

1.1 *El renacimiento de lo cultural en el Estado del bienestar*

Josep M. Comelles

Departament d'antropologia, filosofia i treball social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona
[jmce@tinet.org]

La hegemonía de la clínica

La biomedicina – y las metodologías de base clínica – quisieron abandonar la cultura durante el siglo XX. Ambas son hoy uno de los pilares en la práctica política y asistencial del estado del bienestar europeo. Las metodologías clínicas, desarrolladas a remolque del método experimental y de la hegemonía del modelo anatomo-clínico, han sido instrumentos fundamentales en la detección, clasificación y gestión de la mayor parte de problemas sanitarios, psiquiátricos, sociales y criminológicos en las sociedades contemporáneas. Participan en el diagnóstico de enfermedades, en la clasificación de discapacitados, en el establecimiento de perfiles de criminales, en la distribución de subsidios, en el cálculo de indemnizaciones o en catálogos de prestaciones, en el diagnóstico de niveles de pobreza y enfermedad, en la detección de la exclusión social⁽¹⁾. El diagnóstico de esta hegemonía a mediados del siglo por autores como Foucault permitió hablar de “Estado clínico” o de “biopoder”, o de “biopolítica”, pero ocultó en parte que ese estado, poder y política el fruto de la economía política de una metodología de obtención de datos – la clínica –, que se articulaba perfectamente con el individualismo del liberalismo democrático y que permitía obviar, cuando convenía, tanto el contexto social de las personas, como las causas de los problemas.

Ahora, en el siglo XXI cuando la clínica parece haber triunfado tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, cuando todo, o casi todo parece estar protocolizado y todas las respuestas, o casi todas, parecen venir de la biología molecular, de la resolución de las cadenas del genoma, o de los mediadores neuronales el gobierno federal norteamericano anuncia que no financiará instituciones hospitalarias que no se acrediten como “culturalmente competentes”. Ahora, en Europa, en donde ha triunfado mayorita-

riamente – salvo en algunos países singulares –, una versión radical del jacobinismo político nada proclive a las desviaciones del estado multicultural –, las migraciones extra-comunitarias y la presencia de la diversidad cultural en el Estado del bienestar plantean contradicciones aparentemente irresolubles en la cartera de servicios de las instituciones y en el despliegue de políticas públicas. Muchos gobiernos europeos debaten sobre la mejor estrategia para asumir la diversidad cultural que responde a las diferencias identitarias y culturales de los ciudadanos, pero todos topan con las mismas cuestiones. ¿Qué significa la diversidad cultural? ¿Dónde están los límites entre diversidad cultural e igualdad? ¿Es la cultura un fenómeno territorializado como la ideología – jacobina – del Estado Nación parece defender? ¿Es posible la homogeneidad cultural de base territorial? A las que se suman cuestiones propias de la especificidad del sector salud (y de servicios sociales) ¿Qué significa hoy el retorno de la “cultura” al sector salud y de qué “cultura” estamos hablando? ¿Se trata de la “cultura” entendida como *taxonomía étnica*, se trata de “culturas” como *significados*, se trata de la medicalización como arena de producción de *significados culturales* en curso de cambio?

Negar la cultura para crear culturas profesionales

El proyecto corporativo de los médicos, desde el s.XIX, se basó en alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, depurando, casi patológicamente, la clínica y el laboratorio de cuantas variables fuesen accesorias a esos tres actos que eran esenciales para el mercado médico pero no los únicos que formaban parte de los recursos intelectuales de los profesionales (ver COMELLES J. 2000). Operaba sobre una transformación de la construcción del conocimiento médico, a partir de la sofisticación de las metodologías clínicas de base empírica desarrolladas por las ideas naturalistas procedentes del hipocratismo clásico. Este proceso de refinamiento metodológico conocido como el “nacimiento de la clínica moderna”, y desarrollado como fruto de las necesidades de educación médica desde finales del XVII, se sobrepone al papel que la medicina adquiere en las discusiones sobre la gubernamentalidad durante el despotismo ilustrado y prosigue su despliegue coetáneo al del Estado liberal⁽²⁾. Desde entonces se desvaneció, paso a paso, el valor del contexto – el significado del medio, la sociedad y la cultura en el enfermo y en la enfermedad – en la práctica clínica, quedando el cuerpo desnudo del paciente en la mesa de exploración o el del cadáver en la de autopsias en busca de la utopía de una práctica técnica que condujese a una toma de decisiones racional en la que el

cadáver a disecar, máxima expresión de la igualdad de los hombres ante la muerte era el objeto del que debía partir el conocimiento.

Lamentablemente para el modelo, no para los ciudadanos, el conocimiento clínico debía construirse también sobre cuerpos vivos, que aparecían en consultas u hospitales vestidos, rodeados de familiares, y que hablaban, se quejaban u ocasionalmente protestaban. A lo largo del siglo anterior la medicina procuró resolver el problema. El paciente ideal viene a ser hoy uno intubado, monitorizado, que recibe alimentación parenteral para que no defeqe, que orina mediante una sonda, y sobre el cual las computadoras alimentan de parámetros objetivos las decisiones que un médico supervisa desde un *dispatching*, desde el cual dicta órdenes al personal técnico que realiza los inevitables cambios de curas o de ropas del paciente hasta que los robots sean capaces de hacerlo⁽³⁾. En esa arena la cultura, según los médicos –, y en todas sus acepciones- habría dejado de existir.

Aunque en casos concretos y circunstancias particulares sea posible acercarse a esa utopía, como sucede en algunos pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, en pacientes en coma *dépassé* a los que puede mantenerse en vida largo tiempo “conectados”, o en donantes, legalmente muertos pero biológicamente vivos mientras esperan la llegada del receptor, la anulación completa de la capacidad interactiva y de la ínter subjetividad entre el profesional y el entorno – el paciente, su red social, la propia institución, los otros profesionales –, no se cumplen jamás. Aunque el ideal goffmaniano de institución total se aproxime más a esas Unidades de Cuidados intensivos, que al manicomio custodial o la cárcel⁽⁴⁾, en las más perfectas, donde parecen imposibles las adaptaciones primarias y secundarias de pacientes y del personal, la evidencia etnográfica revela la producción de culturas idiosincrásicas que afectan al personal, a los enfermos, a los familiares y aún al conjunto de la institución⁽⁵⁾. Estas diferencias ponen cierta sordina a los principios reificados de igualdad en que se basaría el sistema.

Con notable timidez, aunque en público suela afirmarse lo contrario, la creencia monolítica en la racionalidad clínica se ve truncado – y así lo denuncia la experiencia y escritura etnográficas – por cambios sutiles en reglamentos y protocolos, por la permanente construcción de prácticas y representaciones que sin ser del todo verbalizadas, ponen de manifiesto grietas y contradicciones que tratan de resolverse mediante estrategias corporativas. Se recubren de rituales, estilos retóricos, silencios, y cuando son irresolubles llevan a vindicar o la “ética”, o la “humanización” de las prácticas, casi nunca fruto del distanciamiento crítico que emerge de la observación etnográfica, sino de la asunción individual – raras veces colec-

tiva –, de “valores” religiosos o cívicos que por su naturaleza quedan por encima de los imperativos de la racionalidad científica⁽⁶⁾. Tanto es así que, incluso los médicos que “no salvan vidas” porque no atienden casos de gravedad mortal pueden pensar que la búsqueda de la máxima frialdad emocional y la mayor distancia en relación al cuerpo de sus pacientes y reducir cuanto haya de subjetivo en la relación con los pacientes y su entorno mejoran los resultados de su tarea⁽⁷⁾. Si cualquier observador desapasionado puede comprender – y aceptar – la lógica de tal proceder en circunstancias extremas, también advierte su imposible aplicación al conjunto de las personas que piden ayuda a profesionales, así como la imposibilidad de que en cada lugar los propios profesionales puedan actuar según esa regla. Pero incluso en las situaciones más extremas y más cercanas al ideal emergen expresiones como “la salvaremos porque es joven y tiene dos hijos, si tuviese más de cincuenta...”. Negar lo “cultural” – y lo “social” – en la medicina no ha sido en definitiva más que una forma de construir un cultura profesional específica que se adaptaba bien a los intereses corporativos y de poder de los médicos y a la retórica de una radical igualdad de los individuos que componen el taxón *Homo sapiens*

