

Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica

Laura Moreno-Altamirano, Dra en Antrop.⁽¹⁾

Moreno-Altamirano L.
Reflexiones sobre el trayecto
salud-padecimiento-enfermedad-atención:
una mirada socioantropológica.
Salud Publica Mex 2007;49:63-70.

Resumen

Las reflexiones actuales sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención surgen de una herencia compleja y antigua en la que se anudan diversas tentativas para su comprensión. En este trabajo se revisan someramente algunos estudios que han abordado este trayecto a lo largo de la historia. El énfasis principal está puesto en los enfoques social y antropológico; se señala el papel de la eficacia simbólica, concepto antropológico de la "cura por la palabra". Como aspecto central se revisan los modelos propuestos por Canguilhem para su interpretación; se describen los modelos ontológico, dinámico y social. Posteriormente se hace un recorrido a partir de las décadas centrales del siglo XIX, en plena instalación del positivismo, cuando se desarrollaron las bases científicas de la medicina. Se describe la insuficiencia del modelo unicausal y se señalan otras explicaciones sobre los factores que intervienen en la génesis de las enfermedades. Asimismo, se menciona la situación sociopolítica como condicionante de la enfermedad y la manera en que tomó auge la concepción sociológica. Al final se describen algunas corrientes contemporáneas desde la perspectiva interpretativa de la antropología médica, enfatizando el desarrollo de los conceptos de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y disfunción social (sickness).

Palabras clave: salud; padecimiento; enfermedad; atención; socioantropología

Moreno-Altamirano L.
Reflections on
the health-illness-disease-care:
a socio-anthropological view.
Salud Publica Mex 2007;49:63-70.

Abstract

Current reflections on the health-disease-care process are due to a complex and ancient legacy where diverse attempts at understanding it have their roots. This work consists of a brief overview of some approaches that have been used to interpret this process throughout history. The social and anthropological approaches are specially emphasized; the role of symbolical efficiency and the anthropological concept of "word-healing" are also mentioned. As a central point, the ontological, dynamical, and social models proposed by Canguilhem to interpret these processes are reviewed. Afterwards, the decades central to the 19th century are discussed, when positivism and the scientific basis for medicine were fully established. The insufficiency of the single-cause model and other explanations for factors involved in generating disease are described. In addition, the socio-political situation as a factor for disease is considered, as is the way in which the sociological concept became widely held. Finally, contemporary trends are described based on the interpretative perspective of medical anthropology, with special emphasis on the development of the concepts of disease, illness, and sickness.

Key words: Health; Illness; Disease; Care; Socio-Anthropological

(1) Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

El carácter particular de concebir la salud y la enfermedad, el trayecto que hay entre ellas y el desarrollo de la medicina se han implicado recíprocamente a lo largo de la historia. No obstante, han dado lugar en ocasiones, a sentidos contradictorios que expresan las profundas discrepancias en la manera de interpretar los hechos biológicos y sociales. El proceso que llamaré salud-padecimiento-enfermedad-atención incluye *el padecer* como parte fundamental en este trayecto, dada su relevancia en el enfoque socioantropológico que revela su interrelación así como las condiciones específicas de un sistema cultural.

De acuerdo con la cultura* de cada sociedad y su forma de organización, el hombre ha elaborado diferentes conceptos sobre salud, enfermedad, forma de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud. Los inicios de la medicina, en cualquier civilización o sociedad, pueden escudriñarse desde tiempos remotos, ya que se cuenta con información suficiente que pone en evidencia la llamada práctica médica. La preocupación del hombre por mitigar sus dolencias lo ha llevado a buscar recursos eficaces para sus males. Ha sido evidente que la eficacia de las recomendaciones en ocasiones se basaba casi exclusivamente en lo que se ha llamado *fe* de los enfermos, ya sea en el curador o en los remedios que éste recomendaba.

