



Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología

Ronald Frankenberg*

Traducción: Susana Margulies y Alejandra Roca

En sus lejanos orígenes, la medicina, incluso en su forma occidental (que equivale a decir mediterránea, árabe, griega y judía), era una especie de antropología. Observaba a la humanidad desde adentro y desde fuera de la singularidad de sus practicantes. Luego, actuaba sobre sus miembros, en tanto organismos, en tanto seres sociales portadores de conciencia, de pensamiento e incluso de divinidad real o potencial. En un principio aprendió a nombrar las enfermedades heredadas de la carne y luego siglos, hasta milenios, más tarde, aprendió a prolongar vidas y a aliviar y curar temporalmente el malestar y la enfermedad. En ese proceso, al igual que lo hicieron otras disciplinas especializadas en el cuerpo-mente, separó a medias los aspectos irrelevantes que acompañan a las penurias y triunfos de la carne. Los aspectos vinculados con el alma quedaron en manos de los doctores de la iglesia o el templo, y en lo que respecta a su entidad social, ésta fue transferida a los docentes de filosofía y comportamiento político. En el siglo veintiuno, la medicina, y las industrias e inequidades que surgieron a partir de ella, parecen haberse convertido en víctimas de su propio éxito. Esto ha creado no sólo nuevos problemas de contexto social y cultural, de ética y moral, sino que ha revelado además la importancia central de la aparentemente irrelevante e indivisible unidad de los, ahora obvios, dualismos. La medicina se ha dividido en especialidades vinculadas entre sí, cada una de las cuales es a menudo altamente eficaz en su esfera, y cuyo foco se extiende desde lo quirúrgico hasta lo somático, pasando por lo mental. Cada especialidad

* Profesor Emérito. Universidad de Brunel. RFrank1251@aol.com. Artículo original para *Cuadernos de Antropología Social*, N° 17. Fecha de realización: noviembre 2002. Fecha de entrega: diciembre 2002. Aprobado: mayo 2003.

exalta sus propias virtudes al tiempo que, de un modo ambivalente, busca integrarse a las perspectivas a menudo opuestas de las otras (Mol, 1998; Berg y Mol, 1998). Algunas, si no la mayoría o hasta todas, buscan un retorno a las preocupaciones antropológicas de sus orígenes, aunque en un nivel más sofisticado. Este artículo busca ilustrar la manera en que la antropología médica, especialidad surgida apenas en el siglo veinte, podría contribuir al fomento de tales fines al lado de otras disciplinas en artes, humanidades y meta-ciencia. Juntas podrían contribuir a superar lo que actualmente muchas currículas ven como la deshumanización de la educación médica y la práctica profesional.

Tanto la medicina como la rama de la antropología dedicada a su praxis, son disciplinas ubicadas en un continuum entre lo puramente práctico y lo totalmente teórico. La naturaleza de sus posiciones en dicho continuum y de sus relaciones entre sí, en y a través de las fronteras disciplinares, determinan las prácticas de las cuales derivan su epistemología. La división epistemológica se acentúa y refuerza cuando se la refiere a temas compartidos. Estos van desde su mirada general hasta su estilo de publicación, pasando por sus métodos de investigación. Se crea así un contraste entre el interés médico en la enfermedad (*disease*) biológica episódica y el interés antropológico en el padecimiento (*illness*) culturalmente experimentado. Cada uno refiere a un contexto en el marco de patrones sociales de enfermedad (*sickness*), a los cuales estas disciplinas prestan, sin embargo, una atención diferenciada. Quienes ejercen la medicina buscan respuestas definitivas a las preguntas que se sienten capacitados para entender y que están obligados a resolver pragmáticamente a corto plazo. Quienes investigan en antropología, por su lado, apuntan a producir una problemática críticamente informada, construida a partir de preguntas clave aunque no siempre consensuadas. Estas preguntas, llevadas a la práctica, pueden resaltar o bien limitar las certezas, al examinar las dudas que surgen inevitablemente cuando una teoría general informa una práctica específica. Este artículo examina dichas diferencias analizándolas más exhaustivamente y atendiendo a sus consecuencias para el manejo del tratamiento tanto de enfermedades como de pacientes en contextos varios. Siguiendo a Armstrong (1987), concluye, de manera provisional, que la deseable dependencia mutua de estas disciplinas debe ser interdisciplinaria más que intradisciplinaria; que no es a través de una fusión que se pueden alcanzar los mayores logros sino mediante una búsqueda de excelencia en el propio campo, que reconozca las consecuencias prácticas y teóricas del otro. Aquéllos lo suficientemente sabios (o capaces) para llevar adelante ambas disciplinas simultáneamente, como Virchow, quien fuera pionero en ambas, se verán forzados a vivir al filo doloroso de la

navaja, conservando al mismo tiempo dos formas de pensamiento separadas y tomando decisiones sobre acciones que resulten en un alivio temporario en el presente, sin destruir la posibilidad de prevención a largo plazo. Pueden, como Kleinman, médico, psiquiatra, antropólogo y sinólogo, sentirse desplazados a los márgenes y elegir, para bien, permanecer allí (Kleinman, 1995); o como Virchow, patólogo, político y especialista en salud pública, ser arrojado a los márgenes, de manera igualmente beneficiosa (Taylor y Rieger, 1984).

