

III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 1998.

# La Antropología Médica, Lo Uno-Lo Múltiple.

Mónica Weisner H.

Cita:

Mónica Weisner H. (1998). *La Antropología Médica, Lo Uno-Lo Múltiple. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbr/rw6>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## MESA REDONDA

# LO UNO EN LO MULTIPLE: UNA LECTURA DESDE LA ANTROPOLOGIA MEDICA

Coordinadora: Mónica Weisner

## *La Antropología Médica, Lo Uno - Lo Múltiple*

Mónica Weisner H.\*

Ayer, después de presentar la Conferencia Inaugural del Congreso, se me acercó un grupo de estudiantes de Antropología que no conocía, expresando su interés en asistir a la Mesa Redonda que yo coordinaría hoy. Me confesaron, sin embargo, que no tenían una noción muy clara acerca de cual era el campo de la Antropología Médica, en qué consistía el quehacer de los antropólogos médicos, cual era la trayectoria de esta subdisciplina, si acaso existían orientaciones teóricas específicas de la subdisciplina o si se seguían simplemente los enfoques de la disciplina "madre". Me solicitaron entonces, que si a manera de introducción, pudiera yo darles una visión panorámica de estos aspectos que les inquietaban, antes de que los demás panelistas expusieran sus trabajos. Acepté, aún cuando ello significó modificar mi intervención original. Me encontraba aún envuelta en el espíritu del día anterior - en el ayer - cuando recordara a Alfred Haddon, al celebrarse exactamente 100 años desde la

primera expedición antropológica interdisciplinaria. Hoy lo haré centrando la atención además, en los restantes miembros del equipo que viajó con grandes dificultades a las Islas del Estrecho de Torres.

En 1898, el primer proyecto multidisciplinario en la historia de la Antropología fue patrocinado por la Universidad de Cambridge, e incluyó a la etnología, la antropología física, la psicología, la etnomusicología, la antropogeografía, la lingüística y la sociología. Así, la investigación se dividió de acuerdo al expertizaje de cada uno de sus miembros.

Haddon, su organizador y jefe de la expedición, fue primero naturalista y luego antropólogo. Se dedicó a tomar las medidas antropofísicas de los isleños de las Islas de Mer, además de estudiar las costumbres locales y su arte decorativo. William Rivers, antes que antropólogo, fue médico especializado en psicología experimental y en fisiología, enseñando estas materias en Cambridge, desde 1893. Se dedicó a hacer estudios en psicología experimental a los isleños, investigando

---

\*Profesora del Departamento de Antropología- Universidad de Chile.  
Integrante del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética - Universidad de Chile.  
Miembro de la Comisión Internacional de Antropología Médica.

también aspectos relativos a su visión. Sus conclusiones, desde luego muy influidas por los conceptos de la época se volcaron en una obra pionera editada de manera póstuma en 1924 ( "Medicine, Magic and Religion" ). Es precisamente este estudio etnográfico de medicina aborígen y más tarde otros, los que constituyeron el inicio de lo que se denominaría antropología médica.

William Mc Dougall y Charles Myers, ambos médicos, fueron alumnos de Haddon y de Rivers. El primero estudió la sensibilidad táctil de los isleños y el segundo investigó su audición, dedicándose además a estudios en etnomusicología. Charles Seligman, especialista en medicina familiar y en enfermedades tropicales se propuso investigar la medicina de los aborígenes del Estrecho de Torres y sus patologías locales. Efectuó también estudios etnográficos comparativos. Sidney Ray, se dedicó a estudios en lingüística y fue también el traductor de los miembros del equipo, en tanto Anthony Wilkin , arqueólogo, y el más joven del grupo se abocó al estudio de la tenencia de la tierra y fue además el fotógrafo oficial.

La expedición fue concebida y ejecutada en pleno imperialismo británico victoriano. Haddon fue un crítico de esta situación. Años antes de la misma, ya había propuesto la creación de un Bureau de Etnología con el fin de evitar arbitrariedades y abusos en contra de los nativos.

El legado de esta investigación antropológica de campo fue muy valioso y fueron muchos los esfuerzos, múltiples las dificultades en su desarrollo, tanto para poder iniciarla, como durante el largo tiempo de permanencia en las islas del Estrecho de Torres. Sin embargo, al regreso, un espeso velo cubrió a esta expedición, y principalmente a su líder, Alfred Cort Haddon . Cuando arribó a Inglaterra éste se enteró que había perdido su puesto como profesor en la Universidad de Cambridge, y se lo habían dado a quien él dejó de reemplazante. Después de grandes penurias, se le contrató nuevamente en Cambridge recién en 1909. A partir de ese momento el interés de Haddon sería el de expandir y establecer la Antropología a nivel internacional.

Nada se dice de Haddon en los diferentes textos de antropología, a pesar de que la expedición de 1898 que él organizara constituyó el paso decisivo en la institucionalización de la Antropología en el mundo. Es a partir de entonces que toma el rango de disciplina académica en Cambridge siendo designada con el nombre de Antropología Social. De allí pasaría al resto del mundo.

Para los que no me escucharon ayer, algo mencioné

de la influencia de Haddon en sus alumnos. Años más tarde, entrenados por él en el trabajo de campo, continuarían exportando el legado de la Expedición, al ser luego los profesores de los recientemente creados departamentos de Antropología, tanto en el Reino Unido como en el resto del mundo. Entre ellos se encuentra Radcliffe Brown, su discípulo dilecto, a quien Haddon consiguió un cargo en la Universidad del Cabo y más adelante en la Universidad de Sidney. Malinowski , Gregory Bateson, Max Gluckman, Mc Ilwraith, Skinner y otros transmitieron las ideas del maestro en las Universidades de Toronto, de Otago, de Nueva Zelandia, e incluso en la Universidad de Calcutta.