La eficacia simbólica, de acuerdo con Lévi-Strauss, elude radicalmente apelar a la fe para entender los fenómenos de cura ritual y de recomposición simbólica;^{†2} en este caso se refiere a los fundamentos estructurales de la cura chamánica, que él interpreta como la cura por la palabra. Puede decirse que es la cura de lo real por medio de lo simbólico; sin embargo, para que realmente sea eficaz, es necesario que el simbolismo utilizado esté basado en un régimen de conexión simbólica compartido por el especialista –sea éste curandero, chamán, médico alópata u otro–, el enfermo y su grupo social de referencia.¹ El lenguaje que subyace a todo pensamiento está cargado de imágenes matizadas por emociones y experiencias. No puede haber

pensamiento sin afectividad; son las palabras, gestos, movimientos, indumentaria, tiempo y espacio, lo que adquiere un significado que permite construir la realidad. El paciente, junto con el chamán, reinterpretará sus signos y significados, y será la construcción de esa realidad lo que lo lleve a curarse. El chamán y el enfermo no comparten saberes: participan de un mismo esquema de coherencia simbólica. La posesión de saberes mágicos, sagrados, revelados y propios, transferibles sólo a otro elegido, a través de vías iniciáticas, es lo que hace al chamán. El enfermo, dice Lévi-Strauss, “debe creer en esa realidad, y ser miembro de una sociedad que también crea en ella”.³ Es discutible que se trate de la “creencia”: más bien concierne a una constitución del sentido del mundo a partir de un mismo sistema estructurado de categorías y procesos simbólicos, y pertenecer a una sociedad que también participa de ese mismo universo simbólico.⁴

Noción de enfermedad

No es objeto de este trabajo describir las diversas prácticas médicas que desarrollaron las civilizaciones para aliviar el sufrimiento. Históricamente se han propuesto diversos modelos y concepciones para comprender la noción de enfermedad. Una aproximación es la de Canguilhem, quien señala tres concepciones: la ontológica, la dinámica y la social.⁵

La concepción ontológica considera al enfermo como un hombre al que le ha penetrado o se le ha quitado algo. La enfermedad es entonces una entidad con existencia independiente capaz de provocar un mal. Como parte de esa mirada, la pérdida de la salud se ha atribuido a razones de índole mágica. En la mayoría de las culturas primitivas, la enfermedad se pensaba como el resultado de fuerzas o espíritus malignos, o un estado de purificación y gracia que ponía a prueba la fe del individuo. La salud se vincula a la religión como un “don”, cuya pérdida se considera un castigo divino, provocado por transgresiones individuales o grupales o a causa de la exposición a elementos físicos del ambiente. Sin embargo, algunos autores afirman que esta concepción circunscribe la curación a la obediencia y fomenta la actitud pasiva o receptiva del hombre. La visión antropológica, como la de Lévi-Strauss, por el contrario, señala que “*la enferma, al comprender, hace algo más que resignarse: se cura*”.³

Un ejemplo de la concepción ontológica es la referida por Victor Turner, quien describe etnográficamente procedimientos rituales asociados con la concepción de enfermedad como una perturbación causada por agentes o intervenciones ajenas; pero las interpreta en su propio marco de comprensión del proceso simbólico.

* Cultura.- Concepto generado por los miembros de un grupo social que permite describir de manera simbólica un complejo entramado de acciones, ideas, emociones, hábitos, creencias y valores conservados, transmitidos y reestructurados en el proceso histórico del grupo social. Cualidades y acciones significativas para los individuos que las perciben, interpretan y viven cotidianamente permitiéndoles la comunicación entre sí.

† Simbolismo.- Dos perspectivas conflictivas se conjugan en las concepciones contemporáneas: por una parte, el simbolismo como recurso primordial de todo acto cognitivo y por otra, el conjunto de actos y repertorios simbólicos externos al sujeto e inherentes al orden social.

lico, con una óptica completamente distinta de la de Lévi-Strauss. Turner menciona que los ndembu asocian la enfermedad principalmente con la acción de los espíritus de los parientes muertos a quienes llaman “sombras” que salen de sus tumbas; también la relacionan con brujos y hechiceros que por medio de brebajes producen un mal, los echadores de maldiciones capaces de hacer surgir zombis que pueden llegar a ocasionar la muerte, y otras causas más que se relacionan con diferentes enfermedades y síntomas específicos.

