

Globalización, Salud y Cultura: aspectos emergentes. Propuestas para el análisis desde la Antropología Social

Globalisation, Health and Culture: emerging issues.

Proposals for an analysis from a Social Anthropology perspective

José Palacios Ramírez

Doctor en Antropología Social. Professor do Departamento Antropología Social y Cultural, Universidad Católica San Antonio, Murcia.

Endereço: Campus Los Jerónimos, s/n. CP. 30107. Guadalupe, Murcia, España.

E-mail: jpalacios@pdi.ucam.edu

Juan Ignacio Rico Becerra

Doctor en Antropología Social. Professor do Departamento Antropología Social y Cultural, Universidad Católica San Antonio, Murcia.

Endereço: Campus Los Jerónimos, s/n. CP. 30107. Guadalupe, Murcia, España.

E-mail: jirico@pdi.ucam.edu

Resumen

El propósito central de este artículo es presentar algunas reflexiones de carácter crítico sobre las relaciones entre las transformaciones en el campo de la salud y los procesos de globalización. Para ello partimos de los aportes de nuestra disciplina de origen, la Antropología social, pero también ocupan un papel central las teorías del filósofo francés M. Foucault. La idea es que estas reflexiones puedan abrir un espacio de debate con otros profesionales del campo socio-sanitario. En la primera parte el texto plantea el reto que supone pensar acerca de los nuevos procesos sociales ligados a la salud, debido a la aparición de modelos explicativos y de intervención en los cuales determinados aspectos que podríamos denominar “culturales” parecen haber pasado a ocupar un lugar central. Después pasa a sugerir, desde una perspectiva procesual las dinámicas emergentes que podrían estar tomando los procesos ahora globales de medicalización de la vida, tratando de apuntar sus paradojas, como el desbordamiento de los límites tradicionales de los saberes sanitarios y el ensamblaje de nuevas prácticas que parecen traducir al campo médico realidades hasta ahora fuera de su alcance.

Palabras clave: Salud; Globalización; Proceso de medicalización; Biopoder; Cultura.

Abstract

The core proposal of this article is to present a series of reflections of a critical nature on the links between changes in the field of health care and processes of globalisation. A lot of our work is founded on our discipline of social anthropology; however, the theories of the French philosopher M. Foucault also play a central role in this paper. Our intention is that these reflections may contribute to subsequent debate among professionals in the social-health arena. The first part of this article talks about the challenge that supposes to think about the new social processes related to the health, due to the appearance of explanatory and interventional models, in which some aspects that we could denominate “cultural” seem to occupy a central place. Later, the text suggests, from a processual perspective, the emergent dynamics that could be taking the global medicalization processes of the life now, trying to point his paradoxes as the underflow of the traditional limits of the medical knowledges and the assemblage of new practices that they seem to translate to the medical field realities outside of his reach until now.

Keywords: Health; Globalisation; Medicalization Process; Bio-power; Culture.

Introducción

Los procesos a los que de forma general nos referimos como globalización¹, han dado lugar podría decirse que en las últimas décadas-, a una significativa intensificación del interés, de intereses muy dispares por la “cultura”, por lo “cultural”². Resulta paradójico, además, que tal atención viene marcada -o al menos encauzada parcialmente- desde instancias oficiales en campos altamente institucionalizados dentro de las estructuras estatales, como la educación o la salud. Campos relativamente similares en cuanto a su ligazón con los procesos de racionalización social, o en tanto a su ambigua autonomía respecto a las “fuerzas” y lógicas del mercado. Pero por encima de todo, campos en los cuales mucho del esfuerzo institucional se había dado en pos de “dejar fuera la cultura” (véase Comelles, 2003). O si no, al menos, en pos de situarla en una posición subsidiaria respecto de saberes y prácticas apoyados en culturas científico-técnicas, privilegiadas por su posición dentro de las proyecciones ilustradas, vehiculadas por los estados modernos y las sociedades capitalistas.

Como este texto pretende alumbrar algunas propuestas antropológicas para el análisis de los aspectos emergentes del entramado globalización, salud y cultura (en una línea muy similar puede verse: Janes y Corbett, 2009), nos parece adecuado comenzar por los cambios que la globalidad ha supuesto para la comprensión de la cultura. La aparición de posicionamientos *anti-reduccionistas* y *multi-deterministas*³, ha conllevado una comple-

1 Dicha denominación a menudo resulta tan operativa como problemática, debido a la enorme variedad de fenómenos, interrelaciones y procesos a los que da cabida, parece difícil poder partir de un enfoque teórico capaz de escapar a la fragmentariedad. Así, los enfoques centrados en la cuestión oscilan entre el análisis de los procesos históricos de mundialización del capitalismo (ver: Wallerstein, 1988; o el énfasis en las articulaciones local/global de nuevos fenómenos culturales, entre otros muchos: Featherstone y colaboradores, 1997; Hannerz, 1998) En cualquier caso lo que parece claro es que la llamada globalización es un horizonte teórico que ofrece al menos tantas ansiedades como oportunidades para repensar ciertos temas (es sugerente al respecto: Marcus, 1995, p. 95-117)

2 Por ejemplo, Wallerstein (2007, p. 218) argumenta al respecto que desde los 60 la *cultura* ha sido vista por distintos agentes y movimientos sociales como un espacio contra-hegemónico, emancipador. Sin embargo, sabemos que a menudo la cultura es la “máscara”, la explicación puesta en juego para justificar determinados conflictos y desigualdades sociales, con lo cual, el asunto exige de una alerta especial. En nuestro medio, la numerosa llegada de población foránea en muy poco tiempo ha provocado que se haya puesto un gran interés en lo cultural. Obviamente, esta “novedosa” situación está teniendo un influjo sustantivo en los contextos socio-sanitarios (ver: Rico Becerra, 2009)

3 Compuesta, contradictoria, contingente, híbrida, son algunas de las nuevas adjetivaciones que se han ido imponiendo sobre la cultura (pueden verse: Nadig, 2005; o Bhabha, 2002).

jización de las articulaciones entre teoría social y política, que sobre todo, se ha hecho visible en la desnaturalización del clásico isomorfismo entre cultura, territorio y comunidad nacional. Lo que en realidad tiene un calado mucho mayor, ya que supone la problematización de la “espacialidad” de los fenómenos socio-culturales⁴. Evidentemente, estos cambios han supuesto un aumento de la complejidad en los análisis y propuestas. Valga en nuestro caso contemplar el marco procesual general en el que se desarrollan dichos cambios: el capitalismo mundializado como posible horizonte civilizacional, la modernidad como orden socio-cultural ...etc.; sumado a las cuestiones concretamente ligadas a la salud: subculturas de origen socio-económico en tensión dinámica con culturas profesionales dentro y fuera del campo sanitario, o la emergencia de nociones como *atención o cuidado*, para hacernos conscientes de la enorme profusión -y confusión- terminológica en la que nos movemos a la hora de generar reflexiones, propuestas o discusiones sobre la salud y sus *dimensiones* culturales en un mundo global.