Sin embargo, hasta que Claude Bernard (BERNARD C. 1984), convirtió a la Medicina en experimental, y abrió las puertas a una identidad corporativa e intelectual que la aproximaba a la Física, la Medicina fue una *tekhné*, un *ars* que combinaba una hermenéutica de los escritos de autoridades, con un conocimiento empírico sobre salud y enfermedad fruto de la interacción más o menos sistemática con el medio y con las poblaciones tratadas, procedente de la teoría hipocrática y de la ciencia aristotélica⁽⁸⁾. Esa *tekhné* limitó su aplicación, hasta el siglo XIX, al entorno mediterráneo clásico, islámico o cristiano, a Europa y a las poblaciones criollas de las colonias americanas. Por eso “la medicalización”, un proceso de hegemonía y de hibridación cultural entre el conocimiento académico y los saberes empíricos populares, fue un hecho inicialmente “local” que fue ampliando su hegemonía en la medida que su significado político se trasladaba de la política local al Estado⁽⁹⁾.

Antes de Claude Bernard, la búsqueda de la hegemonía de los médicos, el proceso de medicalización, tuvo efectos modestos, se limitó a conseguir una patente política de monopolio⁽¹⁰⁾, reconociendo que la producción de conocimiento y experiencia clínica era el producto consciente de su interacción con otros especialistas, con los discursos religiosos, y con los saberes compartidos que se engendraban en la cabecera de los enfermos⁽¹¹⁾. Creo que en este contexto puede aplicarse propiamente la idea de una hegemonía de la *co-producción de saberes* que propone Alberto Bialakowski.

La co-producción explica la apropiación por los médicos, albéitares y boticarios de las terapéuticas y de la materia médica popular que se transportó a las farmacopeas. Explica a su vez la asunción de las interpretaciones hipocrático-galénicas sobre la causalidad por parte de los profanos que los folkloristas del siglo XIX definieron como “medicina popular” y caracterizaron erróneamente como supervivencia, al tiempo que tuvieron buen cuidado de discernir entre aquellos saberes empíricos populares que sí podían incorporarse a la biomedicina⁽¹²⁾.

A pesar de los esfuerzos por legitimar el *arte* médico anteriores al siglo XIX, la cultura profesional contemporánea de los médicos nace entre finales del siglo XVIII y 1850⁽¹³⁾. El nuevo proyecto profesional venía del intento de los médicos para ubicarse como los intelectuales orgánicos de un proyecto de ingeniería social asociada al despliegue de la gubernamentalidad en el Estado moderno, más allá de los anteriores límites “municipales” (PETER J.P. 1975, FOUCAULT M. 1979, PESET J. 1993), implicaba desarrollar una forma distinta de producción del conocimiento científico menos dependiente de la experiencia clínica cotidiana y de la co-producción de saberes⁽¹⁴⁾, y pronto cuestionó las teorías de la causalidad ambientalistas propias del neo-hipocratismo así como el valor de la observación etnográfica en la práctica médica⁽¹⁵⁾. Condujo a cambios sustanciales en el mercado médico, en la reproducción de relaciones de poder entre el curador y el profano, en la posición de mediador orgánico de los profesionales en la sociedad actual y en el significado de las instituciones sanitarias en la sociedad actual. Todo ello da lugar a cambios culturales al deshacer la relación anterior – propia del neohipocratismo –, entre medio – y cultura –, y enfermedad, para dejarla en una relación exclusivamente entre naturaleza y enfermedad. Esta transición entre la *tekhné* como práctica local y la biomedicina científica y experimental no es un cambio brutal, sino un proceso largo y complicado que ni sigue la misma pauta en todas partes, ni supone procesos homogéneos o idénticos incluso dentro del territorio de los estados nacionales. Tanto es así que la fase actual del proceso de medicalización, y que ha conducido a la hegemonía de lo que Menéndez (MENENDEZ E. 1978), llamara “modelo médico”, lejos de ser un proceso monolítico, se muestra como el producto de procesos históricos más complejos, puesto que va a girar en torno a tres pilares complementarios: el desarrollo en sí mismo del Estado liberal⁽¹⁶⁾, el camino en los estados europeos desde el Estado Social al Estado providencia; la ruptura que significó en los Estados Unidos el *Flexner Report* en la gestión, administración y organización profesional de los hospitales articulada con la involución del Estado social⁽¹⁷⁾. Esos tres pilares, y el diálogo entre ellos permiten caracte-

rizar las líneas de fuerza fundamentales que han modelado en los distintos países procesos de medicalización *distintos*– diversos – con formas y significados culturales distintos articuladas con procesos históricos idiosincrásicos⁽¹⁸⁾. Estas formas culturales y esos significados se configuran a partir del *embodiment* por la población de su experiencia en relación a los dispositivos desplegados por la concatenación entre políticas públicas y privadas y el Estado.

La diferencia entre el “arte” médico, que antaño caractericé como “modelo clásico”, y la biomedicina moderna es que no significó la suplantación completa del primero por la segunda, sino su subalternidad⁽¹⁹⁾, a pesar que durante el siglo XX se vindique al primero como el *ideal type* de la práctica médica, menos por su eficacia terapéutica, que por su actitud abierta y comprensiva al paciente y a su circunstancia. Su subalternidad y su condición ideal se ponen de relieve porque la retórica actual respecto al médico generalista – el médico de familia en nuestro país – fue también una forma de combatir la socialización y la salarización de los médicos vistos como un atentado a la libertad del mercado médico. También responde, en algunos casos a la sensación de pérdida de identidad – y de poder – que significa un trabajo en hospital o en atención primaria, cada vez más estructurado en forma cooperativa y en la que el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica acaban siendo el producto de un trabajo en equipo. Junto a ello está el debate por la hegemonía de dos formas de racionalidad y de subjetividad. En la *tekhné* el peso de la experiencia – en el sentido aristotélico del término – era el valor fundamental, más allá del propio conocimiento libresco y exigía una estrategia de incorporación de la misma que por definición era intersubjetiva, por muy cínica y venal que pudiera resultar desde el punto de vista de la ubicación profesional del médico. Más aún la *tekhné* combinaba una mirada clínica sobre el paciente, con una mirada etnográfica sobre el contexto del paciente que le permite manejar esa producción de conocimiento intersubjetivo – mediante técnicas etnográficas – y favorecía el despliegue de saberes en el espacio (*locus*) del paciente. En cambio, en el modelo hospitalario, en la biomedicina, la estrategia de conocimiento pasa por eliminar lo ahora accesorio, dejando al cuerpo libre de los accidentes sociales y culturales, eliminando la etnografía y apostando por la sólo clínica. Para ello el enfermo se transporta a un espacio (*locus*) de conocimiento en el cual el cuerpo se individualiza. Nótese que si en el primer caso el médico busca la co-producción de saber, aunque conserve sus parcelas de secreto, en el segundo se trata de excluir de la co-producción de terceros. El papel cultural de los médicos en la *tekhné* era local, en la biomedicina deja de serlo al articularse con una

filosofía política global. Y como excluye la experiencia intersubjetiva, y acentúa la deslocalización del enfermo de su medio, acaba disolviendo la producción individual de conocimiento a favor de un conocimiento compartido⁽²⁰⁾ lo suficientemente inespecífico para ir a una definición de salud global⁽²¹⁾.