De acuerdo con la visión ontológica, la enfermedad aparece dotada de vida independiente y como una especie de desgracia causada por fuerzas míticas generadas por agentes conscientes, que pueden estar vivos o muertos, seres humanos o extrahumanos. En estas sociedades, los ritos reparatorios y los exorcismos se realizan sólo cuando se sospecha que la enfermedad tiene una causa mítica. Turner señala, además, que “la farmacopea” empleada en cada caso es nada menos que una descripción de la enfermedad en términos simbólicos y una afirmación de la propia enfermedad.⁶

En la segunda mitad del siglo XIX se fundamenta y apuntala el enfoque biológico e individual que aún hoy priva en la medicina occidental. Con el desarrollo de la microbiología se hace irresistible el modelo unicausal de la enfermedad. Los investigadores se dan a la búsqueda del agente patógeno productor de cada enfermedad y se establece una unidad entre “la causa” y la bacteria, visión que se aproxima también a la interpretación ontológica de la enfermedad. La concepción dinámica de la enfermedad propone un equilibrio entre el organismo y el ambiente. Desde el siglo V a. C., Alcmeón de Crotona propuso que la salud es el equilibrio entre lo húmedo-seco, frío-caliente y amargo-dulce.

En la Grecia clásica, a diferencia de la interpretación mágica o religiosa, las enseñanzas hipocráticas dieron cabida a otras elucidaciones que implicaban que tanto la salud como la enfermedad estaban regidas por leyes naturales y reflejaban la influencia ejercida por el medio y las condiciones higiénicas; es decir, la concepción de tipo naturista, ya no ontológica sino dinámica de la enfermedad, contemplaba la salud como el resultado de una relación armoniosa entre el hombre y su ambiente, del equilibrio de los humores corporales (sangre, flema, bilis amarilla y negra), como resultante de la combinación con los elementos primarios de la naturaleza: caliente-húmedo, frío-seco y los elementos del planeta; fuego, tierra, agua, aire.⁵ Hipócrates propuso que la pérdida de la salud se debía a una violación de las leyes naturales, y que el cuerpo enfer-

mo era capaz de poner en juego fuerzas que tendían a restaurar el equilibrio. Si bien en la medicina antigua nunca se logró el entendimiento de las alteraciones del medio interno, los escritos hipocráticos hicieron énfasis en la influencia que el medio externo ejerce sobre el organismo.⁷ Durante casi 25 siglos, el pensamiento hipocrático constituyó el paradigma de la medicina del mundo occidental. Galeno, la mayor autoridad médica occidental desde el siglo II de nuestra era hasta el Renacimiento, reconoció explícitamente la influencia del ambiente físico y social sobre la salud de los hombres.

Acorde con una cierta variante de la concepción dinámica, no particularmente una visión “dinámica” como la entendemos actualmente, puede identificarse la medicina náhuatl de la que tenemos noticia por medio de descripciones históricas y etnográficas. Los nahuas interpretaban todo su mundo en clave simbólica de acuerdo con su propio universo teológico, sus deidades y sus concepciones cosmogónicas. López Austin, en sus estudios sobre los nahuas, señala que la concepción de los estados de salud-enfermedad era dual; estaba estrechamente relacionada con el equilibrio y el desequilibrio en los distintos ámbitos: naturales, sociales y divinos. La pérdida de la salud se debía al desequilibrio. El propósito del médico consistía en saber si una afección se debía al disgusto de una deidad, a la acción de un brujo o un astro, a la influencia de una fecha en el calendario o a una causa natural. “El esfuerzo del individuo lo conducía a la armonía con el cosmos; su desviación, a la anormalidad, al sufrimiento, a la desubicación”.⁸

Los tratamientos consistían en distintos medios para preservar o devolver el equilibrio corporal. Con los medicamentos se pretendía regular la relación entre el frío y el calor que provocaban el mal, o bien transportar la enfermedad a donde pudiera ser más fácilmente controlada. La confesión ante el sacerdote, acto que el individuo podía practicar una vez en su vida, era otro medio para devolver la salud: por un lado restablecía la armonía con las divinidades y por otro ayudaba al organismo a recuperar el equilibrio interno.⁹

