la autorresponsabilidad de los individuos en su biografía clínica se sustenta en excusar a los factores externos de ser causas patogénicas necesarias. La emergencia de la genética tiende a reinsertar las causas etiológicas en el individuo, en cierta medida exculpando al medio ambiente por una nocividad que en gran medida sería tal porque algunos individuos tienen adaptaciones defectuosas. El control del genoma humano es diversamente recepcionado por la cultura occidental. Hay una marcada tendencia a invocar la autonomía para autorizar la modificación preventiva, terapéutica o meliorativa de la dotación genética individual, lo cual indefectiblemente refuerza la propia responsabilidad decisional también en lo patogénico. Mas también hay tendencias a imputar los defectos genéticos a causas medioambientales, próximas o distantes, a anomalías en los procesos adaptativos de la especie, y a enfatizar las incalculables consecuencias sociales que la intervención en el genoma pudiese tener. Visiones tan dispares hacen difícil sostener la premisa de que la relación entre enfermedad y entorno sea una dimensión dada y conocida, sometida a influencias medioambientales precisables, por cuanto estamos lejos de saber qué es substancial y qué influencia accidental en estas materias, ni estamos en condiciones de identificar causas y distinguirlas de concomitancias. Nuestros conocimientos son insuficientes para saber con certeza cuáles sean las realidades que determinan una visión antropológica de la medicina, aunque ciertamente los factores mencionados —medio ambiente, sociedad, constitución— deben ser debidamente tomados en consideración. Estas sugerencias etiopatogénicas provenientes de la antropología médica conocen el riesgo de ser rechazadas como una intrusión y, en efecto, será más fructífero desarrollar la antropología médica como una esclarecedora cultural de lo médico, en apoyo de una práctica médica de horizontes ampliados, antes que autorizarle que sugiera mecanismos patogénicos y haga propuestas terapéuticas.

La antropología enseña que una cultura no es un escenario de conceptos canónicos compartidos, sino un conjunto vivo de significaciones utilizadas con variaciones de género, edad, perspectiva política, conceptos que se actualizan diversamente en la interacción social cotidiana. Con todo esto la antropología enfatiza el pluralismo, pero también da la voz de alarma acerca de las consecuencias que tendrá no respetar ese pluralismo y empecinarse en ejercer autoridad, poder y discriminación. El individualismo y la autonomía personal, por ejemplo, tan altamente valoradas en sociedades occidentales, también son vistos como fuerzas desintegradoras e interfirientes con una visión holística de la naturaleza y de los fenómenos vitales que rebasan el transcurso biográfico de cada uno⁷.

Estudios de campo han mostrado que los paradigmas médicos son en gran medida determinados desde la función política del Estado, es decir, la gobernabilidad se sirve de modelos médicos para introducir ciertos padrones culturales que son, a su vez, reflejo de un orden económico que se desea promover. Los gobiernos tienden a fomentar el progreso y con ello la biomedicina científica, pero en aras a la viabilidad política rinden tributo al pluralismo de sus gobernados para permitirles continuar en las tradiciones médicas que les son familiares. Todas estas complejas interacciones pueden encontrar su crisol interpretativo en la antropología médica, para entender y aminsonar el impacto del encuentro de culturas diversas pero llamadas a interactuar.

“Si se desea ayudar a una comunidad a mejorar su salud, es preciso aprender a pensar en forma similar a la comunidad”⁸. Reflejado en esta cita se encuentra el campo de estudio de la antropología médica y el fin último de sus esfuerzos al poner sus conocimientos al servicio del quehacer médico. La antropología médica clásica tenía una tradición empírica que valoraba el lenguaje científico-natural de la medicina y calificaba a las etnias de “primitivas” en sus conceptos sobre enfermedades, por carecer estas creencias de una perspectiva racional y científica. En una etapa siguiente, la antropología reconoció

que las enfermedades anclan diversamente en determinadas culturas, por lo que los diagnósticos y los juicios de normalidad no pueden ser trasladados de una sociedad a otra. Es ésta una visión “relativista” que considera a los fenómenos patológicos esencialmente como objetos culturales, con el riesgo de menospreciar los aportes de la práctica médica y de enfatizar también como culturales las enfermedades severas y los tratamientos biológicos eficaces.

La investigación se desarrolló en forma principalmente etnográfica, con una perspectiva *emic*, observando algunos modelos de creencias que se ordenan de acuerdo a diversos criterios constitutivos de una nosología cultural distinta a la médica académica, considerando características temporales, de gravedad, de eficacia y costos comparativos entre medicina y tratamientos populares. El acúmulo de información obtenida ha debido dar paso al trabajo de síntesis que reconoce el desafío cultural a la antropología médica, de “elaborar una perspectiva epistemológica coherente, que dé sentido a las proposiciones de la biología humana y de la medicina, sin dejar de reconocer la validez de conocimientos locales en lo concerniente a enfermedad y sufrimiento”⁹.

Las lealtades de los primeros antropólogos, siendo científicos duros, tendían a inclinarse hacia el conocimiento racional, criticando a las culturas de estar infectadas por creencias que las hacen poco confiables. La historia fue implacable con esta postura, dejándola invalidada para la antropología médica contemporánea.

Biología y cultura en medicina

Es oportuno aclarar lo que se entiende por medicina científico-natural, un término sometido a enormes tensiones y del cual salen modos incompatibles de entender la práctica médica. Todo conocimiento médico proviene de la observación rigurosa, la experimentación científica y la concatenación lógica de los datos obtenidos. Si por

conocimiento se entiende la obtención de información que reduce incertidumbres y ayuda a simplificar problemas a fin de mejor solucionarlos, no cabe duda que la civilización occidental apuesta al rigor científico como el modo más fidedigno de conocer. También la medicina confía en los datos duros que le proponen las ciencias básicas, utilizando conceptos tan inamovibles como pH, rayos X, isótopos, enzimas, neuronas y tantos otros que constituyen el conocimiento del cuerpo humano. Las observaciones clínicas acuciosas, los estudios en cohortes de enfermos, los ensayos terapéuticos y las técnicas de investigación adoptadas por la medicina basada en evidencia, son otros tantos ejemplos de la adquisición de conocimientos por métodos científico-naturales. Mas esta vía cognitiva no agota lo que el médico sabe, ni mucho menos lo que hace. Hay modos menos estructurados de conocer como son la experiencia y, para algunos, la intuición, de modo que el terapeuta sabe mucho más de lo que ha incorporado por la vía científico-natural. El gran error de nuestra medicina, sobre todo desde el siglo XIX, ha sido creer que el método del conocimiento debe también ser el padrón del ejercicio de la medicina. Esa falacia se manifiesta en afirmaciones que proponen a la medicina ser una ciencia que no debe proceder sino en base a conocimientos científicamente ganados, con lo cual se extrapola indebidamente un modo de conocer hacia un modo de aplicar ese conocimiento. Siendo un conocimiento aplicado, la medicina es una práctica social, es decir, un modo estructurado de enfrentar y solucionar problemas de salud o, si se prefiere, de reconocer e intentar curar enfermedades en sus diversos estadios de presentación, sea preclínico, clínico o avanzado. Todo el objetivo de la antropología médica y de la bioética se basa en reconocer que la práctica médica tiene fundamentos científico-naturales, pero que éstos son sólo un elemento, esencial pero parcial, del ejercicio de la medicina.

