

MEDICINA, FILOSOFÍA Y PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

MÁSTER LUCÍA RINCÓN SOTO
PROFESORA UNA

RECIBIDO: MARZO 2007 + ACEPTADOS: ABRIL 2007

RESUMEN

ESTE TRABAJO PRESENTA UNA REFLEXIÓN FILOSÓFICA SOBRE LAS FORMAS EN QUE HISTÓRICAMENTE SE HAN ENTENDIDO Y APLICADO LOS PROCESOS MÉDICOS. SE PARTE DEL PRINCIPIO DE QUE, AL POSEER DIFERENTES FORMAS DE CONCEBIR LO QUE ES "ESTAR ENFERMO", TODOS LOS GRUPOS HUMANOS APLICAN LOS PROCEDIMIENTOS -CULTURALMENTE DETERMINADOS- NECESARIOS PARA CURARSE. SIN EMBARGO, DADO QUE LA MEDICINA DE CORTE OCCIDENTAL HA INFLUENCIADO CON SUS TÉCNICAS A CULTURAS QUE POSEÍAN SUS PROPIAS FORMAS DE ATENDER LOS PROCESOS DE CURACIÓN, SE OBSERVA QUE ESTA PRÁCTICA SUELE GENERAR CONFLICTOS DE COMUNICACIÓN DONDE EL ENFERMO ES EL PERJUDICADO. ESTE TRABAJO ABORDA ALGUNOS DE ESTOS PROBLEMAS DESDE UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA.

DESCRIPTORES: ENFERMEDAD, MEDICINA, ANTROPOLOGÍA.

ABSTRACT

THIS PAPER PROVIDES A PHILOSOPHICAL ANALYSIS OF THE CONCEPTIONS AND APPLICATIONS OF MEDICAL PROCESSES THROUGHOUT HISTORY. THE ANALYSIS ASSUMES THAT DIFFERENT HUMAN SOCIETIES HAVE DIFFERENT CONCEPTIONS OF WHAT IT IS "TO BE ILL", AND AS SUCH EACH GROUP HAS ITS OWN CULTURALLY DETERMINED HEALING PROCEDURES. HOWEVER, THE INFLUENCE OF WESTERN MEDICINE ON CULTURALLY DIVERSE GROUPS GENERATES COMMUNICATION CONFLICTS -AMONG OTHERS- WHICH ULTIMATELY AFFECT THE PATIENT. THIS PAPER APPROACHES THESE PROBLEMS FROM AN ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE.

DESCRIPTORS: ILLNESS, MEDICINE, ANTHROPOLOG.

1. INTRODUCCIÓN

LOS ASPECTOS MÉDICOS PUEDEN ABORDARSE DESDE MUCHAS PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS, SOBRE TODO EN LA ÉPOCA ACTUAL DONDE LOS AVANCES MÉDICO-CIENTÍFICOS GENERAN NUEVOS DESCUBRIMIENTOS Y PONEN SOBRE EL TAPETE NUEVAS FORMAS PARA ABORDAR ALGUNAS ENFERMEDADES. ADEMÁS, YA NO SÓLO SE REINVENTAN FORMAS PARA CONTROLAR LA SALUD DE LOS INDIVIDUOS, SINO QUE SE PUEDEN MANIPULAR LOS CUERPOS, ALTERARLOS ANTES DE NACER E INCLUSO OBTENER VIDAS POR MEDIOS ARTIFICIALES. TODOS ESTOS DESCUBRIMIENTOS TIENEN EN COMÚN UNA CONCEPCIÓN EXCLUSIVAMENTE TELEOLÓGICA (ES DECIR, ABSTRAÍDA DE SU FUNCIÓN SOCIOHISTÓRICA) DEL QUEHACER MÉDICO-CIENTÍFICO. ESTE TRABAJO PRETENDE SER UNA REFLEXIÓN FILOSÓFICA SOBRE LA MANERA COMO HISTÓRICAMENTE SE HA ENTENDIDO EL TÉRMINO "MEDICINA" Y COMO ESTA PRÁCTICA EN MUCHOS CASOS NO CONSIDERA A ESTOS COMO SERES PROVISTOS DE SUBJETIVIDAD, A PESAR DE QUE TIENE COMO OBJETIVO LA CURACIÓN DE LOS SERES HUMANOS. PARECIERA QUE LA MEDICINA VE EN EL PACIENTE A UN "OBJETO" AL CUAL HAY QUE INTERVENIR SIN IMPORTAR EL PROCESO CULTURAL Y SIMBÓLICO QUE LO EMBARGA. LAS REFLEXIONES DE ESTE TRABAJO COMPLEMENTAN EL ESTUDIO PRESENTADO EN RINCÓN SOTO (2006), EN EL QUE SE TRATARON ASPECTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y EL PAPEL DEL CURADOR DENTRO DE UNA COMUNIDAD, ESPECÍFICAMENTE ENTRE LOS INDÍGENAS WAYÚU DE VENEZUELA. EN ESTE ARTÍCULO SE ABORDA ESA RELACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA MÁS AMPLIA DEL VÍNCULO ENTRE LA MEDICINA Y LA ANTROPOLOGÍA, CONCRETAMENTE; ELLO SE HARÁ PARTIENDO DESDE LA ÓPTICA DE LO QUE SE CONOCE COMO ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA, CORRIENTE DE LA ANTROPOLOGÍA POCO ESTUDIADA EN NUESTRO MEDIO.

FUNDAMENTAL PARA LA PRESENTE DISCUSIÓN ES EL POSTULADO DE QUE TODO GRUPO HUMANO POSEE UN SISTEMA DE REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS DE CURACIÓN CON RESPECTO A LO QUE CONCEBE COMO ENFERMEDAD, Y QUE CADA CULTURA, A LO INTERNO, TIENE UN PERSONAJE ENCARGADO DE RESTABLECER LOS PADECIMIENTOS DEL CUERPO, ENTENDIDOS COMO ENFERMEDADES, Y QUE SEGÚN EL CASO PUEDEN SER FÍSICAS, MENTALES O ESPIRITUALES (RINCÓN SOTO, 2006). EL MÉDICO, EL CHAMÁN, EL TÉCNICO, EL BRUJO, EL ESPIRITISTA, O COMO SE LE LLAME DENTRO DE LA RESPECTIVA CULTURA, ES EL ENCARGADO DE RESTABLECER Y PRESERVAR LA VIDA; ES, POR LO TANTO, UN SUJETO CON MUCHA CARGA SIMBÓLICA DENTRO DE SU SOCIEDAD. ESTA SITUACIÓN HACE QUE EL ENFERMO RECARGUE SOBRE SU CURADOR UN SINFIN DE SENTIMIENTOS QUE PUEDEN VARIAR DESDE EL MIEDO HASTA LA CREENCIA DE QUE ES UN SER "ES-

PECIAL" QUE LO PUEDE REGENERAR. ASÍ, POR LA NECESIDAD DE INVOLUCRAR A OTROS A LA HORA DE BUSCAR RESTABLECER SU SALUD, EL ENFERMO CONVIERTE SU PROBLEMA BIOLÓGICO EN UN ASUNTO SOCIAL; ES DECIR, EN SU SINTOMATOLOGÍA ENTRAN EN JUEGO LAS CREENCIAS RELIGIOSAS Y CULTURALES DEL GRUPO QUE LO ACOMPAÑA. DE ESTE MODO, VER AL ENFERMO COMO UN SER INANIMADO, SIN SENTIMIENTOS, ES UN CRASO REDUCCIONISMO; POR EL CONTRARIO, HAY QUE CONCEBIRLO COMO UN SUJETO INMERSO EN UN MUNDO BIOPSIOSOCIAL QUE EL MÉDICO DEBERÍA ENTENDER. LA VISIÓN DESPERSONALIZADA DEL ENFERMO TIENE SUS RAÍCES PRINCIPALMENTE EN LA MEDICINA ALOPÁTICA DE CORTE OCCIDENTAL; LA SIGUIENTE SECCIÓN OFRECE UN PANORAMA DE ESTA.

