



## Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica

Medical Anthropology. A more or less autobiographical genealogy

Eduardo L. Menéndez

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México  
[emenendez1@yahoo.com.mx](mailto:emenendez1@yahoo.com.mx)

### 30 ANIVERSARIO DE LA GAZETA DE ANTROPOLOGÍA

NÚMERO COORDINADO POR FRANCISCO CHECA OLMOS Y CELESTE JIMÉNEZ DE MADARIAGA

#### RESUMEN

El artículo revisa la trayectoria de la Antropología Médica como disciplina, desde la perspectiva de la apropiación personal de las diferentes propuestas antropológicas para poder aplicarlas a los procesos específicos que interesa estudiar (salud/enfermedad/atención-prevención). Además de la selección autobiográfica, se realiza un recorrido por las aportaciones de diversos autores y concluye con el señalamiento de lo que se considera uno de los principales aportes de la Antropología Social (incluida la Antropología Médica), plantearse el estudio de lo obvio.

#### ABSTRACT

The present article reviews the history of medical anthropology as a discipline, from the perspective of personal appropriation of different anthropological proposals in order to apply them to specific study processes (health/disease/care-prevention). In addition to autobiographical selection, it surveys the works of various authors and concludes by stating what is considered to be one of the main contributions of social anthropology (including medical anthropology), to propose the study of the obvious.

#### PALABRAS CLAVE

antropología médica | teoría antropológica | metodología | relaciones sociales

#### KEYWORDS

medical anthropology | anthropological theory | methodology | social relations

La Antropología Médica se desarrolló sobre todo en los EE.UU., si bien los estudios sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención se venían gestando desde finales del siglo XIX, como disciplina específica se irá organizando durante la década de 1950 para emerger en los 60 como especialización caracterizada por un vertiginoso desarrollo, que en los 80 la convertirá en la especialidad que no sólo cuenta con más antropólogos activos, por lo menos en los EE.UU., sino que ha dado lugar a la producción de una masa creciente de trabajos etnográficos, así como a la gestación de algunos de los principales aportes teóricos de la Antropología Social actual.

La revisión de la trayectoria de una disciplina puede hacerse desde las historias más o menos oficiales de la misma, o desde la apropiación personal de las diferentes propuestas antropológicas -y también de otras disciplinas- para poder aplicarlos a los procesos específicos que nos interesan estudiar. Desde esta segunda perspectiva, mi acercamiento a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante proceso de s/e/a-p) se dieron a partir de una multiplicidad de influencias, de las cuales sólo señalaré algunas. Subrayando que mi selección no sólo es autobiográfica, sino que a través del recorrido que trazaré, pretendo recordar a algunos de los autores a través de los cuales aprendí a trabajar en esta disciplina, así como evidenciar que una parte sustantiva de los conceptos y enfoques que manejan actualmente no sólo la Antropología Médica, también ciertas orientaciones epidemiológicas, utilizan propuestas y perspectivas que fueron elaboradas hace ya bastante tiempo dentro del campo socioantropológico.

El primer aporte lo constituyen los trabajos de Durkheim, y especialmente su estudio sobre el suicidio

(1974), dado que los mismos son los que establecen varias de las líneas y de los conceptos que posibilitarán la constitución de nuestra disciplina. Considero que no sólo es el principal antecedente de lo que se denomina epidemiología sociocultural, no sólo es quien más tempranamente articula datos y técnicas cualitativas y estadísticas, sino que es uno de los fundadores del enfoque relacional aplicado al estudio de los procesos de s/e/a-p.

Más aún, Durkheim propone que los procesos de s/e/a no pueden reducirse al sujeto ni aún tratándose del suicidio, sino que dicho sujeto -y su padecimiento- debe ser referido a la red de relaciones sociales dentro de las cuales se enferma y soluciona o no su padecimiento. Nuestro autor propone que el sentido del acto suicida puede buscarse en el sujeto que se ha suicidado o intentado suicidarse, pero que en determinados suicidios el sentido del acto debe buscarse en el grupo y en la cultura a la que pertenece el suicida. Y será en el desarrollo de sus análisis del suicidio y de otros problemas, que Durkheim propondrá lo que hoy conocemos con los nombres de redes sociales o de grupos sostén.