Aunque en principio, de cara a intentar arrojar algún tipo de luz sobre esta problemática polisemia, sería la supuesta “competencia” como antropólogos⁵ la que marcaría la pertinencia de las deliberaciones sobre las relaciones entre salud, cultura y globalidad que aquí siguen. En este caso, nos gustaría llevar la cuestión algo más allá. O podría decirse que hacia un sentido antropológico distinto, es decir, lo que

nos mueve es reflexionar sobre dicha cuestión desde un cierto ejercicio de “exterioridad”, en el sentido de relativizar determinados presupuestos en cierta medida naturalizados por distinto tipo de legitimidades sociales. Lo que nos interesa entonces es lo que hay detrás, lo que posibilita y articula esa producción de saberes y prácticas sociales en torno a la salud⁶. En este caso dentro de procesos globales, ya que necesariamente una idea *global* de salud necesita de algún tipo de forma de *gobierno* también global. Además, resulta que cualquier percepción a propósito de cambios socio-culturales conlleva siempre una serie de implicaciones políticas. En este sentido, resuena iluminadora una cita de R. Williams sobre el término cultura:

“Podría decirse, en rigor, que las cuestiones hoy concentradas en los significados de esta palabra son cuestiones directamente planteadas por los grandes cambios históricos que, a su modo, están representados en los cambios de *industria, democracia y clase*, y a las cuales son una respuesta íntimamente relacionada las modificaciones sufridas por arte. El desarrollo de la palabra *cultura* es el registro de una serie de importantes reacciones permanentes a estos cambios en nuestra vida social, económica y política y puede verse, en sí mismo, como un tipo de mapa por cuyo intermedio es posible explorar la naturaleza de dichos cambios” (Williams, 2001, p. 15-16).

4 Puede ser interesante tomar en cuenta las diferencias existentes entre las llamadas teorías *transnacionales*, con sus ideas sobre superar el *nacionalismo metodológico* (ver: Wimmer y Glick Schiller, 2002), y las *postcolonialistas* (ver: Gupta y Ferguson, 2009 o Spivak, 2008), cuyo punto de partida es descentrar el etnocentrismo de determinados planteamientos asumidos como universales.

5 Como es de suponer, el devenir de la antropología (sobre el carácter *contra-científico* de la etnología, véase: Foucault, 1999, p. 368 ss), va indisolublemente ligado al problemático, pero productivo campo de producción de saberes y prácticas *en y desde* la cultura, lo cual nos deja -a los antropólogos- en un lugar extraño. Tal vez lo que suceda es que para ser conscientes de la ambivalencia constitucional (según Foucault, 1984, p. 5-22) de la modernidad, debemos intentar incluirnos a nosotros mismos en la fotografía, para así poder obtener algún tipo de idea sobre cómo distintos grupos, actores, tradiciones e intereses, han contenido, pugnado o se han asociado, dependiendo de la coyuntura, imponiendo, hibridando o traduciendo distintas concepciones y usos de la cultura, siempre dentro de proyectos sobre la sociedad (en este sentido puede ser muy interesante, dentro del campo antropológico sobre la salud: Menéndez, 2002, p. 53-69; y en otro contexto muy distinto, exigiendo de un ejercicio de abducción: Clifford, 2004, p. 5-30).

6 Una forma posible de clarificar dicha polisemia “cultural”, aun perdiendo algo de complejidad, sería diseccionarla a partir de la oposición de dos concepciones de la cultura, una ideacional y *culturalista*, y otra normativa y *sociologista*, tal y como se manifiesta en la extendida división entre los llamados enfoques *illness* y *sickness* (pueden verse: Young, 1982, p. 257-285; Martínez Hernández, 1998, p. 645-659), esta irresoluble oposición parece al menos apuntar la dirección en la que comenzar a articular otras perspectivas posibles.

¿Medicalización Global? : transformaciones estructurales y procesos de cambio

Tal vez, de entrada, pueda parecer que las posibles relaciones entre los procesos forjadores del campo de la salud, tal y como se presenta hoy, y los que constituyen la globalización, ya son de por sí suficientemente complejas como para, además, pretender proponer un intento de reflexión crítica partiendo de la premisa de *problematizar*⁷ la cuestión. Pero dicha “operación” de enfoque busca precisamente quebrar la distancia, el blindaje que habitualmente lucen determinados aspectos enlazados a la salud, desde una autonomía obtenida a partir de una autoridad científica y moral, ligada a la delimitación de lo biológico, lo ético y/o lo humanitario⁸. Así, al acercar la noción de salud a sus límites, a las condiciones de su *corporeización social*, aparece nítidamente reflejada como *objeto* social. El cual, al verse sujeto al análisis sobre sus transformaciones, muestra zonas de contacto, de intercambio y producción en cuanto a

efectos de verdad, de ejes de articulación que atraviesan prácticas y discursos en torno a la ciudadanía y la exclusión, la globalización y la gobernabilidad, los intereses públicos y privados, etc. La salud aparece entonces como un *artefacto*, una “tecnología social” central en la administración de la diversidad, de la vida misma. Un principio de racionalidad política que M. Foucault define como biopoder:

“[...] El derecho que se formula como *de vida y muerte* es en realidad el derecho de *hacer* morir o de *dejar* vivir [...] ahora con el complemento de un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales” (Foucault, 2002^a, p. 164-165).

Dentro de ese proceso siempre inacabado de “racionalización”⁹ que sería la modernidad, la *medicalización de la vida*¹⁰ habría sido fundamental como parte de la paulatina “estatalización de lo biológico” (en Foucault, 1996, p. 193). Lo que posicionará a la ciencia, y en especial a la medicina, en un lugar muy

7 En ningún momento pretendemos ofrecer aquí un trabajo ortodoxo de aplicación de los preceptos teóricos foucaultianos. Se trata más bien de abrir un espacio para la reflexión y la crítica, desde posiciones quizá no tan difundidas como podría pensarse. Para ello sí que partimos, con cierta libertad, de las dos líneas de abordaje intelectual de su método: las operaciones de *eventualización* y *problematización* (Restrepo, 2008, p. 113-114, pone de relieve la centralidad de estos principios metodológicos en el trabajo del filósofo francés) *Eventualización* haría referencia a la estrategia que posibilita tomar distancia de lo que nos parece evidente, vinculándolo con complejidades causales múltiples, a menudo recientes. Mientras que *problematización* lo haría a la estrategia analítica respecto a determinados problemas que aparecen como objetos del pensamiento y pueden llegar a plasmarse en programas o tecnologías concretas, como pueden ser el caso de la salud y la medicina.

8 Pueden verse como articulaciones teóricas interesantes y posicionadas, los conocidos trabajos de Schepper-Hughes, 1995, p. 409-440; y Schepper-Hughes y Lock, 1987, p. 6-41.