Si bien la concepción dinámica (naturista) supera a la ontológica (mágico-religiosa-bacteriológica), esta última aún no ha desaparecido. En el Medioevo predominó la concepción religiosa que actualmente se encuentra entremezclada con el saber llamado científico, o en forma pura. Al igual que la concepción religiosa, la mágica permanece hasta nuestros días, y la bacteriológica continúa dando elementos para la detección y control de muchas enfermedades. La visión de la medicina que predomina actualmente es heren-

cia directa de la llamada medicina occidental, que a partir del siglo XIX se ha venido alimentando de diversas ciencias.

En las décadas centrales del siglo XIX, el romanticismo decimonónico fue desplazado por el positivismo. John Snow, Claude Bernard, Joseph Lister, Louis Pasteur, Robert Koch e innumerables investigadores médicos, contribuyeron sustancialmente a sustentar las bases científicas de la medicina. Esta manera de abordar los problemas médicos estuvo acompañada de grandes éxitos en el área terapéutica y abrió camino a la investigación de numerosas medidas de control y de fármacos que hicieron posible el tratamiento individual del enfermo. Sin embargo, ayudó poco a descifrar enteramente las causas de la enfermedad, ya que no explica por qué un agente patógeno no produce siempre enfermedad, ni el papel que desempeñan otros factores en la aparición o el curso de una determinada condición morbosa.

Ante la insuficiencia del modelo unicausal para dar explicación a los grandes problemas modernos de salud (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares o mentales, etc.), en los cuales resulta estéril seguir buscando “la causa”, aparecen otros modelos que intentan rescatar todos los factores posibles que intervienen en su presentación. La enfermedad se concibe entonces como producto de la influencia de las interacciones entre el agente, el hospedero y el ambiente, en un contexto tridimensional que incluye la relación de los factores entre sí, e incorpora el modelo multicausal que busca identificar los factores de riesgo o determinantes de la enfermedad. La investigación reduccionista es superada por la perspectiva multicausal; el concepto de “complejo causal” sustituye al de “agente etiológico específico” en la génesis de las enfermedades.

Claude Bernard (1813-1878), fisiólogo fundador de la medicina experimental, señaló que la condición para la vida sana no se encuentra ni en el organismo ni en el medio externo, sino en ambos. En los seres vivos el ambiente interno, que es el resultado del funcionamiento del organismo, preserva la función necesaria de equilibrio e intercambio con el medio ambiente.¹⁰ W.B. Cannon, enriqueció estas ideas con el concepto *homeostasis*, que condujo a que, a principios del siglo XX, se esgrimiera el término para referirse a la capacidad que tienen los seres vivos para mantener su medio interno con relativa constancia, a pesar de los cambios en el medio exterior.¹¹

En la medicina contemporánea, algunos autores han propuesto la idea de que la noción de salud señala un equilibrio relativo entre la estructura y la función corporal, que es consecuencia de la tensión dinámica

del organismo ante las fuerzas que tienden a destruirlo. Desde esta postura, se considera que la salud, como objeto y razón de la práctica de la medicina, requiere de la comprensión de su significado biológico y su trascendencia funcional.

En la Europa de la modernidad incipiente del siglo XIX, médicos como Johann Peter Frank y Rudolph Virchow centraron su atención en la situación socio-política y en las condiciones de trabajo y de vida como factores etiológicos de la enfermedad. Privilegiaban lo social como el factor más importante, dado que éste explica a su vez la aparición de otros agentes participantes como desnutrición, insalubridad y contaminación, entre otros. Frank sostuvo que el Estado era el responsable de la salud pública, y Virchow señaló que la pobreza era la incubadora de la enfermedad; por lo tanto, era responsabilidad de los médicos participar en las reformas sociales que reedificaran la sociedad de acuerdo con una pauta más favorable a la salud del hombre. Para Virchow, la tarea más importante era limitar las enfermedades colectivas, lo que exigía el control social y político. En consecuencia, la medicina resultaba una ciencia eminentemente social, ya que el mayor beneficio se lograría al actuar sobre las clases sociales y políticas que condicionaban las enfermedades. Esta es la primera perspectiva en la historia que señala lo social como el factor causal más importante de la enfermedad. Los ideólogos de la revolución proletaria también escribieron sobre la situación de salud.¹²