La antropología confirma la centralidad de la autonomía, pero al mismo tiempo muestra que el individualismo y el utilitarismo de occidente no se reproducen en otras culturas, como la asiática. En culturas que no son tan racionales y medicalizadas como la nuestra, el

sufrimiento del paciente tiene una presencia más protagónica pero no es instrumentalizado en la forma que conocemos en nuestras sociedades. Esta apertura cultural de la antropología médica es fundamental para una medicina científico-natural que ha debido reconocer sus límites y la necesidad de incorporar en su quehacer los aspectos personales, vivenciales del enfermar. La enfermedad produce una doble cascada de fenómenos, culturales por un lado, biológicos por el otro. La antropología posee las herramientas para comprender las significaciones culturales que la enfermedad y las iniciativas de curación reciben en diversas culturas, y la medicina clásica va reconociendo que su bagaje empírico sólo tiene validez y eficacia en la medida que considere el aspecto cultural de su quehacer.

La bioética, que aparece como disciplina ancilar para enriquecer el acto médico con dimensiones existenciales hasta hace poco menospreciadas, se pone asimismo en la mira de la antropología por tender a desmenuzar problemas excepcionales de alta complejidad clínica, dejando de lado los aspectos éticos de la medicina más cotidiana y primaria. La bioética estaría cometiendo el mismo error de las ciencias duras, de pretender una universalización de su discurso, en la presuposición falaz que su perspectiva y el contexto social en que emergió también tienen validez en otras culturas, lo cual ha sido rebatido en más de una ocasión¹⁰.

La necesidad de tener alguna visión de modos médicos que difieren de la biomedicina científica, se originó de varios hechos. En primer término, vivimos en sociedades plurales donde conviven diversas culturas y creencias comprometidas con valores propios en relación al enfermar. En segundo término, hay un creciente interés y confianza en medicinas alternativas que operan con otros presupuestos culturales que la medicina clásica y que en buena medida prosperan a la vera de los fracasos y del modo impersonal como se desarrolla la medicina académica. Finalmente, las sofisticaciones terapéuticas y el develamiento del genoma humano presagian una medicina donde los bordes de lo que es enfermedad y curación se difuminan, inicián-

dose acciones biomédicas que obedecen a otros valores que el vigente y dominante reconocimiento fáctico y la escueta eliminación de patologías del organismo.

La antropología médica ha incorporado estas reflexiones sentando dos premisas para su trabajo hasta ahora de predominio etnográfico:

—La biomedicina científica no ha sido lo suficientemente exitosa como para erigirse en el único paradigma médico.

—Una parte importante de las mejoras sanitarias y aún del control de enfermedades se debe a factores no médicos¹¹. Este reconocimiento de la antropología médica y de otras disciplinas, no significa que esté en condiciones de establecer causalidades patogénicas; su labor consiste, más bien, en reconocer y llamar la atención sobre la complejidad cultural y valórica que la enfermedad toma para los afectados, conminando a la medicina a hacerse cargo de una realidad válidamente más multifacética de lo supuesto por las ciencias duras.

De lo cual deducen los antropólogos que es importante conocer el modo de vivenciar enfermedad y hacer medicina en otras culturas, no tanto por las prácticas terapéuticas mismas, como por los presupuestos culturales que aceptan y que tal vez debieran también ser detectados en nuestra cultura.

La Figura 3-1 esquematiza la enorme carga cultural de la enfermedad y el esfuerzo que implica aunar lo antropológico con lo biológico para sintetizar una medicina del y para el individuo.

Como un ejemplo de la interacción de dos campos del saber, cabe mencionar las campañas de prevención del SIDA que han debido lidiar con los límites de aceptación entre lo que puede hacerse y lo que debe ser hecho. Como enfermedad de transmisión predominantemente sexual, el discurso sanitario frente a la pandemia de SIDA enfrenta fuerzas morales y prejuicios culturales que invalidan una postura fríamente epidemiológica. A mayor complejidad, estos factores culturales difieren de una sociedad a otra: mientras en algunas prima una actitud de rechazo moral a la población más susceptible que es consi-

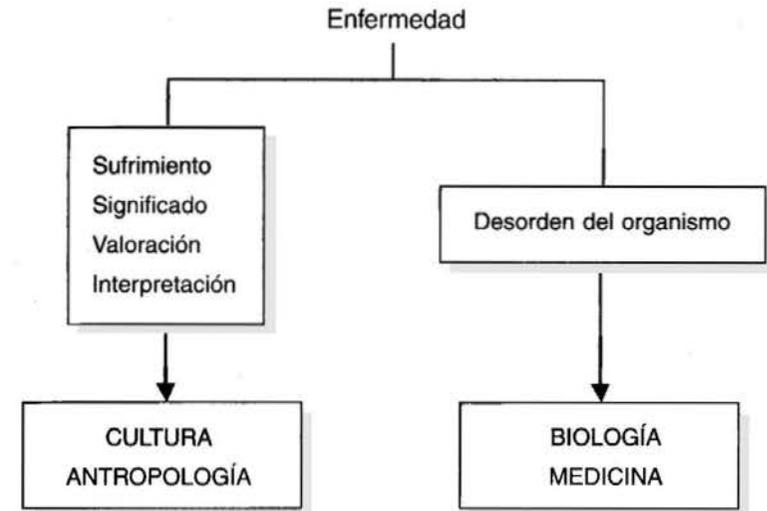


Figura 3-1. La enfermedad tiene manifestaciones culturales (recuadro izquierdo) que son estudiadas por la antropología y dimensiones biológicas (recuadro derecho) que son abordadas por la medicina.

derada marginal, en otras el contagio se produce por razones sociales de migración laboral que aleja a los hombres de sus hogares y los lleva a contactarse con prostitutas con altos índices de infección VIH. Las formas de prevención sugeridas dependen en alto grado de su aceptación cultural y no es la epidemiología sino la antropología la llamada a desentrañar estas incógnitas.