DIFERENCIAS DE ENFOQUE

Lectores alemanes y franceses y otros, más conocedores de Spinoza y de Hegel, más versados en filosofía que los angloparlantes, no se sorprenderán de que se prioricen diferentes aspectos de una disciplina, dependiendo del contexto en el que se realizan las comparaciones. Por lo tanto, mientras que un subcomité de pares del British Royal Anthropological Institute¹ buscaba la definición última de antropología médica (lo cual ya indica su relativa falta de sofisticación filosófica continental), uno de los borradores producido por un académico antropólogo fue criticado por ser “demasiado sociológico”, en comparación con otro borrador de un médico clínico, versado en antropología. Esto último significaba que se había prestado poca atención a lo biomédico, aunque el antropólogo pensó que se lo estaba acusando de estar más preocupado por lo social y general en detrimento de lo cultural y particular. Uno buscaba definir el lugar de la antropología médica entre lo biológico y lo social, el otro entre lo sociológico y lo cultural. Ninguno pensó en ese momento en otras posiciones posibles, incluso las más comunes, entre lo psíquico y lo social y entre lo genético y lo socialmente determinado. En términos generales, las comparaciones más fructíferas, elaboradas y válidas son aquellas que se efectúan entre las disciplinas que están más estrechamente relacionadas dentro de un campo. Después de todo, lo que nos concierne es la *differentia specifica*, incluso *specificissima*. El programa de seminarios de Gluckman en la Universidad de Manchester en la década de los cincuenta fue vívido e innovador y atrajo la participación de científicos de los campos sociales y naturales. Pasado el primer año, se le pidió al distinguido físico P.M.S. (posteriormente Lord) Blackett, quien poco después se convertiría en presidente de la Royal Society, que nombrara la ciencia natural a la cual la antropología podía ser más útilmente comparada, a lo cual respondió sin dudar ni sonreír, “meteorología”. Los estudiantes de posgrado agregaron instrumentos para medir precipitaciones y luz solar a sus

equipos de campo, y textos de meteorología a sus listas bibliográficas, sólo para descubrir luego que el razonamiento de Blackett se refería a que ambos contextos adolecían de cambios de variables demasiado rápidos y de una sobreabundancia de resultados posibles. Podría haber sido igualmente apropiado comparar con la prognosis médica, en particular cuando se trata de un paciente individual entrevistado por primera vez en los comienzos de su padecimiento.

Sin embargo, hay otros modos en los que las marcadas semejanzas entre antropología y medicina hacen de la comparación y cooperación una ventaja, al menos dentro de los límites antes señalados. Hay dos dichos en idioma inglés sobre el reconocimiento de la diferencia que pueden permitirnos avanzar en la argumentación en este punto. Uno de ellos popular y el otro tan demótico que puede volverse casi obscuro (excepto en los Estados Unidos, aunque incluso allí se utiliza con diferente ortografía y una pronunciación más suave). El primero expresa el punto de vista de un observador forastero: *They are as different as chalk and cheese*². Para decirlo de otro modo, cuando se escuchan estos términos por primera vez, sus consonantes iniciales y su fonología no del todo diferentes sugieren algo similar cuando en realidad no tienen nada en común, ni siquiera un valor equivalente. Los fenómenos mencionados son percibidos como separados y externos al observador. El segundo dicho es más adecuado a nuestra discusión: *He does not know his arse (ass en Estados Unidos) from his elbow*³. Esta es una sentencia existencial, hasta fenomenológica, no meramente sobre un error de observación sino también sobre una falla en la correcta corporificación (*embodiment*)⁴. A diferencia del primero, la persona descrita aquí no sólo falla al diferenciar objetos externos, sino que es incapaz de diferenciar las partes de su propio cuerpo.

En un sentido clásico, la diferencia entre sociólogos, cuantitativos y cualitativos, y antropólogos es el uso de diferentes tipos de observación y que estos últimos han atravesado un proceso de aprendizaje que los sumergió en, los vinculó a y nuevamente los hizo emerger de, una cultura ajena a ellos. Precisamente, tanto los médicos como los antropólogos emergen a sus profesiones respectivas a través de una educación marcada por “pruebas de fuego”. Se asemejan en virtud de ser seres transformados por su entrenamiento específico pero, al mismo tiempo, se diferencian por la distinta naturaleza de las pruebas soportadas. El entrenamiento somete al trabajador de campo antropológico a situaciones donde debe abandonar su propio “sentido común” cultural y aprender del “otro” desde un lugar de inferioridad. Su sentido de superioridad académica ganado con sudor durante años se pone a prueba y debe fracasar para que pueda considerarse que ha tenido éxito. El derecho al ejercicio médico clínico se obtiene tras un período igualmente