Liberalismo y modelo médico

Las relaciones entre el pensamiento liberal, marxista, socialcristiano o socialdemócrata y el pensamiento médico no han dado lugar a excesiva labor hermenéutica, y sí a muchas simplificaciones. Foucault en sus trabajos sobre la “medicalización” y el “biopoder” o Castel (CASTEL R. 1995) sobre la “salarización”, o Menéndez (MENÉNDEZ E. 1978) sobre el “modelo médico” establecen las profundas relaciones entre pensamiento liberal y modelo médico. Me tienta sugerir que entre el modelo médico y el jacobinismo político – la radicalidad liberal – hay algo más que una relación metafórica. Es algo profundamente estructural. Por eso los textos críticos aludidos, escritos con una voluntad explícita de movilizar una toma de conciencia colectiva en contextos históricos bien definidos, deben tomarse con ciertas precauciones. Una lectura poco crítica puede favorecer una imagen monolítica, mecánica y reduccionista – “terminada” – del proceso de medicalización, lo que no es el caso. Yo prefiero tomarlas como hipótesis o puntos de partida para explorar su variabilidad histórica, y su papel en la producción de significados culturales diversos, lo que nos obliga a no poner en el mismo saco, por ejemplo, las relaciones del modelo médico con el pensamiento liberal en Estados Unidos o Canadá y su evolución, y las que se producen en el Estado del bienestar europeo en sus muy diversas manifestaciones⁽²²⁾. Por eso la reincorporación de “lo cultural” al modelo y la práctica médicas actuales, no puede ser contemplado bajo los mismos criterios y parámetros⁽²³⁾. En Europa, los caminos son tan diversos de un extremo a otro del continente, que no solo es imposible pensar en un proceso de medicalización homogéneo, sino que la propia noción de medicalización no tiene el mismo significado en unos lugares que en otros⁽²⁴⁾.

La teoría clásica sobre la medicalización, y el “modelo médico” proceden del análisis de los casos francés, alemán, británico y norteamericano como referentes históricos en la evolución del Estado liberal y de la transición al capitalismo. Enfatizaron el significado de los dispositivos de protección social, y sus implicaciones jurídicas y políticas en el despliegue de dispositivos de protección social, médicos, psiquiátricos y de asistencia a los po-

bres en un grupo limitado países centrales puesto que en ellos se evidencian con mayor claridad los acontecimientos y la articulación entre medicina, capitalismo y Estado liberal⁽²⁵⁾. Ewald (EWALD F. 1996), sobre el caso francés, cree que el nacimiento del Estado social se enraiza en la verificación empírica de los efectos colaterales del liberalismo económico y político, a principios del siglo XIX, y de la discusión sobre la noción de responsabilidad que contribuirá a la configuración de una cultura civil igualitaria. Castel (CASTEL R. 1995) la ha desarrollado para comprender los recientes procesos de desafiliación a esa civilidad, relacionándola con el auge y la decadencia del modelo de salarización de la ciudadanía. La crítica de Castel al dispositivo comunitario de protección social del Antiguo Régimen, debe verse desde su adhesión a la filosofía política republicana francesa y a los ribetes idiosincrásicos de la evolución de la gubernamentalidad en Francia. Para él la comunidad como instancia de solidaridad no tiene hoy lugar, más que como supervivencia arqueológica (tyloriana), y por esa razón la individualización de los actores sociales a que lleva la hegemonía de la salarización, tendría su correspondencia en la individualización de los cuerpos propia de la transición hacia una biomedicina, brazo armado de la política, en la retórica del combate de ésta contra las desigualdades derivadas del hambre, la mortalidad y las epidemias. En su modelo no cabe la diversidad cultural sino como arcaísmo, puesto que la asocia a un criterio taxonómico de lo cultural, pero no en los términos surgidos de los *post-colonial* studies (BAHBA H. K. 2002, APPADURAI A. 2001), o de los teóricos del multiculturalismo (KYMICKA W. 1996).

Es la rigidez republicana y civil de las concepción jacobina que arrastra Castel, la que pone en crisis sus argumentos. Hay en su concepto de desafiliación, una suerte de nihilismo respecto a la posibilidad de una reconstrucción de las relaciones societales y que le conduce a percibir la crisis del Estado del Bienestar en Europa en términos casi apocalípticos. Contrasta su visión negativa con la riqueza de la producción cultural en la sociedad contemporánea, la complejidad de los procesos de hibridación cultural y mestizaje, la diseminación y riqueza en el espacio y el tiempo de los nuevos movimientos sociales y ciudadanos frente a la rigidez estructural de los movimientos sociales del pasado. Las nuevas formas de afiliación, una de ellas los grupos de ayuda mutua, tienen su correlato en formas muy complejas de construcción de sociabilidad – y de construcción cultural en la sociedad moderna⁽²⁶⁾. En ningún caso Castel se planteó que el problema de la crisis del estado del bienestar había dejado de ser un problema de “cantidad” basado en indicadores sanitarios que responden a problemas masivos de la población (la incidencia de epidemias por ejem-

plo), para serlo de “calidad” en la atención a mosaicos de grupos discretos de afectados por enfermedades y problemáticas sanitarias singulares (discapacitados, escleróticos en placas, familiares de enfermos mentales, etc...). En la medida que Castel había profetizado en 1981, la gestión de los riesgos, había concebido estos en un escenario de exclusión, cuando los hechos muestran que precisamente esos nuevos movimientos operan como estrategias de la ciudadanía para asegurar su incorporación a un proyecto de ciudadanía inclusivo pero en el cual la conciencia ya no es exclusivamente la de clase como también la de identidades múltiples.

Cuando Menéndez, formuló en 1978 las características del modelo médico, olvidamos que lo pensó desde su experiencia sobre dos países sin estado del bienestar (México y Argentina), y en un momento en que en otros – la propia España – discutían el despliegue del modelo, cuando en Francia, Alemania, Gran Bretaña y Suecia ya habían alcanzado sus objetivos. Por eso en España, pero también en América Latina antes de la implantación de las políticas de ajuste neoliberales que acabaron con la utopía, el objetivo era avanzar hacia un Estado del bienestar, sin querer advertir, los evidentes signos de crisis perceptibles tras la primera crisis del petróleo, en los países avanzados. En España, la Transición no tenía sentido si el Estado democrático no conducía a los standards de bienestar que nos ofrecía la Europa de entonces.

La implantación del estado del bienestar – modesto – en España significaron, como en el resto de la Europa occidental una transición demográfica y epidemiológica, tras la cual nos habríamos de confrontar con las nuevas necesidades de una sociedad “sana” en un contexto en el que se han producido cambios culturales de muy distinto orden en el modo como los ciudadanos de la mayor parte de países contemplan ahora el proceso salud/enfermedad/atención⁽²⁷⁾.

Quería llegar aquí puesto que el debate sobre la diversidad cultural en el sector salud y sobre el papel de las variables culturales en el proceso salud/enfermedad/ atención y en las respuestas al mismo surge en dos circunstancias históricas distintas. La primera tiene que ver con el despliegue del proceso de medicalización en países no occidentales que no tienen porque compartir los rasgos judeo-cristianos o ilustrados característicos de la articulación entre modelo médico y pensamiento liberal. Aun en mi modesto conocimiento de Japón, es evidente que la medicalización en Oriente tiene características idiosincrásicas que deberían haber puesto en cuestión el etnocentrismo con que los occidentales lo concebimos⁽²⁸⁾. Lo mismo sucede en el despliegue de servicios sanitarios en el llamado Tercer Mundo.