2. ASPECTOS GENERALES DE LA MEDICINA DE SUS ORÍGENES AL PRESENTE

ANTES DE LA CONSOLIDACIÓN DE LA LLAMADA MEDICINA MODERNA EN OCCIDENTE, EN LOS PERÍODOS QUE ABARCAN DESDE LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA HASTA ENTRADO EL SIGLO XIX, LOS DATOS HISTÓRICOS INDICAN QUE ERA AFORTUNADO QUIEN LOGRARA SUPERAR LA INFANCIA Y QUIEN LOGRARA EVADIR ENFERMEDADES Y ACCIDENTES. ANTIGUAMENTE, LUEGO DE UNA OPERACIÓN, ERA CASI INEVITABLE LA INFECCIÓN DE LOS PACIENTES, SIENDO LA GANGRENA EL PEOR DE LOS AZOTES, PUES CAUSABA LA MAYORÍA DE LAS FRACTURAS COMPUESTAS ASÍ COMO NUMEROSAS MUERTES. ESTA ENFERMEDAD ERA GENERALMENTE POSTOPERATORIA; LA ADQUIRÍAN LOS ENFERMOS EN LOS HOSPITALES, LOS CUALES, A SU VEZ, SE CARACTERIZABAN POR POSEER MALOS OLORES, GEMIDOS, VOCES IMPLORANTES DE MORIBUNDOS Y, ENTRE OTROS ASPECTOS, LA IMPOTENCIA DE MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE NO PODÍAN COMBATIRLA. EL CAMPO DE ACCIÓN DE LA CIRUGÍA ESTABA LIMITADO PRINCIPALMENTE A AMPUTACIONES DE LOS MIEMBROS DEL CUERPO, EXTIRPACIÓN DE TUMORES Y CRECIMIENTOS ANORMALES, APERTURA DE ABSCESOS, Y TREPANACIÓN DEL CRÁNEO. MUCHAS INTERVENCIONES COMO LA APERTURA DE ALGUNA CAVIDAD, CIRUGÍA INTESTINAL, EXTIRPACIÓN DE ÓRGANOS, ENTRE OTRAS, PRÁCTICAMENTE SIGNIFICABAN LA MUERTE DEL PACIENTE, BIEN FUERA POR LA OPERACIÓN MISMA O POR LA INFECCIÓN. EN ESTE SENTIDO, ESTAS OPERACIONES ERAN TEMIDAS TANTO POR EL CIRUJANO COMO POR EL PACIENTE:

[E]XISTÍA ADEMÁS EL TEMOR MENTAL QUE PRECEDÍA A LA OPERACIÓN, EL HORROR DE SER SUJETADO O ATADO, AL DARSE CUENTA QUE DE TODO LO QUE ESTABA SUCEDIENDO, EL DOLOR HORRIBLE DEL HUESO ASERRADO, EL COLAPSO EN QUE SE CAÍA DESPUÉS. SI LA OPERACIÓN EN SÍ TENÍA ÉXITO, TODAVÍA QUEDABA PARA

DESPUÉS EL DOLOR DE LAS CURACIONES DURANTE UNA LARGA CONVALECENCIA, Y EL MUY PROBABLE PELIGRO DE LA GANGRENA DE LA HERIDA CON EL RESULTADO FATAL DE UNA INFECCIÓN GENERALIZADA (HAYWARD, 1993:29).

EN OTRAS ÁREAS COMO LA OBSTETRICIA, POR EJEMPLO, LA SITUACIÓN ERA SIMILAR. SEGÚN HAYWARD (1993), LA MORTALIDAD DE LAS MADRES ERA SUPERIOR EN LOS HOSPITALES QUE CUANDO PARÍAN EN SUS CASAS, DEBIDO A LAS MÚLTIPLES INFECCIONES QUE CONTRAÍAN. LA MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR EPIDEMIAS TAMBIÉN ERA FRECUENTE. HAYWARD ACHACA LA PROLIFERACIÓN DE ENFERMEDADES EPIDÉMICAS TALES COMO EL SARAMPIÓN Y LA TOS FERINA (LAS CUALES ACABABAN CON LA VIDA DE MUCHOS INFANTES), A LAS CONDICIONES SOCIALES, ESPECIALMENTE A LA IGNORANCIA ACERCA DE LAS REGLAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, QUE A SU VEZ ERAN CONSECUENCIA DIRECTA DE LA POBREZA EXTREMA.

LA MEDICINA PREVENTIVA NO SE PONE EN PRÁCTICA SINO HASTA MEDIADOS DEL SIGLO XIX; ANTES NO SE REALIZARON MAYORES AVANCES EN MATERIA DE PREVENCIÓN. DURANTE ESE PERÍODO EXISTÍA UNA CONCEPCIÓN FATALISTA, QUE CONSIDERABA POR IGUAL LA VEJEZ, LA MUERTE Y LAS EPIDEMIAS, VISTAS TODAS COMO INEVITABLES DESIGNIOS DE DIOS. EL DESARROLLO DE LOS AVANCES MÉDICOS EN EUROPA TRANSCURRIÓ EN UN AMBIENTE DONDE NO EXISTÍA LA PREVENCIÓN EN EL SENTIDO QUE SE MANEJA HOY EN DÍA. EXISTÍA UNA COMPLETA DESIDIA EN CUANTO A LA HIGIENE SANITARIA, AUNADA A LOS GRAVES PROBLEMAS QUE EXISTÍAN EN LA ÉPOCA PARA PODER ACCEDER AL AGUA POTABLE Y DESTRUIR LA BASURA. HABÍA Poca VENTILACIÓN, DESAGÜES DEFECTUOSOS, AGLOMERACIÓN, FALTA DE ALUMBRADO, FÁBRICAS Y ESTABLECIMIENTOS EN CONDICIONES INSALUBRES. LAS VENTANAS SE MANTENÍAN CERRADAS, SOBRE TODO DE NOCHE, PARA EVITAR EL AIRE FRESCO, CON EL CONSIGUIENTE RESFRÍO. ADEMÁS,

[E]N LAS SUCIAS CALLES DE LAS POBLACIONES, LOS ALBAÑALES ERAN DE TIPO ABIERTO Y LAS LETRINAS SE DERRAMABAN CONTAMINANDO LOS POZOS DE AGUA POTABLE; LOS BASUREROS, QUE NUNCA SE VACIABAN Y LOS OLORES ABOMINABLES ESTABAN A LA PAR CON LA AUSENCIA GENERAL DE ASEO PERSONAL AUN ENTRE LAS CLASES ALTAS. EN ESE TIEMPO ERA INCÓMODO, PERO NO VERGONZOSO, ANDAR LLENO DE PARÁSITOS, Y PROBABLEMENTE A LA PRIMERA RAZÓN, MENCIONADA SE HAYA DEBIDO LA MODA DE RASURARSE LA CABEZA Y USAR PELUCA (HAYWARD, 1993:33).

SE HACE EVIDENTE QUE ANTES DE QUE SE CONOCIERAN LAS CAUSAS DE MUCHAS ENFERMEDADES, LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS HABITANTES ERAN LOS PRINCIPALES AGENTES DE LA PROLIFERACIÓN DE PADECIMIENTOS, SOBRE TODO ENTRE LOS MÁS POBRES, ASPECTO QUE SIGUE OCURRIENDO EN LA ACTUALIDAD: A PESAR DE LOS AVANCES DE LA CIENCIA, CADA DÍA HAY MÁS ENFERMEDADES NUEVAS Y PELIGROSAS SIN ERRADICAR, DONDE LA GENTE CON MENOS RECURSOS ES LA MÁS AFECTADA PORQUE SUS CONDICIONES DE VIDA SON TOTALMENTE ANTIHIGIÉNICAS Y NO TIENEN ACCESO A LA MEDICINA MODERNA. TAL ES EL CASO DE NUMEROSAS COMUNIDADES AMERINDIAS, A LAS CUALES LA MEDICINA MODERNA SE LES OFECE DE UNA FORMA INADECUADA, PUES -POR DIVERSOS MOTIVOS- LOS PROGRAMAS DE SALUD NO SE TERMINAN EXITOSAMENTE, AMÉN DE QUE SE LES TRATA DE IMPONER UN NUEVO CONCEPTO DE SALUD, SIN TOMAR EN CUENTA LAS DIFERENCIAS CULTURALES Y SU VISIÓN DE MUNDO. LO QUE SE CREA ES UNA NEGATIVA INCERTIDUMBRE: AL ESTAR EXPUESTOS A UNA NUEVA CONCEPCIÓN DE MEDICINA, EL CUAL SE LES PRESENTA COMO "LA MEDICINA REALMENTE EFECTIVA", LOS INDÍGENAS COMIENZAN A VER CON DESCONFIANZA SU PROPIA MEDICINA, UTILIZADA DESDE TIEMPOS INMEMORIALES, SIN SABER QUE MUCHAS DE LAS ENFERMEDADES QUE SE PADECEN EN SU ENTORNO SE PODRÍAN PREVENIR MEDIANTE SUS PRÁCTICAS ANCESTRALES, O BIEN, MEDIANTE PROCEDIMIENTOS SENCILLOS TALES COMO MEJORAR LAS CONDICIONES DE HIGIENE EN QUE SE ENCUENTRAN, Hervir el agua o lavarse las manos.