Por 50 años, Haddon fue infatigable en hacer "lobby" y buscar financiamiento para sus discípulos. Ya fuera personalmente o a través de una profusa correspondencia, se contactó con todas las principales figuras de la Antropología. El estaba profundamente comprometido con el proyecto antropológico.

Esta expedición tuvo para mí formación importantes resonancias. Hace mucho tiempo di mis primeros pasos por la Antropología escuchando acerca de ella en la Universidad de Trinity, en Dublin. Allí había enseñado Alfred Haddon por más de 20 años ( entre 1880 y 1900 ). Fue así como quedé prendada de esta experiencia.

Desde esta Mesa Redonda de Antropología Médica, en el marco del último Congreso Chileno de Antropología del milenio y cumpliéndose exactamente en estos días un siglo desde la primera expedición científica antropológica de la historia, con un acentuado énfasis en el estudio de la salud y la enfermedad desde la perspectiva de la Antropología Social, deseo rendirle un homenaje a sus integrantes. Tanto los que en distintas partes del mundo se dedican a estas materias, como los que hoy nos encontramos convocados en torno a esta Mesa , todos somos, en cierta medida, sus herederos intelectuales.

Con respecto a las raíces de la Antropología Médica, la subdivisión que hoy denominamos Etnomedicina es la descendiente lineal de aquel temprano interés de los etnólogos por los sistemas médicos no-occidentales. Otra de las raíces de lo que más adelante se llamará Antropología médica, es la Antropología física. Por interés y por asociación mucho antes que existieran antropólogos socioculturales ocupados de la salud, los antropólogos físicos dedicaron su atención a tópicos de significación médica. Otra de las fuentes fue el movimiento de Cultura y Personalidad de los años 30, donde antropólogos, psiquiatras y psicólogos comienzan a indagar acerca de la personalidad adulta,

el carácter y el medio sociocultural en el cual éstos se desarrollan. Más adelante se intentará también redefinir el aporte de Freud desde una perspectiva más antropológica. A fines del decenio de 1930 fueron también relevantes los estudios de problemas psiquiátricos en comunidades urbanas, que llevaron el sello de la Escuela de Chicago. La última de las raíces, el movimiento de Salud Pública Internacional después de la segunda guerra mundial, es el que gatilla tal vez más que los anteriores, la necesidad de crear esta nueva subdisciplina.

Uno de los hitos principales en la legitimación de esta disciplina, es el artículo de Norman Scotch, en 1963, donde emplea por primera vez el término de Antropología Médica. En el mismo año Benjamin Paul habla de “antropólogos médicos”. En 1968 se funda en Estados Unidos la Sociedad de Antropología Médica. En 1972, 1973 y 1974 Fabrega, Lieban y Foster, respectivamente, hacen un análisis del desarrollo de la disciplina hasta la fecha.

Pocos años después, en 1979, hace ya 19 años, el doctor Fernando Cabieses sentado aquí junto a nosotros y el doctor Carlos Alberto Seguí, organizan el Primer Congreso Mundial de Etnomedicina. Fue un encuentro itinerante : tuvo lugar en la costa (sede Lima), en la sierra (sede Cuzco) y en la selva amazónica (sede Pucallpa) del Perú. Tuve el honor de coordinar para Chile dicho evento.

En 1985, en el 1º Congreso Chileno de Antropología, nosotros, de manera incipiente pero comprometida, tuvimos un Simposio de Antropología Médica, el cual tuve el honor de coordinar. Lo mismo ocurrió en el 2º Congreso de Valdivia, donde coordinamos la Mesa Redonda con invitados extranjeros, entre los que se encontraba el Dr. Cabieses, y también el Simposio de Antropología Médica.

Solamente recién 10 años después del primero, y luego de varios intentos infructuosos de parte de otros países organizarlo, se pudo efectuar el 2º Congreso Mundial de Antropología Médica. Nuevamente Perú fue la sede, bajo la organización del Dr. Cabieses.

Pudimos constatar el grado de institucionalización experimentado por la disciplina en el transcurso de una década, ya que fue el Ministro de Salud de Perú quien inauguró el evento, en la sede de la cartera.

En los últimos 25 años la subdisciplina ha tenido un auge espectacular. Me atrevería a decir que desde aquel 1er. Congreso organizado en Perú se han llevado a cabo decenas, tal vez un centenar de eventos cuyo foco de interés es la antropología y la salud. Por ejemplo entre el XIII Congreso Internacional de Antropología efectuado en México en 1993 y el XIII que se realizó

hace tres meses en Williamsburg, hemos apreciado personalmente el gran aumento, tanto en cantidad como en calidad, de los trabajos dedicados a esta área de estudio.

Así, el hecho que antropólogos de los más diversos entrenamientos, escuelas, modelos teóricos y metodológicos, con una gama vastísima de focos de interés – que hemos denominado “lo múltiple” - se interesaran desde mediados de los sesenta de manera creciente y relativamente abrupta en los aspectos sociales y culturales de la salud y la enfermedad, creó al principio un problema de identidad a la Antropología Médica – que aquí hemos definido como “lo uno”.-

Daremos un breve vistazo a los diferentes paradigmas y orientaciones teóricas que la subdisciplina ha tenido desde su emergencia como campo específico de investigación.