largo y penoso, acompañado por la experiencia subjetiva de enfermedad (es decir el hecho de sentirse ellos mismos enfermos) y por la teorización objetiva sobre la base de la observación de las enfermedades de otros. Para aplicar la perspectiva obtenida a partir de la primera, se les entrena duramente para que puedan dejarla de lado temporariamente y desarrollar habilidades sólo en la segunda. Un paciente que se rehúsa a consentir una práctica desafía la sabiduría corporificada (*embodied*) de su médico y no meramente su conocimiento adquirido, no es sorprendente que los clínicos no logren esconder su irritación frente a ello (especialmente si el paciente es calificado en medicina o, aun peor, ¿si es enfermero!). De manera similar, un médico que se rehúsa a aceptar que la práctica médica es producida social y culturalmente tanto como científicamente, desafía el saber del antropólogo o, aun peor, niega totalmente su existencia. Esto no debe sorprender tampoco, ya que un médico que es, por ejemplo, neurólogo o virólogo, puede albergar similares reservas para con psiquiatras y neurocirujanos, o epidemiólogos y genetistas, respectivamente.

Ambas formas de educación son, entonces, igualmente exitosas y sostengo en este artículo que, mas allá de lo irritantes, desafiantes o irrelevantes que se consideren mutuamente, ambas son valiosas como guía para el alivio del sufrimiento humano. El antropólogo encarna un saludable escepticismo basado, al igual que la medicina previa a aquella “basada en la evidencia”, en el reconocimiento de la diferencia dentro de la similitud de la persona cultural. El clínico busca, con una habilidad naturalmente adquirida, una similitud de causa biológica, incluso psicológica, dentro de la diversidad de respuestas individuales, histórica y culturalmente moldeadas, frente a las amenazas al bienestar físico corporal. Los clínicos, cuando escuchan, examinan y observan al paciente, aplican su entendimiento teórico de las enfermedades y llegan inductivamente al diagnóstico. Ofrecen, no necesariamente en un orden lineal, una explicación, o al menos un nombre, y proponen tratamientos (análisis que conducen a la acción). Se ha sugerido, que los médicos de servicios de atención primaria deciden primero qué hacer por o a sus pacientes y luego se plantean la abducción: “¿si propongo hacer esto, qué debo pensar que tiene el o la paciente?” (acciones que conducen al análisis). La prescripción de drogas precede al diagnóstico, aunque ambas ocurren en el lugar de trabajo (Howie, 1979). El antropólogo procede con menos certeza y rapidez a un entendimiento del proceso de producción social de la enfermedad (*sickness*) en el cual la auto-observación, el diagnóstico y el tratamiento dentro de contextos sociales y culturales pueden ser vistos, al menos después del evento, como in-interrumpidos y simultáneos (en el mismo sentido en que el pasado, el

presente y el futuro están simultáneamente abarcados en el presente). Ello/as escriben en el curso del trabajo de campo antes de tener derecho a escribir en casa. Los clínicos están correcta y útilmente interesados en usar el pasado y el presente de un paciente para proponer un futuro mejor. Los antropólogos buscan analizar qué procesos generales están involucrados en la producción social y cultural de tales logros (felices o no).

El paciente se acerca al médico de atención primaria buscando ayuda o legitimación, con una historia que ha alcanzado un clímax pero no un final, o al menos así lo espera. Por medio de preguntas y observación, el clínico construye una historia, derivada de una visión teórica del pasado que, sin embargo, se proyecta hacia el futuro con varias conclusiones posibles. A cuál conclusión se arribe dependerá, en teoría, del consejo clínico, del cumplimiento del paciente y de otros eventos que intervengan. Si se requiere tratamiento hospitalario o el consejo de un especialista, la narrativa transmitida será obviamente la construida por los médicos y, de la misma manera, los especialistas también transmitirán sus propias narrativas como definitivas, o sea determinantes de la acción, a aquellos que les soliciten confirmar sus juicios o actuar sobre ellos. Estas personas podrán ser, por ejemplo, enfermeros, bioquímicos, farmacéuticos o familiares, cada uno de los cuales las interpretará de acuerdo con su propio entendimiento. En un servicio de atención familiar en Estados Unidos se me permitió (en 1979) observar en un video, cómo la historia inicial de un paciente que había sido en principio relatada a una enfermera, fue traducida luego por ésta a una pre-historia en términos médicos. “Un leve dolor aquí” se transformó en “suave malestar e inflamación superficial en la zona pretemporal izquierda”. Esto es bastante frecuente hoy en servicios de urgencia o de ayuda telefónica, los cuales se realizan con la ayuda de computadoras y la historia transmitida puede incluso presentarse como un conglomerado codificado de síntomas. Lo importante de este proceso es que la historia se presenta en términos formales con sólo el mínimo de detalle e información necesarios para justificar las conclusiones que de ella se extraen y que todos los involucrados, incluyendo especialmente a los pacientes, aceptan y entienden estas convenciones generales. Un relato complejo se ve así transformado, a través de la eliminación de complejidades redundantes, en una historia rigurosamente disciplinada dirigida al entendimiento y la remoción de eventos o cambios corporales indeseables. Cuanto más especializado y científico sea el nivel, más necesario se vuelve este proceso y más precisa se torna esta descripción. Sus maestros, sus textos y su experiencia especializada mantienen el alerta de los médicos especialistas respecto de este proceso de destilación. Al menos hasta hace poco, tal conocimiento procesual era