EN ÉPOCAS ANTERIORES A LOS AVANCES MODERNOS FUNDAMENTALES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MUCHAS ENFERMEDADES (E.G., EL MICROSCOPIO, EL ESTETOSCOPIO, EL TERMÓMETRO, ASÍ COMO OTRAS HERRAMIENTAS AUXILIARES QUE APORTAN LA FÍSICA, LA QUÍMICA Y LA BACTERIOLOGÍA), ERA PRÁCTICAMENTE IMPOSIBLE QUE LOS MÉDICOS OFRECERAN A SUS PACIENTES CURACIONES PARA MUCHAS DE LAS ENFERMEDADES QUE PADECÍAN Y QUE CONDUJAN A LA MUERTE A CANTIDADES DE PERSONAS. MUCHOS MÉDICOS DEJABAN QUE OBRARA LA NATURALEZA, OFRECIÉNDOLES A SUS PACIENTES MEDIDAS LIGERAS PARA CONTRARRESTAR EL DOLOR, MIENTRAS QUE OTROS ACUDÍAN A MEDIDAS MÁS ACTIVAS COMO SUDORES, VENTOSAS, PURGANTES, MUY DE AUGE EN ESA ÉPOCA. EN CASO CONTRARIO, LO QUE SE INTENTABA ERA ALIVIAR LA ENFERMEDAD Y CONFIAR EN LOS PODERES CURATIVOS NATURALES DEL CUERPO. LA CONFIANZA EN LA NATURALEZA ERA LA MÁXIMA PRACTICADA POR LOS QUE HOY DÍA SE CONSIDERAN LOS MÁS SABIOS MÉDICOS DE LA ÉPOCA (E.G., HIPÓCRATES). AL RESPECTO, HAYWARD (1993:25) SOSTIENE QUE:

[C]OMETERÍAMOS UN ERROR SI CREYÉSEMOS QUE LOS ANTIGUOS MÉDICOS Y CIRUJANOS ERAN MENOS INTELIGENTES Y HÁBILES QUE LOS DEL TIEMPO PRESENTE. EN MUCHOS ASPECTOS LO ERAN AÚN MÁS, PUESTO QUE EL HECHO DE ATENERSE A SUS PROPIOS SENTIDOS Y SIN NINGUNA OTRA AYUDA, DESARROLLABA EN ELLOS UN INSTINTO CASI MARAVILLOSO PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL PRONÓSTICO, APARTE DE QUE SU TRATAMIENTO ERA GUIADO POR UNA GRAN EXPERIENCIA OBTENIDA MEDIANTE LAS OBSERVACIONES PRECISAS Y ALMACENADAS EN SU MEMORIA.

EN LA ACTUALIDAD, BIEN ES CIERTO QUE LA SUBJETIVIDAD Y LA INTUICIÓN FORMAN PARTE DE SU PRÁCTICA CURATIVA. PERO, AHORA SE CUENTA CON DELICADAS Y SOFISTICADAS PRUEBAS QUÍMICAS O BACTERIOLÓGICAS, SIN LAS CUALES EL MÉDICO NO PUEDE TENER UNA VISIÓN CLÍNICA DEL ESTADO DEL PACIENTE, DEBIDO A ESTO NO POSEEN LA CONFIANZA QUE TENÍAN SUS ANTECESORES EN SUS CAPACIDADES INSTINTIVAS Y PROFESIONALES. EN ÉPOCAS ANTERIORES, TANTO LOS MÉDICOS COMO LOS PACIENTES SENTÍAN UNA FE RECÍPROCA ANTE LOS PREPARADOS NATURALES QUE EL MÉDICO LE PROCURABA AL PACIENTE. LA FE ERA UN ASPECTO IGUALMENTE ESENCIAL QUE FUNDAMENTABA LA PRÁCTICA MÉDICA, MIENTRAS QUE EN LA ACTUALIDAD, LA FE HA QUEDADO RELEGADA AL PACIENTE, PUES EL MÉDICO SE ATIENE CASI EXCLUSIVAMENTE A SUS CONOCIMIENTOS Y APARATOS.

LA MEDICINA CIENTÍFICA MODERNA (OCCIDENTAL) SE DIFERENCIA DE LAS PRÁCTICAS Y CREENCIAS CURATIVAS QUE LA PRECEDIERON -Y DE LAS CUALES SIN EMBARGO TODAVÍA POSEEN ELEMENTOS- EN QUE APELA EN LA ACTUALIDAD A OTRAS RAMAS DE LA CIENCIA COMO LA FÍSICA, LA QUÍMICA, LA BACTERIOLOGÍA, CON EL FIN DE DIAGNOSTICAR Y DAR TRATAMIENTO A LOS PACIENTES. ADEMÁS, PREVÉ ASIGNACIONES DE RECURSOS HUMANOS Y ECONÓMICOS PARA LA INVESTIGACIÓN Y TIENE, CONTINUAMENTE, LA POSIBILIDAD DE RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE; DESPUÉS QUE UN PACIENTE MUERE, SE CUENTA CON LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA DESCUBRIR *POST-MORTEM* CUÁL FUE LA CAUSA DE SU FALLECIMIENTO; ESTE CONOCIMIENTO, A SU VEZ, AYUDA EN MUCHOS CASOS A PREVENIR LA MUERTE DE PERSONAS CON UNA PATOLOGÍA SIMILAR.

3. LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

CUANDO SE HABLA DE *MEDICINA*, EN UN SENTIDO OCCIDENTAL -Y EN LÍNEAS GENERALES- SE ESTÁ REHRIENDO A UNA CIENCIA QUE TIENE COMO OBJETIVO LA

CONSERVACIÓN DE LA SALUD. LA SALUD, O EL RESTABLECIMIENTO DE ESTA, ES EL MOTIVO QUE JUSTIFICA EL SABER Y EL QUEHACER MÉDICOS, YA QUE LA SALUD CONSTITUYE UN ESTADO DE BIENESTAR DEL SER HUMANO, BIEN SEA ORGÁNICO O PSICOLÓGICO. LA ENFERMEDAD ES LA ANTÍTESIS DE LA SALUD: A PARTIR DE SU PRESENCIA SE ALTERA EL BIENESTAR DE LA PERSONA. CUANDO LA ENFERMEDAD SE PRESENTA, LO HACE SOBRE EL CUERPO DE LA PERSONA; ES EL CUERPO DE LA PERSONA EL QUE SUFRE LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD; POR ELLO LAS NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD ESTÁN ESTRECHAMENTE LIGADAS CON LA NOCIÓN DE CUERPO. EN ESTE SENTIDO, SIGUIENDO A GARCÍA GAVIRIA (1993), SE ENTIENDE QUE ESPACIO Y CUERPO SON CATEGORÍAS QUE EXPRESAN LAS RELACIONES DEL SUJETO CONSIGO MISMO, CON LOS OTROS Y CON LO QUE LO RODEA. LA ENFERMEDAD SE PRODUCE EN UN CUERPO QUE A SU VEZ ES ENTENDIDO COMO MATERIA O COMO UN RECEPTOR DE ENFERMEDADES.

EN SU PÁGINA DE INTERNET (WWW.OMS.COM), LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) DEFINE LA SALUD COMO "UN ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, Y NO SÓLO LA AUSENCIA DE MOLESTIAS O ENFERMEDADES"; A LA ENFERMEDAD LA DEFINE COMO "CUALQUIER ESTADO DONDE HAYA UN DETERIORO DE LA SALUD DEL ORGANISMO HUMANO. TODAS LAS ENFERMEDADES IMPLICAN UN DEBILITAMIENTO DEL SISTEMA NATURAL DE DEFENSA DEL ORGANISMO O DE AQUELLOS QUE REGULAN EL MEDIO INTERNO. INCLUSO CUANDO LA CAUSA SE DESCONOCE, CASI SIEMPRE SE PUEDE EXPLICAR UNA ENFERMEDAD EN TÉRMINOS DE LOS PROCESOS FISIOLÓGICOS O MENTALES QUE SE ALTERAN". SI BIEN LA DEFINICIÓN DE SALUD DE LA OMS TRASCIENDE EL ASPECTO MERAMENTE BIOMÉDICO E INCLUYE LA DIMENSIÓN SOCIAL DE ESTA, LA DE ENFERMEDAD SE LIMITA A UNA CONCEPCIÓN ESTRICTAMENTE BIOMÉDICA. NO INCLUYE EL ASPECTO SOCIAL, LOS SIGNIFICADOS PROPIAMENTE SOCIALES DE LO QUE ES ESTAR SANO O ESTAR ENFERMO. TAL RESTRICCIÓN EN LA DEFINICIÓN PODRÍA EXPLICARSE EN PARTE PORQUE ES PRECISAMENTE EL SIGNIFICADO SOCIAL DE ESTE BINOMIO LO QUE VARÍA DE CULTURA A CULTURA. SEGÚN GARCÍA GAVIRIA (1993:15),

ENFERMEDAD Y SALUD SON TÉRMINOS QUE SIGNIFICAN FENÓMENOS DE UN MISMO PROCESO: LA VIDA HUMANA. DESCRIBEN ESTADOS DEL INDIVIDUO ESTRECHAMENTE RELACIONADOS CON CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE CADA UNO Y ANTINÓMICAS ENTRE ELLOS: LA SALUD, VALOR POSITIVO, UN DERECHO SOCIAL BÁSICO ASOCIADO CON UN ESTADO DE BIENESTAR. LA ENFERMEDAD, UN ANTIVALOR, LA NEGACIÓN DE LA SALUD QUE REFLEJA LAS FALLAS DEL ORGANISMO

VIVO, CONSIDERADA COMO UN MAL CONTRA EL CUAL EL HOMBRE SE HA ENFRENTADO Y HA LUCHADO DESDE SIEMPRE.

EL SER HUMANO PUEDE DISCERNIR LAS NOCIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD EN EL MOMENTO QUE LAS PADECE; CUANDO SE PRODUCE ALGUNA ALTERACIÓN EN SU ORGANISMO, LA CUAL PUEDE DETECTARSE POR LA PRESENCIA DE ALGUNOS SIGNOS O SÍNTOMAS, EL SUJETO ESTÁ EN CAPACIDAD DE RECONOCER QUE TIENE QUE BUSCAR AYUDA. CUANDO LA PERSONA ASUME ESA ACTITUD, Y ENTRA EN CONTACTO CON EL PERSONAJE QUE EN SU CULTURA ESTÁ HABILITADO PARA CURAR, SE DA UN PROCESO DE INTERACCIÓN ENTRE EL MÉDICO O CURADOR Y EL AHORA PACIENTE O DOLIENTE.