Sin excepción los historiadores citan como pionero el estudio ya mencionado de William Rivers. Sin embargo, todos los sitúan erróneamente en 1924, es decir un cuarto de siglo después de cuando realmente se efectuó la expedición al Estrecho de Torres. Es grande el desconocimiento y la confusión en torno a esta expedición por parte de los historiadores. Incluso Aguirre Beltrán en su capítulo “Nace la Antropología Médica” – si bien precisa textualmente “Rivers, en 1924 en el libro que marca el inicio moderno de la Antropología Médica”.... (1986:22) – le adjudica haber investigado entre los indígenas Toda de la India, en lugar de los aborígenes del Estrecho de Torres. Sorprende, ya que esta expedición dio origen a una copiosa bibliografía editada por la Universidad de Cambridge. Para Kenny y De Miguel tan importante es esta obra de Rivers que precisan: “con la excepción del libro de William Rivers hasta los años 60 no existen apenas libros en Antropología Médica con una ambición teórica sistemática” (1980:14). De acuerdo al contexto de la época, el británico Rivers clasifica a las manifestaciones de medicina primitiva ya sea como mágica o religiosa, constituyendo dos diferentes universos de discurso con la medicina moderna. Aún cuando su modelo es bastante estático, en ocasiones admite el cambio a través de dos procesos: por difusión o contacto cultural y por degeneración debido al aislamiento cultural.

El norteamericano Forrest Clements, en 1932, tabula a 300 sociedades a partir de la bibliografía etnográfica en su “Conceptos Primitivos de Enfermedad”. Desde su visión particularista histórica de corte atómico, se rige por la presencia o ausencia de ciertos rasgos culturales relacionados con la salud y la enfermedad,

distribuidos espacialmente. En el caso extremo de que la presencia de un rasgo no se pueda explicar, Clements habla de invención independiente.

En 1926 Robert Redfield llega a Tepoztlán, México y publica "Plantas curativas de Tepoztlán: un herbario folk mexicano". Más tarde, junto a su esposa Margaret Park y a Alfonso Villa Rojas ampliarán las investigaciones de la medicina, enfermedad y su tratamiento entre los mayas.

Poco después, el antropólogo mexicano Miguel Othon de Mendizábal entre 1935 y 1940, luego de hacer un análisis del estado de salud de la población rural advierte de la situación lastimosa en que se encuentran los pueblos indígenas en México. Formula entonces proposiciones que incluyen grandes cambios en la medicina oficial, y a raíz de esto se crea la Escuela Superior de Medicina Rural, donde una de las exigencias para los futuros médicos será recibir instrucción en Antropología.

El médico Henry Sigerist publica "Civilización y Sociedad" en 1943. Atraído por los logros de la medicina socializada de la Unión Soviética publica más tarde otra obra donde recomienda que la asistencia en salud debe cubrir a toda la población y no sólo a aquellos que puedan comprarla en el libre mercado. Por su parte, Erwin Ackerknecht, famoso historiador de la medicina que prácticamente no efectuó trabajos de campo, publicó extensamente desde 1940 hasta 1971. Reconoce deudas intelectuales con los funcionalistas británicos y también con la tradición boasiana, en particular con la de Ruth Benedict. De manera explícita hace un esfuerzo por integrar el historicismo y el relativismo cultural de la época, en especial el modelo configuracionista. Rechaza el modelo no contextual de Clements, aunque concuerda con sus antecesores que las variadas manifestaciones de medicina primitiva constituyen todas medicinas mágico-religiosas, concepto que más adelante será erradicado.

Los modelos de todos estos autores anteriores a 1950 se centraron en los aspectos teóricos y su estudio se limitó a sociedades tradicionales de bajo nivel tecnológico. A partir de los 50, los antropólogos demostraron la utilidad práctica de sus conocimientos y métodos de investigación al personal internacional de salud pública, que en el decir de Foster y Anderson "recibieron a los antropólogos con los brazos abiertos..... y por otro lado no los hacían sentirse amenazados como profesionales" (1978: 8). A partir de 1955, Benjamin Paul desea contribuir con la antropología aplicada a la Salud Pública en su libro "Salud, Cultura y Comunidad". Aunque él no lo

explicita ve a la cultura como un sistema y al patron cultural médico como uno de sus subsistemas, existiendo una compleja interacción entre ambos. El modelo de Paul es dinámico y analiza la naturaleza y consecuencias del cambio. Otros estudios de antropólogos que trabajaron en programas transculturales y de salud pública se efectuaron principalmente en latinoamérica, y corresponden a Adams (1953), Erasmus (1952), Foster (1952), Jenny y Simmons (1954), Kelly (1956) y Saunders (1954).

Con posterioridad se produce una adhesión al modelo ecológico para estudiar la enfermedad, que por una parte incluye las premisas principales de los autores arriba mencionados, pero incorpora además una orientación antropológica más biológica que sociocultural. Alexander Alland el formulador de la perspectiva médica ecológica, en su obra "Adaptación en la evolución cultural: un acercamiento a la Antropología Médica", (1966-1970) señala que la antropología médica puede servir como el nexo principal que una a la antropología física con la antropología cultural. Frank Livingstone (1960), Frederick Dunn (1968), Robert Mc Craiken (1971), son representantes importantes de este enfoque que ha sido denominado por algunos como Ecología Médica o Epidemiología Social. Ann Mc Elroy y Patricia Townsend (1996) representantes más recientes de la teoría médica ecológica precisan que la salud es vista como una medida de la adaptación al medio ambiente y los niveles de salud del grupo social reflejan la naturaleza y calidad de las relaciones dentro del grupo, con los grupos vecinos y también con plantas y animales del habitat.

Los más recientes adherentes a la corriente de la perspectiva psicoanalítica o psicológica profunda en Antropología Médica, como Stein, señalan que ésta ofrece la pieza final del puzzle que ayuda a la interpretación de los sistemas culturales; que no es meramente un epifenómeno de la cultura sino parte del diseño de la misma y de sus sistemas médicos. El psicoanálisis ha ofrecido una comprensión adicional al quehacer de la antropología médica al mostrar el interjuego de los factores concientes, preconcientes e inconcientes en todas las áreas de las operaciones mentales y la acción (1990:73). Para los antropólogos médicos psicoanalíticos como Derwin (1988) el mundo externo es importante pero siempre interactúa con el mundo interno influenciando a la emoción, la percepción y la estructura mental.