Su obra ha sido redescubierta periódicamente, pero sobre todo lo fue durante la década de los años 50, cuando es apropiada por la Antropología Social y por la Psiquiatría Comunitaria británicas que justamente la aplicarán al estudio y también intervención sobre diversos padecimientos, y especialmente sobre los padecimientos mentales.

Como sabemos, las redes sociales y los grupos sostén han sido reconocidos e impulsados en las últimas décadas para reducir, paliar o solucionar problemas de muy diferente índole desde el alcoholismo hasta la diabetes mellitus pasando justamente por el suicidio. Es desde Durkheim que sabemos que las redes sociales y los grupos sostén pueden prevenir el suicidio, aunque por supuesto no todo suicidio. Recuerdo que algunas orientaciones actuales han considerado a las redes sociales casi como una panacea, desconociendo lo que ya proponía este autor, y es que las redes sociales pueden prevenir el suicidio, pero también pueden no sólo precipitarlo sino inducirlo. Las redes sociales suelen ser positivas, pero también pueden ser negativas, más aún pueden simultáneamente ser negativas y positivas, lo cual estamos redescubriendo actualmente a través de las redes del crimen organizado o de las redes de consumo de bebidas alcohólicas, pero que ya había sido elaborado empírica y teóricamente por nuestro autor.

Pero, además, lo que nos propone Durkheim -y más tarde toda una serie de autores- es que no puede haber sociedades no sólo sin relaciones sociales sino sin rituales sociales, y que la cuestión metodológica central es buscar los rituales donde ahora funcionan, y no donde sabemos o intuimos que han desaparecido. Y justamente el campo de la s/e/a-p es uno de los campos donde más rituales sociales se constituyen actualmente, como lo reconocieron Goffman y Gusfield a partir de la década de los 50.

Goffman (1961 y 1970), entre otras cosas, exploró la existencia de rituales sociales en los servicios de salud biomédicos, y especialmente en hospitales, demostrando cómo las técnicas y estrategias biomédicas así como las reglas y los criterios de funcionamiento institucionales, pueden convertirse en rituales sociales tanto para los pacientes como para el personal de salud. Mientras que Gusfield (1981) trabajó especialmente sobre los rituales que las sociedades desarrolladas actuales organizan en torno al consumo de alcohol. En uno de sus trabajos más brillantes describe las concepciones que la sociedad norteamericana ha desarrollado respecto de la relación consumo de alcohol/manejo de automotores, lo que dio lugar a la formulación de una serie de normas y de prácticas jurídicas y policiales que criminalizan ciertas formas de conducir, operando como un mecanismo de control social. Y recordemos que EE.UU. es actualmente el país, después de China, que tiene el número más alto de sujetos en prisión, y que la primera causa de encarcelamiento en los EE.UU. es por problemas relacionados con el consumo de alcohol.

También en las décadas de los 50 y 60 tres autores evidenciaron a través de sus investigaciones la importancia de las relaciones sociales para diferentes procesos de s/e/a-p. En primer lugar me refiero a Bateson (1991) quien propuso la hipótesis del doble vínculo y del mensaje contradictorio como causal de por lo menos una parte de las esquizofrenias. Sería básicamente el mensaje contradictorio gestado en la

relación padres/hijos la principal causa de la esquizofrenia de los hijos.

En los mismos años, Sudnow (1967) analizando hospitales para enfermos terminales y Antonovsky (1967) investigando la desnutrición en familias pobres, llegarán a conclusiones similares sobre la importancia decisiva de la clase social -incluidas las relaciones de clase- en la causalidad, desarrollo, atención y/o solución de padecimientos. El primero puso en evidencia el papel de la clase social en el tratamiento médico diferencial -tanto en términos técnicos como sociales- de los pacientes con enfermedades terminales, lo cual Sudnow demostró a través de comparar la atención médica en dos hospitales de los EE.UU., uno para indigentes y otro donde estaban internados exclusivamente sujetos de clase media y de clase alta. Dichas diferencias de clase operaban desde la recepción del paciente, el tipo de cuidado recibido, el tiempo de hospitalización, la muerte del enfermo hasta la comunicación de dicha muerte a los familiares del mismo.

