

Antropología médica

Prácticas, narrativas y resistencias

Serie: Medicina, nº 85

Antropología médica : prácticas, narrativas y resistencias

Hernández Garre, José Manuel – Maya Sánchez, Baldomero de. – Valladolid: Universidad de Valladolid, 2026

240 p. ; 24 cm (Medicina; 85)

ISBN : 978-84-1320-405-5

1. Antropología médica. I. Universidad de Valladolid, ed. II. Serie

572:61

61: 572

José Manuel Hernández Garre
Baldomero de Maya Sánchez

Antropología médica

Prácticas, narrativas y resistencias



EDICIONES
Universidad
Valladolid

En conformidad con la política editorial de Ediciones Universidad de Valladolid (<http://www.publicaciones.uva.es/>), este libro ha superado una evaluación por pares de doble ciego realizada por revisores externos a la Universidad de Valladolid.

© LOS AUTORES. Valladolid, 2026

© EDICIONES UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Preimpresión: Ediciones Universidad de Valladolid

ISBN 978-84-1320-405-5

Diseño de cubierta e imágenes: generadas por los autores con inteligencia artificial.

Depósito Legal:

Imprime:

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

«Toda dolencia narra algo más que un mal:
es la gramática invisible con la que una cultura ha-
bla de sí misma».

De los autores

ÍNDICE

PRÓLOGO

<i>José Manuel Hernández Garre</i>	15
--	----

I PARTE

FUNDAMENTOS

CAPÍTULO 1. ¿Qué es la antropología médica?

José Manuel Hernández Garre y Baldomero de Maya Sánchez

- Introducción	23
- Genealogía del campo: orígenes y consolidación	24
- Nociones y contribuciones canónicas	26
- Enfoques analíticos actuales	30
- Tensiones y debates internos	33
- Hacia una definición operativa	37
- Recapitulando	38

CAPÍTULO 2. Dimensiones de la enfermedad y paradigmas en antropología médica

Baldomero de Maya Sánchez y José Manuel Hernández Garre

- Introducción	43
- Las tres dimensiones clásicas de la enfermedad: <i>disease, illness, sickness</i>	43
- Paradigmas en antropología de la salud	48
- Intersecciones y tensiones entre paradigmas	49
- Aportes contemporáneos: hacia un pluralismo paradigmático	50
- Horizontes de síntesis y apertura	51

II PARTE

PLURALISMO ASISTENCIAL

CAPÍTULO 3. Delimitación de conceptos

Baldomero de Maya Sánchez y José Manuel Hernández Garre

- Introducción	57
- Pluralismo médico vs. pluralismo asistencial	57
- Medicina popular/tradicional vs. sistemas médicos académicos	58
- Medicina alternativa vs. Medicina complementaria	59
- Uso de la medicina tradicional y complementaria en el mundo	61
- Formas de atención	62
- Definición operativa del pluralismo asistencial	63
- Síntesis conceptual	64

CAPÍTULO 4. Medicina Popular versus Sistema Médicos Académicos

José Manuel Hernández Garre y Balamero de Maya Sánchez

- Introducción	79
- Medicina popular o tradicional	70
- Sistemas médicos académicos tradicionales	71
- Sistemas médicos académicos no tradicionales: Biomedicina y sistemas alternativos	75
- Intersecciones y mestizaje terapéutico	78
- Perspectivas críticas y contemporáneas	80
- Hacia una articulación conceptual	81

CAPÍTULO 5. Tradiciones de estudio del pluralismo asistencial.