EL MÉDICO ES UN CURADOR O, POR DECIRLO DE ALGUNA MANERA, UN RESTABLECEDOR DE LA SALUD. AHORA BIEN, EL MÉDICO NO NECESARIAMENTE ES AQUEL QUE SE GRADÚA EN UNA UNIVERSIDAD, COMO SE ACEPTA EN LA CONCEPCIÓN OCCIDENTAL, SINO QUE VARÍA SEGÚN LA CULTURA, TANTO EN SU DENOMINACIÓN COMO EN SUS PRÁCTICAS CURATIVAS. EN ESTE SENTIDO HAY QUE DIFERENCIAR ENTRE UN CURADOR QUE ES LEGÍTIMAMENTE RECONOCIDO DENTRO DE SU CULTURA, Y EL CARÁCTER LEGAL QUE ALGUNAS CULTURAS IMPONEN A ESTE PERSONAJE, EL CUAL PARA SER RECONOCIDO COMO TAL DEBE PASAR POR UN PROCESO QUE VA DESDE EL ESTUDIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA HASTA LA OBTENCIÓN DE UN DIPLOMA.

EL MÉDICO O CURADOR, ES UN SANADOR, UN ESPECIALISTA, QUE PUEDE CONCEBIRSE COMO UN "DADOR DE VIDA", "UN AMIGO", "UN TÉCNICO", UNA ESPECIE DE INTERMEDIARIO DE DIOS, DE LOS ESPÍRITUS, CAPAZ DE RESTABLECER LA SALUD EN EL CUERPO ENFERMO. AHORA BIEN, LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE ENFERMEDAD POR PARTE DEL SUJETO TRASPASA EL UMBRAL DE LO CULTURAL, ASÍ COMO DE LO SOCIAL. DE ALLÍ QUE, SEGÚN GARCÍA GAVIRIA (1984), LA PERCEPCIÓN DIFERENCIAL DE LOS SÍNTOMAS POR PARTE DEL SUJETO ESTÁ MARCADA NO SÓLO POR SU BIOGRAFÍA PERSONAL, SINO TAMBIÉN POR SU CULTURA Y POR LA HISTORIA DE SU GRUPO. LA ENFERMEDAD, ES UNA DESVIACIÓN DEL ESTADO NORMAL DEL SER HUMANO -LA SALUD-, LA CUAL PRODUCE EN EL QUE LA PADECE UN DESEQUILIBRIO QUE DEBE SER RESTABLECIDO PARA QUE ESTE PUEDA INSERTARSE NUEVAMENTE AL CONTEXTO SOCIAL AL QUE PERTENECE.

SEGÚN LÓPEZ PIÑERO (2000), LA PRÁCTICA MÉDICA TIENE COMO FINALIDAD EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, CORRESPONDIENDO ESTA A UNA RELACIÓN COMPLEJA ENTRE UN MÉDICO Y UN ENFERMO. CUANDO ESTE PERTENECE A OTRA CULTURA, EL MÉDICO PARTICIPA EN ELLA UTILIZANDO TERMINOLOGÍAS, VALORES, SUPUESTOS BÁSICOS Y CONCEPTOS DE LA MEDICINA MODERNA ACERCA DEL CUERPO HUMANO, LA ENFERMEDAD Y LA SALUD. ASÍ, MIENTRAS EL PACIENTE PERTENECE A

OTRA CULTURA, SE PRESENTA UN PROBLEMA DE INCOMUNICACIÓN QUE NO PERMITE QUE LA PRÁCTICA CLÍNICA SE DESARROLLE CON EFICACIA. EN ESTE SENTIDO, DESDE SU PUNTO DE VISTA, ESTE AUTOR SUGIERE QUE LOS MÉDICOS CONOZCAN LAS MEDICINAS DE LOS GRUPOS DONDE TRABAJAN. SOBRE ESTE MISMO TEMA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE FOUCAULT (1999:24-25) SOSTIENE QUE:

EN EL ESPACIO FUNDAMENTAL DE LA ENFERMEDAD, LOS MÉDICOS Y LOS ENFERMOS NO ESTÁN IMPLICADOS DE PLENO DERECHO; SON TOLERADOS COMO TANTAS OTRAS PERTURBACIONES DIFÍCILMENTE EVITABLES: EL PAPEL PARADÓJICO DE LA MEDICINA CONSISTE, SOBRE TODO, EN NEUTRALIZARLOS, EN MANTENER ENTRE ELLOS EL MÁXIMO DE DISTANCIA PARA QUE LA CONFIGURACIÓN IDEAL DE LA ENFERMEDAD, ENTRE SUS DOS SILENCIOS, Y EL VACÍO QUE SE ABRE DEL UNO AL OTRO, SE HAGA FORMA CONCRETA, LIBRE, TOTALIZADA AL FIN EN UN CUARTO INMÓVIL, SIMULTÁNEO, SIN ESPESOR NI SECRETO DONDE EL RECONOCIMIENTO SE ABRE POR SÍ MISMO, SOBRE EL ORDEN DE LAS ESENCIAS.

LA CONSULTA MÉDICA SE CONVIERTE, TAL Y COMO SEÑALA LÓPEZ PIÑERO (2000), EN UN ENCUENTRO ENTRE DOS PERSONAS DESCONOCIDAS, A VECES DE DIFERENTES CULTURAS, Y QUE MANEJAN CÓDIGOS LINGÜÍSTICOS Y REPRESENTATIVOS COMPLETAMENTE DISTINTOS DE LA REALIDAD. ALLÍ EMPIEZA ENTONCES, AL DECIR DE FOUCAULT, UNA TOLERANCIA MUTUA QUE TRAE COMO CONSECUENCIA, SEGURAMENTE, QUE EL TRATAMIENTO PRESCRITO AL PACIENTE NO SE CUMPLA. ESTE PROBLEMA DE LA INTERACCIÓN ES MUY COMPLEJO. ES TAREA DE LA ANTROPOLOGÍA, COMO VEREMOS A CONTINUACIÓN, DESCIFRARLO E INTENTAR PROPONER UNA SOLUCIÓN.

3. ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA

GRACIAS AL DESARROLLO DE LA DISCIPLINA ANTROPOLÓGICA Y A SU INCURSIÓN EN TEMAS INTERDISCIPLINARIOS, A PARTIR DE LOS AÑOS SESENTA EMPIEZA A GESTARSE EL CONCEPTO DE ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA. EN LA LITERATURA SOBRE EL TEMA, EN EL CASO DE ESPAÑA, POR EJEMPLO, NO EXISTE UNA DEFINICIÓN "OFICIAL" DEL CONCEPTO; SIN EMBARGO, LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIOSOS COINCIDEN EN QUE ESTE CAMPO SE INTERESA POR LA INTERPRETACIÓN SOCIAL DE LOS FENÓMENOS DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD (Cfr. FÁBREGA, 1972). AL INICIO, LA INVESTIGACIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA ESTABA RELACIONADA CON TEMAS DE SALUD Y ERA ALGO ESCASA, PUES PREVALECIÓ TODAVÍA UNA INCLINACIÓN HACIA ESTUDIOS SOBRE ASPECTOS

RELACIONADOS CON LAS NECESIDADES Y PROBLEMÁTICAS DEL MODELO BIOMÉDICO Y NO SOBRE ASPECTOS VINCULADOS CON LA NOCIÓN DE *CULTURA*. SIN EMBARGO, A PESAR DE ELLO, YA EN LOS INICIOS PUEDEN SEÑALARSE ALGUNAS CONTRIBUCIONES QUE PRODUCERON LOS ESTUDIOS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ANTROPOLOGÍA Y SALUD; ENTRE ELLOS ESTÁN:

- 1) EL ESTUDIO DE LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD DE LA POBLACIÓN.
- 2) SUGERIR ENFOQUES PARTICULARES QUE PUEDAN AYUDAR CON TALES GRUPOS.
- 3) AYUDAR AL PERSONAL DE SALUD PÚBLICA PARA ENTENDER SUS PROPIAS ACTITUDES Y CÓMO ESTAS AFECTAN SU TRABAJO.
- 4) PROMOVER LA COMPRESIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA ENTRE LAS COMUNIDADES.
- 5) CONTRIBUIR DIRECTAMENTE AL CONOCIMIENTO DE LA TERAPIA, ENFERMEDAD Y PATRONES DE ENFERMEDAD (MAHONEY, 1960, *APUD* SCOTH, 1963:34).