Delimitando el campo

Cinco modos diversos de acometer el desarrollo del saber antropológico aplicado a lo médico han sido descritos, valiéndose de la redundancia original de definir la antropología médica como lo que hacen sus cultores.

a) El enfoque etnomédico concentra su atención en el modo cómo una cultura entiende enfermedades, cómo organiza los esfuerzos de sanación y qué organización social le confiere a las prácticas terapéuticas. La etnomedicina proviene de la etnografía, con la cual comparte el interés por estudiar sociedades no-occidentales, así llamadas primitivas, cuyo reducido tamaño y falta de complejidad las hace más asequibles a la observación. La enorme importancia de este enfoque reside en el fenómeno contemporáneo de la multiculturalidad que alberga grupos con diversas significaciones culturales y por ende también médicas, bajo un mismo alero social. Asimismo, la etnomedicina enfrenta las desdiferenciaciones y las pérdidas culturales que impone la globalización.

b) El enfoque biomédico se individualiza muy débilmente, siendo difícil agrupar como antropológicos una serie de estudios realizados con métodos provenientes de otras disciplinas. Los ejemplos dados ratifican esta difuminación de la especificidad disciplinar: estudios inmunológicos para detectar epidemias, mediciones de parámetros fisiológicos en situaciones de adaptación a diversos estresores, análisis bioquímicos de compuestos etnofarmacológicos, análisis bioquímicos y fisiológicos de prácticas etnomédicas.

c) La perspectiva ecológica se ocupa en analizar la modulación cultural y conductual sobre las complejas interacciones del agente patógeno, el medio ambiente y el huésped humano, que interactúan en enfermedades infecciosas y no infecciosas. Estudia, asimismo, cambios culturales que modifican la prevalencia de enfermedades, como fue antaño la introducción de la irrigación agrícola como elemento favorecedor de malaria y schistosomiasis. Desde otra perspectiva la antropología médico-ecológica registra evoluciones culturales que significativamente han mejorado la salud de algunos grupos humanos.

d) La antropología médica de corte crítico, de muy reciente cuño, se da en dos variables, una de orden político-económico, la otra interesada en lo epistemológico. La primera hereda del marxismo la macrovisión que reconoce las influencias sociales en la medicina,

dimensionándolas a nivel de sistemas político-económicos. El capitalismo como sistema actualmente imperante en el mundo es un fuerte impulsor de la expansión tecnocientífica, también en el ámbito de la medicina, pero es asimismo una fuerza nefasta que ahonda las diferencias sociales entre ricos y pobres, entre pacientes y prestadores médicos en el campo de la atención médica.

El modo epistemológico de hacer antropología médica crítica hace cuestión de los presupuestos cognitivos de la medicina occidental, acusándola de establecer un modelo "biomédico"(*) determinante de relaciones sociales de poder e instituciones de funcionamiento hegemónico. Demasiado cartesiana en su insistente separación de mente y cuerpo, la biomedicina infunde todos los sistemas occidentales de atención médica, y está en urgente necesidad de nuevas conceptualizaciones acerca de la interacción de mente, cuerpo y sociedad.

e) Las formas aplicadas de hacer antropología médica dan motivo de incredulidad porque serían aplicaciones de una disciplina que ya se definió como aplicada. Existe la tentación de entender este enfoque como el verdaderamente representativo de la antropología médica. Se la escinde en dos direcciones, una clínica la otra salubrista.

La variante clínica "utiliza modelos explicativos para explorar diferencias conceptuales entre las percepciones que médicos y pacientes tienen de la enfermedad y del enfermar"¹². Ciertos aspectos de estas preocupaciones han sido más pertinentes que otros, como el estudio de costumbres y eventos en torno al parto o a la menarquia, las influencias culturales en tolerar, manifestar dolor y requerir su alivio, los modos de solicitar ayuda terapéutica. En salud pública se vislumbra una tarea muy concreta para la antropología médica, pero lo abordado hasta el presente ha tenido intereses más contextuales: ase-

(*) "Biomedicina" en este contexto califica a la medicina científico-natural. En bioética se usa el término biomédico para abarcar en conjunto tanto la biología como la medicina en el debate ético que atañe a ambas (comienzo de la vida humana, por ejemplo).

sorías en proyectos sanitarios internacionales, programas de atención primaria con participación comunitaria.

En la puntualización presentada se detecta una tendencia demasiado precoz a la sistematización, donde se echa de menos una labor analítica previa que delimite con más exactitud el ámbito de acción de la antropología médica. Se producen sobreposiciones con otras disciplinas y falta un esqueleto conceptual que preceda el abordaje de problemas concretos. La falta de especificidad de la antropología médica resiente su participación efectiva en la formación de un pensamiento médico y en la propuesta de prácticas médicas renovadas.

La antropología se inicia estudiando sociedades pequeñas, de complejidad limitada, en las cuales los fenómenos culturales son más simples de identificar.

La antropología médica comienza asimismo con una perspectiva etnomédica, describiendo las constantes culturales que diversos pueblos desarrollan en torno a enfermedad y a prácticas terapéuticas.

Las significaciones culturales referidas a lo médico reflejan vivencias personales, valores sociales y estrategias políticas.

La investigación antropológica puede ser de tipo *emic* -el estudioso convive con la colectividad que le interesa conocer-, o *etic* -el investigador permanece como observador externo-.

El modo *emic*, de convivencia con la comunidad estudiada, ha sido más fructífero en antropología médica.

La medicina científico-natural no agota el conocimiento del individuo enfermo, lo cual limita su eficacia terapéutica. Las enfermedades tienen fuertes componentes culturales que son vistas por la antropología médica.

La credibilidad de la antropología médica depende de que acote con precisión su ámbito disciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nichter M, Lock M. *New Horizons in Medical Anthropology*. London: Routledge, 2002.
2. Good B. *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge UK: Univ. of Cambridge Press, 1994.
3. Ref. 1:14.
4. Peacock JL. *The Anthropological Lens*. Cambridge: Univ. of Cambridge Press, 2001.
5. Barfield T. *The Dictionary of Anthropology*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd., 2001.
6. *Ibid.* 316-318.
7. Sakamoto H. A new possibility of global bioethics as an intercultural social tuning technology. En: Po-wah JTL. *Cross-Cultural Perspectives on the (Im)Possibility of Global Bioethics*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publishers, 2002.
8. Ref. 2: 26
9. Ref 2: 63
10. Kleinman A. *Writing at the Margin*. Berkeley: Univ. of California Press, 1997.
11. McKeowan T. *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd., 1979.
12. Ref. 5: 318.

Reflexiones en torno a la antropología médica

Entrevista a RAFAEL PARADA

Una disciplina tan joven como la antropología médica es entendida de muy diversos modos. ¿Cuál es su visión?

A mi entender la antropología médica pivota en torno a la presencia del sujeto en el enfermar y en el acto médico. El sujeto establece significaciones, además de tener una participación tanto en la génesis como en la recuperación de su enfermedad. A mediados del siglo pasado, V. von Weizsäcker insiste en que la medicina debe hacerse cargo del ser humano como tal y de cada individuo en particular. Es decir, hay constantes antropológicas y personas singulares que cuidar. Esta reflexión entronca en la medicina de la persona desarrollada por la Escuela de Heidelberg y se proyecta en el discurso bioético contemporáneo.