Balamero de Maya Sánchez y José Manuel Hernández Garre

- Introducción	85
- Los orígenes en la sociología médica y modelos de uso sanitario	86
- La tradición americana/anglosajona	87
- Tradición francófona/europea	88
- Tradición hispanohablante / Latinoamericana	89
- Temas transversales en las tradiciones	91
- Nuevas tendencias y perspectivas emergentes	93
- Integración analítica y proyección metodológica	94

III PARTE

BIOMEDICINA

CAPÍTULO 6. Constitución histórica de la biomedicina

José Manuel Hernández Garre y Balamero de Maya Sánchez

- Introducción	101
- Movimientos precursores de la medicina moderna	102
- El siglo XIX: nacimiento de la medicina científica moderna	103
- El siglo XX: consolidación del modelo biomédico	105
- El siglo XXI: nuevas fronteras de la biomedicina	106
- Hacia una historia crítica de la biomedicina	108

CAPÍTULO 7. El concepto de Modelo Médico Hegemónico

Balamero de Maya Sánchez y José Manuel Hernández Garre

- Introducción	111
- Definición y características centrales del Modelo Médico Hegemónico	111
- Dimensiones estructurales y funcionales del MMH	113
- El MMH y el pluralismo asistencial	114
- Ejemplos contemporáneos y manifestaciones del MMH	115

CAPÍTULO 8. Medicalización, poder y cuerpo:

perspectivas críticas sobre la biomedicina contemporánea

José Manuel Hernández Garre y Balamero de Maya Sánchez

- Introducción	119
- La medicalización como proceso social y clínico	120

- Dimensiones institucionales y profesionales de la medicalización.....	121
- Perspectivas críticas y debates éticos sobre la medicalización.....	122
- El cuerpo como campo simbólico y social.....	123
- El cuerpo como construcción social y médica.....	124
- Corporalidad, medicalización y poder: una mirada integradora.....	126

IV PARTE

HORIZONTES, RETOS Y TEMAS EMERGENTES EN LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA DEL SIGLO XXI

CAPÍTULO 9. Perspectivas *Illness* y *Sickness*

José Manuel Hernández Garre y Baldomero de Maya Sánchez

- Introducción.....	133
- La perspectiva <i>Illness</i>	134
- La perspectiva <i>Sickness</i>	135
- La confrontación teórica: antropología clínica vs. antropología crítica.....	137
- El eclecticismo contemporáneo.....	138
- Síntesis y relevancia para la antropología médica contemporánea.....	140

CAPÍTULO 10. Biopolítica, Biotecnología y Posthumanismo

José Manuel Hernández Garre y Baldomero de Maya Sánchez

- Introducción.....	145
- Biopolítica y biopoder.....	146
- Biotecnología: usos humanistas e inhumanistas.....	147
- Posthumanismo y transhumanismo.....	148
- Tres vías de la metamorfosis posthumanista.....	149
- Debates éticos y antropológicos.....	151

CAPÍTULO 11. Globalización de la salud

Baldomero de Maya Sánchez y José Manuel Hernández Garre

- Introducción.....	155
- Salud internacional vs. salud global.....	156
- Pandemias y movilidad global.....	157
- Transnacionalización de saberes médicos y biotecnologías.....	158
- Organizaciones y actores en la salud global.....	159
- Desigualdades globales y paisajes de la salud.....	160
- Compromiso ético y metodológico en antropología de la salud global.....	161
- Síntesis: globalización, poder y salud.....	162

CAPÍTULO 12. Medio ambiente, ecología y salud

Baldomero de Maya Sánchez y José Manuel Hernández Garre

- Introducción.....	165
- Antropoceno, cambio climático y salud planetaria.....	165
- Ecología política de la salud.....	167
- Eco-antropología médica y nuevas epistemologías.....	168
- Justicia ambiental y salud.....	169