La presión ejercida repercutió necesariamente en los hombres de ciencia, y fue así que posteriormente Smith, Chadwick y Pettenkofer encabezaron un movimiento sanitarista que contribuyó a abatir la enfermedad y las muertes; sin embargo, dicho movimiento no afectó las relaciones de explotación de las clases trabajadoras. A mediados del siglo XX, tuvo auge el enfoque histórico social, según el cual, la génesis de los perfiles diferenciales de la salud y la enfermedad se explica de acuerdo con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales.¹² Indiscutiblemente, en casi todos esos conceptos se ha reconocido que la enfermedad es un fenómeno complejo que va más allá de su dimensión biológica; es decir, que deriva de un conjunto articulado de procesos culturales y políticos, cuyo sentido conlleva una carga de connotaciones sociales. Sigerist mencionó que la medicina está estrechamente vinculada a la cultura, ya que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por las ideas de la época.¹³

La salud y la enfermedad han sido miradas desde diferentes modelos interpretativos, provenientes de otras disciplinas que han encontrado en ellas un nudo problemático. Parsons, en la tercera concepción o so-

ciológica señalada por Canguilhem, hace la primera referencia sobre el concepto de malestar (*sickness*) como componente social del complejo enfermedad-padecimiento (*disease-illness*),¹⁴ y conceptúa la salud como el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en los que ha sido socializado;¹⁵ es decir, trató la relación de la personalidad y el organismo, por un lado, y del sistema social y cultural por el otro; pero los contemplaba en una interacción sistémica particular.¹⁶ La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo humano considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades.

Esta tercera concepción propone la comprensión de la enfermedad por medio de la teoría funcionalista de la acción social, al considerar la enfermedad un hecho social. En este sentido, la concibe no sólo como un hecho fisiológico, sino dentro del sistema social con un rol del enfermo definido, lo que da lugar al concepto de salud como bienestar social, actualmente incorporado a la noción general de "calidad de vida". A pesar de que esta teoría señala la influencia de otros factores, como la clase social, el origen étnico, el sexo, etc., en el comportamiento de los enfermos, no incorpora la naturaleza de los procesos sociales.

Briceño-León,¹⁷ en una revisión relevante, analiza las diferentes miradas de las ciencias sociales para el estudio del campo de la salud, por medio de "la explicación de lo médico por lo social", que trata de comprender el papel de la profesión médica en sus distintos aspectos: el rol del paciente y el médico, la relación médico-paciente, las características del saber médico, la fisonomía contemporánea de la institución médica, el régimen hospitalario, las políticas de salud en las diferentes facetas del Estado-Estado de bienestar, sistema de mercado, entre otros tópicos- a partir de las condiciones sociales, institucionales y políticas en las que se dan los procesos relativos a la salud y, en particular, al saber, y la institucionalidad médica en sentido amplio. Asimismo, Briceño-León señala que este enfoque dio entrada a otra dimensión de ese campo teórico, "la explicación de la enfermedad por lo social", que pretende explicar la etiología social de las enfermedades. A este respecto, diversos autores como Granda,¹⁸ Good,²⁴ Llovet,¹⁹ y, en particular, Laurell,²⁰ mencionan que la enfermedad no puede ser considerada simplemente como un estado biológico ni como la consecuencia mecánica de la pobreza o de otras condiciones sociales, sino como parte de un proceso entre la salud y la enfermedad. No obstante lo anterior, no existe consenso en la conceptualización de la salud.