Por su parte, Antonovsky desarrollará el concepto *coping* para subrayar la capacidad diferencial de enfrentamiento a problemas -por ejemplo respecto de la mortalidad infantil- que padecen sujetos que pertenecen a una misma clase social. Este autor partió del hecho empírico de que los pobres mueren más, y más tempranamente, que los miembros de los otros sectores sociales. Pero este autor también reconoció que hay pobres que mueren mucho menos que otros pobres, y por lo tanto trató de encontrar las causas de esa diferenciación. Y Antonovsky las encontró en el efecto *coping*, pero -y me interesa subrayarlo- mientras la mayoría de los que han utilizado ulteriormente este concepto lo refiere casi exclusivamente al individuo, Antonovsky pone en primer plano las redes sociales dentro de las cuales los sujetos encuentran -o no encuentran- los recursos de diferente tipo para superar el impacto de sus padecimientos, incluida la mortalidad temprana por ciertas enfermedades.

Ahora bien, lo señalado hasta ahora no niega, sino que asume que la mayoría de los aportes señalados son parte o continuidad de la masa de investigación antropológica generada por la antropología cultural norteamericana y por la etnología europea entre 1930 y 1950. Como sabemos, entre las décadas señaladas, la antropología cultural norteamericana impulsará una serie de discusiones teóricas y prácticas en torno a las relaciones que operan entre lo normal y lo patológico o entre lo cultural y lo biológico, subrayando a través de sus estudios etnográficos la gran plasticidad que caracteriza a los seres humanos, así como la extraordinaria diversidad de dicha plasticidad. Plasticidad y diversidad que no sólo son referidas a los sistemas de creencias sino especialmente a los cuerpos. Cuerpos, que para estos antropólogos no son nunca total ni prioritariamente biológicos, sino que justamente se caracterizan por una gran plasticidad social y cultural que estudian a través de muy diversos procesos que van desde el trabajo de parto hasta la sexualidad, pasando por la fatiga física. Mead (1957) realizó uno de sus mejores y menos consultados trabajos, justamente sobre la fatiga corporal en población de Indonesia -específicamente en Bali- para concluir que la fatiga física no puede entenderse si no es referida a un cuerpo biológico, pero que es conformado y utilizado social y culturalmente.

Como ya señalé, una parte de estos estudios estaban referidos a la sexualidad, constituyendo una de sus mejores expresiones la investigación que Devereux (1937) realizó sobre el homosexualismo entre los *mohaves* para evidenciar el nivel de institucionalización y de ritualización que la sexualidad -y en particular el homosexualismo- adquiere en determinadas sociedades. Posiblemente los mohaves hayan sido la sociedad que ha tenido el mayor porcentaje de población homosexual comparada con cualquier otra sociedad. Y por eso Devereux la eligió, describiendo los rituales institucionalizados que se construyen no sólo en torno a la boda entre homosexuales sino en torno a procesos como el parto, dado que el mohave que desempeña el rol de mujer, institucionalmente debe parir un hijo, un hijo que nace inevitablemente muerto. Es a través de éste y de otros textos que la homosexualidad aparece propuesta como un comportamiento "normal", por lo menos desde la década de 1930. Más aún, es a través de estos materiales etnográficos que los antropólogos repiensen las relaciones entre lo normal y lo patológico.

La Antropología Cultural norteamericana de este lapso se caracteriza, por lo tanto, por subrayar la plasticidad, la diferencia y la diversidad. Considero que varias de las principales ideas y propuestas sobre el cuerpo y la sexualidad que serán desarrolladas especialmente por las corrientes feministas, las

corrientes “gays” y los estudios de género a partir de los 60, fueron en gran medida elaboradas previamente por estos antropólogos.