- Síntesis: hacia una antropología médica eco-crítica.....	169
CAPÍTULO 13. Salud, género y feminismos	
<i>José Manuel Hernández Garre y Balamero de Maya Sánchez</i>	
- Introducción.....	173
- Antropología de género y salud: aportaciones, debates y límites.....	173
- Cuerpo femenino y medicalización.....	175
- Antropología del parto y culturas del nacimiento	176
- Culturas de la crianza y etnopediatría.....	177
- Feminismos y salud.....	179
- Síntesis: género, salud y poder.....	180
CAPÍTULO 14. Psicologización de la vida y psiquiatrización de la conducta	
<i>José Manuel Hernández Garre y Balamero de Maya Sánchez</i>	
- Introducción.....	183
- Culturas del enfermo mental.....	184
- Psiquiatría modernista, postmodernista y pos-postmodernista.....	185
- El DSM y la expansión de las categorías diagnósticas	187
- Psicofármacos y patologización de la vida cotidiana.....	188
- Psicologización de la vida y cultura del bienestar	189
- Críticas antropológicas y etnográficas	190
- Síntesis: gobernar la vida a través de la mente	191
CAPÍTULO 15. Ancianidad, edadismo y políticas del envejecimiento	
<i>Balamero de Maya Sánchez y José Manuel Hernández Garre</i>	
- Introducción: la vejez como cuestión antropológica.....	195
- Representaciones sociales y culturales de la vejez.....	196
- Etnografías clásicas y contemporáneas sobre la ancianidad.....	199
- Biopolítica del envejecimiento y gubernamentalidad de los cuerpos mayores.....	201
- Envejecimiento, desigualdad y cuidados.....	203
- Edadismo: discriminación y desposesión simbólica.....	205
- Pandemia, aislamiento y visibilidad del edadismo.....	207
- Tecnologías, longevidad y biotecnopolítica del envejecimiento.....	208
- Subjetividades y agencia.....	210
- Síntesis: vivir, envejecer, resistir.....	211
EPÍLOGO. <i>Balamero de Maya Sánchez</i>	215
BIBLIOGRAFÍA.....	219

A detailed still life composition featuring a variety of antique tools and weapons. At the top, a large, ornate hammer with a silver head and a dark handle lies horizontally. Below it, a long, slender dagger with a wooden handle and a silver pommel is positioned diagonally. To the left, a large, curved knife or short sword with a wooden handle and a silver pommel is visible. In the center, a small, round, silver object with a star-like design is placed. To the right, a long, thin, curved blade, possibly a scimitar or a long knife, is shown. In the foreground, a large, curved blade, likely a sword or a long knife, is prominent. A small, round, red object, possibly a fruit or a piece of wood, is placed near the center. A string of red and black beads is draped across the middle. The background is a detailed, aged map with various geographical features and text. The overall scene is rich in detail and historical atmosphere.

PRÓLOGO

El tema de la salud y la enfermedad ha dejado de ser un asunto exclusivamente circunscrito a los dominios biomédicos o a los discursos técnicos de los expertos, para convertirse en una cuestión que permea todos los niveles de la vida social. La emergencia de nuevas patologías, la proliferación de discursos sobre la calidad de vida y la creciente medicalización de los ámbitos más íntimos de la existencia han situado el fenómeno salud-enfermedad en el centro del debate público, político y académico. No es casual que, tras las convulsiones globales derivadas de epidemias recientes y de los procesos de globalización sanitaria, la sociedad contemple la salud ya no solo como una necesidad individual, sino como un bien común atravesado por relaciones de poder, desigualdad y cultura. En este sentido, la salud se ha convertido en un campo de disputa simbólica y material donde confluyen actores múltiples: Estados, instituciones internacionales, corporaciones biomédicas, colectivos de pacientes, movimientos sociales y tradiciones médicas no hegemónicas.

Si bien este protagonismo se percibe con nitidez en las sociedades occidentales industrializadas, lo cierto es que no se trata de un fenómeno restringido a ellas. En otras latitudes del globo, en contextos rurales, urbanos y poscoloniales, la cuestión de la salud también ocupa un lugar central en la configuración de la vida cotidiana. La creciente interconexión planetaria y el entrelazamiento de tradiciones culturales han visibilizado formas de padecimiento y de cuidado que, por mucho tiempo, quedaron relegadas a la categoría de «exóticas» o «alternativas». Hoy, en cambio, los discursos que emanan de cosmovisiones indígenas, de sistemas médicos tradicionales o de prácticas híbridas comienzan a ser objeto de atención y reconocimiento, aunque no exentos de tensiones con el aparato biomédico hegemónico.