En los últimos años, autores como Byron Good (1994) identifican cuatro perspectivas teóricas en antropología médica: el paradigma empiricista, el

paradigma cognitivo, el paradigma crítico y la teoría cultural interpretativa, que es aquella a la cual el adhiere. Por su parte McElroy y Townsend (1996) hacen una clasificación algo diferente: las teorías interpretativas, teorías críticas o de política económica, teorías político – ecológicas y teorías médico ecológicas, a las cuales ellas adscriben.

Arthur Kleinman (1995) uno de los principales representantes de la teoría cultural interpretativa o enfoque centrado en el significado en antropología médica, indica que la enfermedad no es una entidad sino un modelo explicativo. La enfermedad pertenece a la cultura, en particular a la cultura especializada de la medicina. La enfermedad es cognoscible tanto por los que la padecen como por los sanadores, y sólo a través de un conjunto de actividades interpretativas que incluyen la interacción con la biología, las prácticas sociales y marcos significativos culturalmente constituidos.

La conformación del paradigma de la antropología médica crítica (AMC), es la más reciente en la subdisciplina. Si bien Baer y Singer fueron los primeros en acuñar el término en 1982, ya antes habían existido esfuerzos en hacer una redirección crítica de la antropología médica. Este modelo se ocupa del modo como las diferencias en el poder moldean los procesos sociales, incluyendo la investigación en antropología médica. Sus raíces pueden remontarse a Marx, Engels, C. Wright.

Al igual que Navarro (1976), Waitzkin (1983), Foucault (1975), y Susser (1997) los antropólogos médicos críticos piensan que las ideologías dominantes y los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas y patrones externos a la biomedicina. La antropología médica crítica se ocupa de la salud tanto en sociedades indígenas, como en sociedades precapitalistas, capitalistas y aquellas de orientación socialista. Entiende los problemas en salud dentro del contexto de fuerzas políticas y económicas que las circundan, incluyendo a las fuerzas a escala institucional, nacional y global, que estructuran las relaciones humanas, moldean los comportamientos sociales, condicionan las experiencias colectivas, reordenan las ecologías locales y sitúan los significados culturales. La AMC hace conexiones entre el macro nivel del mundo capitalista y el micro nivel de las creencias de los pacientes acerca de la enfermedad y de sus experiencias con la misma. Este enfoque enfatiza la inexistencia de una ciencia libre de valores, y recomienda obtener la data más fidedigna posible para efectuar una precisa síntesis teórica, a fin de que la

práctica resultante de la investigación pueda ser útil en cambiar las condiciones opresivas y aliviar al sufriente. Aún cuando la AMC se origina en perspectivas teóricas críticas, incorpora también las contribuciones teóricas de otros enfoques en antropología médica, incluyendo a la ecología médica o biocultural, a los enfoques etnomédicos, al constructivismo cultural, al postestructuralismo, y al posmodernismo.

En las últimas décadas un grupo creciente de antropólogos en Estados Unidos y otros países han efectuado contribuciones a la biomedicina y a la antropología trabajando en ambientes médicos clínicos. Sus seguidores denominan a este enfoque antropología clínica o antropología clínica aplicada. Se han visto en la necesidad de hacer una diferenciación rólica con los antropólogos médicos en general, al hacer una distinción básica versus una aplicada al interior de la subdisciplina. Para algunos de sus representantes, como Chrisman y Johnson (1990) el tipo de antropología que se encuentra en los centros de salud claramente forma parte de la rama aplicada de la disciplina: es una antropología dedicada a ayudar a los profesionales de la salud para manejar lo que hacen. En otras palabras, aplican la data antropológica, los métodos de investigación y la teoría a asuntos médicos clínicos.

La antropología médica aplicada tiene un acercamiento más amplio que la anterior ya que no sólo se limita a trabajar en ambientes clínicos. Una de sus representantes, Hill (1990), precisa que si bien la dialéctica entre la teoría y el método guía la perspectiva profesional del antropólogo médico, las destrezas metodológicas necesarias para sobrevivir en un ambiente aplicado se privilegian a la teoría. Los antropólogos médicos aplicados cualquiera sea el ambiente donde trabajen, forman parte tanto del macronivel de las políticas, su cultura y estructuras subyacentes como del micronivel y su cultura y estructura. Uno de los objetivos principales de los antropólogos médicos aplicados, entonces, es comprometerse en un proceso de resolución de problemas que es social y culturalmente sensible, que puede responder a una retroalimentación correctiva, que es responsable y que conduce a un conocimiento crítico. Esto implica contextualizar un problema específico y valorar que es lo que ganarán o perderán los participantes en este proceso de transformación con los cambios que se pretenden introducir y con sus consecuencias indirectas.

Y ahora .....el presente.

En la Conferencia Mundial de Alma Ata, en 1978, la

OMS hace famoso su lema "Salud para todos en el año 2000". Declara en ese momento que dos tercios de la población del planeta emplea otras medicinas distintas que la occidental para atender sus dificultades en salud y reconoce la incapacidad de la biomedicina de resolver los problemas de salud de esa parte de la humanidad.

Faltando un año para el 2000, nos preguntamos ¿qué ha sucedido con la atención en salud de los habitantes del mundo? ¿Ha mejorado, o es más, se ha cumplido aquello recomendado por la OMS para todos los que pueblan esta tierra? ¿Cómo se ha ido desarrollando desde entonces la biomedicina? Tenemos muchas interrogantes más que con seguridad, irán apareciendo en el debate de esta Mesa Redonda.