Múltiples autores han insistido en que un primer acercamiento debería consistir en considerar la salud como la ausencia de enfermedad, noción que en la actualidad prevalece en el ámbito popular. Sin embargo, esta postura hace evidente su debilidad al intentar conceptualizar la enfermedad, lo que es tan complejo como conceptualizar la salud. Los esfuerzos por elaborar una definición de enfermedad con frecuencia se han apoyado en los conceptos de normalidad y anormalidad. Canguilhem señala:

definir la fisiología como la ciencia de las leyes o las constantes de la vida normal no sería rigurosamente exacto por dos razones, ante todo, porque el concepto de normal no es un concepto de existencia, susceptible de por sí de mediciones subjetivas, y luego porque lo patológico tiene que ser comprendido como una especie de lo normal, puesto que lo anormal no es aquello que no es normal, sino aquello que es otra normalidad.⁵

Desde el punto de vista estadístico, lo anormal no siempre corresponde con lo patológico. En este caso, lo anormal expresa simplemente la probabilidad de que un evento se presente con mayor frecuencia en los enfermos que en los sanos, sin que sea suficiente para establecer enfermedad o salud.⁵ Posteriormente, Boorse trató de integrar las dos posturas anteriores, y señaló que la salud implica normalidad en el sentido de ausencia de enfermedad.²¹ Desde el punto de vista de funcionalidad o disfuncionalidad, el concepto de normalidad se interpreta de maneras diferentes, tamizado según la cultura y el momento histórico del grupo social que lo utilice. Para un individuo que realiza trabajo manual, tal vez un dolor de cabeza no le impida ser funcional, mientras que para alguien que realiza trabajo intelectual, este mismo dolor será motivo de incapacidad.

Aunque la salud se considera un componente indispensable del bienestar de los seres humanos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no es sólo la ausencia de enfermedad o malestar. En ella se incluyen los diferentes elementos que conforman al ser humano y se reconoce el componente social como parte fundamental de la salud. López-Moreno señala que incluir las categorías biológicas, psicológicas y sociales en los mismos niveles jerárquicos, como determinantes o condicionantes de la enfermedad, parece no llevar a un adecuado nivel de estudio, y que el análisis posterior de la definición ha dejado ver sus enormes limitaciones conceptuales. El mismo autor expresa que la salud es un estado, lo cual es incompatible con el carácter fundamentalmente di

námico del trayecto salud-enfermedad. Asimismo, señala que la definición traslada el término de salud al de bienestar, conceptos que en la actualidad se consideran inseparables para la comprensión de la salud; sin embargo, dice, el bienestar es un concepto relativo, que depende no sólo del lugar y la época histórica en la cual se exprese, sino fundamentalmente de la concepción que de él tenga cada sociedad. López-Moreno concluye señalando que “por este motivo, el esfuerzo por abarcar la totalidad bajo el concepto de bienestar conduce a no abarcar nada en concreto”.²²

En la definición de salud se entrelazan creencias culturales, vivencias personales y experiencias cotidianas. Además de la propia, se agregan aspectos provenientes de otras culturas, en particular, de la llamada “occidental”. La salud como objeto y razón de la práctica de la medicina requiere de la comprensión de su significado biológico y su trascendencia social y cultural; conceptualizarla ha sido una tarea difícil. En la construcción del concepto de salud han predominado las explicaciones biomédicas que enfatizan el nivel individual y subindividual descontextualizado del mundo social y cultural. Es evidente que el concepto de salud no puede limitarse a la mirada biomédica. La construcción de modelos que permita su comprensión y estudio requiere de la participación de varias disciplinas: etnografía, clínica, epidemiología, historia, sociología, psicología, política y economía, entre otras.

Perspectiva antropológica

Desde la perspectiva interpretativa de la antropología médica contemporánea se han realizado numerosos esfuerzos en este sentido, como el desarrollado para integrar los conceptos de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*).

En el intrincado trayecto salud-enfermedad, la mirada sociológica se ha propuesto dilucidar la discrepancia entre la enfermedad y el padecer. No está muy claro quién señaló inicialmente esta diferencia; sin embargo, Susser fue quien trató de aclarar la confusión al proponer la enfermedad (*disease*) como proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva, y padecer (*illness*) como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo.²³ Recientemente algunos antropólogos han retomado de Parsons la categoría de disfunción social (*sickness*), referida a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad.