COMO SE COLIGE DE LA INFORMACIÓN, CUANDO LA ANTROPOLOGÍA APLICADA COMENZÓ A INTERESARSE POR LOS TEMAS DE LA SALUD NO SE CONSIDERABAN ASPECTOS COMO LAS RELACIONES SOCIALES QUE CIRCUNDAN LOS PROCESOS DE ENFERMEDAD, ASÍ COMO TAMPOCO EL PROBLEMA DEL PAPEL ACULTURADOR DE LOS ENCARGADOS DE LA SALUD Y DE LOS ANTROPÓLOGOS. ADEMÁS, SE EXCLUÍA LA POSIBILIDAD DE ANALIZAR LA NOCIÓN DE *ENFERMEDAD*, SUS CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS SOCIALES DESDE UN PUNTO DE VISTA EMINENTEMENTE ANTROPOLÓGICO. EL OBJETIVO QUE SE PERSEGUÍA AL INICIO ERA EL DE REFORZAR LA PRESENCIA DEL TRABAJO ANTROPOLÓGICO APLICADO, PERO SIN CUESTIONAR SU ESTATUS DE SUBORDINACIÓN AL MODELO MÉDICO (MAHONEY, 1960:52).

EN LA LITERATURA ANTROPOLÓGICA DE LOS AÑOS SESENTA, POR EJEMPLO, LAS CATEGORÍAS DE *SALUD-ENFERMEDAD* TODAVÍA NO SE HABÍAN OPERACIONALIZADO. SI BIEN, EL DISCURSO ANTROPOLÓGICO SE CENTRABA EN LA ENFERMEDAD, NO RESOLVÍA EL PROBLEMA TEÓRICO SOBRE ELLA, NI SOBRE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DE LA SALUD. EN 1970, FÁBREGA, QUIEN GRACIAS A SU PROFESIÓN DE MÉDICO Y A LOS ESTUDIOS QUE POSEÍA SOBRE ANTROPOLOGÍA, ELABORA UNA PROPUESTA TEÓRICA AL RESPECTO A PARTIR DE SUS TRABAJOS DE CAMPO REALIZADOS CON INDÍGENAS EN EL SURESTE MEXICANO. NO OBSTANTE, FÁBREGA DEFINIRÁ LA *ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA* NO EN TÉRMINOS CONCEPTUALES, METODOLÓGICOS O DE PRINCIPIOS SINO DESDE CRITERIOS DEONTOLÓGICOS, ES DECIR, EN TÉRMINOS DE LO QUE DEBERÍA SER SU CONTENIDO. SU IDEA FUNDAMENTAL ERA LA DE PROPONER EL PARADIGMA

BIOMÉDICO COMO PUNTO DE REFERENCIA PARA ORGANIZAR TÉRMINOS, METODOLOGÍAS Y PROPUESTAS TEÓRICAS. SIN EMBARGO, AL ESTAR VINCULADO AL UNIVERSO INDÍGENA, SU MODELO TEÓRICO NO PERMITE EL ANÁLISIS DEL CARÁCTER BIOLÓGICO QUE SE PUEDE PRESENTAR EN PRÁCTICAS ALTERNAS NO OCCIDENTALES¹.

FÁBREGA (1972:54) DISTINGUE DOS MANERAS DE ENTENDER LA ENFERMEDAD. A UNA LA DENOMINA *DISEASE*, LA CUAL DESIGNA ESTADOS CORPORALES ALTERADOS O PROCESOS DE DESVIACIÓN DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN LA CIENCIA BIOMÉDICA OCCIDENTAL. A LA OTRA LA LLAMA *ILLNESS*, Y SE REFIERE A ALGUIEN QUE ESTÁ ENFERMO, PERO POR CRITERIOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS. LA PRODUCCIÓN INICIAL DE FÁBREGA, AL IGUAL QUE LA DE OTROS AUTORES DE LA ÉPOCA, COMO COLSON Y SELBY (1972), ESTABA INFLUENCIADA POR EL MODELO MÉDICO, PERO AL PROPONER LA ENFERMEDAD Y SUS DIMENSIONES COMO EL OBJETO DE ESTUDIO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA, SE ABRIERON LAS PUERTAS PARA UNA DELIMITACIÓN PRECISA DEL CAMPO. LA PROPUESTA DE FÁBREGA ABRE UN NUEVO ESPACIO PARA LA BIOMEDICINA, EN TANTO QUE SURGE EN UN CONTEXTO DONDE EL MODELO MÉDICO ATRAVIESA POR UNA CRISIS DEBIDO A SU INCAPACIDAD PARA RESOLVER EL PROBLEMA DEL INCREMENTO DE LA MORBILIDAD CRÓNICA; DE IGUAL MANERA, EXISTÍAN FALLAS EN LOS PROGRAMAS DIRIGIDOS HACIA LA LUCHA CONTRA EL HAMBRE EN EL TERCER MUNDO, ASÍ COMO MALA PRAXIS, E INCREMENTO DE LA IATROGENEIDAD, ENTRE OTROS. EN ESTE SENTIDO, LA ANTROPOLOGÍA OFRECÍA UN PARTICULAR ATRACTIVO A UNA CIENCIA QUE SE ENCONTRABA EN UN AMBIENTE DE DESCONFIANZA POR PARTE DE LA POBLACIÓN; QUEDABA PENDIENTE SOLAMENTE UN DESARROLLO TEÓRICO QUE ENGLOBARA A TODOS LOS SISTEMAS MÉDICOS.

FOSTER (1974) PROPONE UNA TIPOLOGÍA DE LOS SISTEMAS MÉDICOS NO OCCIDENTALES, DISTINGUIENDO DOS CONCEPCIONES ETIOLÓGICAS DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD. A LA PRIMERA LA LLAMA "PERSONALISTA", DESCRIBIÉNDOLA COMO AQUEL CONJUNTO DE SISTEMAS CONCEPTUALES CARACTERÍSTICOS DE LAS SOCIEDADES INDÍGENAS, LAS CUALES INTERPRETAN LA ENFERMEDAD EN TÉRMINOS DE AGENTES ACTIVOS RELACIONADOS CON PERSONAS Y AGENTES MORALES. CARACTERÍSTICA DE ESTA IDEA ES LA CREENCIA POR PARTE DE LOS DIVERSOS GRUPOS DE QUE LA ENFERMEDAD CORRESPONDE A INSTANCIAS PERIFÉRICAS DONDE LA MAGIA Y LA RELIGIÓN ESTÁN ÍNTIMAMENTE RELACIONADAS. POR SU PARTE, LA SEGUNDA CONCEPCIÓN ETIOLÓGICA

1 FÁBREGA ESTABLECE UNA DIVISIÓN ENTRE DOS MODELOS EN LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA: EL *ETNOMÉDICO*, QUE ANALIZA LOS PROBLEMAS MÉDICOS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL, CULTURAL, Y EL *BIOMÉDICO OCCIDENTAL*, BIÓLOGISTA EN ESENCIA, E INTERESADO EN LOS PROBLEMAS MÉDICOS EN TANTO PROBLEMAS QUE AFECTAN AL INDIVIDUO EN SU SISTEMA BIOLÓGICO, ES DECIR, AL MARGEN DE CAUSAS SOCIALES O CULTURALES.

DE LA ENFERMEDAD LA DENOMINA FOSTER "NATURALISTA", Y SE REFIERE A AQUELLOS SISTEMAS MÉDICOS EN LOS QUE, AL CONTRARIO DE LOS MODELOS PERSONALISTAS, LA ENFERMEDAD ES ATRIBUIDA A UNA FALTA DE EQUILIBRIO EN EL INDIVIDUO; ES DECIR, NO ESTÁ RELACIONADA CON PROCESOS MÁGICO-RELIGIOSOS, Y POR LO TANTO, LA RESPONSABILIDAD TIENDE A SER CENTRALIZADA EN EL PACIENTE Y NO EN CAUSAS SOBRENATURALES. LA DIVISIÓN DE FOSTER ES *MUTATIS MUTANDIS* COMPARABLE CON LA DIVISIÓN DE FÁBREGA EN CUANTO A MODELOS DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA (EL ETNOMÉDICO Y EL BIOMÉDICO OCCIDENTAL).

KLEINMAN (1978) CONSIDERA QUE EL MODELO DE FOSTER ES EL RESULTADO DE UNA TRADICIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA, CARACTERIZADA POR HACER GENERALIZACIONES COMPARATIVAS SIN UNA BASE REAL. KLEINMAN FORMULA UN MODELO TEÓRICO QUE VINCULA EL ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS MÉDICOS Y EL DE SUS DIFERENTES TRANSACCIONES Y FUNCIONES QUE SE DESARROLLAN EN UN CONTEXTO DETERMINADO. BAJO LA TERMINOLOGÍA *HEALTH CARE SYSTEM*, ENGLoba EL CONJUNTO DE SISTEMAS DE ATENCIÓN Y SALUD QUE EXISTEN EN UN SISTEMA CULTURAL DETERMINADO, BIEN SEAN DE TIPO "FOLK" O DE LOS ALTAMENTE INSTITUCIONALIZADOS. EN ESTE SENTIDO, MODELOS MÉDICOS COMO LA ALOPÁTICA, EL COSMOPOLITA, EL OCCIDENTAL, Y OTROS, CORRESPONDEN A SISTEMAS CULTURALES Y, POR LO TANTO, A UNA ETNOMEDICINA, ESO SÍ, FISIOLÓGICAMENTE ORIENTADA. ASÍ PUES, AL SER CONSIDERADAS COMO OBJETO DE ESTUDIO, SE LLEGA A NUEVAS ORIENTACIONES TEÓRICAS POR PARTE DE LA ANTROPOLOGÍA.