La segunda circunstancia se refiere la transición de la demanda de ayuda sanitaria en los países desarrollados desde las enfermedades agudas a las enfermedades crónicas y degenerativas, y medicalización de malestares y formas de aflicción en toda la población que pone de relieve la necesidad de estrategias terapéuticas y asistenciales que desbordan los límites de las instituciones sanitarias y exigen replanteamientos de las estrategias de seguimiento de los pacientes y de las formas de comunicación y relación entre profesionales y ciudadanos⁽²⁹⁾. En este nuevo contexto, como en el precedente, la incapacidad de gestionar los significados culturales pone de manifiesto los límites del modelo médico hegemónico: por la banda que corresponde, simplificando, a Europa y América del Norte porque no responde adecuadamente a los cambios en las representaciones y las prácticas de la salud y de la enfermedad de la últimas décadas; por la banda baja, porque la sofisticación del dispositivo técnico de la biomedicina, no puede utilizarse por falta de recursos en la mayor parte de países del mundo, y debe volverse a intentar recuperar los saberes populares (GONZÁLEZ CHÉVEZ L. 1998, OSORIO CARRANZA R. 2001) o a “devolver” funciones a los entornos familiares de los enfermos (CANALS SALA J. 2002). La crisis de la biomedicina revela la inadecuación del modelo médico a medida que profundiza en sus rasgos estructurales al mantenimiento de una relación dialéctica con los saberes de los “profanos”, que le permita mejorar la calidad subjetiva de la práctica asistencial, y no solamente dirigirla a la mejora de los protocolos biológicos. El fiasco del modelo médico, deriva de su incapacidad estructural en adaptarse al cambio desde una demanda legitimada por el riesgo de la muerte, a otra que busca la reducción del riesgo al sufrimiento a medio o largo plazo⁽³⁰⁾. Es el fruto de haber abandonado los criterios de co-producción con los profanos que ha llevado al modelo médico a infravalorar su papel y su conocimiento respecto a la salud y a alentar su dependencia de terceros – los propios profesionales de la salud⁽³¹⁾ – especialmente cuando la implantación del derecho universal a la salud ha derribado las barreras de mercado para acceder a ellos. En el tercer mundo y no solo en él, el auge de los movimientos alternativos representa formas de organización y de resistencia que conducen precisamente a reinventar estructuras de producción de conocimiento colectivo que puedan actuar como grupos de presión, o como alternativas a las carencias de los dispositivos⁽³²⁾.

La falta de análisis cualitativos y de evaluación sobre la biomedicina y sobre las representaciones de la salud y el enfermedad en el estado del bienestar europeo⁽³³⁾ nos mantiene prisioneros del esquematismo. En general se suelen justificar los problemas a partir de las reducciones del gasto,

de las insuficiencias jurídicas, o de la ausencia de valores “humanistas” que habría que reintroducir en los profesionales, o de la psicologización, psiquiatrización o psicodinamización de la relación médico-enfermo. Mucho más raramente – y pocas veces aun en Europa – los antropólogos tratan de buscar explicaciones más globales, unas a partir de las aproximaciones fenomenológicas como *embodiment* pero no ha sido abundante la producción de evidencia empírica en contextos europeos⁽³⁴⁾.

Muy poca investigación se construye sobre etnografías de las relaciones entre los ciudadanos, los profesionales y las instituciones, y menos aún se plantea que la diversidad cultural y sobre todo la construcción de significados culturales en un contexto como en el que vivimos no puede hacerse sobre la base de protocolos de “identificación” cultural administrativa, sino comprendiendo la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna. Es en este escenario basado en el mestizaje cultural y la hibridación donde pueden observarse cambios muy profundos, y diversos, en la percepción de las amenazas de salud en las sociedades desarrolladas, en los patrones de uso de los servicios y en la retórica política que sustituye hoy la idea de *enfermedad* por la de *salud*, menos médica y más política, menos particular y más universal en un contexto en el que se habla, precisamente de reducir el catálogo de prestaciones de enfermedad. Pero en un contexto en el que la diversidad cultural es un problema nuevo, crucial para el sector salud, y para los antropólogos que nos confrontamos con él.

Dispositivos y diversidad cultural

«The following national standards issued by the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office of Minority Health (OMH) respond to the need to ensure that all people entering the health care system RECEIVE EQUITABLE AND EFFECTIVE TREATMENT IN A CULTURALLY AND LINGUISTICALLY APPROPRIATE MANNER. These standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) are proposed AS A MEANS TO CORRECT INEQUITIES that currently exist in the provision of health services and to make these services more responsive to the individual needs of all patients/consumers. The standards are intended to be inclusive of all cultures and not limited to any particular population group or sets of groups; however, they are especially designed to address the needs of racial, ethnic, and linguistic population groups that experience unequal access to health services».

Esta es una de las respuestas del Gobierno en Estados Unidos al problema de la atención a la diversidad cultural. Hace referencia a la necesidad de acreditación cultural de los hospitales públicos que deseen recibir subven-

ciones federales. Si hasta ahora la acreditación hacía referencia a la práctica sanitaria, académica u hotelera, ahora se extiende a un escenario de diversidad cultural en pos de mejorar la equidad en la atención. Tras ella se halla el concepto de “competencia cultural” (*cultural competence*), que aparece reiteradamente en la literatura biomédica norteamericana desde hace años, y revela un cambio en la conciencia de los profesionales de los responsables políticos respecto a la diversidad cultural, en la línea de la discusión sobre los derechos de las minorías (KYMLICKA W. 1996).

Para un antropólogo europeo puede parecer un avance. Y no dudo que en algún aspecto lo es, especialmente en lo que hace referencia a la necesidad de los hospitales de asegurar una traducción en lenguas diversas a la documentación clínica que firma el enfermo a su ingreso, así como al derecho del enfermo a ser informado adecuadamente – consentimiento informado – de las actuaciones que van a ejercerse sobre él. Esta dimensión cuyos efectos son fundamentalmente jurídicos, no significa demasiado, es una medida que trata de blindar a las administraciones hospitalarias de la malpráctica relacionada con las dificultades de colectivos cada vez más numerosos en Estados Unidos que no entienden el inglés, y mucho menos la redacción leguleya de los documentos de autorización que, por docenas, un paciente firma a su ingreso en el hospital o antes de la intervención. A mi juicio, no este aspecto no responde tanto a una idea amplia de la diversidad cultural, como a una cultura jurídica en la que la jurisprudencia basada en la *common law* debe garantizar la seguridad jurídica del ciudadano. Pienso, como contraste en el caso lamentable de la muerte de un infante magrebí en el servicio de urgencias del Hospital de Melilla hace un par de años, que fue despachado sin más por la ministra de turno, insinuando que la culpa era de la madre que no hablaba español... En este punto lo que se plantea no es un problema de “competencia cultural” – concepto sobre el que volveré algo más tarde – sino algo que podríamos llamar “competencia lingüística”, o “competencia jurídica” y que tiene que ver con el más elemental sentido común en un contexto globalizado en el que el recurso a las instituciones sanitarias, tanto en situaciones de emergencia como en otras, plantea a las instituciones sanitarias públicas el problema de poder “traducir” las demandas de atención. En los países turísticos, como España, este es un fenómeno bien conocido desde los primeros sesenta, pero que durante décadas no planteó problemas pues el turista accidental pagaba su visita y era reembolsado posteriormente por sus cajas de Seguridad Social, y más tarde ese turista llevaba su bloc de convenio o disponía de un seguro de viajes que aseguraba su repatriación o la atención de emergencia. Esta problemática se acentúa con la llegada de inmigrantes extracomunitarios,

por el hecho que el catálogo de lenguas se amplía – solo en Cataluña la Conselleria de Sanitat tiene censadas 37 habituales –, algunas de ellas no eran muy frecuentes en nuestros pagos – urdu, bereber –, y muy a menudo la demanda de atención no es sólo la emergencia, que puede resolverse mediante un sistema de traducción por teléfono, sino la continuidad y el seguimiento de los casos.