considerado redundante para el ejercicio de la enfermería (Frankenberg, 1994). Se pensaba que era suficientemente reconfortante para los pacientes saber que se habían convertido en casos de una enfermedad, no en personas con una enfermedad. Este conjunto de pasos no deja necesariamente de ser constructivo o deseable en términos de una terapia efectiva. Sin embargo, puede presentar consecuencias desafortunadas, como cuando alguien con enfermedad mental es designado como lunático o loco. La Biblia hebrea a menudo se refiere a personas que sufren de lepra (una condición que se cura en siete días) mientras que en el Nuevo Testamento se las identifica y totaliza como leprosos, con resultados extremos en la Europa medieval y más recientemente en Nueva Guinea (Lewis, 1987; Gussow, 1989). Una científica que conocí, ya fallecida, una autoridad en microscopía electrónica, quien se había auto-diagnosticado leucemia, increpó duramente al clínico que presentó su confirmación del descubrimiento que ella misma hiciera, con las palabras: “Lamento tener que decirle que...”. Ella le sugirió, entonces, que de la misma manera en que ella había practicado ya su profesión, ahora él debía practicar la suya sin sobretonos emocionales o morales. Una reacción extrema e inusual pero no irracional o irrelevante en una era de ciencia médica ejercitada como medicina científica.

Un aspecto central de la simplificación médica⁵ es la percepción de la enfermedad en términos de una narrativa aristotélica convencional: un conjunto de eventos lineales, relacionados causalmente en episodios que tienen principio, medio y fin. El descubrimiento de una causa única es un paso importante para detener el episodio, ya sea al principio por medio de la prevención, en el medio por medios paliativos, o en el final mediante la cura. Los factores socioculturales pueden no jugar ningún rol o tener uno meramente secundario en, por ejemplo, a) la identificación de la causa biológica: ¿qué hay sobre los gay...? o b) ¿en qué punto de la actividad sexual podemos interrumpir...? o c) ¿cuáles son las dificultades para administrar este tratamiento...? Ni el paciente ni el antropólogo tienen necesidad de disputar este modelo el cual, según he tratado de mostrar, resulta tan necesario como útil dentro de un contexto biomédico.

Verdaderamente, como antropólogo, lo considero como un punto de partida y al mismo tiempo como una conclusión esquemática de los estudios de la cultura médica normativa. De manera curiosamente similar al análisis de Evans-Pritchard, mi enfoque refleja y extiende aquella famosa interrogación de los azande quienes, por medio de su pregunta “¿por qué nosotros?” buscaban explicar lo particular, mediante el análisis de su diferencia procesual con lo general (Evans-Pritchard, 1937). El énfasis clínico en la práctica, que reclama la explicación como prioridad

por sobre la comprensión, las limitaciones de tiempo y, más recientemente, la excesiva dependencia de nociones matemáticas como riesgo y probabilidad, refuerzan el enfoque simplificado, ubicándolo como el más efectivo dentro de los disponibles en la mayoría de los casos. La búsqueda de comprensión por parte del antropólogo, como una visión de lo real fundado, en el pabellón o junto al lecho del enfermo, lo obliga a compartir la experiencia de los pacientes en el devenir del padecimiento (interrumpiendo o acompañando otros flujos de la vida, rituales y relaciones de todo tipo). Dirige la atención hacia la individualización de las consecuencias, y por tanto hacia su complejización, a menudo enraizadas en la estructura cultural y social. Los desenlaces biológicos confinados al cuerpo físico (*korper*), aunque sean complicados, pueden ser considerados como heurísticamente simples. En el cuerpo viviente (*leib*), los desenlaces y procesos están siempre sobre-determinados. Una preocupación excesiva en este sentido puede ser vista, probablemente con razón, como una distracción de la tarea central del médico. Los antropólogos no pueden proveer una corrección para dicha práctica. Escucharlos o incluso leerlos puede, sin embargo, proveer un correctivo. También existen, por supuesto, otro tipo de desenlaces de los que los médicos y sus pacientes son conscientes pero que, por regla general, no aparecen en los informes de casos. Son, por supuesto, bien conocidos como posibilidades hipotéticas para aquellos pacientes que miran series de televisión. El médico fue promovido, por ejemplo, o se le otorgó un premio, o fue contrariado y trasladado a otro hospital; el hospital adquirió mayor reconocimiento. El hospital cambió su política sobre terapias en favor de un grupo de especialistas en contra de otro. El antropólogo obtuvo un doctorado. El paciente se separó de su esposa, o formó un vínculo de por vida con otro paciente; un laboratorio farmacéutico logró incorporar una nueva droga en el mercado. El antropólogo no puede dar por sentadas ni la relevancia ni la irrelevancia de tales desenlaces. Excepto en circunstancias inusuales de dramas televisivos o demandas públicas sobre negligencia o mala praxis, o al escribir sus memorias, los clínicos como tales deben actuar, a sabiendas, como si no existieran.