¿Qué consecuencias tiene la introducción del sujeto en la medicina?

A partir del siglo XIX la medicina se inscribe en el paradigma científico-natural y entiende al enfermo como un objeto a estudiar mediante los parámetros de referencia que ofrece la biología. Por el contrario, desde el sujeto, la enfermedad es mucho más que un desperfecto del cuerpo, es una alteración de la biografía del afectado. La travesía existencial contiene traumas psicológicos, pérdidas, duelos,

frustraciones, que le diseñan al individuo su destino y su biografía, por lo cual parece coherente reconocer que la enfermedad es un accidente con múltiples y severos alcances en la vida. La percepción científico-natural es demasiado estrecha para captar la complejidad de estas significaciones, que requieren un enfoque más perceptivo y sensible a los matices existenciales comprometidos en el enfermar.

¿La medicina contemporánea se ha abierto a esta dimensión?

Por de pronto se encuentra con creciente frecuencia estudios psicosociales que rebalsan los límites de la norma biológica del cuerpo y describen al individuo como unidad mental y corpórea que entra en relaciones con los demás y vive en sociedad. El vector antropológico también ha incursionado en la medicina de muy diversos modos según la comprensión del hombre en la cual inspire. Así, se habla de la analítica existencial de Heidegger, de antropología psicoanalítica según lo sugiere Lacan a despecho del rechazo de Freud por ver en el psicoanálisis una antropología deficitaria en positivismo.

¿Acaso la medicina no ha estudiado al hombre desde siempre?

La medicina se define por su preocupación hacia el hombre enfermo, y en toda época se ha empeñado en cultivar aquel acervo de conocimiento que mejor parecía apoyar sus conceptos terapéuticos. Desde la dicotomía que Descartes propusiera entre la substancia pensante —*res cogitans*— y la substancia material —*res extensa*—, se consideró que el conocimiento acabado del cuerpo humano es la base de la medicina. El estudio del cuerpo se fundamenta en la disección anatómica, la separación de los diversos componentes corpóreos, el aislamiento de partes que en vida están relacionadas, y el convencimiento que mientras más detallada la morfología tanto más se sabe sobre el cuerpo. Pero se establece ahí una paradoja, pues mientras más acuciosa la descripción anatómica, tanto más se aleja del cuerpo vivo

hasta producir el auge de la fisiología que toma el camino inverso a la disección, concentrándose en exponer cómo la articulación de las partes inserta al individuo en las coordenadas de tiempo y movimiento que caracterizan el marco de acción de los seres vivos.

Todo lo que Ud. relata se refiere al cuerpo humano normal, sano

Donde hay función aparece también la claudicación, la disfunción y la enfermedad. La medicina ha comenzado a buscar las causas del enfermar y a desarrollar un pensamiento causal-determinista que continúa apegado a la medicina científico-natural.

¿Acaso no ha sido fructífero este camino?

Indudablemente, pero a costa de abstraer del hombre enfermo en cuanto sujeto que reclama la restitución de la armonía para seguir haciendo su vida como antes. El sujeto quiere entender los procesos mórbidos que aquejan su cuerpo y solicita al médico la mejoría, todo lo cual ocurre en el encuentro clínico al que el paciente acude con incertidumbre y perplejidad. La interrelación de paciente y médico hace emerger al sujeto, que no debe entenderse como mera subjetividad ni como sujeto que enuncia. El sujeto es el otro que se presenta como persona, es decir, como máscara que esconde al sujeto pero también lo anuncia.

¿Cómo se produce este encuentro de sujetos en la medicina?

Al indagar por el sujeto del prójimo que se presenta como una máscara, el interlocutor involucra su propio ser como sujeto, ambos relacionándose como significantes. El sujeto enfermo reclama su derecho a ser el dueño de su enfermedad, para lo cual solicita conocerla, participar con su dicotomía de sujeto-objeto en el acto cognoscente y en el compromiso moral que significa enfermar, entrar en una relación clínica e involucrar los vínculos sociales en que participa.

¿Habría Ud. de una medicina basada en la persona?

Sin duda que podría caracterizarse así; otros hablan de una relación de prójimos e invocan la parábola del buen samaritano. Yo prefiero hablar del sujeto como el individuo que participa con todo su mundo existencial y su bagaje de significaciones.

¿Cuál es el tema de la interlocución de sujetos en medicina? ¿El cuerpo enfermo?

Es el cuerpo enfermo pero es mucho más. Ahí está la preocupación —*Sorge*— del enfermo por la cura y su conectividad con el mundo circundante —*Mitwelt*—, de manera que el sujeto enfermo está concentrado en su existencia personal, para el otro y para la muerte. El encuentro clínico se abre a la exploración objetiva y al empleo de las técnicas diagnósticas, mas al mismo tiempo despliega significaciones múltiples: del destino, la familia, la economía, el sentido del sufrimiento, la vida. La interacción clínica tiene por objetivo el restablecimiento de la salud, pero la medicina en cuanto técnica terapéutica se ha de constituir en una relación antropológica con el otro, una relación en que ambos, paciente y médico, son sujetos significantes.

Ud. menciona el contexto social de la enfermedad

La sociedad es un agente patogénico importante, además de ser el escenario donde el enfermo es requerido de adoptar roles, porque el entorno social significa y valora a los que enferman, responde a la enfermedad con acciones preventivas, invalideces y licencias laborales y, variablemente, proveyendo de servicios médicos. Lejos de ser sólo accidente del cuerpo, el proceso mórbido repercute en el entramado sistémico del que participan los individuos, la sociedad, la cultura.

¿Qué papel sanitario le asigna al Estado?

El Estado representa a la comunidad y asume en su nombre el fomento de la salud, la curación, prevención y rehabilitación de enfermedades. Estas tareas se vuelven cada vez más onerosas, ciertas funciones catalogadas como accesorias son abandonadas sin que ello logre generar ahorros y un equilibrio presupuestario. Las variables que determinan estados de salud son cada día más numerosas, a tiempo que se erosionan los límites entre salud como necesidades básicas cumplidas, y salud en tanto artículo suntuario.

No sólo la economía sanitaria, también el ejercicio de la medicina parece estarse transformando.

El cuidado y la terapéutica del enfermo ya no son la tarea unívoca y exclusiva de la medicina. Emerge una ideología de la salud y un reposicionamiento frente a procesos basales como el valor del nacer, del vivir y de la muerte. La salud, siempre una necesidad, actualmente es un bien deseable que es definido de muy diverso modo. La actitud frente a la enfermedad se diversifica y aparecen temas desconocidos en la medicina clásica, como eutanasia, fecundación asistida, derecho al bien morir, todos temas de los que se ocupa la bioética. Dudamos de la definición de salud, como también dudamos de la caracterización del término "paciente"

¿Motivos nuevos a reflexionar?