Un último e importante aspecto que me interesa subrayar en esta corriente antropológica es que el énfasis en la plasticidad y en la diversidad, así como el peso dado a lo cultural respecto de lo biológico, no sólo tenían un objetivo académico, sino un fuerte objetivo ideológico. Desarrollaron un enfrentamiento académico y profesional contra el racismo establecido como política de estado en Alemania nazi a partir de 1933, lo cual -no debemos olvidar- fue apoyado por la mayoría de los académicos alemanes, y especialmente por los antropólogos. Más aún, las concepciones racistas saturaban -a través de concepciones eugenésicas- las políticas sociales de gran parte de los países europeos y de los EE.UU., así como su producción científica, por lo menos durante la primera mitad del siglo XX (Menéndez 2010).

En el caso de la producción europea, rescato para este periodo -dado el escaso espacio que tenemos- básicamente dos aportes, que tuvieron distinta influencia en mi forma de pensar y hacer Antropología médica, me refiero a los trabajos de Levi Strauss (1968) y de Ernesto de Martino (1975, 1981, 1999). El primero a través de su elaboración de la eficacia simbólica que aplica tanto al shamanismo como al psicoanálisis, pero que posteriormente fue referido por diversos autores a las prácticas y representaciones sociales generadas por la biomedicina. Como sabemos, una parte de los aportes más sustantivos de los trabajos antropológicos que incluyen la eficacia simbólica se realizaron respecto de su papel en la cura o por lo menos prolongación de la vida como, por ejemplo, podemos observar en la investigación sobre cáncer y cultura desarrollada por Saillant (1988). Según su estudio, la biomedicina aparece como el principal factor de la reducción de la mortalidad por cáncer terminal en un país como Canadá, pero donde la percepción de la eficacia biomédica no está colocada sólo en las técnicas médicas existentes, sino en las posibilidades que la biomedicina tiene de crear en el futuro técnicas de curación cada vez más eficaces. Es decir, estas posibilidades futuras -pero de un futuro casi inmediato- constituyen parte de los imaginarios sociales que tanto médicos como sobre todo pacientes tienen respecto de lo que puede llegar a lograr el saber biomédico. Y es este principio esperanza -como diría Fisher- el que estaría operando en la prolongación de la vida de sujetos con cánceres terminales.

Diferentes corrientes -y en particular las británicas- habían descrito y analizado las sociedades en términos de relaciones sociales, distinguiendo la existencia de diferentes tipos de relaciones caracterizados por la competencia, la colaboración, la asimetría y/o la reciprocidad. Estos tipos de relaciones eran analizados a través de distintos procesos económicos, políticos y sociales, incluyendo los procesos de s/e/a-p. Pero será la antropología italiana la que incluya un tipo de relación no considerada hasta entonces en los estudios antropológicos de los procesos de s/e/a-p, y me refiero a las relaciones de hegemonía/subalternidad que habían sido elaboradas en términos teóricos y sobre todo sociopolíticos por Gramsci, y que fue aplicada al estudio de los fenómenos simbólicos, y especialmente al de ciertos procesos de salud/enfermedad/atención-prevención por Ernesto de Martino.

Este autor focalizó sus estudios en las zonas más pobres y marginadas de Italia, y en particular en las clases bajas rurales y urbanas del sur italiano. Y las estudió sobre todo a partir de diferentes procesos de s/e/a-p desde el mal de ojo, pasando por el tarantulismo hasta los usos “médicos” del catolicismo popular. Y de Martino desarrolló etnográfica y teóricamente uno de los aportes fundamentales de Gramsci: reconocer que los sectores dominantes tratan de hegemonizar a las clases subalternas a partir de los saberes de las mismas; ya sea negándolos o si no -y esto me interesa subrayarlo- apropiándose los para poder modificarlos. El mayor éxito de la hegemonía es que los grupos sociales subalternos utilicen los saberes de los sectores dominantes como si fueran saberes propios; es decir, convirtiéndolos en parte de su sentido común, pero a partir de sus propias representaciones y prácticas sociales. Pero además, Gramsci propuso que a partir de los saberes propios -inclusive modificados por los saberes hegemónicos- las clases subalternas pueden generar no sólo propuestas de resistencia sino contrahegemónicas, en particular a nivel de los aspectos más sencillos y reiterados de la vida cotidiana. Y justamente los procesos de s/e/a-p se caracterizan por ser parte central y constante de la vida cotidiana.