LA METODOLOGÍA DE LA INDAGACIÓN

Los modos en que los científicos, médicos y antropólogos, crean conocimiento y los sustratos de sus investigaciones empíricas son muchos y varios. Sin embargo, es posible mostrar la manera en que sus senderos se han vuelto divergentes en lo referido a sus intereses metodológicos y epistemológicos, al tiempo

que se reforzaron y exageraron las diferencias entre sus respectivos conocimientos. Esto ha generado algunas veces hostilidad entre ellos. Durante el período de escritura de este artículo, participé en el examen de disertaciones doctorales de personal clínico calificado en áreas varias, médicos, enfermeros y parteras. También asistí a presentaciones de otros profesionales que procuraban utilizar métodos antropológicos entre colegas más precavidos y sumisos. Se enfrentaron con dificultades para convencer a éstos de la legitimidad de estos métodos, especialmente en etapas tempranas de la investigación. Una de las razones más obvias fue que no lograron ajustarse a la definición de medicina basada en la evidencia, que se funda en grandes muestras de atributos de casos seleccionados al azar y analizados por medio de estadísticas probabilísticas. Esto no significa que los antropólogos descarten comparaciones en gran escala o el análisis cuantitativo cuando los problemas que están examinando justifican su uso. Margaret Lock (1993), por ejemplo, en su estudio sobre el cese de la menstruación en mujeres japonesas, llevó a cabo extensas encuestas en Canadá y en Japón, para corroborar si la designación de “menopausia” tal como se la emplea en países occidentales como Canadá podía ser aplicada con el mismo sentido a las mujeres de Japón. Sin embargo, sólo recurrió a esto luego de haber estudiado en ambos países durante muchos años, mediante observación y la realización de entrevistas en profundidad a mujeres en su propia lengua y entorno para que éstas pudieran definir en sus propios términos el significado de sus procesos sociales de envejecimiento. Luego examinó su tipicidad y buscó comprender la diferencia entre los dos contextos, en términos de la experiencia de largo plazo, la propia y las de aquellas mujeres, en relación con las entidades culturales y sociales involucradas. No es sorprendente que algunos críticos hayan leído sólo aquella mitad del libro con la que podían disentir más fácilmente y se quejaron alternativamente de que estaba cargado de anécdotas o bien de tablas. La autora mostró que era posible y, en este caso, apropiado para la naturaleza del problema, combinar preguntas formales y centrarse al mismo tiempo en el agregado de atributos de casos individuales junto con el análisis en profundidad de los procesos en curso de la experiencia corporificada (*embodied*).

En un tipo de estudio bastante diferente, Farmer (1992), antropólogo y médico, ejerciendo ambos tipos de trabajo en una aldea en Haití, dio cuenta de los modos en que los aldeanos otorgaban sentido al Sida. Lo denominaban “sida”⁶ en el dialecto local. Sin embargo, no se trataba de una traducción directa como podría suponerse, sino que incluía un conjunto de significados ausentes en la palabra *AIDS*⁷. A diferencia de otros médicos locales, Farmer escuchó y habló con

las personas de la aldea, discutiendo los casos y comparando la nueva enfermedad con otros males (biológicos y sociales) que les habían afectado en el pasado. Finalmente arribaron a la comprensión de su significado en un contexto del cual podían dar referencia. Luego, Farmer contextualizó este proceso y lo relacionó en términos cuantitativos y cualitativos con los efectos estructurales de las relaciones políticas y económicas de largo plazo entre los Estados Unidos y los países del Caribe. Las conclusiones que extrajo y las acciones que propició no fueron meramente médicas, sino políticas, económicas y morales. Resulta interesante comparar el proceso haitiano de construcción de significado social de la experiencia individual de la enfermedad, en tanto socialmente definida (*sickness*) en su contexto, con un proceso de debate similar en la medicina de los Estados Unidos relevado por Oppenheimer (1988, 1992). Este ocurrió entre el personal profesional y los patrocinadores del National Institute of Health (NIH - Instituto Nacional de Salud) y el Center for Disease Control (CDC - Centro para el Control de Enfermedades). El personal del NIH proponía una definición basada en la etiología individual, semejante a la percepción de cánceres en general. El CDC buscaba un tipo de causa social, virus más vector, similar al atribuido previamente a la hepatitis B. La definición final fue negociada, aunque de manera dinámica y no definitiva, en primer lugar entre las dos instituciones de los Estados Unidos, luego entre Francia y Estados Unidos y finalmente en una conferencia de consenso organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En todos estos ejemplos, dada una cuestión general abarcativa, las preguntas específicas surgen y dependen de procesos. Ya sea que la pregunta devenga en una hipótesis formal, en un conjunto de especulaciones informales, o meramente resulte en otros interrogantes que deban ser explorados en marcos diferentes, ello dependerá de un conjunto de relaciones, laxamente definidas, que pueden o no involucrar personalmente al investigador. Se vinculan así relatos biográficos de “cambios o disrupciones corporales”, un conjunto de eventos relacionados que producen tipos de menopausias y eventos característicos del Sida que son más o menos definitivos y más o menos similares. El método del antropólogo es elicitar y refinar, mediante el diálogo, las experiencias subjetivas para luego, compartirlas y extenderlas. No para decir “este es el modo en que siempre ocurren” sino para poner de manifiesto algunas de las posibilidades que pueden surgir dentro del contexto social y cultural. Sus sucesores, en otro momento o lugar, deberán mostrar resultados consistentes, pero no necesariamente idénticos. Es factible que una publicación posterior, incluso sobre un lugar y contexto similares, realce o califique los resultados anteriores. Pero los mismos (si fueron realizados de manera competente) no podrán ser negados