Pienso que en esta materia el panorama es desolador y que estamos más lejos aún del propósito que se fijara hace 20 años la OMS. Existe una crisis sanitaria y una crisis en la medicina contemporánea que no se debe solamente a la orientación neo-liberal y del capitalismo en la etapa de globalización en la que nos encontramos, pero es consecuencia importante de éstos, al agravarse las desigualdades sociales que generan serios problemas específicos de salud. Y estos problemas son precisamente parte del quehacer de los antropólogos médicos. Así, cotidianamente vemos aparecer en los medios de comunicación problemas relacionados con enfermedades asociadas a la pobreza, como las infecto-contagiosas y la desnutrición; las enfermedades asociadas a las guerras, drogadicción, alcoholismo, ETS y VIH Sida, embarazo de adolescentes, aborto, dificultades en los accesos a los servicios de salud, violencia intrafamiliar y otros tipos de violencia (abuso infantil, violaciones), desórdenes de la alimentación (anorexia, bulimia), enfermedades derivadas de la contaminación ambiental, enfermedades asociadas al trabajo, cirugía innecesaria (cesáreas y otras), malpráctica médica, problemas de bioética, clonación, nuevas tecnologías reproductivas, trasplante de órganos, tráfico de órganos humanos, enfermedades de la ancianidad, stress, depresión, angustias, enfermedad mental, enfermedades degenerativas crónicas, enfermedades terminales. Desafortunadamente esta enumeración no se agota aquí.

Por otra parte, el sistema médico occidental, entre varios otros problemas, es testigo de una fuga de sus pacientes lo que corresponde a fenómenos socioeconómicos, políticos, culturales y epidemiológicos más amplios, y que no alcanzaremos a analizar aquí. Estos usuarios, de manera creciente, van engrosando la fila de otros sistemas y paradigmas

médicos, que privilegian de mejor forma a la persona enferma y su cuidado. Entonces, al llegar al año 2000, nos encontramos ante la situación paradójica que en vez de disminuir la brecha, al parecer son aún más que dos tercios los pacientes que en el mundo acuden a otras medicinas. Se está produciendo un empleo creciente de las así denominadas medicinas alternativas (término introducido por la OMS en 1962). A partir de los años 60 y de manera creciente comienzan a exportarse a Europa y a los Estados Unidos paradigmas y sistemas terapéuticos distintos e incluso opuestos a los de la racionalidad médica occidental. Esto se ha ido haciendo extensivo al resto de occidente y constituye, en gran medida, un rechazo al modelo biomédico establecido. En palabras de Kenny y De Miguel "la medicina contemporánea está en entredicho: cura cada vez menos y enferma cada vez más". (1980 :20).

Se incorporan así conocimientos de antiguos sistemas orientales (medicina tradicional china y acupuntura, medicina ayurvédica, y otras terapias orientales menores como el reiki, el chuaká, qi-kong, etcétera.); se emplean técnicas de visualización, basadas originalmente en la medicina tibetana, la homeopatía popular, la fitoterapia. Se produce también un resurgimiento de las medicinas populares o "folk", de las medicinas nativas o indígenas (tanto las neo-chamánicas como las no chamánicas), de aquellas ligadas a las religiones afroindígenas (que operan con intermediarios terapéuticos de seres espirituales y divinidades). En algunos países de latinoamérica se regresa incluso a la autoatención doméstica de la salud. Paralelamente se produce un gran desarrollo de negocios naturistas tradicionales, del empleo de una etnofarmacopea basada principalmente en el uso de hierbas medicinales. Se acude cada vez más a chamanes, yerbateros, entendidos, y otros agentes de salud tradicionales. Estas medicinas alternativas, paralelas o complementarias a la biomedicina se utilizarán para curar padecimientos orgánicos y no orgánicos, "males espirituales", o también dolencias para las cuales la biomedicina no posee aún tratamientos, desde un abordaje holístico que no ofrece la medicina institucional.

Todos estos fenómenos y procesos, están vinculados directamente al interés y objeto de estudio de los antropólogos médicos, aún cuando constituyen sólo una parte de su quehacer.

Los antropólogos médicos – con su visión holística, con un entrenamiento en una variedad de orientaciones teóricas como ya hemos mencionado, con una amplia gama de métodos de investigación, con un acervo en

estudios transculturales que le predisponen al respeto por la diversidad cultural- pueden hacer contribuciones bastante únicas.

El rol del antropólogo médico, en especial cuando es aplicado, es a veces un poco ambiguo y está bastante abierto a la invención. Generalmente puede requerir de una modificación de los métodos que los otros antropólogos usualmente emplean. Con su sentido común, su sofisticación conceptual y amplitud metodológica, podrá aplicar sus habilidades de muchas maneras. También podrá combinar la antropología con entrenamientos y experiencias en salud pública, enfermería, trabajo social, psicología, medicina. Tomemos como ejemplo los distintos roles desempeñados por un antropólogo médico que trabaja en salud comunitaria. Además del clásico trabajo en la academia, podrá estar capacitado para ser un "broker" cultural; podrá diseñar, implementar, y evaluar programas en salud. Puede ser un administrador, un planificador en salud, diseñar proyectos e investigar. Puede también ser un comunicador, un facilitador, un traductor cultural, un intérprete, un proveedor. Podrá aprender de diversas disciplinas como administración pública, epidemiología, bioestadística, "marketing" y muchas otras. Podrá ser un experto en "role playing" y en resolución de problemas y conflictos; también un negociador de conflictos.

En fin, eso es lo que hacemos los antropólogos médicos. Se puede decir que en cierta medida somos híbridos transdisciplinarios, con una perspectiva multidimensional. Una vez más resuena aquello de lo uno en lo múltiple.....

Antes de finalizar, desearía socializar con ustedes por donde me ha llevado mi pasión por la antropología y la salud.

En el área de las medicinas nativas y tradicionales y de la medicina intercultural he tenido la suerte de aprender e investigar en diferentes lugares del planeta: en Nepal, en la aldea de Bhaktapur con sanadores ayurvédicos. En Lanchow, República Popular China, con especialistas de la medicina tradicional china. En el Tibet, en la Escuela de Medicina de Lhasa, donde además de la medicina institucional se enseña paralelamente la medicina Bon, la tradicional tibetana. También en Shigatse, Tibet, con agentes de salud tradicionales.