9 Debemos recordar que, el posicionamiento de partida de Foucault respecto al origen de la sociedad, se apoya en la idea de “la lucha de todos contra todos”, en su enmascaramiento incesante y asimétrico (Foucault, 2003) De ahí que, en su última época, definiera su trabajo como una “analítica interpretativa”. Un intento de realizar una “ontología del presente” a partir de la detección de dos tipos de tendencia *-objetivación* y de *subjetivación-* que han ocupado un papel central entre las prácticas culturales de la modernidad (revítese la síntesis de Dreyfuss y Rabinow, 2001, p. 149) Dichas tendencias deben entenderse como formas de producción de objetos y sujetos sociales. En esta línea, para la Antropología Médica los trabajos de Gramsci (2001) han sido un referente a destacar, sobre todo, los que hacen hincapié en las relaciones entre cultura y hegemonía. La influencia de su obra, se puede seguir en las aportaciones de autores como De Martino (1983, 1999; a modo de síntesis Pizza, 2005, p. 15-32) en Italia o Menéndez (1996) en México.

10 Entendiendo la medicalización como (Kishore, 2002): “[...] forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”, nos hacemos más conscientes del gran número de “no enfermedades” (Smith, 2002) que aquí se adscriben: envejecimiento, embarazo/parto, infelicidad, soledad, etc.. Como destacan Márquez y Meneu (2003) las críticas de la medicalización confluyen en ciertos aspectos, pese a provenir de visiones muy distintas. Es el caso de Foucault (1992), Illich (1992), Mendelsohn (1979, 1982, 1991), Skrabanek (1999), Navarro (1978), Freidson (1978), Goffman (1988, 1995)... Al respecto Foucault (*ibíd*) destaca tres dimensiones clave del concepto, que vincula con: la *biohistoria*, o la huella de la medicina en la especie humana; la *medicalización*, una tupida red de relaciones de *saber/poder* que se teje a partir del s. XVIII; y la economía *de la salud*, o lógicas de integración social entre el consumo de salud y el desarrollo económico. En definitiva, dicho proceso consistiría en la penetración de la vida social por los saberes y prácticas *médicos*.

particular (ver Foucault, 1997a) de la relación de esta *biopolítica*¹¹ -en clave de tensión dinámica- con el liberalismo, en lo que será el paso de una *gubernamentalidad policial*¹² a una *científica* que enmarcará -entre finales del s. XIX (Foucault, 1997b, p. 119) y el primer tercio del s. XX-, la emergencia de lo que habitualmente denominamos *modelo biomédico hegemónico*¹³.

En cualquier caso, para que desde la Antropología se haya podido delimitar primero, el modelo hegemónico médico, para después pasar al intento de interpretar sus efectos, han debido darse una serie de combinaciones entre coyunturas y procesos

estructurales. Primeramente, para que esta perspectiva reflexiva sea posible desde la antropología, debieron darse una serie de transformaciones en las relaciones de autonomía/dependencia entre antropología y medicina¹⁴, así como entre antropologías académicas y aplicadas de determinados espacios nacionales, donde el campo de la salud estaba sujeto a procesos de institucionalización *académica* y *sanitaria*. Dibujándose así tendencias multilineales y siempre distintas por su carácter *local*, pero claramente encuadradas dentro de un orden *global* de extensión. Y en segundo lugar, sería apropiado tener en cuenta el contexto histórico social. En

11 Dentro de su definición de *biopolítica* (Foucault, 2002a, p. 168 ss.) -"[...] el poder político acababa de proponerse como tarea la administración de la vida"-, el autor francés distingue dos polos, una *biopolítica de la población*, centrada en *intervenciones y controles reguladores sobre los procesos biológicos* (nacimientos, mortalidad, nivel de salud, longevidad...); y una *anatopolítica de los cuerpos*, centrada en *el cuerpo como máquina*, a través de *sistemas eficaces de control* (arrancamiento de fuerzas, educación...). Mientras que *gubernamentalidad* sería un *conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones* que han permitido ejercer esta *forma específica de poder sobre la población*, y que además ésta se imponga a otras (Foucault, 1991, p. 25).

12 En realidad no está muy clara la relación de articulación o de bifurcación que mantienen entre sí los dos caminos de investigación que Foucault inaugura casi simultáneamente en su última etapa, ya que algún tiempo después de enunciar sus nociones de *biopoder/biopolítica*, lanzó otra vía de análisis paralela, centrada en las nociones de *soberanía /gubernamentalidad*, en las que será importante la tensión dinámica entre la razón *de Estado* y el *liberalismo*, de cara a intentar (Foucault, 1996, p. 27-43) "[...] captar los mecanismos de las reglas que delimitan formalmente el poder y sus efectos de verdad, a través del análisis de los saberes, la heterogeneidad de las técnicas y de sus efectos de sujeción". En todo caso, parece que entre los pares *biopoder/biopolítica* y *gubernamentalidad/soberanía*, hay una continuidad realmente "actual" (Lazzarato, 2009 p. 1): "[...] la vida, lo viviente, son los retos de las nuevas luchas y las nuevas estrategias políticas". De hecho una de las líneas más ricas de continuación de las teorías foucaultianas es la que se viene dando en el campo sociológico anglosajón bajo la denominación de *governmentality studies*, cuya línea principal de trabajo es analizar los *décalages* entre *racionalidades políticas y técnicas de gobierno* (puede verse el trabajo de De Marinis, 1999, p. 73-103; Y Sánchez Godoy, 2007, p. 25).

13 El *modelo médico* -seguimos la síntesis de Comelles y Martínez Hernández, 1993, p. 7; ver también: Rosen, 1974, Menéndez, 1978, y Foucault, 1997a-, sería fruto de un proceso coyuntural que comienza a finales del s. XIX en Francia, Inglaterra, Alemania y algo más tarde en Estados Unidos, por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorpora los paradigmas biológicos de la ciencia experimental como marco de explicación etiológica de la enfermedad -Martínez Hernández 2008, p. 45-58, habla, al respecto, de tres paradigmas sucesivos: el método anatomoclínico, el paradigma bacteriológico, y la medicina molecular-. En su decurso constitutivo, el *Modelo Médico Hegemónico* (MMH) se irá configurando como: *biologicista, individualista, a-histórico, a-social, mercantilista, asimétrico...etc.* (ver: Menéndez, 1985, 1978) En este sentido, y viendo la evolución de dicho modelo y de su relación con las ciencias sociales, no parece tan claro que éste haya abandonado totalmente los discursos político-sociales sobre la salud y la enfermedad, más bien los subordina, intentando utilizarlos o invisibilizarlos dependiendo del momento.