EL PLANTEAMIENTO DE KLEINMAN TRAE A COLACIÓN LA VIEJA DISCUSIÓN ANTROPOLÓGICA DEL BINOMIO NATURALEZA-CULTURA JUNTO A OTRAS COMO MENTE-CUERPO, INDIVIDUO-SOCIEDAD, PUES CONSIDERA TANTO A LA BIOMEDICINA COMO A LOS DEMÁS SISTEMAS SOCIOCULTURALES COMO RECONSTRUCTORES CONTINUOS DE LA NATURALEZA; DESDE ESTE PUNTO DE VISTA, LA BIOMEDICINA CONSTITUYE UN PRODUCTO DE UNA DIALÉCTICA CONTINUA ENTRE NATURALEZA Y CULTURA. A PARTIR DE ENTONCES EL DISCURSO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA SE ENTENDERÁ COMO UN DISCURSO SOBRE LAS DIMENSIONES SOCIALES DE LA ENFERMEDAD, MÁS QUE DE LAS INDIVIDUALES Y, POR CONSIGUIENTE, DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. PUEDE OBSERVARSE, POR LO ANTES DESCRITO, QUE LA CONSTITUCIÓN DE ESTA DISCIPLINA FUE RESULTADO DEL INTENTO DE ATRIBUIR A LOS ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS SOBRE LA SALUD UN ESTATUS QUE LES DIERA LA APARIENCIA DE UN CAMPO DE ESTUDIO MÁS O MENOS ESPECÍFICO, YA QUE LO DOTÓ DE UN OBJETO DE ESTUDIO ESTRATÉGICO QUE PERMITIERA SU LEGITIMIDAD TEÓRICA.

ACKERKNECHT (1980)², UNO DE LOS ESCASOS HISTORIADORES DE LA MEDICINA CON CONOCIMIENTOS DE ANTROPOLOGÍA, CONSIDERA QUE SE HAN PRODUCIDO POCOS TEXTOS REFERIDOS A ESTA TEMÁTICA Y QUE ESTE DESARROLLO HA SIDO MÁS LENTO EN EUROPA QUE EN ESTADOS UNIDOS. SEGÚN ESTE AUTOR, ESTO SE DEBE A QUE MUCHOS ANTROPÓLOGOS QUE NO SON MÉDICOS, NO SE ATREVEN A TOCAR DICHO TEMA, Y ESTÁN ACOSTUMBRADOS A HACER AFIRMACIONES QUE LA MAYORÍA DE LAS VECES SON EQUIVOCADAS, COMO POR EJEMPLO EN EL ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA, "PERO CUANDO LLEGAN A LAS ENFERMEDADES CORPORALES, SE ABSTENDRÁN DE HACERLO, Y HACEN BIEN" (ACKERKNECHT, 1980:9).

SEGÚN SE DESPRENDE DE LA LITERATURA COMENTADA, LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA SE PUEDE DEFINIR COMO EL ESTUDIO DEL CONTEXTO SOCIAL DEL FENÓMENO DE ENFERMEDAD, SUS CONCEPCIONES, LAS PRÁCTICAS CURATIVAS Y LOS ASPECTOS RELIGIOSOS, MÍTICOS, ESOTÉRICOS, QUE LAS LEGITIMAN, ASÍ COMO SU REALIZACIÓN POR MEDIO DE LAS PERSONAS ENCARGADAS PARA TALES FINES AL INTERNO DE UNA COMUNIDAD. LA ENFERMEDAD SE ABORDA COMO "CATEGORÍA SOCIAL" (FÁBREGA, 1972:167), Y EN TANTO FENÓMENO SOCIAL EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD CONSTITUYE UN SISTEMA SIMBÓLICO AL CUAL SE ADHIEREN LOS MIEMBROS DE CADA CULTURA; Y ES PRECISAMENTE EL TRABAJO DEL ANTROPÓLOGO EL ESTUDIAR, ANALIZAR Y DESCRIBIR ESE SISTEMA. ASÍ PUES, PUEDE AFIRMARSE QUE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA SE INTERESA POR LOS SIGNIFICADOS SOCIALES DEL FENÓMENO DENOMINADO ENFERMEDAD³.

COMO PRECEDENTE MÁS DIRECTO LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA PUEDE SEÑALAR A LA SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA. UN BUEN EJEMPLO DE TRABAJOS DE ESTA ÚLTIMA DIRECCIÓN FUE EL TRABAJO DE CANDIEL, PUBLICADO EN 1952, TITULADO *APPLIED ANTHROPOLOGY IN MEDICINE*. A PARTIR DE ESTE TRABAJO SE COMENZÓ A SEPARAR ENTRE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA. EN EL PRIMER CASO ES IMPORTANTE SEÑALAR EL PESO DEL TRABAJO DE RIVERS (1924), "MEDICINE, MAGIC AND RELIGION", QUIEN ES EL PRIMERO EN SEÑALAR LA EXISTENCIA EN TODAS LAS SOCIEDADES PRIMITIVAS DE UN SISTEMA COGNITIVO MÉDICO, ES DECIR, DE UN

2 EN ESTA FECHA APARECEN SUS ESCRITOS EN ESPAÑOL, SIN EMBARGO, SUS TRABAJOS Y PROPUESTAS DATAN DE LOS AÑOS 1942 Y 1971.

3 HAY QUE AGREGAR QUE LO EXPUESTO DE FÁBREGA CORRESPONDE AL CASO ESPAÑOL Y CUYAS IDEAS LLEGARON CON RETRASO A LA ANTROPOLOGÍA. LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA SURGE CON EL NOMBRE DE "ANTROPOLOGÍA MÉDICA" EN EL MUNDO ANGLOSAJÓN; SIN EMBARGO, NO HAY QUE NEGAR QUE EL CARÁCTER SOCIAL DE LA MEDICINA FUE RECONOCIDO EN EL SIGLO XIX, EXACTAMENTE EN 1849 POR VIRCHOW, ASÍ COMO TAMBIÉN POR FEDERICO ENGELS EN ESE MISMO SIGLO. ESTE ÚLTIMO RECONOCE LA RELACIÓN SALUD-CLASE SOCIAL, CUANDO EN LOS CAPÍTULOS SEXTO Y SÉTIMO DE SU OBRA *LA CONDICIÓN DE LA CLASE OBRERA EN INGLATERRA*, PRESENTA UNA DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA CLASE OBRERA FRENTE A LA INDUSTRIALIZACIÓN. EL VALOR DE LA POSICIÓN DE ESTOS AUTORES PARA EL DESARROLLO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA Y DE LA SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA FUE RESEÑADO POR SIGERIST Y SU ESCUELA EN EL SIGLO XX.

CAMPO DE TEORÍAS (IDEAS DEFINIDAS) ACERCA DE LAS ENFERMEDADES Y SUS CAUSAS, LAS CUALES DEPENDEN DE LA CONCEPCIÓN GLOBAL DEL MUNDO. DE IGUAL MANERA, ASOCIADAS A ESTAS IDEAS, TIENEN PRÁCTICAS Y MODOS PARTICULARES DE COMBATIR Y PREVENIR LA ENFERMEDAD. MÁS TARDE, EN 1927, B.S. TEM EN SU *SOCIETY AND MEDICAL PROGRESS*, HACE UN APORTE QUE DEBE SER CONSIDERADO IGUALMENTE CUANDO ESTUDIA LAS REACCIONES SOCIALES ANTE LA VACUNACIÓN PARA MEDIR LAS INTERRELACIONES ENTRE MEDICINA Y SOCIEDAD. DE LA MISMA MANERA, DEBEN SEÑALARSE QUE EN ESTA REVISIÓN, LOS APORTES DE FORREST E. CLEMENTS EN *PRIMITIVE CONCEPTS OF DISEASE*, PUBLICADO EN 1932, DONDE CLARIFICA LAS CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES EN 4 TIPOS: BRUJERÍA, VIOLACIÓN DE UN TABÚ, INTROMISIÓN DE UN ESPÍRITU Y PÉRDIDA DEL ALMA, EN LAS DIFERENTES CULTURAS.

AGUIRRE BELTRÁN (1985:235) LLAMA A LA MEDICINA OCCIDENTAL *DOMINICAL* EN CUANTO DOMINANTE. DICE QUE LOS EXPERTOS ENCARGADOS DE LA PROBLEMÁTICA SALUD-ENFERMEDAD NO TOMAN EN CUENTA LAS RELACIONES SOCIALES ENTRE SERES HUMANOS QUE PARTICIPAN DE UNA CONFIGURACIÓN DE CREENCIAS Y PRÁCTICAS LLAMADAS *CULTURA*. AL ANALIZAR ESTAS RELACIONES, LA ANTROPOLOGÍA SOCIAL PATENTIZA LAS INCONGRUENCIAS DE UNA PRÁCTICA QUE INTENTA INNOVAR LAS IDEAS Y PATRONES DE ACCIÓN MODERNOS ENTRE PERSONAS DE CLASES SOCIALES O GRUPOS ÉTNICOS DISTINTOS A AQUELLOS DONDE TIENEN MEMBRESÍA LOS EXPERTOS DE LA CIENCIA DE LA SALUD. NO OBSTANTE, LA PRÁCTICA MÉDICA, EN EL CASO DE UNA RELACIÓN INTERCULTURAL, REQUIERE PARA SER EFECTIVA, DE DOS CONDICIONES ELEMENTALES: 1) EL CONOCIMIENTO DEL SISTEMA DE NOCIONES Y DE LAS DIMENSIONES DE VALOR DE LA CULTURA EN LA QUE PRETENDE INTRODUCIR INNOVACIONES; Y 2) EL CONOCIMIENTO DE LA PROPIA PERSONALIDAD Y DE LA PROPIA CULTURA, POR LOS EXPERTOS ENCARGADOS DE LA INDUCCIÓN DEL CAMBIO EN LA CONDUCTA SANITARIA DE UN GRUPO EXTRAÑO⁴.