En India, con sanadores tradicionales de los grupos nativos de Mannan, Carali y Arayan en las montañas del distrito de Idukki; también en Chennapatna en una comunidad que vive de la sericultura. En el sur de la India he estudiado la medicina indígena de grupos

bosquimanos en la comunidad de Irula, en el distrito de Coimbatore. En Pottamabu, en la colonia tribal india con 40 familias también de bosquimanos donde toda la vida, incluso las labores extractivas y sus deidades pertenecen al bosque. En comunidades campesinas de Kerala y con pescadores artesanales de Trivandrum, Bangalore, una de las regiones mas densamente pobladas del mundo.

En Latinoamérica he podido permanecer en Iquitos, en la amazonia peruana, con shamanes, que sanan con alucinógenos; en Guatemala en comunidades mayas. En mi país, he trabajado con sanadores mapuches urbanos y con aymaras del altiplano. En la actualidad me ocupa el fenómeno de la interculturalidad en Isla de Pascua, donde estudio el contacto entre la medicina oficial chilena y la medicina rapanui.

Para estudiar los patrones de sexualidad y comportamiento reproductivo, he estado en Xining, República Popular China, con grupos musulmanes Hui y con pastores nómades de yak en el altiplano tibetano, minorías étnicas donde no existen restricciones gubernamentales con respecto al número de hijos que las parejas desean tener, a la inversa de lo que sucede en el resto del país, donde las políticas oficiales a favor del control de la natalidad son muy severas.

Entre los indígenas Toda, pastores de búfalo, en Badaga, a los pies de las montañas Nilgiris en los Gats occidentales de la India, pude comprobar allí que aún en la actualidad la poliandria se ejerce totalmente. La mujer se empareja con su esposo y luego, secuencialmente, con todos los hermanos de éste. Así, siempre un hombre permanece con ella y sus hijos mientras los restantes parten lejos al pastoreo del búfalo. Luego se van turnando. Los hijos que nacen de esta poligamia fraterna son comunes a todo el grupo, conviviendo en gran armonía.

Ahora, con respecto a la salud reproductiva y al aborto provocado, en zonas urbanas, que he investigado en los últimos 20 años, quiero destacar el que efectué con el Alan Guttmacher Institute (AGI) finalizado en 1994 en 6 países de América Latina (México, República Dominicana, Colombia, Perú, Chile y Brasil). Se estimó que cada año cuatro millones de mujeres se practican abortos clandestinos en América Latina (AGI, 1994), elevándose a 4.600.000 para la OMS (1994).

Las únicas estadísticas que en la actualidad se emplean a nivel político y en los medios de comunicación de Chile son las extraídas de nuestros estudios.

Recordemos que el Programa de Acción aprobado en 1994 en la Conferencia de Cairo, definió como prioritario un modelo conceptual en que se destacara la salud reproductiva y sexual en el marco de los



derechos humanos para lograr una sociedad más justa y equitativa. En la Conferencia de Beijing (1995) la salud reproductiva y el aborto produjeron las mayores controversias. El aborto clandestino efectuado en condiciones riesgosas atenta contra la vida y la salud de las mujeres, como todos sabemos.

En los diferentes trabajos emprendidos para estudiar los complejos mecanismos que afectan a la salud reproductiva desde la perspectiva de la Antropología Médica, he empleado un modelo conceptual crítico que analiza de manera integral la salud y la prevención de las malestares en el contexto de la cultura, del comportamiento social, de los sistemas económicos y políticos, y de la biología humana. La metodología ha sido pluralista y complementaria, utilizando diferentes acercamientos de acuerdo a los objetivos de las distintas investigaciones.

De estas investigaciones se han derivado algunos aportes en el país, a saber, la incorporación de la información que hemos obtenido en programas de estudio de la educación escolar; también en programas dedicados a prevenir la reincidencia del aborto. Además, al ser invitada al Congreso Nacional de Chile pude demostrar a los parlamentarios la complejidad y multideterminación de los factores involucrados en el proceso del aborto, ante el envío de sendos proyectos de ley para aumentar aún más las penas por aborto a 15 años de prisión. Chile es uno de los 17 países en el mundo donde el aborto está prohibido bajo cualquier circunstancia, incluyendo el terapéutico (se eliminó en 1989), incluso si está en riesgo la vida de la madre.

A nivel internacional nuestros trabajos han sido útiles al demostrar las consistentes regularidades observadas en los países en estudio, y hemos aportado así elementos para las propuestas presentadas en foros internacionales, como Cairo 1994 y Beijing 1995.

Actualmente me encuentro realizando estudios de índole cualitativa a fin de evaluar las lecciones aprendidas y los obstáculos surgidos en el país desde estas Conferencias.

Algunos antecedentes ya me permiten suponer que los 160.000 abortos clandestinos anuales en Chile no han disminuído; y que los 5,5 abortos provocados por cada 10 nacidos vivos tampoco, y que en esta área existen grandes problemas que aún no empiezan a resolverse. Todos estos datos serán confrontados en Cairo +5, que tendrá lugar a comienzos de 1999. En Cairo +5, se realizará una revisión y evaluación para continuar con la implementación del Programa de Acción al que aludíamos, a fin de llevar a buen término las prioridades mencionadas.

¿Y qué nos depara el futuro?

Veamos antes algunos descubrimientos precursores que la ciencia y tecnología nos ha presentado en el último decenio, avances que hasta hace poco eran insospechados: se ha demostrado que la clonación humana es factible. En julio de 1996, en Roslin, Escocia, nace mediante clonación – sin padre biológico – la oveja Dolly y luego el clon ovino transgénico Polly. En 1993 un grupo de científicos de la Universidad George Washington produjo decenas de clones de embriones humanos a partir apenas de un embrión. En 1998 se repitió la misma experiencia en Corea del Sur, demostrando que la búsqueda de la inmortalidad a través de una reproducción potencialmente infinita del mismo genoma, es totalmente posible en el ser humano. Sólo lo impide la bioética.