Desde el punto de vista de la competencia lingüística, esto no significa pues que se produzca un cambio cultural en el modelo médico. Ni mucho menos: el médico recibe traducción telefónica o usa un vocabulario multi-lingüe para “traducir” los signos y reificar los síntomas, sin que ello suponga ninguna sensibilidad especial a favor de la diversidad cultural del paciente. Finalmente, nos hallamos en un escenario administrativo, en el cual la narrativa del paciente, y el modo cómo expresa su enfermedad, tengan que tener relevancia en el diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, puesto que una vez “traducido” el síntoma, la racionalidad aplicable es la misma. Es más, el sistema espera que a la vuelta de dos o tres años, la competencia lingüística del inmigrante sea suficiente como para prescindir del mediador en esta etapa.

Es en este punto donde puede comprenderse la falacia de la idea de “competencia cultural”, y la hostilidad de los antropólogos norteamericanos al respecto. Tal y como se formula en América no solo no pone en peligro al modelo médico, sino que protege a los profesionales de las acciones judiciales debidas a mal prácticas derivadas del de la lengua o de la idiosincrasia cultural de los pacientes. Es cierto, que en su modestia, la acreditación cultural tiene la virtud de ampliar el espacio de la acreditación a variables de naturaleza cultural, y significa una primera llamada de atención respecto a los derechos de las minorías, pero su fundamentación en un modelo de taxonomía étnica y cultural muy rígido tiene a mi juicio efectos indeseables importantes. El principal el que no pone en cuestión la racionalidad médica, y por tanto una forma de construcción del pensamiento que excluye el valor de lo cultural y los social en la práctica, pero que permite “añadirlo”, sin más a la lista de ítems que deben registrarse en los protocolos clínicos. Kleinman (comunicación personal) nos comentaba tiempo atrás, riendo, que sus estudiantes acaban escribiendo en las historias: signos, síntomas, exploraciones y... modelo explicativo de la enfermedad, convirtiendo lo cultural en un ítem políticamente correcto, pero sin que contribuya a una producción dialéctica de saberes.

Sin embargo, la presencia cada vez mayor de inmigrantes en los países desarrollados está produciendo un efecto, distinto al anterior, mucho me-

nos reducible a variables discretas, y que sí pone en cuestión la propia racionalidad del modelo médico. Me refiero no a los problemas que plantea la atención de emergencia – que sería el caso clásico –, como los problemas que plantea a los servicios de salud la presencia de una población inmigrante, previamente medicalizada en sus países de origen y a menudo con formación media o superior⁽³⁵⁾, cuya demanda corresponde a atención primaria, en salud mental o que va a precisar seguimiento. Es decir un escenario de práctica en el cual la comunicación intercultural, la intersubjetividad, y la co-producción de saberes van a ocupar la parte principal de la escena⁽³⁶⁾, de un modo idéntico a como se produce con los ciudadanos del país, pero ante una situación en la que entre los nuevos clientes y profesionales, no puede haber, a corto plazo, las mismas complicidades que se han construido durante décadas entre los profesionales de la salud y los ciudadanos, y que dan lugar a la producción de práctica y representaciones con las que nos manejamos en lo cotidiano. El efecto de la inmigración tiene el valor de llamar la atención sobre la necesidad de co-producir y de gestionar las variables culturales, una vez que las culturas en torno a la salud parecían tan compartidas por la ciudadanía que parecía que no debían merecer atención, puesto que nuestra ciudadanía ya había asumido y compartía un estilo de funcionar idiosincrásico y a menudo muy automatizado.

La diversidad cultural asociada a la inmigración, representa elementos de reorganización de la cultura de la salud en el conjunto de la población, tanto porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, porque desafía las culturas organizaciones de los profesionales y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación, y porque supone desde el punto de vista político – y especialmente en Europa –, un reconocimiento de los derechos de las minorías que habitualmente se había escudado en el principio de la homogeneidad cultural “nacional”, para disimular la diversidad cultural.

En la literatura sanitaria europea el concepto de *cultural competence* no ha llegado apenas, puesto que nuestro Estado del Bienestar, basado en el derecho al acceso universal de la salud con independencia de la variabilidad cultural del ciudadano resuelve, al menos sobre el papel, el uso de los servicios, aunque no los efectos de la diversidad cultural sobre un sistema, cuyo proyecto fundacional era y es radicalmente igualitarista. Amparada en este principio, que le permite trazar políticas públicas idiosincrásicas, la filosofía y la práctica política europea, suele ser reacia a introducir lo cultural⁽³⁷⁾, incluso en contextos, como el catalán, que deberían ser más sensibles a la variabilidad cultural. Así, en los “Plans de Salut” (*Health Plans*)

bianuales de la Generalitat de Catalunya, el principio de la “salud igual para todos” parece excluir para siempre cualquier atisbo de discriminación por razones étnicas, culturales o religiosas, lo mismo que la Constitución española⁽³⁸⁾ y la “Ley General de Sanidad” de 1986, pero la realidad es más tozuda que la escritura leguleya y tanto en *welfare states* como en los que carecen de él, la discriminación y la falta de equidad, y las desigualdades de acceso asociadas a variables culturales, identitarias o lingüísticas son un hecho cotidiano por acción u omisión, puesto que los proveedores de los servicios, las instituciones y los profesionales construyen ellos mismos sus propias culturas institucionales y corporativas en las que se proyectan no sólo los perfiles profesionales sino también las identidades múltiples de sus miembros.

Este es el punto clave. Hasta aquí la medicalización había sido *embodied* en los países desarrollados, como un rasgo más de los instrumentos de homogenización cultural “nacional” y de ciudadanía. Ahora, los inmigrantes ponen de manifiesto que “su diversidad”, no es únicamente “suya”, sino que es compartida también por el conjunto de la ciudadanía, en la medida que la demanda de servicios es ahora matizadísima y diversa, del mismo modo que es diversa la economía post-fordiana. Pero la cultura de la fase presente de la medicalización se construyó en un escenario fordiano: reparación de mano de obra, lucha contra la mortalidad, etc... mientras ahora el conjunto de la población padece menos enfermedades que malestares y esos son mucho más diversos que la diversidad de perfumes que pueden encontrarse en las tiendas de cosméticos de los centros comerciales... Ante estos malestares el peligro está en pensar que los malestares de la ciudadanía no son culturalmente diversos, o pueden reducirse todos o casi todos a “ansiedad” y “depresión” y tratarse dentro del modelo médico fordiano, mientras que son singulares los de los inmigrantes, aun cuando el mayor interés sería verlos reducidos también a “ansiedad” y “depresión”. Pero lo peor es no comprender que en ese modelo de gestión de esos malestares estamos también co-produciendo saberes que conducen a que la demanda en base a malestares crezca indefinida y exponencialmente si nos limitamos a actuar sobre las consecuencias y no sobre las raíces.