La filosofía de la medicina está llamada a enfrentar todos estos procesos de cambio en la medicina y a proveer a la antropología médica de una reflexión fundante, para que ésta establezca las complejas y cambiantes relaciones entre médico y enfermo, ambos sujetos que se relacionan con la enfermedad como un *pathos* radical, una afectación existencial. Pero la enfermedad es un acontecer concreto y

la medicina una actividad práctica, requiriéndose el paso de la reflexión a la efectiva realización de una medicina intersubjetiva o, más general y previamente, indagar cómo la humanidad del individuo participa en cualquier situación que le acontece. La interrogante, a mi modo de ver, se puede desglosar en cuatro aspectos:

—¿Qué mueve al hombre y qué expresa desde esos movimientos? La pregunta apunta a la realización de la existencia, el proyecto vital, al *Dasein* o ser-en-el-mundo que debe hacerse realidad.

—¿Qué significan los campos pragmáticos donde el ser humano funciona? Hacer la existencia es estar en permanente decisión y acción, estructurarse en torno a ciertos valores, otorgar significaciones a la realidad.

—¿Qué relación tiene este ser-en-el-mundo con la enfermedad? Los proyectos de vida, salvo excepciones, hacen abstracción de posibles claudicaciones por enfermedad. Cuando ésta acontece, provoca repercusiones en los proyectos existenciales.

—¿Qué influencias sufre la identidad personal con el proceso de enfermar? Más allá de afectarse el plan de vida, se produce en la enfermedad una influencia sobre las relaciones interpersonales y un cambio de la percepción de sí mismo.

¿Emerge esta temática como una novedad?

Hay antecedentes filosóficos importantes en Nietzsche, Kierkegaard, Ortega, Heidegger, Sartre, Levinas, otros de corte más psicológico y psicoanalítico provenientes de Freud, Lacan, Foucault, Deleuze, y no debe olvidarse los aportes desde la medicina y la psiquiatría de von Weizsäcker, Zutt, von Gebattel, Binswanger.

Más específicamente, las filosofías de la vida y la antropología han venido en auxilio de una modificación de la medicina ministrante y doctrinaria al modo de una praxis aplicada, para construir un acontecer marcado por la acción y el compromiso al incluir al sujeto en el acto médico y en la gestión total de salud.

¿Podría insertar el rol de la antropología en este proceso?

El término antropología es polisémico y se ha utilizado con muy diversas connotaciones, pero se reconoce en el fondo de estas variadas significaciones un anhelo por descubrir la esencia del hombre. Sospechando de este esencialismo, prefirió Heidegger hablar del *Dasein* que debe configurarse como un estar-en-el-mundo. A mi modo de ver la *Daseinsanalyse* que resulta de esta concepción es altamente fructífera para incorporar la cotidianeidad a la existencia humana, insertando allí al hombre enfermo y la intersubjetividad del acto médico.

¿Se trata de ver al enfermo como sujeto?

Sí, pero más que eso, también el médico tiene que tomar conciencia de ser sujeto y de entrar como tal en el encuentro clínico, que ya no se desarrolla como un mero acto técnico, pues toma el carácter de una narrativa interpersonal dotada de coherencias lógicas y sujeta a hermenéuticas variadas. Es preciso tomar conciencia que este nuevo concepto de la medicina requiere transformaciones institucionales que incorporen una visión psicosocial en las entidades que otorgan servicios médicos y la transmiten a través de la enseñanza médica. En el ámbito nacional se han presentado iniciativas al respecto, lideradas por Ignacio Matte Blanco, Armando Roa y Fernando Oyarzún, entre otros.

¿Existen propuestas para llevar a la práctica una medicina como la aquí planteada?

Hay aquí lo que podría esquematizarse como dos itinerarios para avanzar en ese sentido:

a) La fundamentación de una antropología médica a partir de cinco temas:

—El encargo terapéutico del paciente a un médico que sabe conocer y aliviar.

—El reconocimiento que la enfermedad es lesiva y se vive como un *pathos*, dando origen a una relación médico-paciente que enriquece el aspecto técnico.

—El enfermo que se ve acogido como sujeto sufriente, profundiza la relación médico-paciente en una forma interpersonal que pudiese llegar a ser un encuentro intersubjetivo.

—El encuentro clínico bascula entre la objetividad del proceso mórbido y la subjetividad del enfermo sufriente.

—La interacción entre sujeto enfermo y médico-sujeto permite que el primero pondere y acepte las proposiciones de acciones del segundo.

Para recorrer este camino será necesario enfrentar una gavilla de preguntas: ¿cuál es su "estar-en-el-mundo" como paciente?; ¿cuál es la arcilla o caldo germinal que gesta la intersubjetividad: cómo la interpersonalidad lo es desde consideraciones de interacción (de máscara a máscara)?; ¿qué es el *pathos*?; ¿qué existenciales se marcan modificándose en el "ser ahí" enfermo?; ¿cómo es el ser para la muerte, para la obra, para la discapacidad biológica y psíquica como efectos sobre el enfermo?

b) Al primer itinerario señalado, que enfoca las características del encuentro clínico, se agrega un segundo camino, interesado en los contenidos que se desarrollan en el encuentro clínico, para constituir un "proceso antropológico en las consideraciones sobre la enfermedad" y el paciente. Los momentos de este tránsito conceptual son tres:

—Objetividad, mostración de lo que es. El diagnóstico, la caracterización de la enfermedad y la anticipación de sus consecuencias.

—Proposición de un servicio hacia la necesidad, la demanda o el deseo del paciente. El tratamiento como propuesta, no como imposición, como recomendación más que indicación.

—Exposición de la subjetividad que propone alternativas de trato con el paciente. Aquello que aparece como el sujeto y que reclama la consideración de su subjetividad, ha de ser identificado con más

precisión: ¿es un prójimo, la persona, el otro puro, el otro que yo, el sujeto propiamente tal?, ¿o es el mero objeto para una reparación técnica? En este contexto es preciso situar la narrativa del *pathos*, las acciones y sus diacronías, sus efectos en la relación médico-paciente.

¿Podría señalar alguna orientación para dilucidar tanta interrogante?

Si abandonamos la relación médico-paciente como el enfrentamiento entre un individuo que porta una enfermedad y un médico que posee los conocimientos técnicos para aliviar o curarla, avanzamos hacia la relación interpersonal aparentemente ideal, pero que devela su insuficiencia al recordar el origen textual de la palabra persona: es la máscara que se pone el actor para personificar una figura o personaje. El sujeto está detrás de la presentación como persona y ésta su fachada conocida y reconocible ha de ser develada para llegar al sujeto e instalarse en el discurso del otro. El sujeto, así Lacan, es lo que un significante representa para otro significante, que permite situarse recíprocamente en el discurso del otro. Reconocer al sujeto es aceptarlo como una alteridad constitutiva y constituyente. El paciente *qua* paciente nace en el encuentro clínico, el sujeto existe lógica y ontológicamente con anterioridad, tiene una historia que precede a su presentación como enfermo. Al interactuar dos individuos, en nuestro caso el paciente y el médico, se construye otro discurso que difiere del que opera en el individuo aislado. Los intercambios de significación abren sentidos múltiples y movilizan actividades recíprocas. El significante médico otorga la condición de sujeto al significante paciente.