Ahora bien, la Antropología Social -como gran parte de las ciencias “duras” y “no duras”- iban a sufrir un

fuerte impacto al concluir la denominada segunda guerra mundial, ya que especialmente durante los 50 el mundo en general y los antropólogos en particular descubren que existen países desarrollados y países subdesarrollados. Y que una de las principales características diferenciales entre estos países se da en términos de procesos de s/e/a-p; de tal manera que se “descubre” que los países subdesarrollados son los que tienen las más altas tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil, de mortalidad materna, así como los mayores niveles de desnutrición y las menores esperanzas de vida.

Pero da la casualidad que los antropólogos y etnólogos eran los profesionales que se habían especializado en el estudio de, por lo menos, determinados grupos de las sociedades subdesarrolladas, y que salvo excepción no habían asumido estas crueles diferencias. Yo recuerdo el impacto que, todavía siendo estudiante, -y estoy hablando de finales de la década de 1950- me causó un trabajo que señalaba que un antropólogo que está estudiando a los *bororó* en Brasil o a los *tzotziles* en México no tiene noción existencial ni teórica de que su esperanza de vida duplica la de los sujetos que está entrevistando u observando. Lo lamentable es que, con modificaciones, la situación diferencial de nuestros grupos indígenas sigue persistiendo: en México estos grupos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad en todos los grupos etarios y la menor esperanza de vida comparados con cualquier otro grupo social incluidos los marginales y pobres urbanos.

Este será el lapso en que junto con el subdesarrollo se comience también a hablar de situación colonial, de violencia estructural, y de la necesidad de revisar la orientación teórica e ideológica de los estudios de Antropología Aplicada, conceptos y situaciones que fueron referidos al estudio de los procesos de s/e/a-p, y de los cuales sólo citaré dos, los trabajos de Fanon (1962 y 1968) sobre la situación argelina bajo la dominación francesa, y el de Batalla (2006) sobre desnutrición en Yucatán, subrayando que gran parte de sus análisis focalizan procesos de s/e/a-p a través de los cuales evidencian la situación colonial y la violencia estructural, el primero en el campo de la salud mental, mientras el segundo en términos del hambre dominante en la región henequenera de Yucatán.

A partir de problemáticas como las enumeradas y de diferentes corrientes teóricas, es que en la década de los 60 se constituirá en los EE.UU. la Antropología Médica como especialidad, generándose, como ya señalé, una constante expansión de este campo de estudios hasta la actualidad. Este proceso, por supuesto que con diferencias, se dará también en muy diversos países constituyendo claros ejemplos de ello la importancia creciente que esta disciplina tiene en países como Brasil, España, Italia o México.

Este notable desarrollo dio lugar a una gran diversidad temática y problemática, así como a una creciente producción etnográfica y teórica, que si bien posibilitaron el surgimiento de diferencias y discrepancias, a veces muy fuertes como en el caso de las denominadas Antropología Médica Crítica y Antropología Médica Clínica, no cabe duda que dieron lugar al desarrollo de concepciones y propuestas que van más allá de cada escuela y problemas específicos, y de las cuales sólo voy a recordar dos de las más inclusivas y vigentes.