El reto de futuro

La superación del concepto de “competencia cultural” debe partir de la revisión de las concepciones taxonómicas de “cultura” – en la cual incluso los politólogos más abiertos como KYMLICKA W. (1996) se sienten más có-

modos – y el acercamiento a las concepciones fluidas de la cultura en la línea de lo señalado desde los *colonial studies* (APPADURAI A. 2001, BAHBA H. K. 2002) o de la literatura sobre el *embodiment* (CSORDAS T. 1994). Por eso más que pensar la acreditación en términos de asegurar el conocimiento de las taxonomías culturales, o de disponer de los recursos de traducción, por otra parte indispensables, el problema remite a cambios sustanciales en las *abilities*, a la de *agency* y a la de “profesionalidad”, necesarias para una concepción de “cultura” flexible y en constante construcción y deconstrucción, capaz de responder a la variabilidad y la complejidad de las “identidades” en un universo esencialmente mestizo⁽³⁹⁾, en donde la producción de *etnoscapas* es un fenómeno constante atrapado en historicidades particulares, y por lo tanto sometido a procesos transaccionales permanentes que a su vez constituyen formas de saber, saberes o formas de *agency*. En este ámbito se trata de plantear *anthropological abilities* en la práctica profesional para acabar ante las situaciones de desconcierto ante la diversidad cultural y mitigar las respuestas situadas en la banda discriminatoria del espectro aludido. En una comunicación reciente destinada a una reunión profesional de médicos de familia, Xavier ALLUÉ lo sintetiza:

«El médico debe tener una percepción de su propia cultura y su status y de las diferencias en control y poder existentes en la relación médico/paciente, y un conocimiento básico de cómo la teoría y la práctica de la Medicina están condicionadas culturalmente, de la existencia de fenómenos de exclusión (racismo), de las diferencias en las estructuras familiares y los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas, los factores sociopolíticos que repercuten sobre la existencia de los pacientes y de los síndromes o enfermedades culturalmente construidos (“*culture-bound syndroms*”). Además debe adquirir habilidades o destrezas que le permitan comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Entre sus cualidades se deben incluir la empatía, el respeto, la capacidad de inspirar confianza, la comprensión y establecer lazos que faciliten la colaboración, que proporcionen esperanza y ánimo y que permitan al paciente asumir el control propio de su proceso (“*empowering*”)» (ALLUÉ X. 2003).

De un médico a médicos se trata de a partir del fenómeno inmediato, la toma de conciencia de los médicos *a partir de* la novedad de la presencia de extranjeros en las consultas, derivar esa toma de conciencia, inicialmente identificatoria, hacia un modelo mucho más comprensivo del contexto cultural y de la diversidad de todos sus pacientes. Y aunque para muchos antropólogos esta propuesta estaría aún demasiado cerca de un concepto taxonómico de cultura, no debe olvidarse que resulta difícil, desde un punto de vista pedagógico y en este momento histórico,

explicar a profesionales sanitarios con una formación radicalmente neopositivista y taxonómica y en que solo algunos han desarrollado una conciencia de la diversidad cultural, asumir que las nuevas concepciones de lo cultural exigen imperativamente deconstruir sus propias identidades y en algunos sentidos su propia racionalidad.

Notes

⁽¹⁾ Una interesante aportación a los orígenes del trabajo social y a sus influencias metodológicas está en MIRANDA ARANDA M. (2004).

⁽²⁾ Aunque para la transición entre la medicina galénico-hipocrática y la clínica moderna siguen siendo interesantes FOUCAULT M. (1978), y ACKERCKNETCH E. (1986), los trabajos de VON BUELTZINGSLOEWEN I. (1996) y RISSE (1999) permiten matizar mucho más el significado, importante, pero no esencial de la Escuela de París en esa transformación.

⁽³⁾ El desarrollo de la “medicina de la evidencia” es una consecuencia del desarrollo de la epidemiología clínica y apunta hacia ese objetivo. En un monográfico reciente de la revista “Health” (TRAYNOR, 2003), POPE (2003) la presenta como un nuevo movimiento social y no únicamente clínico y analiza las “resistencias” de amplios sectores clínicos a su penetración. CRONJE R.- FULLAN A. (2003) resaltan la utopía de la búsqueda de una nueva “racionalidad” en ese tipo de acercamientos.

⁽⁴⁾ Goffman no pudo conocerlas en los cincuenta, puesto que su diseño se definió apenas hace una década. PALLARÉS A. (2003) hace una interesante revisión de sus fundamentos teóricos

⁽⁵⁾ Hay en castellano algunas etnografías sobre Unidades de cuidados intensivos. Las referencias fundamentales son las de ALLUÉ M. (1996, 1997, 1999), y PALLARÉS A. (2003). Ver también POUCHELLE M.C. (1995), COMELLES J., (2000) y la autobiografía de TELLECHEA IDIGORAS J. (1991).

⁽⁶⁾ Un reciente libro de BOIXAREU R. (2003) hace una interesante revisión de la literatura al respecto desde la perspectiva de la antropología filosófica y la antropología social.

⁽⁷⁾ En PERDIGUERO E. - COMELLES J. (2000) se discute largamente la cuestión.

⁽⁸⁾ Para una discusión amplia de la cuestión ver COMELLES J. (1993, 1998, 2000).

⁽⁹⁾ La mejor aproximación a los inicios locales de la medicalización están en GARCÍA BALLESTER L. - McVAUGH M. - RUBIO VELA A. (1989) - McVAUGH M. (1993).

⁽¹⁰⁾ Una buena aproximación a la problemática de la legitimación política de la práctica médica está en el dossier de la revista “Dynamis” sobre el Protomedicato en España (LÓPEZ TERRADA M. - MARTINEZ VIDAL A. (eds.), 1996) - McVAUGHN M. (1993).

⁽¹¹⁾ La mejor aproximación en castellano a esta problemática es el excelente dossier de “Dynamis” compilado por BALLESTER R. - LÓPEZ TERRADA M. - MARTÍNEZ VIDAL A. (2002) especialmente PERDIGUERO E. (2002). También ZARZOSO A. (2001).

⁽¹²⁾ Sobre el papel de los folkloristas médicos y la medicina popular ver COMELLES (1996), y la reciente aportación de BALLESTER R. - PERDIGUERO E. (2003) desde el caso del médico Rubio i Gali.

⁽¹³⁾ Aunque el clásico de FOUCAULT M. (1978) suele ser la referencia, el problema fue estudiado largamente por Rosen desde los años cuarenta (ROSEN G. 1985). Ver también para Alemania VON BUELTZINGSLOEWEN I. (1997).

⁽¹⁴⁾ Y que se acuña en torno al desarrollo del modelo anátomo-clínico, el pastorianismo, las teorías degeneracionistas y la clínica kraepeliniana en Psiquiatría, todos ellos a remolque del experimentalismo

⁽¹⁵⁾ al respecto el esclarecedor libro de LARREA KIRRRINGER C. (1997) sobre el auge y la crisis de la teoría miasmática, y COMELLES J. (2000), sobre la crisis de la etnografía a favor de la clínica