¿Cómo se da la interacción de sujetos en relación a la enfermedad?

“Frente al otro en el otro” es mucho más que la mera confrontación de dos individuos, por cuanto el intercambio incluye emociones,

pudores, escondites, compasiones, que movilizan la discursividad somática, es decir, comprometen el cuerpo y muestran una correlación psicosomática. Se produce un isomorfismo de lecturas entre significaciones y cambios fisiológicos, que permite observar la correlación entre datos objetivos del soma con estado vivenciales.

De este modo se dispone el escenario de la somatización. El síntoma se “impregna” de sentido y, junto con ser visto como fenómeno, admite una interpretación, es decir, es sometido a una hermenéutica que escucha y concatena los sentidos del enfermar. Los sucesos que ocurren al sujeto son captados en parte a partir del discurso intersubjetivo, pero también compete al médico *qua* sujeto leer el cuerpo del sujeto vuelto paciente, cuyo mundo interior es indagado intrapersonalmente.

¿Cómo se plantea una medicina tan comprometida con la realidad de su ejecución?

La antropología médica no puede quedar en el discurso, su tarea es verteerse en una actitud de acción, acercarse a la praxis médica y apoyar el saber técnico del médico para su acción terapéutica.

La enfermedad desconstruye esencias y hace de la esencia reflexión. La medicina está llamada a una labor hermenéutica y esclarecedora de gran trascendencia, para lo cual busca apoyo en las humanidades, muy especialmente en la reflexión filosófica. Todo ello, no obstante, debe rematar en la acción terapéutica, influida por factores socio-políticos y económicos. La eficacia de la acción terapéutica ha de ser medible, teniendo como norte fundamental la recuperación del sujeto o, cuando la situación lo requiere, el bien morir del *Dasein*. Todo esto ocurre en el encuentro médico que se despliega en torno a la enfermedad, las personas involucradas, y bajo la mirada fiscalizadora de las coberturas sociales y económicas.

El individuo enfermo es mucho más complejo que un cuerpo lesionado.

El enfermo es un sujeto que ve comprometidas en la enfermedad diversas facetas de su existencia.

Es preciso entender al individuo como ser-en-el-mundo e identificar las influencias del proceso mórbido sobre el proyecto existencial.

La antropología ayuda a esclarecer estas interrelaciones, preferentemente a través de la *Daseinsanalyse* (análisis existencial).

El enfoque fundamental de la antropología médica se centra en la interacción del sujeto enfermo con el médico sujeto.

Un segundo acercamiento se refiere al contenido del encuentro clínico: la narrativa del paciente que devela sus necesidades y la escucha del terapeuta que acoge al sujeto lesionado y propone un tratamiento.

Antropología etnomédica

MIGUEL KOTTOW

De dos gigantes de la antropología médica proviene un programa epistemológico para la disciplina: “¿Cómo saben pacientes y sanitarios lo que saben? ¿Cuáles son las diversas reglas de evidencia, qué tipos y categorías de información les parecen convincentes y bajo qué circunstancias? ¿Cómo saben cuándo un juicio médico es correcto o erróneo? ¿Qué significa “erróneo” y “correcto” para los pacientes, los practicantes sanitarios locales, y los expertos formados en la gran tradición? ¿Qué forma de lógica inductiva y de analogía opera aquí? ¿Bajo qué circunstancias se inclinan estas personas a aceptar, o ignorar, nuevas ideas y prácticas médicas?”¹

Las preguntas calan hondo y las respuestas probablemente constituyan un abanico complejo y variado, difícil de sistematizar. Aflora nuevamente una de las ambigüedades básicas de la antropología: quiere entender al individuo y respetar las diversidades culturales, aspira sin embargo, como toda disciplina de estudio, a elaborar generalidades válidas. Ante tanta dificultad, es comprensible que se haya desarrollado una antropología etnomédica, interesada en conocer los vectores culturales que permean el enfermar y el sanar en sociedades uniformes, pequeñas y de escasa complejidad, donde las significaciones elaboradas supuestamente son más transparentes.

Etnografía médica

Enseñanza indeleble de la etnografía es que los conceptos, las creencias, las interpretaciones y aun las construcciones de realidad son dependientes de las culturas, recibiendo significaciones dispares y en buen grado inconmensurables, vale decir, incomparables entre sí. No es posible adscribirle grados de veracidad a estas diversidades culturales, pues cada una es válida en sí, para sí, e indiferente a posibles críticas externas. El refugio de atribuirle a esta variedad un relativismo cultural es igualmente inapropiado, porque clasificar algo como relativo (*relativus* = relación) implica conocer un absoluto centrado en la verdad desde donde se dirime las aproximaciones y desviaciones de las otras posturas en relación a la supuestamente poseída certeza. Sólo quien confía estar en la verdad cree poder disminuir al estatus de relativo lo que para otros es verdadero y fidedigno, cayendo en un fundamentalismo dogmático e intolerante.

La etnografía antropomédica ha hecho lo suyo por establecer que las nociones de enfermedad, de terapia, de interacción entre paciente y sanador, de conocimientos y habilidades médicas, son todas propias de cada cultura y diversas entre sí. Tampoco hay un modo intercultural uniforme para considerar cuándo el paciente ha sanado, y los rituales terapéuticos de una sociedad difieren radicalmente de las prácticas en otros grupos. Con toda su diversidad, es común a todas las comunidades el reconocer que enfermedad, terapeuta, sanación y práctica médica existen, como realidades y como significaciones culturales, por muy variados que sean los modos de entenderlas.

Si bien el aporte de la antropología etnográfica es invaluable al haber permitido a nuestras civilizaciones reconocer que su interpretación de la realidad no es única ni más verdadera que otras, ha producido también la desazón de preguntarnos qué influencia tiene el conocimiento de otras culturas para mejor conocer la nuestra. ¿Será posible hacer una mejor medicina si se conocen los ritos chamánicos? La respuesta es ambigua y provisoria, pero debe cuidarse de no caer a su

vez en intolerancias hacia lo propio, inducidas desde el respeto y la admiración por lo exótico. Si el etnógrafo da plena validez a la cultura que estudia, la observa pero no la critica, dejándola aposentarse en sus propias premisas en vez de imponerle las foráneas suyas, si en terreno toma esa actitud científica correcta y respetuosa, deberá hacer el mismo esfuerzo al traer sus resultados a casa. Muchos estudios caen en el error de presentar sus hallazgos etnográficos y recomendarlos para su adopción en una cultura científico-natural que habla otro idioma, y lamentando que el racionalismo no tenga cabida para la mitología, sin tomar en consideración que están practicando una transculturalización invasora similar a la que proscriben, con toda razón, en la dirección contraria. En segundo término, es probable que se vaya modificando la influencia de medicinas alternativas sobre la científico-natural practicada en occidente, pero no ocurrirá desde la medicina ni desde la antropología. Precisamente porque la biomedicina racional somete sus conocimientos a observación científica, es que también indaga en ciertas prácticas médicas proveniente de otras culturas, como la acupuntura o la fitofarmacopea. La antropología médica no está llamada a modificar las culturas que estudia, tampoco la propia. Su función es cognitiva y esclarecedora, su discurso solo será escuchado si intenta hacer valer sus conocimientos, no si se propone transformaciones pragmáticas de fondo. La medicina tecnocientífica adolece de vicios, por cierto, pero la antropología únicamente podrá influir en su corrección a través de una función ancilar que no destruya la substancia del quehacer médico.