o considerados obsoletos. Los estudios pueden ser comparados, vistos como acumulativos, pero no agregados. Los meta-estudios, ahora tan populares en la medicina basada en la evidencia, se han tornado anatema, por buenas razones epistemológicas. Los estudios antropológicos son extraídos de y producidos por la interacción de biografías. En ellos la observación resulta un proceso en dos direcciones. Las biografías de personas que habitan al mismo tiempo en el mismo contexto social pueden ser similares, pero nunca idénticas.

Dentro de la ciencia médica actual, no resulta teóricamente necesario que el paciente observe, y mucho menos, analice al médico. Se espera que el médico tome notas sobre el paciente pero no lo opuesto. Por el contrario, y debido a la restricción del tiempo disponible y la necesidad de acción, resulta una ficción útil y necesaria asumir que la trayectoria de enfermedades es, con toda probabilidad (a menudo calculada matemáticamente), la misma, aunque se aloje en cuerpos diferentes. Lo que parece una suposición útil en teoría presenta inevitablemente, por su misma naturaleza, alguna fallas ocasionales en la práctica. Esta es una realidad más fácil de observar y corregir en la atención primaria, con la presencia de un paciente vivo (aun cuando se trate de la práctica del médico generalista británico y durante siete minutos y medio) que en el hospital, en donde el interés está puesto en las características de la enfermedad; o en la salud nacional o internacional, cuyo objetivo es lograr el mayor provecho para el mayor número.

En un proyecto de prevención de la malaria en el noroeste de India, en el año 2000, en el cual estuve brevemente involucrado, se propuso proveer mosquiteros para camas impregnados de insecticida. Se planteó que dicha propuesta, si se la llevaba a cabo con éxito, iba a permitir reducir el número de casos, para de este modo presentarla como un triunfo de la política mundial de la Organización Mundial de la Salud. Quienes menor beneficio obtendrían de ella (si es que pudieran obtener alguno) eran aquellos que de todos modos eran más proclives a morir o ser afectados gravemente por la infección por malaria. Se trataba de las “mujeres tribales” que vivían en las colinas, cuya pobreza y estilo de vida cultural, social y económico iban a impedir que se las pudiera ayudar, según mostraran los antropólogos que trabajaban en el proyecto.

Para decirlo crudamente, ellas no sólo no tenían camas a las cuales agregar mosquiteros, sino que pasaban las noches al aire libre vigilando animales de otros. Por lo tanto, el decrecimiento real y beneficioso de la miseria de algunos iba a implicar el aumento de la desigualdad y la pérdida de poder de otros y, además, el beneficio de los primeros iba a eventualmente disminuir a expensas del desorden y el malestar social de la región como un todo. Este fenómeno ha sido señalado

recientemente por tres distinguidos médicos estadounidenses quienes, en un artículo publicado en el *British Medical Journal*, señalaron que mientras las encuestas nacionales en los países occidentales buscan medir las desigualdades sociales, las encuestas internacionales de la OMS usualmente miden las diferencias en morbilidad y mortalidad sin hacer referencia a las características sociales de quienes se encuentran en ventaja o desventaja (Braveman y colab., 2001).

La forma en que se organizan, presentan y evalúan los resultados impide el uso de datos divergentes aun cuando su obtención haya resultado costosa (véase, para un ejemplo global, Kleinman, 1988). Se otorga un peso desconducido a investigaciones de tipo casi invariablemente cuantitativo y procesadas mediante programas informáticos y que, se alega, son más científicas en el sentido de que son definitivas y refutacionales, ya que simplemente dividen los resultados según criterios de verdadero o falso. (Incluso los cálculos de probabilidad de los informes originales suelen desaparecer en los informes posteriores.) Se definen los casos y los contextos que deben ser incluidos o excluidos de un estudio dado; incluso en su lenguaje habitual, se alienta al investigador a ubicarse fuera del material estudiado y se limita deliberadamente la representación en profundidad de la realidad en estudio.