14 Las relaciones entre antropología y medicina -seguimos de nuevo a Comelles y Martínez Hernández, 1993, p. 66- son antiguas y complejas, ya que se remontan a los orígenes de ambas disciplinas durante la Ilustración y se configuran en torno al papel que juegan las ciencias naturales, aplicadas y sociales en los cambios relacionados con la preeminencia del capitalismo y la construcción del Estado liberal. De inicio, el holismo antropológico se ajustó bien a la medicina neohipocrática-ambientalista. Ya al principio de siglo XX, Antropología y Medicina seguirán un paulatino proceso de fragmentación, pues el enfoque individualista y biologicista del Modelo Médico se ajustaba mal con el emergente discurso culturalista y sociológico de la Antropología. En esta sucinta revisión de los avatares relacionales de las dos disciplinas habría que señalar tres etapas: una Antropología *en* la Medicina, que suponía una descomedida subordinación de la Antropología a la medicina, y que irá construyendo un corpus propio. Hasta que en los años 70 se configura como una Antropología *de* la Medicina, que, a diferencia de su estadio anterior, la libera de la sujeción al Modelo Médico, a partir de una mirada que convertiría a la medicina en un sistema médico más. En ese punto, la "aparición" de distintas problemáticas socio-sanitarias -que irán desde dolencias que escapan a los límites de la propia medicina biomédica, a los retos que suponían las minorías étnicas y las migraciones... etc.-, legitimarán un giro en la antropología que centrará su mirada en la *enfermedad*, por no ser ésta un fenómeno tan políticamente definido y etnocéntrico como la salud y/o la medicina, respectivamente. De esta forma, la Antropología, pasa a ser parte -interesada e interesante- en la articulación con otros saberes -como la epidemiología, la sociología o la enfermería-, en la propuesta de alternativas de corte ético respecto a un Modelo Médico aparentemente sobrepasado por la complejización de la esfera social a su alcance.

concreto, entre las décadas de los 70 y los 80 se da un momento crucial para las transformaciones que nos interesan. Encontramos cambios en el escenario internacional, como la crisis del petróleo y su nefasto corolario, seguida del paulatino avance -ya entrados los 80- del desmantelamiento neoliberal del llamado Estado del bienestar, que lanzado por Estados Unidos y Gran Bretaña, nuclearizaba los intentos de extender el modelo de democracia liberal, como paso previo de una “globalización gobernada”. Es decir, en este periodo han comenzado a hacerse visibles los efectos de lo que algún tiempo después ha centrado la atención de parte de las ciencias sociales bajo la acepción de *global*. Consecuencias que vistas en síntesis parecen lejos de mostrarse como caóticas, aisladas o “desgobernadas”, a saber, crecimiento del intervencionismo a nivel mundial de determinados países, en nombre de una economía ínter-dependiente, unificada, y como es lógico, estructuralmente asimétrica; e imposición del modelo de democracia liberal -o al menos manejo estratégico de éste en términos ideales-, estimulando sus funciones como mediación necesaria para gestionar a escala mundial el aumento de las migraciones económicas, los conflictos y las desigualdades de distinto tipo.

Ahora bien, ¿qué supone todo esto para nosotros en la tarea que nos ocupa? En primera instancia intentar integrar nuestras reflexiones dentro de una procesualidad diferente de lo que marcaría una historia ortodoxa. Y así, encarar la cuestión sobre los aspectos del desarrollo actual del campo de la salud, intentando intuir una disposición distinta de los procesos de racionalización de la vida, dentro de una supuesta sociedad global en ciernes. Tal vez sería interesante recordar que Foucault caracteriza el *biopoder* en relación con dos dinámicas complementarias, “totalizador” e “individualizante”¹⁵:

“[...] Ya no se trata de conducir a la gente hacia la salvación en el más allá, sino más bien de asegurarlo en este mundo. Y en este contexto, la pala-

bra salvación adquiere un significado diferente, salud, bienestar, seguridad, protección contra los accidentes” (Foucault, 2001, p. 247).

En segundo término, este tipo de encuadre de la cuestión deberá servirnos para eludir dos tipos de trampa en los que es muy fácil caer cuando planteamos reflexiones de carácter relativamente general. De una parte, para evitar visualizar los procesos sociales como una sucesión lógica de etapas premarcadas por una lógica lineal, habitualmente ligada con un enfoque marcadamente etnocéntrico, en el que el aparente desgobierno de consecuencias humanitarias de los fenómenos asociados a la salud y la enfermedad a escala mundial serían el reflejo de los límites de acción de un sistema imperfecto, pero deseable en términos *realistas*. Y de otra, esquivar el inmovilismo que ve en nuestros tiempos los signos de un fin de la historia (Fukuyama, 1992; Ramonet y colaboradores, 1996).

Salud y Enfermedad: relaciones naturalmente problemáticas en un orden cultural global

Llegados a este punto, tras el recuento que nos ha servido para *situarnos*, parece el momento de intentar ofrecer, siquiera de modo esquemático, algún tipo de interpretación sobre en qué estadio nos encontramos. Para después abrir algunas líneas de interés que puedan ser útiles en el debate, aunque sólo sea con un hipotético lector. Cuál sería entonces, *grosso modo*, la caracterización que proponemos de las relaciones actuales entre globalidad y salud. De entrada, ante tal cuestión, la primera sensación es la de enfrentarse a una serie de paradojas irreversibles en sí mismas. Como si nuestra propia manera de entender los factores y realidades que invoca justificara un cierto fatalismo que hace innecesario añadir algún análisis. La extensión e interconexión a través de los medios de comunicación e Internet, no única pero sí

15 El trabajo del autor francés es interesante para detectar transformaciones en el campo sanitario, ya que busca los límites y peligros de las formas de racionalidad modernas. Así, los saberes que han constituido al hombre como problema de conocimiento (seguimos a Vázquez García, 1995, p. 36-38), se dispondrían en tres ejes: el hombre como ser simbólico y fuente de significados -eje filosófico/cultural-; como ser vivo y sede de representaciones, percepciones y deseos -eje biológico/psicológico-; y como ser que trabaja, y por tanto, está sometido a relaciones que lo trascienden -eje socio/económico-.

principalmente, necesitaban partir de -a la vez que generar- imaginarios sociales globalizados (puede verse Appadurai, 2001, p. 63-79)-, donde se inscriben y territorializan discursos y prácticas transnacionales y localizados¹⁶, en los que se articulan -de manera compleja- lo comercial y lo identitario. De forma paralela la creciente interdependencia económica y política relacionada con las migraciones internacionales, la relación crítica del reparto y circulación de materias primas y alimentos, los crecientes desplazamientos turísticos y el aumento de la articulación de intereses económicos y financieros, han servido para ir asentando las bases de distintos procesos de constitución de organizaciones supranacionales a la búsqueda de marcos comunes *universales* de convivencia pretendidamente digna, pero también, para afianzar nuevos ordenes asimétricos de gobierno y producción de la diferencia.