- ⁽¹⁶⁾ Incluidas en él modelos radicales como los fascistas o los comunistas.
- ⁽¹⁷⁾ Esto significó cambios en la gestión y en la administración de los hospitales (VOGEL M. J. 1980), en las estrategias profesionales de los médicos, en el significado de las instituciones en la formación médica y en el proceso salud /enfermedad / atención, y en la creación de un mercado de salud específico muy distinto del que caracterizara la práctica médica desde antes de la Ilustración. ver también el clásico de FREIDSON E. (1963).
- ⁽¹⁸⁾ Para una discusión sobre la diversidad de los procesos de medicalización y la especificidad de los dispositivos ver COMELLES J. (1991).
- ⁽¹⁹⁾ Para una discusión teórica ver COMELLES J. (1993). URIBE OYARBIDE J.(1996) analizó magistralmente la producción cultural de subalternidad desde un centro de atención primaria.
- ⁽²⁰⁾ Aquí no está de más invocar los textos clásicos de FLECK L. (1986) y de LATOUR B. - WOOLGAR S. (1995) sobre la producción del conocimiento experimental
- ⁽²¹⁾ Sobre la ideología de la salud pública en el modelo médico es indispensable el interesantísimo estudio de LUPTON D. (1995).
- ⁽²²⁾ El lector comprenderá que el caso de Japón, y en general la mayoría de los del llamado Tercer Mundo son un universo que no me puedo ni de lejos plantear, pero que exigen estudios idiosincrásicos.
- ⁽²³⁾ El propio FREIDSON E.(1978), aunque destina un capítulo de su libro clásico a los modelos de seguros social europeo no podía tener suficiente perspectiva, ya que cuando prepara su monografía a finales de los sesenta el Estado del bienestar europeo estaba en plena construcción. Únicamente CASTEL R. (1981) apuntó algunas ideas clave sobre su evolución
- ⁽²⁴⁾ Para una discusión sobre este tema ver CASTEL R. (1995), pero también COMELLES J. (1991) sobre las cronologías distintas de la medicalización incluso en el interior de los estados-nación.
- ⁽²⁵⁾ De Francia, Alemania y Gran Bretaña se ocuparon Castel, Foucault y Rosen en obras ya citadas, sobre los Estados Unidos ver ROTHMAN D. (1971) y CASTEL F. - CASTEL R. - LOVELL A. (1980) y más recientemente MIRANDA (2004) entre muchos otros. Ver también el reciente ensayo de CASTEL R. (2003) sobre la inseguridad social...
- ⁽²⁶⁾ Sobre los grupos de ayuda mutua y el debate sobre esta cuestión es indispensable CANALS SALA J. (2002), sobre la problemática de los colectivos diferentes ver sobre todo ALLUÉ M. (2003).
- ⁽²⁷⁾ Esto lo apuntaba en algunos aspectos DE MIGUEL J. (1985). Los distintos informes SESPAS sobre el estado de salud en España que se publican desde 1994, muestran claramente ese proceso.
- ⁽²⁸⁾ Ver ejemplos en el volumen colectivo de OTSUKA Y. - SAKAI S. - KURIYAMA S. (1999).
- ⁽²⁹⁾ Este problema fue detectado en los sesenta y dio lugar a la literatura y los posicionamientos respecto a la idea de participación ciudadana en salud, cuyos límites ha examinado recientemente SERAPIONI M.(2003). La evolución de un modelo de participación más o menos colectivo, a nuevas formas de participación, mucho más cualitativa ha sido examinada por CANALS SALA J. (2002).
- ⁽³⁰⁾ La estrategia de los *hospice* como dispositivos de cuidados paliativos se plantea como una atención a término, siempre en un relativamente corto plazo, pero no sucede lo mismo cuando la experiencia del dolor se prolonga años y años. ver al respecto ALLUÉ M. (1999).
- ⁽³¹⁾ Para una crítica ver sobre todo ALLUÉ M. (2003) y CANALS SALA J. (2002), desde la perspectiva del derecho de los usuarios.
- ⁽³²⁾ Ver por ejemplo las formas de organización de las mujeres en América latina, por ejemplo en MÓDENA M.E. (1990), OSORIO CARRANZA R. (2001) y GONZÁLEZ CHÉVEZ L. (1998).
- ⁽³³⁾ Las revistas "Health" y "Sociology of Health and Illness" vienen publicando artículos sobre esta temática desde hace algunos años.
- ⁽³⁴⁾ Ver a este respecto los dos *readers* de VAN DONGEN E. - COMELLES J. (2001) y COMELLES J. - VAN DONGEN E. (2002), en el que hay bastantes aportaciones sobre casos europeos.
- ⁽³⁵⁾ A veces parece a los profesionales de aquí que los inmigrantes no hayan visto antes un hospital en su vida, ignorando que un 60% de los que están ahora en Cataluña tienen o Bachillerato o grados superiores de educación. La diferencia es que aquí la asistencia es gratuita y en muchos de sus países no necesariamente.

⁽³⁶⁾ Es lo que MENÉNDEZ E. (1990) llama transacciones, y que corresponde a los consensos de que hablara Gramsci.

⁽³⁷⁾ Una comparación entre España y los Estados Unidos en torno a las problemáticas de la diversidad cultural está en GREENHOUSE C. (ed.) (1998) y GREENWOOD D. - GREENHOUSE C. (eds.) (1996).

⁽³⁸⁾ Para el papel de lo cultural en la Constitución española de 1978 ver PRIETO DE PEDRO J. (1992).

⁽³⁹⁾ La distinción entre identidad e identificación se la debemos a Ignasi Terradas. La idea de mestizaje está presente en LAPLANTINE F. (1999), LAPLANTINE F. - LÉVY J. - MARTIN J.B. - NOUSS A. (eds.) (1998), y APPADURAI A. (2001).

Bibliography

ACKERKNECHT Erwin H. (1986 [1967]), *La médecine hospitalière a Paris (1794-1848)*, Payot, Paris [ed. orig.: *Medicine at the Parish hospital (1794-1848)*, The Johns Hopkins Press, Baltimore, 1967].

ALLUÉ Marta (1996), *Perder la piel*, Planeta Seix Barral, Barcelona.

ALLUÉ Marta (1997), *Sobrevivir en la Uci*, "Enfermería Intensiva", n. 8, 1997, pp. 29-34.

ALLUÉ Marta (1999), *La douleur en direct*, "Anthropologie et Sociétés", n. 23, 1999, pp. 117-136.

ALLUÉ Marta (2003), *DisCapacitados La reivindicación de la igualdad en la diferencia*, Bellaterra, Barcelona.

ALLUÉ Xavier (2003), *La competencia cultural de los médicos de Asistencia Primaria*, ponencia al XV Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, Peñíscola, mimeografiado.

APPADURAI Arjun (2001 [1996]), *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Payot, Paris [ed. orig.: *Modernity at Large. Cultural Dimensions of Globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis - London, 1996].

BALLESTER ROSA - LÓPEZ TERRADA María L. - MARTÍNEZ VIDAL Alvar (2002), *La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la Monarquía Hispánica (ss. XVI-XVIII)*, "Dynamis", vol. 22, 2002.

BERNARD Claude (1984 [1865]), *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Flammarion, Paris [ed. orig.: Baillière, Paris, 1865].

BHABHA Homi K. (2002 [1994]), *El lugar de la cultura*, Manantial Buenos Aires [ed. orig.: *The Location of Culture*, Routledge, London - New York, 1994].

BOIXAREU Rosa (ed.) (2003), *De l'Antropologia filosòfica a l'Antropologia de la salut*, Fundació Blanquerna, Barcelona.

CANALS SALA Josep (2002), *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado del bienestar*, tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

CASTEL Françoise - CASTEL Robert - LOVELL Anne (1980 [1979]), *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*, Anagrama, Barcelona [ed. orig.: *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Grasset, Paris, 1979].

CASTEL Robert (1981), *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Éditions de Minuit, Paris.

CASTEL Robert (1995), *Les métamorphoses de la Question Sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, París.

CASTEL Robert (2003), *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Seuil, Paris.

COMELLES Josep M. (1991), *Psychiatric care in relation to the development of the contemporary state: The case of Catalonia*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 15 (2), 1991, pp. 193-217.

COMELLES Josep M. (1993), *La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria*, "Revisiones en Salud Pública", n. 3, 1993, pp. 169-192.