OBSERVACIONES A MODO DE CONCLUSIÓN

Los médicos más sofisticados, educados y entrenados, son, por supuesto, tan conscientes de las contradicciones entre teoría y realidad como cualquier antropólogo médico. Lo que sostengo es que la consideración y, de ser posible, el uso de parte del aparato conceptual, simple pero poderoso, que ofrecen los últimos puede resultarles útil a pesar de sus limitaciones de tiempo y práctica. Este aparato se deriva en gran parte (aunque con escaso desarrollo) del concepto de “modelo explicativo” introducido originariamente por Kleinman y sus discípulos de Harvard. (Este concepto híbrido fue inicialmente la respuesta de un médico con entrenamiento antropológico, enfrentado a la irritación biomédica arquetípica: el insulto para el cuerpo del conocimiento médico que resulta de la falta de cumplimiento por parte de los pacientes.) Rechazando los argumentos psicológicos según los cuales los pacientes eran insanablemente estúpidos o empecinadamente idiosincrásicos, se planteó que simplemente se hallaban constreñidos por su cultura a dar diferentes significados a sus desórdenes corporales.

En idioma inglés, pueden distinguirse fácilmente las categorías principales de modelos explicativos, conflictivos pero también complementarias: *illness* (padecimiento), la experiencia individual de sentir la enfermedad; *disease* (enfermedad), el análisis de la causa inseparable de la solución propuesta por el médico y compartida por el paciente adecuadamente socializado; y finalmente, *sickness*, su contexto social general. Este último término puede incluir una causalidad social posible o real (como en la clásica demostración de Virchow sobre la Alta Silesia, las observaciones de Howard sobre las experiencias diferenciales de los pobres en instituciones custodiales de cuarentena en Europa, o las de John Snow sobre la epidemia de cólera en Londres). En segundo lugar, el concepto abre una solución al problema del pluralismo. Para aquellos médicos que poseen formación antropológica, el hecho de que personas que padecen enfermedades en Nueva York, África Central y en la vieja China, sostengan y practiquen formas de curación, pragmática y filosóficamente incompatibles entre sí, constituye un enigma. Para quienes sostienen el enfoque convencional de la biomedicina esto se considera simplemente como algo incorrecto.

El interés principal tanto del antropólogo como del clínico es descubrir la naturaleza del padecimiento (*illness*) del paciente. Sus pasos posteriores son inevitable y necesariamente diferentes. El médico se encuentra limitado por su entrenamiento y vocación a traducir ese padecimiento a enfermedad (*disease*) y el antropólogo a *sickness*. Los médicos por lo tanto traducen las narrativas de los pacientes a otras narrativas coherentes con su entrenamiento (no necesariamente, como hemos visto, con las de sus experiencias corporales personales). El antropólogo busca permanecer cerca de la narrativa del paciente pero para verla dentro del contexto cultural y social más amplio en el cual la experiencia corporificada (*embodied*) del paciente se forma y refuerza. A ambos les concierne compartir la significación de la enfermedad para el paciente, pero de maneras sutilmente diferentes, las cuales pueden o no ser compatibles entre sí. El médico tiene que encontrar respuestas y lo tiene que hacer rápido. El antropólogo, en un sentido, tiene tiempo y entrenamiento para proponer preguntas que, a la larga, pueden aportar o incluso revertir o modificar las prácticas de médicos, enfermeros, pacientes y otros relacionados con ellos. La famosa frase de Keynes “pero a la larga todos estamos muertos” puede por fortuna y por necesidad orientar a los médicos a posponer la consideración del largo plazo para sus pacientes en la consulta. Los antropólogos podrían plantear que, aunque formulada en plural, se trata de un afirmación por demás individualista, y que, por tanto tiempo como perdure la

sociedad humana, habrá un contexto más amplio de sufrimiento de los cuerpos que debe ser entendido y aliviado.

APÉNDICE

LA ARGUMENTACIÓN EN UNA SÍNTESIS ESQUEMÁTICA

BIOMEDICINA	ANTROPOLOGÍA SOCIAL
EN SUS PERSPECTIVAS GENERALES	
Dirigida a la acción	Dirigida a la comprensión
Complejidad sólo si es necesaria para la acción	Complejidad siempre necesaria para una visión holística
Enfermedades como episodios limitados	Enfermedades como flujos de eventos
Causalidad lineal por causa principal	Sobredeterminación por factores múltiples
Factores socioculturales secundarios	Factores socioculturales primarios
EN SUS INVESTIGACIONES	
Se plantean preguntas formales	Las preguntas son formales, informales o emergen en el proceso
Focalización en el caso	Focalización en el contexto relacional
LAS PUBLICACIONES DEBEN SER	
Definitivas o refutacionales	Consistentes pero también sugerentes
ORIENTADAS A	
Reflexión limitada de la realidad	Totalidad
EL INVESTIGADOR	
Distanciado	Involucrado
Se requiere el análisis cuantitativo	Análisis cuantitativo cuando es necesario
Se descartan los casos atípicos	Los casos atípicos son cruciales
SE CENTRAN EN	
La enfermedad (disease) como interés principal	El padecimiento (illness) como interés principal
Lo dado por sentado, lesiones reales en tiempo y espacio, situadas en el cuerpo	No limitado en tiempo y espacio, construido socialmente a través de la praxis situada y, por tanto, la enfermedad (sickness) determinada social, económica y políticamente ----> la enfermedad (disease) como construcción social
Elicita relatos dentro de su propio marco referencial	Procura aceptar los marcos de los sujetos
Concluye proveyendo respuestas a preguntas formuladas desde el comienzo	Concluye con la creación de preguntas a respuestas planteadas en el comienzo
¿Poco creativa pero probablemente correcta?	¿Creativa pero inadecuada en el contexto