Así, por una parte las problemáticas ligadas a la salud parecen haberse complejizado y extendido enormemente, haciéndose prácticamente inabarcables. Pensemos en el abanico que va desde los trastornos psico-sociales y dolencias -de origen biológico o no- cronificadas en los países occidentales, hasta las pandemias y la lucha *humanitaria* contra la mortandad en los países subdesarrollados. O, asimismo, en las violencias estructurales de raíces socio-económicas que, en todo el mundo, tienen su reflejo en las formas de producción y administración de la salud y la enfermedad. Lo cual, visto desde ciertos puntos de vista relativamente *comunes*, puede ofrecer la impresión de que con los medios de los que se dispone se intenta luchar contra la enfermedad en todas sus dimensiones. De forma que ese punto de vista nos situaría dentro de grandes procesos históricos de progreso -de *avance* histórico- que para hacerse reales tan solo deberíamos racionalizar más, gobernar mejor. Mientras que, por otra parte, al observar estos procesos de forma global, también puede dar la sensación de que los saberes que tradicionalmente se han ocupado de la gestión de

la salud, al verse enfrentados a experiencias donde se ha puesto en juego una enorme diversidad socio-cultural, habrían empezado de forma progresiva y a través del intermedio que les ofrecen los saberes sociales en su labor de complementariedad -pensamos en la educación y promoción de la salud, el trabajo social o la epidemiología- a tomar conciencia de la necesidad de tender hacia la búsqueda de modelos interculturales, plurales ante la diversidad. No obstante, quizá ésa sea la lectura más bienintencionada, incluso ingenua, que se puede aplicar al trabajo asistencial en el tercer mundo o a la relación de los sistemas de salud nacionales con las poblaciones inmigradas.

Pero, ¿qué hay detrás, entonces?, ¿qué tipo de orden o tendencia podemos intuir en tal disposición de hechos? Consideramos que básicamente dos, aparentemente contrapuestas pero, en realidad, complementarias, en una lógica que parece no estar demasiado lejos de lo insinuado en su momento por Foucault (2002a, p. 23), con su hipótesis *productiva* sobre el *biopoder*. La primera de ellas apuntaría hacia una integración global de las tecnologías occidentales centradas en torno a la idea de salud. Ahora asociada a toda una serie de nociones diferentes, como el bienestar o la felicidad, en un camino que parece apuntar una extensión integral de dicha representación, con enormes potencialidades transformadoras, fundamentalmente ligadas a los derechos humanos:

[...] al afirmar en 1949 el derecho a la salud reconocida como una preocupación universal, la Organización Mundial de la Salud definió un nuevo derecho humano para el siglo XX [...] la preocupación por la salud se impone tácticamente a la preocupación por la enfermedad. Si la palabra clave del siglo XVIII era la felicidad y la del siglo XIX la libertad, la del siglo XX es la salud [...] la salud se ha convertido en la verdad y también en la utopía del cuerpo, un reto para el orden social y para un orden internacional ve-

16 La noción: *desanclaje* de los sistemas sociales, puede ser aquí oportuna. Tal como expone Giddens (1999), con ella, entenderemos mejor cómo, en la modernidad, las relaciones sociales se han desligado de sus contextos locales de interacción. Creándose así una dimensión temporo-espacial, impensable en la sociedad premoderna. Beck (1998, p. 38-39) nos expone un ejemplo clarificador al respecto. En el aeropuerto berlinés de Tegel, con el avance de la tarde, los mensajes informativos emitidos por la megafonía de las llegadas y salidas aéreas no se hacen desde el propio recinto aeroportuario, sino a muchos miles de kilómetros, en concreto, desde California.

nidero, más equitativo y más justo en el mundo” (Moulin, 2006, p. 31).

Pero también con inquietantes peligros en cuanto al orden social venidero:

“[...] Entre nosotros, la búsqueda de seguridad toma el aspecto de la seguridad vital del individuo, y las preocupaciones que interesan son tan importantes que terminan por transformarse en objeto, fin, y valor de la existencia. En consecuencia, la medicina, que tiene por función no sólo curar sino llevar lo más lejos posible su preocupación por la conservación del yo, no sólo es un segmento muy importante de nuestra cultura sino el dominante, y no está lejos de ser únicamente él toda la cultura. En otros términos, en toda sociedad se movilizan las representaciones para dar una explicación global del individuo y de lo social, pero a pesar de que tales explicaciones son muy a menudo religiosas, a veces políticas, otras económicas, por primera vez en la historia de la humanidad tienden a convertirse en sanitarias” (Laplantine, 1999, p. 380-381).

Dicha extensión integral, conllevaría una redefinición de los límites del campo sanitario. Algo que podría explicar, al menos parcialmente, la aparente paradoja de que dicho proceso esté produciendo un deslizamiento parcial del énfasis científico del modelo biomédico, que tradicionalmente se vinculaba con aspectos biológicos, hacia aspectos psicosociales y psicológicos (ver Rose, 2007, p. 101-124).

Así, pese a que este corrimiento sea mucho más visible en el caso de las sociedades del primer

mundo, también aparece ya en las intervenciones en emergencias humanitarias y catástrofes naturales, donde ya se habla de intentar también paliar el sufrimiento moral de las poblaciones¹⁷. En consecuencia, la segunda tendencia a apuntar sería el descentramiento del campo médico, y la emergencia de saberes llamados a re-articularse y a impugnar -de distinto modo- el rol hegemónico de la medicina. Entonces, si la primera tendencia tiene que ver con la extensión de una determinada lógica productiva en el orden *biopolítico*, en las racionalidades que se ponen en juego a la hora de administrar la vida y la muerte; la segunda, lo haría con el carácter heterónimo que acompaña, en el ámbito de la *gubernamentalidad*, dicho orden productivo. Lo que explicaría la incipiente instauración global de un pluralismo asistencial de mínimos (muy interesante en este sentido Breihl, 2003), que ocultaría su verdadera economía política -basada en el par inclusión/exclusión¹⁸ - bajo la apariencia legitimadora de un principio de universalidad *de iure*, incumplido tan solo por la carencia de recursos.

Siguiendo la fértil estela de los análisis foucaultianos, puede entonces que, articulando nuestras reflexiones sobre el presente como momento de *impasse* dentro de la continua extensión y re-adaptación de los sistemas occidentales de *biopolítica* y *gubernamentalidad*, podamos extraer alguna pauta de visión de conjunto más nítida para, así, conseguir arrojar algún tipo de orden de conjunto sobre una serie de procesos que se muestran segmentarios, e incluso aparentemente contradictorios entre sí. De esta forma, como acercamiento a una “diagnosis”

17 Ciertamente, dentro de los procesos globales de la salud podemos encontrar tanto otros sistemas de medicina que guardan distintos tipos de complementariedad con la occidental como un aumento de la presencia de las medicinas alternativo-complementarias en el mundo desarrollado. No obstante, nos parece que la balanza se decanta a las claras hacia la medicina occidental -pueden verse Cockerham, 2002, p. 113; y Romaní, 2002, p. 499-, en el sentido de que es su lógica la que está sirviendo de matriz preeminente en casi todas las combinaciones. Cabe reflexionar, además, sobre si cualquier medicina socialmente instituida no sería en el fondo una medicina legitimada por y para los poderosos. Pero esto, se escapa de los límites del texto.