Comienza la generterapia, el recambio de genes que causan enfermedades. Se descifra totalmente el genoma de la *Escherischia coli*, y de una bacteria que es la principal causante de la úlcera gástrica. En la Universidad de Barcelona y en el Centro de Biotecnología de Madrid se han descubierto respectivamente el gen de la lisinuria y el de la espina bífida. Científicos norteamericanos y británicos emplearon terapia génica para curar la fibrosis quística. Investigadores israelíes descubrieron un gen que interviene en la formación del melanoma y de metástasis en la piel. En Santa Mónica, California, científicos descubrieron un nuevo método que revela si el melanoma se ha diseminado por otras partes del cuerpo.

Se descubre en Colombia una vacuna para el combate mundial del paludismo, y en el Instituto Johns Hopkins se crea una vacuna contra la malaria. Un procedimiento médico de la Universidad de Maryland permitió que personas que previamente los rechazaban, fueran sometidas con éxito a trasplantes del riñón. Un equipo de investigadores estadounidenses demostraron que ciertos tratamientos químicos preventivos podrían evitar el desarrollo del cáncer en el hígado. En el Instituto Johns Hopkins se llegó a la conclusión que la migraña afecta a las meninges, capas de tejido protector que envuelven el cerebro.

De acuerdo a Michio Kaku (1997) en los laboratorios del Instituto Nacional de Salud, el primer complejo médico de los Estados Unidos, en Bethesda, Maryland, se efectúan investigaciones revolucionarias que reformularán radicalmente nuestra salud y nuestras vidas en el siglo XXI.

Una de sus divisiones, el Centro Nacional para Investigaciones del Genoma Humano, intenta localizar todos los genes del cuerpo humano para el año 2005,

pero ya para el 2002 se conocerá el 99% de estos genes. Sobre los hombros de Francis Collins descansan las responsabilidades científicas, médicas y éticas de desentramar el secreto de la vida.

La tarea que se propone el Proyecto del Genoma Humano, es crear un "mapa" de los 100.000 genes escondidos en los 23 pares de cromosomas en nuestras células. En la última década este proyecto ha avanzado muchísimo con la introducción de los laboratorios robóticos, computadores y redes neurales. Ya se tienen estimaciones por ejemplo, que el cerebro humano requiere de 3.195 genes, el corazón de 1.195, el útero 1.059, la próstata 1.203, las glándulas salivales, 17.

Collins y su colega, el Premio Nobel, Walter Gilbert de Harvard, piensan que en los próximos 20 años el escenario será el siguiente: para el año 2.000 los científicos habrán descubierto los códigos genéticos de 50 enfermedades hereditarias (tales como la hemofilia, la distrofia muscular, etc.). Para el año 2.010 se conocerán entre 2.000 a 5.000 enfermedades hereditarias, lo que permitirá la comprensión total de las bases genéticas de las enfermedades. Para el año 2020 cada uno de nosotros tendrá nuestro código genético personalizado y podremos conseguir en una farmacia nuestra propia secuencia de DNA en un CD. Desde luego, todo esto alterará fundamentalmente el curso de la medicina, la manera de cómo se tratará la enfermedad, creándose nuevas terapias y sanándose enfermedades que hasta ahora eran incurables. Se piensa que los "genes de la vejez" podrán mostrar la clave del proceso de envejecimiento, el cual podrá ser tratado por los médicos como un fenómeno reversible. Y más allá del 2050 se podrá manipular la vida. A esta nueva forma de medicina se le llama "medicina teórica" o "medicina molecular" y permitirá predecir la enfermedad antes de que se produzca. La forma actual de medicina basada en el tratamiento, dará lugar a una disciplina preventiva.

French Anderson, el padre de la terapia génica, que dirige su Instituto en la Universidad de California del Sur señala que la medicina, al igual que los computadores entrará ahora a su tercera etapa debido a la revolución biomolecular. En la primera etapa de la medicina por miles de años, los shamanes y místicos buscaron dificultosamente plantas y yerbas para encontrar aquella que espantara a los espíritus causantes de los males, lo que ha sido tradicionalmente parte fundamental del interés de la Etnomedicina. Sabemos bien que algunos de los medicamentos que usamos en la actualidad han tenido su origen en esta etapa primitiva pero importante, del ensayo y del error.

Hace pocos años, después de la 2ª guerra mundial, empezó la segunda etapa de la medicina, con el descubrimiento y la distribución masiva de vacunas y antibióticos que han eliminado temporalmente varios grupos de enfermedades.

Estaríamos entrando ahora en la 3ª etapa, la medicina molecular, la más profunda de todas. De acuerdo a Anderson, por primera vez en la historia de la humanidad se revelará cada nivel de patogénesis, proteína por proteína, molécula por molécula, incluso átomo por átomo. Se espera que en los próximos 20 años varias formas de cáncer serán vencidas y probablemente también bacterias como la del Ebola, la de las vacas locas, y las del VIH Sida. Algunos epidemiólogos estiman que para el año 2000, cien millones de personas estarán infectadas con el virus del VIH Sida, lo que es mucho más que todas las personas muertas en las guerras mundiales del siglo XX.

El uso indiscriminado de antibióticos ha causado problemas muy serios los que irán en aumento. Con su abuso, las bacterias han ido mutando de tal manera que se piensa que solamente una de cada 10 millones será resistente a un antibiótico específico en 20 años más, y sólo una bacteria cada 100 trillones de bacterias (10 millones de veces 10 millones) será resistente a 2 antibióticos.

Se pregunta Kaku cómo harán frente los médicos a una situación tan dramática en el año 2020.