Estudios de antropología etnomédica

La antropología médica de orientación etnográfica estudia los modos cómo diversos grupos sociales enfrentan la enfermedad de sus miembros, y los modos terapéuticos que utilizan para sanarlos. El objetivo básico no difiere de la razón de ser de la antropología en

general: entender los valores que arraigan en una sociedad y los significantes que elabora en forma de cultura, aquí concentrados en los aspectos médicos.

Una antropología aplicada tiene, no obstante, ciertas ambiciones concretas de enriquecer y sugerir mejoras en la práctica de su campo de estudio. La sensibilidad antropológica es recomendada para introducir en otras culturas aquellos elementos biomédicos que fomentan el bienestar de personas y colectivos, introducción que ocurre con los riesgos de una transculturalización, requiriendo por ende una especie de hermenéutica circular donde ambas culturas se interpretan mutuamente. A esta intención de beneficiar a las culturas estudiadas, donde resulta difícil eludir el paternalismo y la soberbia científico-natural que celebra lo occidental por sobre otras culturas, se agrega la sugerencia de incorporar, a su vez, elementos semióticos foráneos a nuestras sociedades tecnocéntricas y desencantadas.

Los atractivos y los límites de este enfoque se ilustran al seguir una reciente publicación acerca del modo de sanación entre los indios Navajo que contrasta con la incapacidad de los médicos [occidentales] de "enfrentar al enfermo en *la medida que la enfermedad es vivenciada por el paciente*". Los autores reconocen tres indicadores de la práctica médica autóctona que estudiaron: el mundo de la vida, lo que trae a la memoria la *Umwelt* de J. Von Uexküll así como el "*in-der-Welt-sein*" de Heidegger y deja establecida la dimensión relacional de todo ser humano tanto con el entorno social como con el natural. En segundo lugar aparece el cuerpo vivido, concepto elaborado por Plügge, Merleau-Ponty y Spicker, que tendrá un más lato tratamiento en el Capítulo 9: *El cuerpo humano*. Tercero, la comprensión prerracional del mundo referida a las coordenadas que toda persona traza para su vida y que se ven alteradas en los episodios y procesos mórbidos. Aplicando este molde interpretativo eminentemente occidental a la cultura Navajo, se encuentra como su valor esencial la armonía con la naturaleza, amenazada por monstruos que la fracturan y desencadenan enfermedades físicas y psicológicas. El diagnóstico de la situación mórbida se basa entre

los indios en observar las estrellas, escuchar mensajes relacionados con la enfermedad del paciente y presentar un temblor manual que se desencadena involuntariamente en el sanador en cercanía del paciente. Esta fase es seguida por ceremonias de sanación que involucran a toda la comunidad, bajo el concepto que la armonía debe restablecerse tanto para el individuo como para su sociedad.

A esta descripción sigue un esforzado intento por obtener significaciones de la cultura Navajo para la medicina contemporánea "científica". El desorden vital que causa la enfermedad refleja en el lenguaje occidental la disrupción mórbida de la armonía. El tema de la participación comunitaria es difícilmente transportable a la realidad urbana de las grandes ciudades, y el contenido ritualístico de las ceremonias de sanación constituye una ilustración más formal que de contenido, al recordar que en la práctica médica de occidente también se despliegan rituales.

Las conclusiones del artículo producen extrañeza y desacuerdo: "La práctica de la medicina es, después de todo, un arte atemporal, una gran ceremonia teniendo al paciente en su centro y a la comunidad en su corazón"². Contrariamente, la tendencia es más bien a reconocerle evolutividad a la medicina, tanto en lo epistemológico, como señalado por Foucault, como en lo terapéutico según lo reseña la historia, lo cual no se condice con la atemporalidad sugerida en este estudio. Hay una contradicción profunda entre relatar respetuosamente las idiosincrasias de una cultura y terminar por plantear insustanciadamente su validez ilimitada con recurso a visiones características de la cultura occidental.

La publicación reseñada revela las dos grandes tensiones de la antropología etnomédica: su respeto por las culturas locales, y su intento de alcanzar generalizaciones conceptuales de validez transcultural, eventualmente universal, bregando con la dificultad de elaborar una estructura teórica coherente al mismo tiempo que mantenerse fiel a la proximidad de la práctica médica que estudia, pero que también intenta influenciar.

Del vasto e inacabable campo de la etnografía médica puede ser de especial interés revisar algunos aportes que provienen del ambiente cultural latinoamericano y que debieran ser especialmente atinentes a las especificidades de la salud pública de nuestras naciones. Dentro de este ámbito, el interlocutor natural es México, con una notable tradición antropológica y con la producción de una literatura explícitamente antropológico-médica en la cual tempranamente aparecen algunas generalizaciones de peso: "La medicina actúa tanto como sistema de ideas y prácticas destinadas a curar males cuanto para satisfacer los requerimientos del control social indispensables para mantener la cohesión del grupo propio"³. Los inicios de estos esfuerzos indagatorios obedecen al modo *emic* de hacer antropología, convirtiéndose el observador en *nativo* al modo del misionero Jerónimo de Mendieta, quien en el siglo XVI recomendaba hacerse "indio con los indios"⁴.

Por explícito reconocimiento de sus primeros cultores, la antropología etnomédica en México se inaugura como una disciplina ancilar cuyo propósito es responder "a la urgencia perentoria de suministrar información expedita al personal médico de alto y medio niveles que trabajan en proyectos regionales de desarrollo"⁵. El antropólogo norteamericano W. Holland estudia la intermediación "entre la medicina científica y la medicina tzotzil", analizando "los efectos del contacto entre una y otra medicina en los momentos en que se verifica el proceso de cambio"⁶.