NOTAS

¹ Instituto Antropológico Real de Gran Bretaña.

² Literalmente, “tan diferentes como la tiza y el queso”. Un dicho comparable en idioma castellano es: “Son como el agua y el aceite”. Se preserva en el texto el dicho en inglés para conservar el sentido del texto del autor. Nota de las Traductoras.

³ La traducción textual es: “No puede distinguir su trasero de su codo”; en el idioma habitual: “No da pie con bola”. Nota de las Traductoras.

⁴ Se ha optado por traducir *embodiment* como ‘corporificación’, en virtud del contenido dualista que subyace en términos tales como en-carnación o incorporación. Nota de las Traductoras.

⁵ En los siglos XVI y XVII algunas sustancias curativas eran conocidas en inglés como “simples” (*simples*); en el siglo XX, se convirtieron en “balas mágicas” como resultado de la ingenuidad química alemana al inventar las sulfonamidas.

⁶ En el original, *sida*. Nota de las Traductoras.

⁷ Sida, en inglés. Nota de las Traductoras.

BIBLIOGRAFÍA

Armstrong, David (1987). “Theoretical tensions in bio-psychosocial medicine”. En: *Social Science and Medicine*, 25, 11, 1213-1218

Berg, Marc y Mol, Annemarie (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques and Bodies*. Duke University Press, Durham N.C. y Londres.

Braveman, Paula; Starfield, Barbara y Geiger, H. Jack (2001). “World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy”. En: *British Medical Journal*, 323, 678-81.

Evans-Pritchard, E.E. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Clarendon Press, Oxford.

Farmer, Paul (1992). *AIDS and Accusation, Haiti and the Geography of Blame*. University of California Press, Berkeley.

- Fee, Elizabeth y Fox, Daniel M. (comp.) (1988). *AIDS: The Burdens of History*. California University Press, Berkeley.
- Fee, Elizabeth y Fox, Daniel M. (comp.) (1992). *AIDS: The Making of a Chronic Disease*. California University Press, Berkeley.
- Frankenberg, Ronald (1995). "Learning from AIDS; the future of anthropology". En: Akbar, Ahmed S. y Shore, Cris (comp.). *The Future of Anthropology. Its Relevance to the Contemporary World*. The Athlone Press, Londres, capítulo 4, 110-133.
- Frankenberg, Ronald (1994). "What is power? How is decision? The heart has its reasons". En: Robinson, Ian (comp.) *Life and Death under High Technology Medicine*. Manchester University Press, Manchester, 189-210.
- Gussow, Zachary (1989). *Leprosy, Racism and Public Health*. Boulder Co, Westview Press.
- Hahn, Robert y Kleinman, Arthur (1983). "Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions". En: *Annual Review of Anthropology*, 12, 305-333.
- Howie, J.G.R. (1979). *Research in General Practice*. Croom Helm, Londres.
- Kleinman, Arthur (1988). *Rethinking Psychiatry*. The Free Press, Nueva York.
- Kleinman, Arthur (1995). *Writing at the Margin*. University of California Press, Berkeley.
- Lewis, Gilbert (1987). "A lesson from Leviticus: Leprosy". En: *Man*, 22, 593-612.
- Lock, Margaret (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. California University Press, Berkeley.
- Mol, Annemarie (1998). "Missing links, making links: the performance of some atheroscleroses". En: Berg, Marc y Mol, Annemarie (1998). *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques and Bodies*. Duke University Press, Durham N.C. y Londres, 144-165.
- Oppenheimer, Gerald M. (1988). "In the Eye of the Storm: The epidemiological construction of AIDS". En: Fee, Elizabeth y Fox, Daniel M. (comp.) *AIDS: The Burdens of History*. California University Press, Berkeley, 267-300.

- Oppenheimer, Gerald M. (1992). "Causes, cases and cohorts: The role of epidemiology in the historical construction of AIDS". En: Fee, Elizabeth y Fox, Daniel M. (comp.) *AIDS: The Making of a Chronic Disease*. California University Press, Berkeley, 49-83.
- Robinson, Ian (comp.) (1994). *Life and Death under High Technology Medicine*. Manchester University Press, Manchester.
- Taylor, Rex y Rieger, Annelie (1984). "Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia: an introduction and translation". En: *Sociology of Health and Illness*, 6, 2, 201-217.