Kleinman ha integrado los conceptos de enfermedad (*disease*), haciendo referencia al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas,

padecer (*illness*), como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción, y malestar (*sickness*), como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. El mismo autor afirma que ambas, enfermedad y padecimiento, son socialmente construidas. El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar. Según este autor, el malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción.²⁴ Por su parte, Aguirre Beltrán dio un impulso cardinal a la legitimización de la mirada antropológica en el campo de la salud, ante una perspectiva biomédica en la que se centraba la explicación de los problemas de salud.²⁵

Algunos autores, más recientemente, han profundizado en la mirada antropológica de las prácticas médicas con sus estudios sobre los diversos esquemas terapéuticos: profesional, tradicional y popular.²⁶⁻²⁸ Menéndez²⁶ desarrolló estudios sobre las formas en que se articulan las diversas instituciones que actúan sobre la salud y la enfermedad. Otros estudios relevantes sobre la salud dentro de la corriente antropológica son los de Castro, quien ha incursionado en el enfoque cualitativo sobre la subjetividad de los individuos en torno de los padecimientos, la enfermedad y la manera en que la experiencia y los significados se modulan de acuerdo con la estructura social.^{29,30}

Otra propuesta es la de Good y Good, quienes propusieron un modelo que llamaron “cultural hermenéutico” para comprender la medicina occidental. Sugirieron que en el proceso de la enfermedad se relacionan los estados biológicos y psicológicos, mientras que el padecimiento está situado en el dominio del lenguaje y los significados, por lo que constituyen la experiencia. De acuerdo con lo anterior, el padecimiento es fundamentalmente semántico, y su transformación en enfermedad, como experiencia humana y objeto de atención médica, ocurre por medio de un proceso de atribución de significados. De esta manera, el padecimiento se convierte en una experiencia con significado para cada individuo dentro de la red de significados inherente a cada cultura en particular.³¹

Las propuestas anteriores colocan el malestar en una categoría subordinada a la enfermedad y al padecimiento. Young³² considera que le corresponde la misma relevancia al malestar. En este mismo sentido, Almeida propone el modelo “Complejo enfermedad-padecimiento-malestar”, que destaca el componente

político e ideológico de la práctica médica, basada en relaciones de poder que propician la distribución diferencial de enfermedades y tratamiento.³³

Reflexiones finales

Bibeau y Corin señalan que la complejidad del proceso salud-enfermedad resulta del énfasis del estudio de las experiencias subjetivas de enfermarse, y reafirman la necesidad de contar con una aproximación macrosocial para comprender el contexto local; es decir, exploran la relación entre los sistemas semiológicos de significados, las condiciones externas que producen la enfermedad (contexto económico-político y los determinantes históricos) y la experiencia de enfermarse.^{34,35}

A finales del siglo XX y principios del XXI, nos encontramos con las aportaciones de la biología molecular que pretende explicar las causas de la enfermedad por la constitución genética de los seres humanos. Si bien existen en este campo avances sorprendentes, el papel de lo social y cultural no puede relegarse. Conceptualizar la salud y la enfermedad demanda explicaciones sustentadas en modelos más complejos que incluyan un espectro más amplio que el molecular-subindividual-sistémico-ecológico en la dimensión biológica y el individual-social-cultural en la dimensión histórica.

En la actualidad, se reconoce, sin lugar a dudas, que las ciencias de la salud cubren un amplio espacio: desde acontecimientos de dimensiones moleculares hasta el conglomerado social. Se hace evidente cada vez más el origen de las enfermedades y se conoce con mayor profundidad el funcionamiento del ser humano mediante el estudio de las bases celulares y moleculares. También es cierto que la salud y la enfermedad están condicionadas por influencias sociales, y que la comprensión cabal del ser humano requiere de la integración de conocimientos de muy distintos orígenes.