18 A este respecto resulta muy llamativo cómo, progresivamente, se ha ido constituyendo un marco económico-político de corte neoliberalista que, apoyado en una aparente “cientificidad” de sus argumentos, ha determinado una racionalidad y unos *riesgos* que ya casi nadie discutiría. En esa línea periódicamente reaparecen debates sobre medidas como la corresponsabilidad y el co-pago, que equiparan al ciudadano/consumidor al margen de su perfil socio-económico, y siempre sin entrar a valorar la estructura impositiva, o por supuesto, el reparto de la riqueza. En el contexto español este tipo de debate se inició en los años noventa con el plan *Abril* -septiembre de 1991, en plena crisis económica-, y que ha vuelto recientemente, fruto también de la crisis (Navarro, 2006).

más clara, podríamos intentar distinguir algunas transformaciones potenciales. Así, en el *eje biológico*-relacionado con los *saberes objetivadores*-, está por ver lo que supone el desplazamiento parcial del énfasis en lo biológico hacia lo “psi”¹⁹. Aunque el conocimiento biomédico siga primando sobre los demás, hay otros relativamente subsidiarios, como la enfermería, que basándose más en su experiencia en el cuidado que en la propia formación académica, están reivindicando otra posición dentro del campo. E igual sucede a otra escala con ciertas epidemiologías, sociologías, e incluso otras “terapias” en un sentido cada vez más amplio.

El hecho es que las intrincadas relaciones entre salud y sociedad parecen estar cambiando. En dicho proceso se puede apreciar la conformación de nuevas posiciones, nuevas articulaciones de *saber/poder en términos globales*, que algunos autores vienen denominando como *ensamblajes globales*:

“[...] *They are domains in which the forms and values of individual and collective existence are problematized or at stake, in the sense that they are subject to technological, political, and ethical reflection and intervention*” (Ong y Collier, 2005, p. 4).

Un posible ejemplo a destacar en el caso de la salud son las que desde hace unas décadas vienen dándose entre saberes sociales asociados marginalmente a la biomedicina, actores sociales vinculados a la defensa de ciertos valores universalistas y humanitarios (ahora ONGs), y ciertas organizaciones supranacionales como la OMS o la ONU. Dichas articulaciones han dado lugar tanto a la generación de un marco global de intervención y representación

de la realidad vinculado con los esquemas sanitarios occidentales, como a la generación de un cierto cambio de conciencia en ciertos sectores occidentales, así como a indudables intervenciones en situaciones realmente límites. En este sentido sería interesante realizar una arqueología de la vinculación entre discursos humanitarios ligados a los Derechos Humanos (puede verse el reciente trabajo de Hunt, 2009) y la salud, para apreciar el paulatino desplazamiento hacia lógicas integrales -pero inasequibles-, dentro de las condiciones económico-políticas mundiales. Obviamente los hitos serían muchos, pero podrían destacarse: la ya citada Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la Declaración de Alma Ata de 1978 hasta, por reseñar otro acontecimiento de calado al respecto, el llamado Programa 21 del Plan Mundial para el Desarrollo Sostenible aprobado en la Cumbre para la Tierra de 1992 en Río de Janeiro.

Sería interesante establecer exactamente qué tipo de relación guardan esos desplazamientos en el campo de los saberes con la re-delimitación de un campo social, como el sanitario, que por su extensión ha debido recomponerse y que, por ejemplo, actualmente está asociándose a ciertos *estilos de vida*, situados entre el hedonismo y la temperancia, donde la salud es un valor más asociado al bienestar. Quizá la clave se halle en la relación entre las técnicas y prácticas ligadas a la salud -por cierto, enormemente productivas en su heterogeneidad dentro y fuera del ámbito médico- con el *eje socio-económico*, donde el grado de interpenetración es importante, de forma que su interacción marca condiciones de posibilidad. Itinerarios que recogen a los distintos segmentos de clase, con una lógica que va más allá de la libre

19 Evidentemente no se trata de que propongamos que la medicina empieza a dejar de ser *biologicista*, de hecho sus principales líneas de conocimiento son hoy genética y molecular. Tan solo apuntamos una posible tendencia, que se integraría en el MMH. En todo caso, la priorización de determinadas líneas de conocimiento o problemáticas sanitarias y las lógicas que movilizan, quedan, a menudo, relativizadas por los hechos. Sin ir más lejos, tengamos en cuenta la reciente polémica abierta en torno al papel de la OMS respecto a la prevención de una hipotética “epidemia” de gripe A, que ha vuelto a poner en juego la medida de la influencia de los intereses de la industria farmacéutica, tanto en el ámbito de la construcción de una alarma (pueden verse las ideas de Briggs, 2005, p. 101-124, con relación a los medios de comunicación, y también pueden consultarse datos más concretos en: Odent, 2010), como a sus efectos, o al gasto público que ha generado (la cuestión de la industria farmacéutica comienza por suerte a ser investigada críticamente: Lakoff, 2005; Nguyen, 2005; y Jara, 2004).

optatividad dentro de un cierto pluralismo²⁰.

Otro tipo de concepción “cultural” sobre estas cuestiones serviría para poner de relieve dichas relaciones. Se trataría de apreciar, en ese caso, de qué manera el marco de condiciones económico políticas está sirviendo de base para la constitución de nuevas formas de *automodelado*, de subjetividad grupal e individual, donde los límites tradicionales establecidos por las ciencias sociales entre economía, religión, o política, aparecen flexibilizados, sujetos a ser “usados” por los actores y agencias al estilo del *bricolage* del que, tiempo atrás, refirió Lévi-Strauss (2002)

A Modo de Conclusión

Esto último, lo tocante a las formas de *automodelado*, de *autogobierno* (ver Foucault, 2002b), es lo que, dentro del orden que venimos siguiendo, se denominaría *eje filosófico-cultural*, y es precisamente ahí donde se están dando los fenómenos que causan mayor perplejidad en las racionalidades instituidas sobre la salud. Lo que, curiosamente, nos devolvería al comienzo del texto, al origen de nuestras reflexiones, es decir, a la cuestión de la extraña polisemia con relación al término “cultural”, en la producción sociocultural en torno a la salud. Para no desaprovechar la ocasión e intentar cumplir con el objetivo de aportar algún

tipo de idea al respecto -pero sin perder la línea argumental en la que venimos reflexionando durante el desarrollo del trabajo-, nos parece que lo apropiado sería terminar, al menos, intentando delimitar, caracterizar espacios concretos de *entrecruzamiento*, de *fricción*, en los que la cultura está siendo usada de forma estratégica con distintos sentidos. En primera instancia, podríamos hablar de un campo de producción cultural centrado en la “salud”. Articulado en torno a valores y presupuestos universalistas de corte occidental, y sujeto a los procesos de hibridación y a las tensiones complejas que esta vía de alimentación supone para el equilibrio de un orden apoyado en el sistema explicativo de un modelo médico biologicista que, necesariamente, se ve en la necesidad de reformar sus presupuestos. En segundo término, de un campo de producción cultural “externalizado” de la esfera sanitaria, donde se están desarrollando dinámicas de traducción, articulación y resignificación de saberes, prácticas y subjetividades en relación con la enfermedad, el padecimiento y sus entornos y determinaciones sociales. Y por último, de otro espacio -también construido culturalmente- librado en los límites de lo profesional y lo institucional, sobre las formas de atención a la salud y a la enfermedad, en un intento por catalogar la enorme heterogeneidad que se pretende introducir, codificar... dentro de un orden.