Y así, por ejemplo, observamos que los diferentes aportes antropológicos convalidan reiteradamente que los procesos de s/e/a-p constituyen una de las áreas de la vida colectiva donde las sociedades y sujetos han constituido y usado más representaciones, prácticas, relaciones, rituales, significaciones, tanto nivel de los curadores, de los diversos conjuntos sociales como de los sujetos. Más aun, las investigaciones antropológicas han demostrado que la producción y uso de representaciones y prácticas sociales por los legos respecto de sus padecimientos es prácticamente inevitable, dado que tiene que ver con la necesidad de los grupos y sujetos no sólo de explicar y entender lo que les pasa, sino de desarrollar acciones que solucionen aunque sea imaginariamente los problemas de salud que reconocen como tales. Y si bien, gran parte de los saberes populares aparecen cada vez más medicalizados -por lo menos entre nosotros-, ello no niega el proceso de apropiación de los saberes biomédicos por parte de los sectores subalternos a través de la resignificación aplicada a los mismos (Menéndez 2009).

Posiblemente, uno de los aportes más interesantes de las diferentes escuelas antropológicas ha sido la descripción e interpretación de las múltiples funciones que cumplen las organizaciones encargadas institucionalmente de atender los padecimientos, y especialmente de las funciones que cumple la

biomedicina dentro de las sociedades actuales. En última instancia mi propuesta sobre las funciones de lo que denomino Modelo Médico Hegemónico, si bien se basa en mis propios estudios empíricos, recupera las propuestas teóricas de muy diferentes orientaciones que van desde perspectivas fenomenológicas hasta el marxismo gramsciano pasando por las propuestas del interaccionismo simbólico y de la primera escuela crítica de Frankfurt. Considero que una de las tareas prioritarias de nuestra disciplina es la de intentar articular no sólo la extraordinaria masa de datos producida, sino especialmente articular las propuestas interpretativas de las diferentes tendencias -aún las más antagónicas- para dar respuesta a los problemas planteados.

Un segundo aspecto que observamos, es que no sólo la biomedicina, sino prácticamente la totalidad de las otras formas de atención focalizan y trabajan sobre la enfermedad y muy poco sobre la salud. Al señalar esto no ignoro que la biomedicina habla cada vez más de producir salud, y que toda una serie de saberes alternativos dicen que trabajan para producir salud a través de técnicas de sanación o de concurrencias a hoteles spa, así como que una parte de los científicos sociales hablan de salud positiva (Antonovsky 1993), pero lo cierto es que sus trabajos teóricos y aplicados -salvo excepciones- siguen focalizando los padecimientos y no la salud. Más aún, muchas de las ofertas de salud son ofertas para reducir los efectos -por ejemplo- del envejecimiento considerado cada vez más como enfermedad, y que frecuentemente trabajan sobre la apariencia del sujeto mediante técnicas quirúrgicas o fármacos antiarrugas que se articulan con concepciones ideológicas y sociales que identifican la salud con la juventud.

Ahora bien, pese a hablar de producir o de promover salud, no sólo la Biomedicina, sino la Salud Pública, la Psicología Clínica o las Ciencias Antropológicas y Sociales siguen trabajando básicamente sobre la enfermedad, por lo cual yo sigo hablando de Antropología Médica, y no de Antropología de la Salud como algunos compañeros han propuesto.

Podría seguir enumerando toda una serie de problemáticas más o menos comunes al conjunto de la producción antropológica, pero voy a concluir con algunos comentarios más o menos metodológicos. Es obvio que hasta ahora sólo presenté una serie de características rescatables de la Antropología Médica, dado que sobre todo me interesa evidenciar sus aportes etnográficos, teóricos, y también aplicados, y ello porque frecuentemente -por ejemplo- se ha dicho, que los trabajos antropológicos no solo no generan propuestas prácticas, sino que son pensados en términos de producir exclusivamente conocimiento académico.

Estos cuestionamientos pueden ser respondidos con una antigua afirmación de uno los más importantes antropólogos contemporáneos, ya que Nadel (1955) analizando la diferenciación entre conocimiento teórico y aplicado consideró -y estoy de acuerdo con él- que todo conocimiento por más teórico que sea tiende a ser usado, y que la cuestión no está realmente en la aplicación o no del saber, sino sobre todo en observar quién lo usa y para qué lo usa.