Y sorprende su respuesta: una posibilidad novedosa sería redescubrir la sabiduría ancestral de los shamanes. Piensa que los médicos del año 2020 y después aún, deberán hurgar por los más remotos lugares del planeta en búsqueda de nuevos antibióticos que se extraerán de la naturaleza. Recomienda seguir los pasos de Paul Cox, un misionero mormón, quien hace poco ha encontrado en la etnofarmacopéa empleada por los shamanes de la isla de Upolu, cerca de Samoa varias plantas muy importantes. Al hablar bien la lengua indígena, Cox se dedicó pacientemente a conocer la medicina indígena de los isleños de Samoa. Así comenzó encontrando una planta efectiva contra la fiebre amarilla. Esta fue enviada al Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, donde se aisló un poderoso agente antiviral, denominado prostratin que es el candidato principal para comenzar las nuevas terapias contra el HIV Sida en el mundo.

Cox continuó con su búsqueda, basada en la medicina nativa. Luego, científicos de la Universidad de Uppsala siguieron sus pasos. Recientemente se ha descubierto que el 86% de las plantas recogidas por ellos tiene una

importantísima actividad biológica que actúa contra numerosas enfermedades. Estos descubrimientos recientes han revolucionado al mundo científico apareciendo en numerosas publicaciones .

En donde la revolución computacional del próximo milenio entra a tallar es aquí: hasta hace poco, el buscar los principios activos de miles de plantas y de animales de manera manual y artesanal era un proceso de azar que demoraba muchos años. De 10.000 sustancias analizadas, 100 aparecían como prometedoras, 10 eran probadas en seres humanos, y solamente una era efectiva. Esto cambiará dramáticamente con los laboratorios robóticos que estudiarán millones de compuestos de plantas en pocos meses, sin necesidad de probarlos en seres vivos. Se les coloca en tubos que contienen sustancias o proteínas que causan enfermedades específicas. Scanners ópticos investigarán alguna actividad desusada, y los compuestos que reaccionen serán seleccionados. Una vez que el ingrediente activo sea aislado, los bioquímicos estudiarán la molécula para ver como funciona el nuevo antibiótico.

Antes de finalizar, mencionaré aún un último ejemplo que demuestra el aporte que a través del estudio de la etnomedicina indígena harán en el futuro los antropólogos médicos. La manera cómo opera exactamente la relación mente-cuerpo a nivel molecular, y el impacto que tiene nuestro ánimo, el stress o el contacto social en nuestro sistema inmune, causando a veces enfermedades mortales, será una de las tareas principales de la ciencia médica en esta 3ª etapa de la medicina. Hasta hace poco, la moderna medicina consideraba a esta relación casi como charlatanería o creencias a un nivel esotérico, limitándola anecdóticamente al poder de la sugestión. Sin embargo, nuevos experimentos efectuados en conocidos centros científicos mundiales han arrojado luces sobre esta íntima relación. Esta división tan tajante entre mente y cuerpo que recién la biomedicina tiende a unir, no ha existido jamás en las grandes tradiciones médicas antiguas ni en las medicinas nativas en las distintas partes del mundo, donde desde antiguo se la ha considerado como un todo integral tal como lo ha demostrado la Antropología Médica desde sus inicios.

Colegas, podemos sentirnos optimistas..... al parecer aún tendremos trabajo para el próximo milenio, contribuyendo en algo al bienestar de la humanidad.....

A continuación cedo la palabra a nuestros distinguidos invitados extranjeros.

### **Referencias bibliográficas**

- Ackerknecht E. 1971 *Medicine and Ethnology: Selected Essays*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Aguirre Beltrán, G. 1978 "La capacitación para la Medicina Intercultural". En , *La Medicina Moderna y la Antropología Médica en la Población Fronteriza Mexicano-Estadounidense*. Boris Velimirovic (ed). Washington: Publicación Científica, O.P.S.: Nr. 359
- Alland, A. 1970 *Adaptation in Cultural Evolution : An Approach to Medical Anthropology*. New York : Columbia University Press.
- Baer, H. M, Singer y I: Susser 1997 *Medical Anthropology and the World System. A critical Perspective*. U:S:A: : Greenwood Publishing Group.
- Foster, G. Y B:G: Anderson 1978 *Medical Anthropology*. New York : John Wiley and Sons.
- Foucault, M. 1975 *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage
- Good, B. 1994 *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Goodman A. Y T. Leatherman (eds). 1998 *Building a New Biocultural Synthesis*. U.S.A: The University of Michigan Press
- Johnson , T. Y C. Sargent (eds) 1990 *Medical Anthropology. A Handbook of Theory And Method*. New York: Greenwood Press.
- Kaku, M. 1997 *Visions. How Science will Revolutionize the 21<sup>st</sup> Century* New York: Anchor Books, Doubleday.
- Kenny, M. Y J. De Miguel. 1980 *La Antropología Médica en España*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- Kleinman A., V. Das y M. Lock (eds). 1997 *Social Suffering*. U.S.A: The Regents of the University of California.
- Kleinman A., 1995 *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Los Angeles : University of California Press.
- Mc Elroy , A. y P. Townsend 1985 *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Colorado: Westview Press.
- Paul, B. 1969 "Anthropological Perspectives on Medicine and Public Health". En, *Cross-Cultural Approach to Health Behaviour*. p 26-42. N.J. : Farleigh Dickinson University Press.
- Scheper-Hughes, N. 1992 *Death without weeping: The violence of everyday life In Brazil*. Berkeley : University of California Press
- Wellin, E. 1977 "Theoretical Orientations in Medical Anthropology : Continuity and Change Over the Past half-Century". p 47-58. En, *Culture, Disease And Healing*. D. Landy (ed) . New York : Macmillan Publishing Co.
- Weisner, M. et al. 1994 "Clandestine Abortion in Latin america". New York. The Alan Guttmacher Institute Ed.