20 Realmente, lo que está suponiendo el “pluralismo” asistencial o médico (entendido como propone Perdiguerro, 2004, p. 140): “[...] la utilización por parte de la población de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes de las oficialmente reconocidas”, sería una especie de estratificación postindustrial de la atención sanitaria que oculta las condiciones socio-económicas de acceso a la salud, así como la escenificación de las luchas e intentos de la biomedicina por no perder las riendas del sistema. De forma que, como señala Friedman (2002, p. 97-103) reflexionando sobre los procesos socioculturales en la globalización, puede que estemos asistiendo a procesos en los que el ascenso y la exclusión social se esté entremezclando, de forma compleja, con la *etnificación* (hay que tener en cuenta lo que esto supone a nivel de complejidad en el análisis, Menéndez, 2005) Incluso que las élites se vayan *re-etnificando* en un sentido global, mientras las clases populares se vean obligadas a cosmopolitanizarse en un sentido muy local. En ese caso, mientras las clases altas tienen acceso a-conflictivo a terapias alternativo/complementarias -con origen en otros sistemas médicos no alopáticos, a las que se sumaría la elección estratégica entre los sectores público y privado-, donde la idea de salud se vincula con identidades de consumo como el deporte, el turismo sostenible o la gastronomía popular reconceptualizada..., es decir, dentro de estilos integrales de vida; las clases populares deben optar entre la atención precaria que les ofertan los sistemas públicos de salud -cada vez más sobresaturados-, o por formas de medicina popular estigmatizadas -véase el trabajo de Kuschick (1995) sobre el uso de la medicina popular en España, o el de Weidner-Maluff (2005, p. 499-528), sobre el campo curativo religioso brasileño-. El efecto de esto es que las causas estructurales de las dolencias son individualizadas o vinculadas sencillamente a la elección personal, con lo que se puede construir el perfil de sujetos a reeducar, que representan un gasto inútil a las arcas públicas -la expansión enculturativa de los enfoques del *continuum* salud/enfermedad propuestos por el modelo médico occidental es una práctica antigua, ver: Foucault (1997a), Comelles y Martínez (1993)...-. La cuestión sería compleja de acometer aquí. Valga tan sólo mencionar dos fenómenos opuestos, pero igualmente determinantes, como la extensión de potentes sistemas de atención primaria (para el caso español véase el trabajo de Uribe, 1996), y el crecimiento exponencial de las comunidades de ayuda mutua (pueden verse las distintas manifestaciones en Latinoamérica del fenómeno Alcohólicos Anónimos compiladas en Módena, 2009).

Referencias

- APPADURAI, A. *La modernidad desbordada: dimensiones culturales de la globalización*. México, DF: FCE, 2001.
- BECK, U. *¿Qué es la globalización?* Barcelona: Paidós, 1998.
- BHABHA, H. K. *El lugar de la cultura*. Buenos Aires: Manantial, 2002.
- BREIHL, J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- BRIGGS, C. Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, Madrid, n. 14, p. 101-124, 2005.
- CLIFFORD, J. Looking several ways: anthropology and native heritage in Alaska. *Current Anthropology*, Chicago, v. 45, n. 1, p. 5-30, 2004.
- COCKERHAM, W. *Sociología de la medicina*. Madrid: Pearson Education, 2002.
- COMELLES, J. M. El regreso de lo cultural: diversidad cultural y práctica médica en el s. XXI. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, Oviedo, v. 3, n. 1, p. 7-21, 2003.
- COMELLES, J. M.; MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema, 1993.
- DE MARINIS, P. Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos: o un ensayo sobre la racionalidad política del neoliberalismo. In: RAMOS TORRE, R.; GARCÍA SELGAS, F. (Ed.). *Globalización, riesgo, reflexividad: tres temas de la teoría social contemporánea*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1999. p. 73-104.
- DE MARTINO, E. *Morte e pianto rituale: dal lamento funebre antico al pianto di Maria*. Turín: Paolo Boringhieri, 1983.
- DE MARTINO, E. *La tierra del remordimiento*. Barcelona: Bellaterra, 1999.
- DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.
- FEATHERSTONE, M.; LASH, S. M.; ROBERTSON, R. (Ed.). *Global modernities*. London: Sage, 1997.
- FOUCAULT, M. ¿Qué es la ilustración? *Revista de Pensamiento Crítico*, Barcelona, n. 1, p. 5-22, 1984.
- FOUCAULT, M. La gubernamentalidad. In: FOUCAULT, M. et al. *Espacios de poder*. Madrid: La Piqueta, 1991. p. 9-26.
- FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira, 1992.
- FOUCAULT, M. *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira, 1996.
- FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI, 1997a.
- FOUCAULT, M. Nacimiento de la biopolítica. *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*. Barcelona, n. 30, p. 119-124, 1997b.
- FOUCAULT, M. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. México, DF: Siglo XXI, 1999.
- FOUCAULT, M. Sujeto y poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001. p. 241-259.
- FOUCAULT, M. La voluntad de saber. *Historia de la sexualidad 1*. México, DF: Siglo XXI, 2002a.
- FOUCAULT, M. El uso de los placeres. *Historia de la sexualidad 2*. México, DF: Siglo XXI, 2002b.
- FOUCAULT, M. *Hay que defender la sociedad*. Madrid: Akal, 2003.
- FREIDSON, E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978.
- FRIEDMAN, J. Los liberales del champagne y las nuevas clases peligrosas: reconfiguraciones de clase, identidad y producción cultural. In: BARAÑANO, A.; GARCIA, J. L. (Coords.). *Culturas en contacto: encuentros y desencuentros*. Madrid: Ministerio de Educación, 2002. p. 161-197.