- COMELLES Josep M. (1996), *Da superstizion a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto medico*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, 1996, pp. 57-89.
- COMELLES Josep M. (1998), *Parole de médecin. Le réait sur la pratique dans la médecine contemporaine*, pp. 299-316, en LAPLANTINE François - LÉVY Joseph - MARTIN Jean B. - NOUSS Alexis (eds.), *Réait et connaissance*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon.
- COMELLES Josep M. (2000), *The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective*, "Culture, Medicine and Psychiatry", n. 24, 2000, pp. 41-75.
- COMELLES Josep M. (2000), *Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo*, pp. 305-351, en PERDIGUERO Enrique - COMELLES Josep M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- COMELLES Josep M. - VAN DONGEN Els (eds.) (2002), *Themes in Medical Anthropology. Medical Anthropology at Home contributes to health studies*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 13-14, 2002 (dedicado a las Actas de la Reunión de la red Medical Anthropology at Home celebrada en Tarragona, 19-21 abril 2001, vol. II).
- CRONJE Ruth - FULLAN Amanda (2003), *Evidence-based medicine: toward a new definition of "rational" medicine*, "Health", vol. 7, n. 3, 2003, pp. 353-369.
- CSORDAS Thomas J. (ed.) (1994), *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- DE MIGUEL Jesús (1985), *La salud pública del futuro*, Ariel Sociología, Barcelona.
- DOPSON Sue - LOCOCK Louise - GABBAY John - FERLIE Ewan - FITZGERALD Louise (2003), *Evidence-based medicine and the implementation gap*, "Health", vol. 7, n. 3, 2003, pp. 311-330.
- EWALD François (1996 [1986]), *Histoire de l'État Providence. Les origines de la solidarité*, Le Livre de Poche, Paris [ed. orig.: Grasset, Paris, 1986].
- FLECK Ludwig (1986 [1935]), *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Alianza Editorial, Madrid [ed. orig.: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und vom Denkkollektiv*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1935].
- FOUCAULT Michel (1978 [1963]), *Naissance de la dinique*, Presses Universitaires de France, París [ed. orig.: Presses Universitaires de France, París, 1963].
- FOUCAULT Michel (1979), *La Politique de la Santé au XVIIIème siècle*, pp. 7-18, en FOUCAULT Michel (ed.), *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Atelier Pierre Madarga, Bruxelles.
- FREIDSON Eliot (1978 [1970]), *La profesión médica*, Península, Barcelona [ed. orig.: *The profession of medicine: A study in the sociology of applied knowledge*, Harper and Row, New York, 1970].
- GARCÍA BALLESTER Luis - MCVAUGH Michael R. - RUBIO VELA Agustín (1989), *Medical Licensing and Learning in Fourteenth-Century Valencia*, American Philosophical Society, Philadelphia.
- GONZÁLEZ CHÉVEZ Lillian (1998), *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*, tesis de doctorado, Universitat de Barcelona, Barcelona.
- GREENHOUSE Carol J. (ed.) (1998), *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*, Albany State University of New York Press, New York.
- GREENWOOD Davydd J. - GREENHOUSE Carol J. (eds.) (1998), *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*, UNED, Madrid.
- KYMLICKA Will (1996 [1995]), *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*, Paidós, Barcelona [ed. orig.: *Multicultural citizenship*, Oxford University Press, Oxford, 1995].
- LAPLANTINE François - LÉVY Joseph - MARTIN Jean B. - NOUSS Alexis (eds.) (1998), *Réait et connaissance*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon.
- LAPLANTINE François (1999), *Je, nous et les autres. Être humain au-delà des appartenances*, Le Pommier - Fayard, Paris.
- LARREA KILLINGER Cristina (1994), *Los miasmas. Historia antropológica de un concepto médico*, tesis de doctorado, Universitat de Barcelona, Barcelona [publicada en 1997 como *La cultura de los dares*, Abya-Alia, Quito].

- LATOUR Bruno – WOOLGAR Steve (1995 [1979]), *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*, Alianza Editorial, Madrid [ed. orig.: *Laboratory Life: the Social Construction of Scientific Facts*, Sage, Los Angeles, 1979].
- LÓPEZ TERRADA María L. - MARTÍNEZ VIDAL Alvar (eds.) (1996), *El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica 1593-1808*, "Dynamis", vol. 16, 1996, pp.
- LUPTON Deborah (1995), *The Imperative of Health. Public Health and the regulated Body*, Sage Publications, Londres.
- MCVAUGH Michael R. (1993), *Medicine before the Plague. Practitioners and their patients in the crown of Aragon*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1978), *El modelo médico y la salud de los trabajadores*, pp. 11-53, en BASAGLIA Franco (ed.), *La salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México DF.
- MENÉNDEZ Eduardo L. (1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México DF.
- MIRANDA ARANDA Miguel (2004), *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social*, Mira Editores, Zaragoza.
- MÓDENA María Eugenia (1990), *Madres médicas y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, La Casa Chata, México DF.
- OSORIO CARRANZA Rosa M. (2001), *Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles*, INAH, México DF.
- OTSUKA YASUO - SAKAI SHIZU - KURIYAMA SHIGEHISA (eds.) (1999), *Medicine and the History of The Body. Proceedings of the 20th, 21st and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicine-East and West*, Ishiyaku EuroAmerica Inc. Publishers, Tokyo.
- PALLARÉS Angela (2003), *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*, tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- PERDIGUERO Enrique (2002), «Con médicos humanos y divinos»: *la lucha contra la enfermedad y la muerte en el Alicante del siglo XVIII*, "Dynamis", n. 22, 2002, pp. 121-150.
- PERDIGUERO Enrique - BALLESTER Rosa (2003), *Federico Rubio y el Folklore médico*, pp. 475-497, en CARRILLO J.L. (ed.), *Medicina y sociedad en la España de la segunda mitad del siglo XIX: una aproximación a la obra de Federico Rubio y Galí (1827-1902)*, Ayuntamiento de El Puerto de Santa María y Asociación para la Formación, Investigación y Asistencia Médica de Andalucía "Federico Rubio", El Puerto de Santa María.
- PERDIGUERO Enrique - COMELLES Josep M. (eds.) (2000), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- PESET José L. (1993), *Las heridas de la ciencia*, Junta de Castilla y León, Salamanca.
- PETER Jean-Pierre (1975-1976), *Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui*, "Autrement", n. 4, 1975-76, pp. 183-192.
- POPE Catherine (2003), *Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement*, "Health", vol. 7, n. 3, 2003, pp. 267-281.
- POUCHELLE Marie-Christine (1995), *Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme*, pp. 247-299, en LAUTMANN Françoise - MAÎTRE Jacques (eds.), *Gestion religieuse de la santé*, L'Harmattan, Paris.
- PRIETO DE PEDRO Jesús (1992), *Cultura, culturas y Constitución*, Congreso de los Diputados - Centro de estudios constitucionales, Madrid.
- ROSEN George (1985), *De la policía médica a la medicina social*, Siglo Veintiuno, México DF.
- ROTHMAN David J. (1971), *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Little Brown, Boston.
- SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1998 [1987]), *The Mindful Body. A Prerequisite to Future Work in Medical Anthropology*, en VAN DER GEEST Sjaak - RIENKS Ari (eds.), *The Art of Medical Anthropology. Readings*, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam [ed. orig.: "Medical Anthropology Quarterly", 1, 1987, pp. 6-41].
- SERAPIONI Mauro (2003), *La participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud. Experiencias europeas*, tesis de doctorado, Universitat de Barcelona, Barcelona.

- TELLECHEA IDIGORAS Jose I. (1991), *Tapias de la memoria. Historia dínica 279.952*, Kutxa, San Sebastián - Donosti.
- TRAYNOR Michael (2003), *Understanding the Evidence-based Movements*, "Health", vol. 7, n. 3, 2003.
- TRAYNOR Michael (2003), *Introduction*, "Health", vol. 7, n. 3, 2003, pp. 265-266.
- URIBE OYARBIDE José M. (1996), *Educar y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria*, Ministerio de Cultura, Madrid.
- VAN DONGEN Els - COMELLES Josep M. (eds.) (2001), *Medical Anthropology and Anthropology. Contributions of Medical Anthropology at Home to anthropological theories and health debates*, "AM. Rivista de la Società italiana di antropologia medica", vol. 11-12, 2001 (dedicado a las Actas de la Reunión de la red Medical Anthropology at Home celebrada en Tarragona, 19-21 abril 2001, vol. I).
- VOGEL Morris J. (1980), *The invention of modern hospital. Boston 1870-1930*, University of Chicago Press, Chicago.
- VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle (1997), *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande 1730-1850*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon.
- ZARZOSO Alfonso (2001), *El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII*, "Dynamis", n. 21, 2001, pp. 141-159.