De estas intenciones fluye con naturalidad la idea que "[L]a antropología médica es fundamentalmente una antropología aplicada que tiene por propósito generar cambios en los modos de producción y reproducción de la salud de los grupos humanos involucrados en los programas de desarrollo. Los problemas de valor se presentan cuando se detiene uno a reflexionar sobre el derecho, que estimamos poseer, a cambiar la vida de las personas"⁷. La visión colonizadora de esta propuesta, que en el fondo atenta contra el espíritu culturalmente respetuoso de la antropología, es en buena medida culpable del fracaso

de muchos intentos por introducir prácticas médicas y programas de salud pública en poblaciones autóctonas.

Cualquiera sea el fin último de los estudios etnomédicos, van develándose en las culturas indígenas una serie de peculiaridades que distinguen las prácticas autóctonas de sanación de la medicina científico-natural. El sanador es un ser extraordinario, validado por experiencias oníricas, anunciaciones, crisis psíquicas, que le abren acceso a fenómenos sobrenaturales y a la revelación de conocimientos médicos que aplicará. El enfermo, a su vez, no es principalmente un organismo desmedrado; es un extraviado social que arrastra en su caída al grupo familiar y compromete a la comunidad. No está ausente la culpa en este proceso, lo cual amplía las funciones curativas del sanador hacia lo punitivo y le autoriza a provocar daños. Es un agente curador y también un contralor social. En los años post Guerra Mundial II se produce un gran impulso de asistencia técnica y económica desde los países del Primer Mundo hacia las poblaciones marginales que viven discriminadas por su pobreza y por su etnia. Estos esfuerzos son de gran solvencia técnica pero hacen tabla rasa de las peculiaridades culturales de las poblaciones receptoras. La frustración es mutua, entre una medicina "dominical" —impositiva, dominante— y los pobladores que no se sienten atendidos en sus necesidades, dando origen a una antropología contestataria que se desgasta en el plano de la polémica teórica y toma con frecuencia ribetes políticos.

"La medicina intercultural actúa exclusivamente en comunidades de cultura diferente a la nacional y su función específica es la inducción de los conceptos racionales y comprensivos de la medicina moderna en la cultura de la comunidad. La substitución de los conceptos y prácticas tradicionales, mágico-religiosos, no es un proceso fácil, en realidad implica un cambio concomitante en los restantes aspectos de la cultura y esto sólo puede llevarse a su completa realización cuando los programas sanitarios estén acoplados a programas integrales de desarrollo de la comunidad. La función cultural de la salud pública moderna reside en el cambio de hábitos y modos de vida en

los enfermos crónicos o inhabilitados; pero esos cambios, aunque penosos, tienen la enorme ventaja de representar permutas de patrones dentro de una misma cultura"⁸.

Esta antropología médica incipiente contiene los vicios del lenguaje hegemónico que intenta conocer culturas locales a fin de mejor influir sobre ellas. En el fondo, lo que se propicia es una política sanitaria que busca su eficiencia a través de un acercamiento cultural, donde el *primum movens* es la estrategia más que la cognición.

La inclinación por los aspectos culturales de la medicina también ha llevado a exageraciones ocultadas bajo el manto del relativismo, una de cuyos representantes principales, R. Benedict, sostiene que la enfermedad es relativa a las formas culturales y éticas de una sociedad particular, dando así los fundamentos para una postura relativista antagónica al racionalismo y que sostiene que la patología es esencialmente un objeto cultural y las representaciones no reflejan el objeto sino son parte intrínseca de él. Se abre el conflictivo y nada de resuelto debate sobre el grado en que las enfermedades son sucesos biológicos y únicamente sus significaciones las que tienen determinantes culturales diversos.

El aporte de la antropología etnomédica a la biomedicina contemporánea, más allá de lo insinuado, se resume en dos puntos:

—La medicina que nosotros llamamos clásica científico-natural es falible dentro de sus indudables logros. Sus fracasos, evitables unos insoslayables otros, tientan a los paciente a recurrir a algunas de las medicinas alternativas, prácticas importadas de otras latitudes y que operan con conceptos diagnósticos, terapéuticos y criterios de sanación muy distantes de los utilizados en biomedicina, no siendo infrecuente que los pacientes utilicen ambos tipos de prácticas simultáneamente. Para tener una visión ecuánime frente a las medicinas alternativas y, eventualmente, para incorporar algún elemento de ellas a la terapéutica establecida, puede la etnomedicina ofrecer un acceso cognitivo desprejuiciado.

—En creciente medida se producen en el mundo contemporáneo

movimientos de transculturalización —especialmente migraciones de etnias— así como, para bien o para mal, maniobras de globalización. Estas grandes transformaciones tocan también el ámbito sanitario. Hay enfermedades que salen de su reducto endémico y aparecen en regiones que no las conocían —virus Ebola, virus del Nilo Occidental—. Las migraciones insertan grupos humanos en comunidades que desconocen o rechazan sus prácticas sanitarias —modos de sacrificar vacunos, circuncisión femenina—. Finalmente, los países más desarrollados reaparecen en naciones pobres con una presencia que mucho tiene de neocolonial, provocando desencuentros culturales también en la medicina —criterios dispares de ética en investigación con seres humanos, incompatibilidades entre programas de salud pública y prácticas locales—. Esta creciente y no siempre armónica interacción entre civilizaciones desarrolladas y comunidades autóctonas requiere el lenguaje interpretativo de la antropología médica para intentar cooperaciones que no sean lesivas a las partes más débiles.

Concedida su importancia a la antropología etnomédica, debe reconocerse que de ninguna manera abrevia o exime de hollar el camino conducente a conocer las propias significaciones culturales humanas que, a falta de otro atributo, son posibles de englobar bajo la idea de sociedades comprometidas con el desarrollo tecnocientífico. Los capítulos previos han iluminado una cantidad de ámbitos que rodean a la antropología médica, despejando el camino para ahora analizar cuáles son las constantes antropológicas del enfermar y de la biomedicina occidental, y en qué medida deben ser patrimonio cognitivo del médico contemporáneo.

La antropología etnográfica ha entregado estudios acuciosos sobre muchas culturas autóctonas, mas este acúmulo de conocimientos no se ha integrado en forma significativa a las culturas patrocinadoras.

Muchos estudios de antropología etnomédica han intentado infructuosamente transculturalizar lo estudiado en comunidades pequeñas a las complejidades de las sociedades occidentales.

Intento fallido también ha sido estudiar las culturas huésped para mejor introducir en ellas ciertas prácticas de higiene y salud pública que son difícilmente aceptadas por ser ajenas a los valores y significaciones locales.

Es intrínseco a la antropología médica ser respetuosa de las culturas, tanto de la propia como de aquéllas que estudia, evitando en ambos sentidos una enajenación cultural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leslie C, Young A. *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press, 1992.
2. Schneider GW, Dettaven MJ. Revisiting the Navajo Way. *Perspect Biol Med* 2003; 46: 413-27.
3. Aguirre Beltrán G. *Antropología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.
4. *Ibid.* p. 273.
5. *Ibid.* p. 294.
6. *Ibid.* p. 296.
7. *Ibid.* p. 301.
8. *Ibid.* p. 384.