- FUKUYAMA, F. *El fin de la historia y el último hombre*. Barcelona: Planeta, 1992.
- GIDDENS, A. *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza, 1999.
- GOFFMAN, E. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.
- GOFFMAN, E. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- GUPTA, A.; FERGUSON, J. *Más allá de la cultura: espacio, identidad y la política de la diferencia*. Lima, AntroLab - Laboratorio de Antropologías Críticas, 2009. Disponível em: <<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/A%20Gupta%20Ferguson.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2009.
- GRAMSCI, A. *Cuadernos de la cárcel*. México, DF: Ediciones Era: Universidad Autónoma de Puebla, 2001.
- HANNERZ, U. *Conexiones transnacionales: cultura, gente, lugares*. Valencia: Cátedra, 1998.
- HUNT, L. *La invención de los derechos humanos*. Barcelona: Tusquets, 2009.
- ILLICH, I. *Némesis médica*. México, DF: Joaquín Mortiz, 1992.
- JANES, C. R.; CORBETT, K. K. Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, v. 38, p. 167-183, 2009.
- JARA, M. Elecciones en EEUU: más poder para la industria farmacéutica. *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, Barcelona, n. 64, p. 87-92, 2004.
- KISHORE, J. A. *Dictionary of public health*. New Delhi: Century Publications, 2002.
- KUSCHICK, I. *Medicina popular en España*. Madrid: Siglo XXI, 1995.
- LAKOFF, A. The private life of numbers: pharmaceutical marketing in post-welfare Argentina. In: ONG, A.; COLLIER, S. (Ed.). *Global assemblages: governmentality, technology, and ethics as anthropological problems*. London: Blackwell, 2005. p. 194-213.
- LAPLANTINE, F. *Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Buenos Aires: Ediciones del Sol, 1999.
- LAZZARATO, M. Del biopoder a la biopolítica. *Multitudes*. Revue politique, artistique, philosophique, Paris, n. 1. mar. 2000. Disponível em: <<http://multitudes.samizdat.net/Del-biopoder-a-la-biopolitica>>. Acesso em: 12 dez. 2009.
- LÉVI-STRAUSS, C. *El pensamiento salvaje*. Madrid: FCE, 2002.
- MARCUS, G. E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multisided ethnography. *Annual Review of Anthropology*, Palo Alto, v. 24, p. 95-117, Oct. 1995.
- MÁRQUEZ, S.; MENEU, R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, Valencia, v. 5, n. 2, p. 47-53, 2003.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Valladolid, v. 18, n. 68, p. 645-659, 1998.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á. *Antropología médica: teorías de la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos, 2008.
- MENDELSON, R. *Confessions of a medical heretic*. Chicago: Contemporary Books, 1979.
- MENDELSON, R. *Male practice: how doctors manipulate woman*. Chicago: Contemporary Books, 1982.
- MENDELSON, R. *Cómo criar un hijo sano: a pesar de su médico*. Montevideo: GEA, 1991.
- MENÉNDEZ, E. L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. In: BASAGLIA, F. et al. *La salud de los trabajadores*. México, DF: Nueva Imagen, 1978. p. 11-53.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, Rosario, n. 33, p. 3-34, 1985.

- MENÉNDEZ, E. L. *Morir de alcohol*. México, DF: Alianza Editorial Mexicana, 1996.
- MENÉNDEZ, E. L. *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Bellaterra, 2002.
- MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, Madrid, n. 14, p. 33-69, 2005.
- MÓDENA, M. E. (Coord.). Alcoholismo, ayuda mutua y autoayuda. *Desacatos: Revista de Antropología Social*, México, DF, n. 29, p. 7-10, enero/abr. 2009.
- MOULIN, A. M. El cuerpo frente a la medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Dir.). *Historia del cuerpo III: el siglo XX*. Madrid: Taurus, 2006. p. 29-80.
- NADIG, M. El valor epistemológico del concepto de espacio en el análisis de la dinámica transcultural: reflexiones metodológicas. *Intercultural Communication Studies*, San Antonio, v. 14, n. 3, p. 132-142, 2005.
- NAVARRO, V. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica, 1978.
- NAVARRO, V. *El subdesarrollo social de España: causas y consecuencias*. Barcelona: Anagrama, 2006.
- NGUYEN, V. K. Antiretroviral globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship. In: ONG, A.; COLLIER, S. (Ed.). *Global assemblages: governmentality, technology, and ethics as anthropological problems*. London: Blackwell, 2005. p. 124-144.
- ODENT, B. Ellos organizaron la psicosis (entrevista a Wolfgang Wodarg). *Discovery Dsalud*, Madrid, n. 12, p. 37-42, feb. 2010.
- ONG, A.; COLLIER, S. Global assemblages anthropological problems. In: ONG, A.; COLLIER, S. (Ed.). *Global assemblages: governmentality, technology, and ethics as anthropological problems*. London: Blackwell, 2005. p. 3-21.
- PERDIGUERO, E. El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 18, p. 140-145, 2004. Suplemento 1.
- PIZZA, G. Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea: hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, Madrid, n. 14, p. 15-32, 2005.
- RESTREPO, E. Cuestiones de método: eventualización y problematización en Foucault. *Tábula Rasa: Revista de Humanidades*, Bogotá, n. 8, p. 111-132, enero/jun. 2008.
- RICO BECERRA, J. I. *El inmigrante “enfermo”*: apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico. Murcia: Isabor, 2009.
- RAMONET, I.; GIOVANNINI, F.; RICOVERI, G. *Il pensiero unico e i nuovi padroni del mondo*, Roma: Strategia della Lumaca, 1996.
- ROMANÍ, O. La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad: una visión desde la antropología. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, Barcelona, v. 9, n. 7, p. 498-504, 2002.
- ROSE, N. Terapia y poder: techné y ethos. *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, Barcelona, n. 76, p. 101-124, 2007.
- ROSEN, G. *De la policía médica a la policía social*. México, DF: Siglo XXI, 1974.
- SÁNCHEZ GODOY, R. A. (Coord.). *Biopolítica y formas de vida*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2007.
- SCHEPPER-HUGHES, N. The primacy of the ethical: propositions for a militant anthropology. *Current Anthropology*, Chicago, v. 36, n. 3, p. 409-440, 1995.
- SCHEPPER-HUGHES, N.; LOCK, M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, Washington D.C., v. 1, n. 1, p. 6-41, 1987.
- SKRABANEK, P. *La muerte de la medicina con rostro humano*. Madrid: Díaz de Santos, 1999.

- SMITH, R. In search of non disease. *British Medical Journal*, London, v. 324, p. 883-885, abr. 2002.
- SPIVAK, G. C. Estudios de la subalternidad: deconstruyendo la historiografía. In: MEZZADRA, S. (Comp.). *Estudios postcoloniales: ensayos fundamentales*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2008. p. 33-68.
- URIBE OYARBIDE, J. M. *Educación y curar: el diálogo cultural en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Cultura, Secretaría de Estado de Cultura, 1996.
- VÁZQUEZ GARCÍA, F. *Foucault: la historia como crítica de la razón*. Madrid: Montesinos, 1995.
- WALLERSTEIN, I. *El capitalismo histórico*. Madrid: Siglo XXI, 1988.
- WALLERSTEIN, I. *Geopolítica y geocultura: ensayos sobre el moderno sistema mundial*. Barcelona: Kairós, 2007.
- WEIDNER-MALUF, S. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da nova era. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 499-528, 2005.
- WILLIAMS, R. *Cultura y sociedad 1780-1950*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.
- WIMMER, A.; GLICK SCHILLER, N. Methodological nationalism and beyond: nation-state building, migration and the social sciences. *Global Networks*, Oxford, v. 2, n. 4, p. 301-334, 2002.
- YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review Anthropology*, Palo Alto, n. 11, p. 257-285, 1982.

Recebido em: 16/02/2010
Aprovado em: 01/03/2011