Pero además, pueden ser respondidos enumerando la variedad de propuestas aplicadas que han sido generadas e impulsadas por los estudios antropológicos y de las cuales he señalado algunas en este texto. Pero subrayando que muchas de esas propuestas se caracterizan porque suelen entrar fuertemente en contradicción con la razón biomédica y/o con la razón de estado. Y así, por ejemplo, las propuestas respecto de que dado el incremento y consecuencias de la automedicación en la actualidad, lo que debería hacerse es enseñar a la gente a automedicarse bien en lugar de cuestionarla y hasta perseguirla, entra en confrontación con las concepciones no sólo clínicas sino epidemiológicas de la biomedicina (Menéndez 2009).

Como señalé al principio, por lo menos una parte del trabajo antropológico es autobiográfico; yo tardé varios años en darme cuenta que el primer estudio más o menos serio que realicé, y me refiero a un trabajo sobre la migración de población italiana y española a una comunidad mediana de la provincia de Entre Ríos (Argentina), tenía que ver no sólo con la problemática teórica y etnográfica de las migraciones, sino conmigo como un sujeto hijo y nieto de migrantes españoles e italianos que se radicaron en Argentina entre 1910 y 1920.

Y es a partir de este último señalamiento que considero que uno de los principales aportes de la Antropología Social -incluida a Antropología Médica- ha sido plantearse el estudio de lo obvio, de lo que está tan cerca que no lo vemos, de externar nuestra interioridad para poder observarla desde dentro y desde afuera, y en consecuencia hacer surgir las obviedades que vemos pero que no observamos. Lo cual, en la medida que los antropólogos estudiamos cada vez más nuestras propias sociedades, se convierte en una regla metodológica fundamental para que nuestros trabajos no se conviertan en profecías autocumplidas, y para que sigamos descubriendo en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención aspectos que las otras disciplinas no “ven”.

---

## Bibliografía

Antonovsky, Aaron

1967 “Social class, life expectancy and overall mortality”, *The Milbank Mem. Fund. Quart.*, vol. 45, n° 2: 31-73.

1993 “The structure and properties of the sense of coherence scale” *Social Science & Medicine* vol. 36 (6): 725-733.

Bateson, Gregory

1991 *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Planeta.

Bonfil Batalla, Guillermo

2006 *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de Antropología Aplicada*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (1ª edición 1962. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México).

De Martino, Ernesto

1975 *Mondo popolare e magia in Lucania*. Roma-Matera, Basilicata Editrice.

1981 *Sud e magia*. Milano, Giangiacomo Feltrinelli.

1999 *La tierra del remordimiento*. Bellaterra, Barcelona.

Devereux, George

1937 “Institutionalized homosexuality on the Mohave Indians”, *Human Biology* 9: 498-527.

Durkheim, Emile

1974 *El suicidio*. Universidad Nacional Autónoma de México/UNAM, México (original 1897).

Fanon, Frantz

1962 *Los condenados de la tierra*. México, Fondo de Cultura Económica.

1968 *Sociología de la revolución*. México, Editorial ERA.

Goffman, Erving

1961 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.

1970 *Ritual de la interacción social*. Buenos Aires, Edit. Tiempo Contemporáneo.

Gusfield, Joseph

1981 *The culture of public problems: drinking driving and the symbolic order*. Chicago, Univ. of Chicago Press.

Levi-Strauss, Claude

1968 *Antropología Estructural*. Buenos Aires, EUDEBA.

Mead, Margared

1957 "Investigación sobre los niños primitivos", en Leonard Carmichael (dir.), *Manual de psicología infantil*. Buenos Aires, El Ateneo: 826-875.

Menéndez, Eduardo L.

2009 *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

2010 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Rosario, Prohistoria Ediciones, 2ª edición (1ª edición 2002. Barcelona, Bellaterra).

Nadel, Sigfried

1955 *Fundamentos de Antropología Social*. México, Fondo de Cultura Económica.

Saillant, Francine

1988 *Cancer et culture: produire le sens de la maladie*. Montreal, Editions Saint Martin.

Sudnow, David

1971 *La organización social de la muerte*. Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo.