

CULTURA Y SALUD.  
DE LA NEGACIÓN AL REGRESO DE LA CULTURA EN MEDICINA

*Josep M. Comelles*

Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

La biomedicina quiso abandonar la cultura durante el s. XX. Ahora, cuando parece haber triunfado tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, cuando todo, o casi todo en la práctica médica 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", y en Europa 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. ¿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 de la biomedicina, desde el s. XIX, aspiraba a 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. Operaba sobre una transformación de la construcción del conocimiento médico, conocido como el "nacimiento de la clínica moderna", coetáneo con el despliegue del Estado liberal.<sup>1</sup> Desde entonces se desvaneció paso a paso el valor del contexto —el significado del

---

1. Sobre la transición entre la medicina galénico-hipocrática y la clínica moderna sigue siendo fundamental Foucault (1978) y Ackercknetch (1986).

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. El paciente ideal viene a ser hoy uno intubado, monitorizado, que recibe alimentación parenteral para que no defeque, 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.<sup>2</sup> 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 intersubjetividad 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,<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup>

Con notable timidez, aunque en público suela afirmarse lo contrario, la creencia monolítica en la racionalidad clínica se ve truncada —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. Éstas se recubren de rituales, estilos retóricos, silencios,

2. 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. Croje & Fullan (2003) resaltan la utopía de la búsqueda de una nueva "racionalidad" en ese tipo de acercamientos.

3. Goffman no pudo conocerlas en los cincuenta, puesto que su diseño se definió apenas hace una década. Pallarés (2002) hace una interesante revisión de sus fundamentos teóricos.

4. Hay en castellano algunas etnografías sobre Unidades de cuidados intensivos. Las referencias fundamentales son las de Allué (1996, 1997, 1999) y Pallarés (2003). Ver también Pouchelle (1995), Comelles (2000) y la autobiografía de Tellechea Idigoras (1991).

y cuando son irresolubles llevan a vindicar 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 colectiva— de "valores" religiosos o cívicos que por su naturaleza quedan por encima de los imperativos de la racionalidad científica.<sup>5</sup> Tanto es así que incluso los médicos que "no salvan vidas", puesto que 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, así como la reducción de cuanto haya de subjetivo en la relación con los pacientes y su entorno, mejoran los resultados de su tarea.<sup>6</sup> Si cualquier observador desapasionado puede comprender —y aceptar— la lógica de tal proceder en circunstancias extremas, también advertirá 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.

Hasta que Claude Bernard (1984) en 1865 la convirtió en experimental y abrió la puerta a una disciplina que se quiere tan científica como la Física, la Medicina fue una *tekhné*, o 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, que procedía de la teoría hipocrática y de la ciencia aristotélica.<sup>7</sup> Esa *tekhné* limitó su aplicación, hasta el s. XIX, al entorno mediterráneo clásico, islámico o cristiano, a Europa y a las poblaciones criollas de las colonias americanas. Por eso "la medicalización", como proceso de hegemonía, fue inicialmente un hecho "local" —ciudadano— que surgió en la Baja Edad Media y se fue configurando con los primeros intentos de políticas públicas de salud en el s. XVI.<sup>8</sup> El proceso de medicalización es pues un proceso de hegemonía lento y progresivo en torno a una dialéctica entre los intereses y los discursos de los médicos y el desarrollo de la gubernamentalidad moderna. Hablamos de un proceso de hegemonía puesto que hay suficiente evidencia histórica para afirmar que lo que

---

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

6. En Perdigüero & Comelles (2000) se discute largamente esta cuestión.

7. Para una discusión amplia de la cuestión ver Comelles (1993, 1998, 2000).

8. La mejor aproximación a los inicios locales de la medicalización están en García Ballester, McVaugh & Rubio Vela (1989) y McVaugh (1993).

llamamos pluralismo asistencial —o médico— fue y es la norma generalizada del conjunto de las sociedades, a pesar que la hegemonía del *modelo médico* implique también que el proceso de medicalización tenga hoy (en buena parte de la sociedad contemporánea) un peso extraordinario en la producción de significados culturales.

Antes de Claude Bernard, la búsqueda de la hegemonía de los médicos, el proceso de medicalización, tenía efectos modestos y se limitaba a conseguir una patente política de monopolio cuyos límites eran notorios.<sup>9</sup> 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 y con la red de éstos.<sup>10</sup> Creo que en este contexto puede aplicarse propiamente la idea de la 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 por parte de los profanos, de las interpretaciones hipocrático-galénicas sobre la causalidad, mismas que los folkloristas del s. 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.<sup>11</sup>

A pesar de los esfuerzos (anteriores al s. XIX) por legitimar el *arte médico*, la cultura profesional contemporánea de los médicos nace entre finales del s. XVIII y 1850.<sup>12</sup> El nuevo proyecto profesional venía del intento de los médicos para posicionarse 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 1975, Foucault 1979, Peset 1993), el proyecto implicaba desarrollar una forma distinta de producción del conocimiento científico menos dependiente de la experiencia clínica cotidiana y de la co-producción de saberes,<sup>13</sup> y pronto cuestionó las teorías de la causalidad ambientalistas propias del neo-hipocratismo así como

9. 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 (1996) y McVaughn (1993).

10. La mejor aproximación en castellano a esta problemática es el excelente dossier de *Dynamis* compilado por Ballester, López Terrada & Martínez Vidal (2002) especialmente Perdiguero (2002). También Zarzoso (2001).

11. Sobre el papel de los folkloristas médicos y la medicina popular ver Comelles (1996), y la reciente aportación de Ballester & Perdiguero (2003) desde el caso del médico Rubio i Gali.

12. Aunque el clásico de Foucault (1978) suele ser la referencia, el problema fue estudiado largamente por Rosen desde los años cuarenta (Rosen 1985). Ver también para Alemania Von Buelzingsloewen (1997).

13. 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.

el valor de la observación etnográfica en la práctica médica.<sup>14</sup> Ello 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 y en el significado de las instituciones sanitarias en la sociedad actual. Todo ello dio lugar a cambios culturales, al deshacer la relación anterior —propia del neohipocratism— 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 ha sido un cambio brutal, sino un proceso largo y complicado que ni ha seguido la misma pauta en todas partes, ni ha supuesto procesos homogéneos o idénticos incluso dentro del territorio de los estados nacionales. Tanto es así que la fase actual del proceso de medicalización, el cual ha conducido a la hegemonía de lo que Menéndez (1978) llamara *modelo médico*, lejos de ser un proceso monolítico, se muestra como el producto de procesos históricos más complejos. Éste va a girar en torno a tres pilares complementarios: el desarrollo en sí mismo del Estado liberal,<sup>15</sup> el camino en los estados europeos desde el Estado Social al Estado providencia y 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.<sup>16</sup> Esos tres pilares y el diálogo entre ellos permiten caracterizar 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.<sup>17</sup> Estas formas culturales y estos 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,<sup>18</sup> a pesar que durante el s. XX se vindique al

14. Ver al respecto el esclarecedor libro de Larrea (1997) sobre el auge y la crisis de la teoría miasmática, y Comelles (2000) sobre la crisis de la etnografía a favor de la clínica.

15. Incluidas en él modelos radicales como los fascistas o los comunistas.

16. Esto significó cambios en la gestión y en la administración de los hospitales (Vogel 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 (1963).

17. Para una discusión sobre la diversidad de los procesos de medicalización y la especificidad de los dispositivos ver Comelles (1991).

18. Para una discusión teórica ver Comelles (1993). Uribe (1996) analizó magistralmente la producción cultural de subalternidad desde un centro de atención primaria.

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 sola 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 en la medida que 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<sup>19</sup> lo suficientemente inespecífico para efectuar una definición de salud global.<sup>20</sup>

---

19. Aquí no está de más invocar los textos clásicos de Fleck (1986) y de Latour & Woolgar (1995) sobre la producción del conocimiento experimental.

20. Sobre la ideología de la salud pública en el modelo médico es indispensable el interesantísimo estudio de Lupton (1995).

*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*, Castel (1995) sobre la *salarización*, o Menéndez (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. Esto 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.<sup>21</sup> Por eso el regreso de lo cultural al modelo y a la práctica médicas actuales no puede ser contemplado bajo los mismos criterios y parámetros.<sup>22</sup> En Europa, los caminos son tan distintos de un extremo a otro del continente, que no sólo 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.

La teoría del proceso de medicalización y el propio "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. Éstos enfatizan el significado de los dispositivos de protección social, y las implicaciones jurídicas y políticas del despliegue de dispositivos de protección social. No sólo los médicos sino también los psiquiátricos y los de asistencia a los pobres en un grupo limitado de países centrales puesto que en ellos se evidencian con mayor claridad los

---

21. 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.

22. El propio Freidson (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 plana construcción. Únicamente Castel (1981) apuntó algunas ideas clave sobre su evolución.

acontecimientos y la articulación entre medicina, capitalismo y Estado liberal.<sup>23</sup> Fwald (1996), para 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 s. XIX, y de la discusión sobre la noción de responsabilidad que contribuirá a la configuración de una cultura civil igualitaria. Castel (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 sospecho que la asocia a un criterio taxonómico de lo cultural, en absoluto en los términos que la entenderían en Antropología Bahba (2002) o Appadurai (2001), o en política Kymlicka (1996).

Es la rigidez republicana y civil de las concepciones sobre lo cultural lo que, a mi juicio, debilitan la argumentación de Castel, puesto que el edificio de su concepto de desafiliación pasa por una suerte de nihilismo respecto a la posibilidad de una reconstrucción de las relaciones sociales que se demuestra día a día en torno a los procesos de hibridación cultural y mestizaje, y en la complejidad y la diseminación y la riqueza en el espacio y el tiempo de 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.<sup>24</sup> En ningún caso Castel se planteó, a finales de los setenta, 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 ejemplo), para serlo de *calidad* en la atención a

---

23. De Francia, Alemania y Gran Bretaña se ocuparon Castel, Foucault y Rosen en obras ya citadas, sobre los Estados Unidos ver Rothman (1971) y Castel, Castel & Lovell (1980). Ver también el reciente ensayo de Castel (2003) sobre la inseguridad social..

24. Sobre los grupos de ayuda mutua y el debate sobre esta cuestión es indispensable Canals (2002), sobre la problemática de los colectivos diferentes ver sobre todo Allué (2003).

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, los había concebido 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 sino también la conciencia de una identidad distinta.

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 países —la propia España— discutían el despliegue del modelo, y cuando en Francia, Alemania, Gran Bretaña y Suecia ya habían alcanzado sus objetivos. Así, nuestros objetivos no podían ser presentados sino como un periodo de transición relativamente breve —un cuarto de siglo—, tras el 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.<sup>25</sup>

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, así como 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 porqué 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 los procesos de medicalización en Oriente tienen allí características idiosincrásicas que deberían haber puesto en cuestión el etnocentrismo con que los occidentales lo concebimos.<sup>26</sup> Lo mismo sucede en el despliegue de servicios sanitarios en el llamado Tercer Mundo.

La segunda circunstancia se refiere a la transición de la demanda de ayuda sanitaria en los países desarrollados desde las enfermedades agudas a las enfermedades crónicas y degenerativas, y a la 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

---

25. Esto lo apuntaba en algunos aspectos De Miguel (1985).

26. Ver ejemplos en el volumen colectivo de Otsuka, Sakai & Kuriyama (1999).

entre profesionales y ciudadanos.<sup>27</sup> 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 el lado que corresponde, simplificando, a Europa y a 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 1998, Osorio 2001) o a "devolver" funciones a los entornos familiares de los enfermos (Canals 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 de 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.<sup>28</sup> 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—,<sup>29</sup> 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 sólo 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.<sup>30</sup>

La falta de análisis cualitativos y de evaluación sobre la biomedicina y sobre las representaciones de la salud y la enfermedad en el estado del bienestar europeo<sup>31</sup> nos

27. 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 (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 (2002).

28. 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 (1999).

29. Para una crítica ver sobre todo Allué (2003) y Canals (2002), desde la perspectiva del derecho de los usuarios.

30. Ver por ejemplo las formas de organización de las mujeres en América latina, por ejemplo en Módena (1990), Osorio (2001) y González Chévez (1998).

31. La revista *Health* y *Sociology of Health and Illness* vienen publicando artículos sobre esta temática desde hace algunos años.

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.<sup>32</sup>

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.»

---

32. Ver a este respecto los dos *readers* de Van Dongen & Comelles (2001) y Comelles & Van Dongen (2002), en el que hay bastantes aportaciones sobre casos europeos.

Esta es una de las respuestas del Gobierno de Estados Unidos al problema de la atención a la diversidad cultural, en la que hace referencia a la necesidad de acreditación cultural de los hospitales públicos que deseen recibir subvenciones federales. Si hasta ahora la acreditación aludía 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 1996).

Para un antropólogo europeo, que lea por encima esto, puede parecerle 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 niño 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 de que el catálogo de lenguas se amplía —sólo 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 que se produzca un cambio cultural en el modelo médico. Ni mucho menos: el médico recibe traducción telefónica o usa un vocabulario multilingüe para "traducir" los signos y reificar los síntomas, sin que ello suponga ninguna sensibilidad especial a favor de la diversidad cultural del paciente. Nos hallamos en un escenario administrativo, en el cual la narrativa del paciente y el modo cómo expresa su enfermedad, no tienen por 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 sólo no pone en peligro al modelo médico, sino que protege a los profesionales de las acciones judiciales debidas a malas prácticas derivadas 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 es 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 lo social en la práctica, pero que permite "añadirlo", sin más a la lista de ítems que deben registrarse en los protocolos clínicos. Kleinman 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 contribuir 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 menos reducible a variables discretas y que 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—, sino 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,<sup>33</sup> 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<sup>34</sup>, de un modo idéntico a cómo 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 por varias razones: porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso; porque desafía las 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 porque 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,<sup>35</sup> incluso en contextos como el catalán que deberían ser más sensibles a la variabilidad

---

33. 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.

34. Es lo que Menéndez (1990) llama transacciones, y que corresponde a los consensos de que hablara Gramsci.

35. Una comparación entre España y los Estados Unidos en torno a las problemáticas de la diversidad cultural está en Greenhouse (1998) y Greenwood & Greenhouse (1996).

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<sup>36</sup> y la *Ley General de Sanidad* de 1986. 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 diversidades 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 ni 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, a pesar de que el mayor interés del modelo 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 (1996) se sienten más cómodos—, y el acercamiento a las concepciones

---

36. Para el papel de lo cultural en la Constitución española de 1978 ver Prieto de Pedro (1992).

fluidas de la cultura en la línea de lo señalado desde los *colonial studies* (Appadurai 2001, Bahba 2002) o de la literatura sobre el *embodiment* (Csordas 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*. Ello es en la *agency* y en la *profesionalidad*, necesario para una concepción de *cultura* flexible y en constante construcción y deconstrucción, capaz de responder a la variabilidad y complejidad de las *identidades* en un universo esencialmente mestizo.<sup>37</sup> Un universo donde la producción de *etnoscaapes* 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 con 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 (2003) señala:

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*").

Se trata de la toma de conciencia de los médicos *a partir de* la novedad de la presencia de extranjeros en las consultas y derivar esa toma de conciencia, inicialmente identificatoria, hacia un modelo mucho más comprensivo del contexto cultural y de

---

37. La distinción entre identidad y identificación se la debemos a Ignasi Terradas. La idea de mestizaje está presente en Laplantine (1999), Laplantine & Nouss (1997) y Appadurai (2001).

la diversidad de todos sus pacientes. Aunque para muchos antropólogos esta propuesta estaría 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 que las nuevas concepciones de lo cultural exigen imperativamente deconstruir sus propias identidades y en algunos sentidos su propia racionalidad. Sobre todo teniendo en cuenta que sólo algunos de ellos han desarrollado una conciencia de la diversidad cultural.

## BIBLIOGRAFÍA

- ACKERKNECHT, Erwin H. (1967, 1986) *La médecine hospitalière a Paris (1794-1848)*, Paris: Payot.
- ALLUÉ, Marta (1996) *Perder la Piel*, Barcelona: Planeta Seix Barral.
- (1997) "Sobrevivir en la UCI", *Enfermería Intensiva*, núm.8, pp. 29-34.
- (1999) "La douleur en direct", *Anthropologie et Sociétés*, núm. 23, pp. 117-136.
- (2003) *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*, Barcelona: Bellaterra.
- (2003) "La competencia cultural de los médicos de Asistencia Primaria", Ponencia. *XV Congreso de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria*. Peñíscola. Mimeografiado.
- APPADURAI, Arjun (1996, 2001) *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris: Payot.
- BALLESTER, Rosa; LÓPEZ TERRADA, Maria L.; MARTÍNEZ VIDAL, Alvar (2002) "La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la Monarquía Hispánica (ss. XVI-XVIII)", *Dynamis*, Vol 22, Granada, Universidad de Granada.
- BERNARD, Claude (1865, 1984) *Introduction a l' étude de la médecine expérimentale*, Paris: Flammarion.
- BHABHA, Homi K. (1994, 2002) *El lugar de la cultura*, Buenos Aires: Manantial.
- BOIXAREU, Rosa, (ed) (2003) *De l'Antropologia filosòfica a l'Antropologia de la Salut*, Barcelona: Fundació Blanquerna.
- BUEITZINGSLOEWEN, Isabelle Von (1997) *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande 1730-1850*, Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- 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, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.

- CASTEL, Françoise; CASTEL, Robert; LOVELL, Anne (1979, 1980) *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*, Barcelona: Anagrama.
- CASTEL, Robert (1981) *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, París: Editions de Minuit.
- (1995) *Les Métamorphoses de la Question Sociale. Une Chronique du salariat*, París: Fayard.
- (2003) *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, París: Seuil.
- COMELLES, Josep M. (1991) "Psychiatric Care in relation to the development of the contemporary state: The case of Catalonia", *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm.15 (2), pp. 193-217.
- (1993) "La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria", *Revisiones en Salud Publica*, núm. 3, pp. 169-192.
- (1996) "Da superstizioni a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto médico", *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, núms.1-2, pp. 57-89.
- (1998) "Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine", in LAPLANTINE, François; LÉVY, Joseph; MARTIN, Jean B.; NOUSS, Alexis (comps) *Récit et connaissance*, Lyon: Presses Universitaires de Lyon, pp. 299-316.
- (2000) "The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective", *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 24, pp. 41-75.
- (2000) "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo", in PERDIGUERO, Enrique; COMELLES, Josep M. (ed) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona: Bellaterra.
- COMELLES, Josep M.; DONGEN, Els Van (2002) "Themes in Medical Anthropology", *AM. Rivista de la Società italiana di Antropologia Medica*, núms. 13-14. Perugia: Fondazione Angelo Celli Argo.
- CRONJE, Ruth; FULLAN, Amanda (2003) "Evidence-based medicine: toward a new definition of 'rational' medicine", *Health*, núm. 7 (3), pp. 353-369.
- CSORDAS, Thomas J. (ed) (1994) *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge: Cambridge University Press.
- DONGEN, Els van; COMELLES, Josep M. (eds) (2001) *Medical Anthropology and Anthropology*, Perugia: Fondazione Angelo Celli Argo.
- DONGEN, Els Van; COMELLES, Josep M. (eds) (2001) "Medical Anthropology and Anthropology", *AM. Rivista de la Società italiana di Antropologia Medica*, núms. 13-14, Perugia: Fondazione Angelo Celli Argo.
- DOPSON, Sue; LOCOCK, Louise; GABBAY, John et al (2003) "Evidence-based medicine and the implementation gap", *Health*, núm. 7 (3), pp. 311-330.

- EWALD, François (1986, 1996) *Histoire de l'Etat Providence. Les origines de la solidarité*, París: Le Livre de Poche.
- FLECK, Ludwig (1935, 1986) *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, Madrid: Alianza Editorial.
- FOUCAULT, Michel (1963, 1978) *Naissance de la clinique*, París: Presses Universitaires de France.
- (1979) "La Politique de la Santé au XVIIIème siècle", in FOUCAULT, Michel (ed) *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Bruselas: Atelier Pierre Madarga, pp. 7-18.
- FREIDSON, Eliot (1970, 1978) *La profesión médica*, Barcelona: Península.
- GARCÍA BALLESTER, Luis; MCVAUGH, Michael R.; RUBIO VELA, Agustín (1989) *Medical Licensing and Learning in Fourteenth-Century Valencia*, Philadelphia: American Philosophical Society.
- 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, Barcelona: Universitat de Barcelona.
- GREENHOUSE, Carol J. (ed) (1998) *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*, Albany: State University of New York Press.
- GREENWOOD, Davydd J.; GREENHOUSE, Carol J. (comps) (1998) *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*, Madrid: UNED.
- KYMLICKA, Will (1995, 1996) *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*, Barcelona: Paidós.
- LAPLANTINE, François; LÉVY, Joseph; MARTIN, Jean B.; NOUSS, Alexis (comps) (1998) *Récit et connaissance*, Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- LAPLANTINE, François (1999) *Je, nous et les autres. Etre humain au-delà des appartenances*, París: Le Pommier-Fayard.
- LARREA KILLINGER, Cristina (1994) *Los miasmas. Historia antropológica de un concepto médico*, Tesis de Doctorado. Barcelona, Universitat de Barcelona (Publicada en 1997 como *La cultura de los olores*, Quito: Abya-Alia).
- LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve (1979, 1995) *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*, Madrid: Alianza Editorial.
- LÓPEZ TERRADA, María L.; MARTÍNEZ VIDAL, Alvar (comps) (1996) "El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica 1593-1808", *Dynamis*, núm. 16, Granada, Universidad de Granada.
- LUPTON, Deborah (1995) *The Imperative of Health. Public Health and the regulated Body*, Londres: Sage Publications.

- MCVAUGH, Michael R. (1993) *Medicine before the Plague. Practitioners and their patients in the crown of Aragon*, Cambridge: Cambridge University Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1978) "El modelo médico y la salud de los trabajadores", in BASAGLIA, Franco et al., *La salud de los trabajadores*, México, D.F., Nueva Imagen, pp. 11-53.
- (1990) *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, D.F.: CIESAS.
- MIGUEL, Jesús de (1985) *La salud pública del futuro*, Barcelona: Ariel Sociología.
- MÓDENA, María Eugenia (1990) *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México, D.F.: La Casa Chata.
- OSORIO CARRANZA, Rosa M. (2001) *Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles*, México: INAH.
- 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 Medicina-East and West*, Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers.
- PALLARES, Angela (2003) *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*, Tesis de Doctorado, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- PERDIGUERO, Enrique (2002) "Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en el Alicante del siglo XVIII", *Dynamis*, núm. 22, pp. 121-150.
- PERDIGUERO, Enrique; BALLESTER, Rosa (2003) "Federico Rubio y el Folklore médico" in CARRILLO JL. (ed) *El Dr. Federico Rubio Galí: Medicina y Sociedad del siglo XIX*, El Puerto de Santa María: Ayuntamiento de El Puerto de Santa María.
- PERDIGUERO, Enrique; COMELLES, Josep M. (comps) (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona: Bellaterra.
- PESET, José L. (1993) *Las Heridas de la Ciencia*, Salamanca: Junta de Castilla y León.
- PETER, Jean-Pierre (1975-1976) "Le grand rêve de l'ordre médical, en 1770 et aujourd'hui", *Autrement*, núm. 4, pp. 183-192.
- POPE, Catherine (2003) "Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement", *Health*, núm. 7 (3), pp. 267-281.
- POUCHELLE, Marie-Christine (1995) "Transports hospitaliers, extra-vagances de l'âme", in LAUTMANN, F.; MAÏTRE, J. (comps) *Gestion religieuse de la Santé*, París: L'Harmattan.
- PRIETO DE PEDRO, Jesús (1992) *Cultura, Culturas y Constitución*, Madrid: Congreso de los diputados/Centro de estudios constitucionales.
- ROSEN, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*, México, D.F.: Siglo Veintiuno.

- ROTHMAN, David J. (1971) *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston: Little Brown.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M. (1987, 1998) "The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", in GEEST, Sjaak van der; RIENKS, Ari (eds) *The Art of Medical Anthropology. Readings*, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 347.
- SERAPIONI, Mauro (2003) *La participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud. Experiencias europeas*, Tesis de doctorado, Barcelona: Universitat de Barcelona.
- TELLECHEA IDIGORAS, Jose I. (1991) *Tapices de la memoria. Historia Clínica 279.952*, San Sebastián-Donosti: Kutxa.
- TRAYNOR, Michael (2003) "Understanding the Evidence-based Movements", *Health*, núm. 7 (3).
- (2003) "Introduction", *Health*, núm.7 (3), pp. 265-266.
- URIBE OYARBIDE, José M. (1996) *Educación y cuidado. El diálogo cultural en atención primaria*, Madrid: Ministerio de Cultura.
- VOGEL, Morris J. (1980) *The invention of modern hospital. Boston 1870-1930*, Chicago: University of Chicago Press.
- ZARZOSO, Alfonso (2001) "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII", *Dynamis*, núm. 21, pp. 141-159.