La intención de este artículo no es sellar con un concepto concluido sobre el trayecto salud-enfermedad-atención, ya que eso implicaría llevar a cabo un estudio descomunal a partir de la combinación integral de un análisis teórico riguroso de las circunstancias y el tiempo histórico de cada sociedad. Considerar que la salud es un privilegiado punto de encuentro dentro de un sistema de signos, significados y prácticas de salud, entre el individuo, el ambiente y la organización social, y entre lo público, lo privado y la comunidad, es un reto perentorio. De esta reflexión surge la necesidad de seguir construyendo sobre el trinomio enfermedad-padecimiento-malestar como parte constitutiva del trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención, es decir, sobre el proceso de enfermarse sin dejar de lado su

connotación social, las trayectorias individuales, los símbolos culturales, el contexto macrosocial y la determinación histórica.

Referencias

1. Lévi-Strauss C. Eficacia simbólica. En: Antropología estructural. Buenos Aires: EUDEBA, 1977.
2. Mier R. Convergencias interdisciplinarias en la concepción del simbolismo. En: Antropología e Interdisciplina. México: Sociedad Mexicana de Antropología/Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, 1995.
3. Lévi-Strauss C. El hechicero y su magia. En: Antropología estructural. Buenos Aires: EUDEBA, 1977.
4. Mier R. Seminario sobre teoría del ritual. Comunicación verbal. México: ENAH, 2002.
5. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI, 1966.
6. Turner V. La selva de los símbolos. México: Siglo XXI, 1999.
7. Dubos R. El espejismo de la salud. México: FCE, 1975.
8. López-Austin A. Cuerpo humano e ideología. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, 1996.
9. López-Austin A. Textos de medicina náhuatl. México: Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, 1975.
10. Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. México: UNAM, 1994:197-201.
11. Canon WB. La sabiduría del cuerpo. México: Séneca, 1941:19-352.
12. Engels F. La situación de la clase obrera en Inglaterra. Buenos Aires: Esencia, 1974.
13. Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. México: Siglo XXI, 1998.
14. Parsons T. The social system. Nueva York: Free Press, 1951.
15. Parsons T. Social structure and personality. Nueva York: Free Press, 1964.
16. Parsons T. Action theory and human condition. Nueva York: Free Press, 1978.
17. Briceño-León R. Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. Ciencia y Saúde Colectiva 2003;8(1):33-45.
18. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. Rev Fac Nac Salud Pública 2001;18(2):83-100.
19. Llovet J. Transformaciones de la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo. En: Bronfman M, Castro R (comps). Salud, cambio social y política. México: Edamex, 1999.
20. Laurell C. La salud y la enfermedad como proceso social. Rev Latinoam Salud 1982;2:7-25.
21. Boorse C. Health as a theoretical concept. En: Philosophy of Science 1977;44:542-573.
22. López-Moreno S. El proceso salud-enfermedad. En: Moreno AL y cols. Factores de riesgo en la comunidad. México: Facultad de Medicina, UNAM, 1990.
23. Susser M. Causal thinking in the health science. Nueva York: Oxford University Press, 1973.
24. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University Press, 1980.
25. Aguirre-Beltrán G. Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial. México: INI, 1963.
26. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa, hegemónica y autoatención (gestión) en salud. México: CIESAS, 1994.
27. Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. Gac Med Mex 1991;127(1):3-5.

28. Vargas LA. Medical anthropology in México. *Soc Sci Med* 1989;28(2):1343-1349.
29. Castro R. The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study. *Soc Sci Med* 1995;41(7):1005-1021.
30. Castro R. La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza. Cuernavaca, Morelos: CRIM, 2000.
31. Good B, Good MJ. The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice. En: *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing, 1980.
32. Young A. The anthropologies of illness and sickness. En: *Annual Rev Anthropol* 1982;11:257-285.
33. Almeida-Filho N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes". *Cad Saude Publica* 2001;17(4):753-799.
34. Bibeu G. Step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions. *Med Anthropol Q* 1988;2:402-406.
35. Corin E. The social and cultural matrix of health and disease. En: Almeida-Filho N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad Saude Publica* 2001;17(4):753-799.