UNA DE LAS PREOCUPACIONES DE BELTRÁN ES QUE EL PERSONAL ENCARGADO DE ATENDER A LAS COMUNIDADES INDÍGENAS, POR EJEMPLO TIENE QUE SABER CÓMO CONCEBE EL GRUPO EL CUERPO HUMANO, LA SALUD, LA VIDA, LA MUERTE. LA ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA PLANTEA QUE NO SE PUEDE ENTENDER LA CONDUCTA SANITARIA DE UNA SOCIEDAD A MENOS QUE SE CONOZCA EL SISTEMA DE NOCIONES DEL GRUPO. AL DECIR DE BELTRÁN, LA MEDICINA *DOMINICAL* NO SE PREOCUPA POR ESTAS CUESTIONES, LO QUE TRAE COMO CONSECUENCIA QUE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

⁴ ESTAS IDEAS LAS TOMA EL AUTOR DE SAUNDERS (1958).

SE VEA AFECTADA DESDE SU COMIENZO. COMO SEÑALA RINCÓN SOTO (2006), EN LA CULTURA WAYÚU ESTE FENÓMENO SE PRESENTA EN EL CASO DEL MODELO BIOMÉDICO, YA QUE EL REPRESENTANTE DE ESTE MODELO DESCONOCE COMPLETAMENTE A LA CULTURA WAYÚU; MUCHOS HASTA LOS DESPRECIAN. ADEMÁS, LA PRÁCTICA ESTÁ BLOQUEADA POR LA BARRERA DEL LENGUAJE TÉCNICO QUE UTILIZA EL MÉDICO ALIJUNA ('BLANCO' EN LENGUA WAYÚU), QUE SEGÚN BELTRÁN, SE CONVIERTE PARA EL INDIO EN UN LENGUAJE ESOTÉRICO.

SE HACE EVIDENTE ENTONCES QUE LA DIFERENCIA ENTRE LAS MANERAS DE PERCIBIR EL MUNDO DIFICULTA EL TRATAMIENTO EXITOSO POR PARTE DE UN MÉDICO DE TENDENCIA DOMINICAL Y UN INDÍGENA DE CUALQUIER GRUPO (WAYÚU, BRIBRI, MAYA, ETC.). HAY QUE PARTIR ENTONCES DE LA IDEA DE QUE EN EL ESTABLECIMIENTO DE UN NUEVO MODELO DE SALUD LA ANTROPOLOGÍA POSEE UNA POSICIÓN DECISIVA. SE HABLA AQUÍ DE UN NUEVO MODELO, YA QUE SE PARTE DE LA IDEA DE QUE, EN EL CASO DE LA CULTURA WAYÚU, SU MEDICINA TRADICIONAL ESTÁ SIENDO FUERTEMENTE AFECTADA POR LA CREENCIA DE OTROS MODELOS CURATIVOS QUE POR SU PARTE NO SATISFACEN LAS DEMANDAS INDÍGENAS EN CUANTO PRESENTAN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA DOMINICAL.

4. CONCLUSIÓN

PARA QUE HAYA UNA EFECTIVA PRAXIS O EFICIENCIA MÉDICA, TIENE QUE HABER UNA VERDADERA RELACIÓN ENTRE EL QUE CURA Y EL QUE NECESITA CURARSE. DENTRO DE LA MISMA SOCIEDAD OCCIDENTAL ESTO YA ES UN PROBLEMA, PUES EL SISTEMA BIOMÉDICO ES POR EXCELENCIA FRÍO, DISTANTE Y MECANIZADO. EL MÉDICO MUCHAS VECES NO VE A SU PACIENTE COMO UN SER CARGADO DE SUBJETIVIDAD, DE PROBLEMAS Y, ANTE LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD, DE MIEDOS E INQUIETUDES. EN LA ACTUALIDAD HAY CADA VEZ MÁS ENFERMEDADES Y SI BIEN LOS AVANCES MÉDICOS ACTÚAN LA MAYORÍA DE LAS VECES DE UNA FORMA EFECTIVA; SIN EMBARGO, HAY POBLACIONES DONDE LOS PROBLEMAS SANITARIOS PROVOCAN ENFERMEDADES FÁCILES DE CONTROLAR Y ESTO ES UNA MUESTRA MÁS DE QUE LA EFICIENCIA MÉDICA ESTÁ RELACIONADA CON LA VISIÓN DE MUNDO DE LAS DISTINTAS CULTURAS Y CÓMO ESTAS MANEJAN SUS PROBLEMAS SANITARIOS A LO INTERNO. SOBRE LOS ASPECTOS CONCERNIENTES A LA SALUD EXISTE UNA DISCRIMINACIÓN IGUALMENTE DESMEDIDA SI SE CONSIDERA QUE MUCHAS VECES EL INDIVIDUO NECESITA TENER SUFICIENTES MEDIOS ECONÓMICOS PARA CURARSE; DE LO CONTRARIO, DEBE ATENERSE A LO QUE PRECARIAMENTE EL ESTADO PROPORCIONE, UN HOSPITAL O UNA CLÍNICA.

SEGÚN IVÁN ILLICH (1984:22-33), CRÍTICO RECONOCIDO POR SU ARGUMENTO CONTRA LA EFICACIA O EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA, LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA PLANTEA, ENTRE OTROS HECHOS, QUE: 1) EL ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES PROPORCIONA PRUEBAS SUFICIENTES PARA ASEGURAR QUE EN EL SIGLO PASADO, LOS MÉDICOS NO HAN INFLUIDO SOBRE LAS EPIDEMIAS MÁS QUE LOS SACERDOTES EN TIEMPOS ANTERIORES; 2) ACTUALMENTE EN LOS PAÍSES POBRES, LA DIARREA Y LAS INFECCIONES EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES CON MÁS FRECUENCIA DURAN MÁS TIEMPO Y PROVOCAN UNA MAYOR MORTALIDAD CUANDO LA NUTRICIÓN ES MALA, INDEPENDIEMENTE DE QUE SE DISPONGA DE MUCHA O Poca ASISTENCIA MÉDICA; 3) DURANTE MÁS DE UN SIGLO, EL ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS PATOLÓGICAS HA MOSTRADO QUE EL AMBIENTE ES EL DETERMINANTE PRIMORDIAL DEL ESTADO DE SALUD GENERAL DE CUALQUIER POBLACIÓN; 4) LA GEOGRAFÍA MÉDICA, LA HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES, LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA HISTORIA SOCIAL DE LAS ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD HAN MOSTRADO QUE LA ALIMENTACIÓN, EL AGUA Y EL AIRE EN CORRELACIÓN CON EL NIVEL DE IGUALDAD SOCIOPOLÍTICA Y CON LOS MECANISMOS CULTURALES QUE HACEN POSIBLE MANTENER LA ESTABILIDAD DE LA POBLACIÓN, JUEGAN UN PAPEL DECISIVO EN DETERMINAR CUÁN SALUDABLES SE SIENTEN LAS PERSONAS MAYORES Y A QUÉ EDAD TIENDEN A MORIR LOS ADULTOS; 5) EL HECHO DE QUE HAYA MÁS MÉDICOS DONDE CIERTAS ENFERMEDADES SE HAN HECHO RARAS TIENE Poca RELACIÓN CON LA CAPACIDAD DE ELLOS PARA CONTROLARLAS O ELIMINARLAS. ESTO SIMPLEMENTE SIGNIFICA QUE LOS MÉDICOS SE DESPLAZAN COMO LES PLACE, MÁS QUE OTROS PROFESIONALES, Y QUE TIENDEN A REUNIRSE DONDE EL CLIMA ES SALUDABLE, EL AGUA ES PURA, Y LA GENTE TIENE TRABAJO Y PUEDE PAGAR SUS SERVICIOS. ESTO EXPLICA UN POCO POR QUÉ EN AQUELLOS LUGARES MÁS MARGINALES, DONDE LOS PROBLEMAS DE SALUD ABUNDAN, NO HAY MÉDICOS A TIEMPO COMPLETO PARA ATENDER LAS NECESIDADES BÁSICAS DE ESAS ZONAS. EN CAMBIO, SOBRAN LAS CLÍNICAS, CONSULTORIOS Y HOSPITALES PRIVADOS EN LOS CENTROS DE LAS CIUDADES POR DONDE PULULAN PERSONAS QUE PUEDEN PAGAR ESTOS SERVICIOS Y QUE DE SEGURO POR EL RITMO DE VIDA QUE LLEVAN, EN ALGÚN MOMENTO, PADECERÁN DE ALGUNA COSTOSA ENFERMEDAD.

EN TECNOLOGÍA Y EN AVANCES TECNOLÓGICOS Y CIENTÍFICOS SE GASTAN SUMAS INCALCULABLES DE DINERO. A PESAR DE ELLO LAS ENFERMEDADES SIGUEN, MUCHAS SE ERRADICAN, PERO OTRAS MÁS PELIGROSAS NACEN. ANTE CIERTO TIPO DE ENFERMEDADES LA MEDICINA DE CORTE OCCIDENTAL NO PUEDE DAR RESPUESTAS Y POR ESO NO ES RARO QUE EN LA ACTUALIDAD EXISTA UN SINFIN DE FILOSOFÍAS Y PRÁCTICAS CURATIVAS PROVENIENTES DE OTRAS LATITUDES. ESTAS A SU VEZ SE CONJUGAN Y CREAN

UN SINCRETISMO MÉDICO-RELIGIOSO-CURATIVO A LOS CUALES CADA DÍA MÁS PERSONAS SON ADEPTAS. ACUPUNTURA, GRAFOLOGÍA, NUMEROLOGÍA, TERAPIA VITAMÍNICA, PIRAMIDOLOGÍA, CIRUGÍA PSÍQUICA, QUIROPRÁCTICA, YOGA, HOMEOPATÍA, PSICOCALISTENIA, ASTROLOGÍA, CLARIVIDENCIA, AUTOMASAJES, IONIZACIÓN NEGATIVA, ENTRE OTRAS PRÁCTICAS, CUBREN NECESIDADES INDIVIDUALES EN LA BÚSQUEDA DE LA CURA DE LA ENFERMEDAD.

LA ENFERMEDAD POR NATURALEZA ES NEGATIVA Y LIMITADORA AL IMPEDIRLE AL INDIVIDUO SU DESENVOLVIMIENTO EN EL MUNDO DE UNA MANERA ADECUADA Y SEGURA. ANTE SU PRESENCIA, EL CURADOR O EL MÉDICO SE CONVIERTE EN UNA FIGURA CARGADA DE CONNOTACIONES POSITIVAS EN CUANTO TIENE EL PODER DE REGRESAR AL ENFERMO A SU ESTADO INICIAL. LA ENFERMEDAD, EN ALGUNOS CASOS, PUEDE REPRESENTAR EL CAMINO A LA MUERTE. EN LA CULTURA OCCIDENTAL EL DESEO DE INMORTALIDAD HA LLEVADO A CONSIDERAR A LA MUERTE COMO UN FENÓMENO ANORMAL, Y ANTE ESTA CONCEPCIÓN, EL SER HUMANO ES CAPAZ DE SOMETERSE A LOS MÁS EXTRAÑOS Y MISTERIOSOS MÉTODOS CON LA FINALIDAD DE ALARGAR SU EXISTENCIA. POR ELLO, EXISTEN MIRÍADAS DE PRÁCTICAS MÁGICO-RELIGIOSAS Y PROFESIONALES, LAS CUALES SE AUTOATRIBUYEN EL PODER DE LA SANACIÓN, PORQUE SUS PROMOTORES SON MÁS DADOS A TENER CONTACTO CON EL PACIENTE, LO ESCUCHAN MÁS Y LO HACEN SENTIR SUJETO INDIVIDUAL. ESTO TRAE COMO CONSECUENCIA QUE AL NO SENTIRSE SEGUROS CON EL MÉDICO DE SU COMUNIDAD, LOS PACIENTES ACUDAN A OTROS "ESPECIALISTAS" QUE NO SON TALES Y EN VEZ DE MEJORAR SU SALUD, LO QUE CONSIGUEN SON AFECCIONES A VECES IRREVERSIBLES SOBRE SU SALUD. EN ESTE SENTIDO, SERÍA IMPORTANTE QUE LOS MÉDICOS TOMEN MÁS EN CUENTA EL ASPECTO SOCIOAFECTIVO DE LOS PACIENTES A LA HORA DE SUMINISTRARLES ALGÚN TRATAMIENTO CON EL FIN DE LOGRAR MEJORES RESULTADOS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN.

BIBLIOGRAFÍA

- BELLOSO, N. (1997). *MEDICINA ABORIGEN VENEZOLANA*. MARACAIBO: EDILUZ.
- BOCK, P. (1985). *INTRODUCCIÓN A LA MODERNA ANTROPOLOGÍA CULTURAL MÉXICO: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA*.
- BRICEÑO, L. (1993). "POBLACIÓN, SALUD Y AMBIENTE EN EL DESARROLLO LATINOAMERICANO". *FERMENTUM*. AÑO 3, Nº 6 Y 7.
- CARLSON, R. Y B. SHIELD. (1994). *LA NUEVA SALUD*. BARCELONA: KAIRÓS.
- CHIAPPINO, J. (1997). *DEL MICROSCOPIO A LA MARACA*. CARACAS: EDITORIAL EX LIBRIS.
- CLARAC DE BRICEÑO, J. (1996). *LA ENFERMEDAD COMO LENGUAJE EN VENEZUELA*. MÉRIDA: CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO, HUMANÍSTICO Y TECNOLÓGICO DE UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.
- COOK, N. (2000). "EPIDEMIAS Y DINÁMICA DEMOGRÁFICA". EN PEASE, F. & E. MOYA P. [EDS.]. *HISTORIA GENERAL DE AMÉRICA LATINA*, VOL. 2: 301-318. PARÍS: TROTA.
- CORDERO-MORENO, R. (1998). *COMPENDIO DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN VENEZUELA*. CARACAS: UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO.
- COTUA, J. (1999). *CHAMANISMO Y ANTROPOLOGÍA*. MADRID: EDICIONES ÍNDIGO.
- COUSINS, N. (1981). *ANATOMÍA DE UNA ENFERMEDAD*. MADRID: KAIRÓS. DROUT,
- P. (2001). *EL CHAMÁN, EL FÍSICO Y EL MÍTICO*. MADRID: EDICIONES B. EBERHARD-
- METZER, C. (1998). *LAS EPIDEMIAS*. MADRID: ACENTO EDITORIAL.
- ELIADE, M. (1992A). *EL CHAMANISMO Y LAS TÉCNICAS ARCAICAS DEL ÉXTASIS*. MÉXICO: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- _____. (1992B). *MITO Y REALIDAD*. MADRID: EDITORIAL LABOR.
- FÁBREGA, H. (1972). "MEDICAL ANTHROPOLOGY". *BIENNIAL REVIEW OF ANTHROPOLOGY*.

FLORES DÍAZ, D. (1994). "EL ENFERMO Y SU ENTORNO". *OPCIÓN* (13): 43-70.

_____. (1993). "LOS SIGNIFICADOS SOCIALES DEL PROCESO INTERACTIVO MÉDICO-PACIENTE". *OPCIÓN* (12): 3-12.

GARCÍA GAVIDIA, N. (1993). "EL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD ENTRE LOS POBLADORES DEL BARRIO SANTA ROSA DE AGUA". *OPCIÓN* (12): 13-29.

GONZÁLEZ, F. (1992). *PERSONALIDAD, SALUD Y MODO DE VIDA*. CARACAS: UCV.

HALIFAX, J. (1979). *SHAMANIC VOICES*. NEW YORK: A DUTTON PAPERBACK.

HAYWARD, J. (1993). *HISTORIA DE LA MEDICINA*. MÉXICO: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.

ILICH, I. (1984). *NÉMESIS MÉDICA*. MÉXICO: PLANETA.

LÓPEZ, J. Y TERRADA, M. (2000). *INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA*. MADRID: BIBLIOTECA DE BOLSILLO.

PERRIN, M. (1995). *CHAMANISMO EN AMÉRICA LATINA*. MÉXICO: PLAZA Y VALDÉS EDITORES.

_____. (1993). *EL CAMINO DE LOS INDIOS MUERTOS*. CARACAS: MONTE ÁVILA.

_____. (1992A). *VOLVERSE "PIACHE" ENTRE LOS GUAJIROS*. MÉRIDA: CENTRO DE INVESTIGACIONES MUSEO ARQUEOLÓGICO "GONZALO RINCÓN GUTIÉRREZ".

_____. (1992B). *LOS PRACTICANTES DEL SUEÑO. EL CHAMANISMO WAYÚU*. CARACAS: MONTE ÁVILA.

_____. (1982). *ANTROPÓLOGOS Y MÉDICOS FRENTE AL ARTE GUAJIRO DE CURAR*. MARACAIBO: CORPOZULIA.

RINCÓN SOTO, L. (2006). "ENFERMARSE Y CURARSE EN LA GUAJIRA: LA MEDICINA ENTRE LA TRADICIÓN Y LA MODERNIDAD". *PRAXIS* 15: 22-33.

SCHAEDEL, R. (2000). "LA NUEVA FARMACOPEA": EN *HISTORIA GENERAL DE AMÉRICA LATINA*. PEASE, E. & E. MOYA R. [EDS.]. *HISTORIA GENERAL DE AMÉRICA LATINA*, VOL. 2: 433-452. PARÍS: TROTTA.

TODOROV, T. (1991). *SIMBOLISMO E INTERPRETACIÓN*. CARACAS: MONTE ÁVILA EDITORES.

TURNER, V. (1999). *EL PROCESO RITUAL*. MADRID: TAURUS.