Este panorama no se entiende sin considerar el proceso de multiculturalidad que caracteriza al mundo contemporáneo. La movilidad humana, la diáspora y la circulación global de saberes han configurado un escenario en el que las culturas de la salud se entrecruzan constantemente. En las grandes ciudades del norte global, así como en espacios rurales del sur, conviven sistemas médicos distintos que generan tanto oportunidades de enriquecimiento mutuo como desafíos de

traducción cultural. La integración de diversas prácticas curativas puede ampliar horizontes de comprensión sobre el padecimiento humano, pero, al mismo tiempo, confronta con las dificultades de respetar lógicas distintas sin reducirlas a los marcos epistémicos de la biomedicina. Aquí emerge uno de los grandes dilemas: ¿cómo establecer un diálogo real entre sistemas médicos con cosmovisiones radicalmente distintas, sin subsumir unos bajo la hegemonía de otros? La antropología médica se presenta como un terreno fértil para explorar estas tensiones y proponer marcos interpretativos que reconozcan la pluralidad sin anularla.

En este contexto multicultural, cada vez se hace más evidente que los fenómenos de salud y enfermedad no pueden entenderse como hechos meramente naturales o biológicos, sino como realidades construidas en el entramado de cosmovisiones culturales. Lo que en un contexto puede ser leído como enfermedad, en otro se interpreta como experiencia espiritual, desequilibrio energético o incluso como don. De ahí que la antropología insista en que tanto los padecimientos como las formas de sanación son productos culturales, mediados por lenguajes, símbolos y normas colectivas. La biomedicina, con su pretensión universalizante, ha tendido a naturalizar sus categorías, invisibilizando su propio carácter cultural e histórico. Sin embargo, un análisis comparativo revela cómo incluso en su interior operan concepciones que responden a paradigmas específicos de la modernidad occidental: la idea de cuerpo-máquina, la escisión cartesiana entre mente y cuerpo, el énfasis en lo visible y mensurable, y la confianza en la tecnología como garante de objetividad. Frente a ello, la antropología médica recuerda que todo sistema médico es, ante todo, una expresión cultural situada.

Esta conciencia cobra relevancia en un escenario global marcado por paradojas en el campo de la salud. Por un lado, los avances biomédicos y tecnológicos han permitido la erradicación de enfermedades, la prolongación de la esperanza de vida y el desarrollo de terapias impensables hace apenas unas décadas. Por otro, la distribución de esos logros es profundamente desigual: la prevalencia de enfermedades prevenibles en contextos empobrecidos, la segmentación del acceso a tratamientos según clase social, género o etnicidad, y la persistencia de brechas Norte-Sur revelan que la salud continúa siendo un terreno de inequidad estructural. A ello se suman fenómenos contemporáneos que complejizan aún más la situación: la medicalización de la vida cotidiana, la biopolítica ejercida a través del control poblacional y de los cuerpos, la psiquiatrización de conductas sociales, y la globalización de riesgos sanitarios, ejemplificada en los brotes epidémicos de alcance planetario. Cada uno de estos procesos requiere de un análisis que trascienda lo clínico y que incorpore dimensiones históricas, políticas, económicas y culturales.

Así, la medicalización constituye un fenómeno paradigmático: lo que en principio aparece como un progreso científico —la capacidad de intervenir en procesos corporales cada vez más íntimos— se convierte, al mismo tiempo, en un mecanismo de normalización y control. La extensión de diagnósticos a ámbitos de la vida cotidiana, la conversión de estados de ánimo en trastornos, y la tendencia a etiquetar conductas infantiles o juveniles como patológicas son ejemplos de cómo el poder médico se entreteje con las dinámicas de disciplinamiento social. En paralelo, la biopolítica revela cómo los Estados y organismos internacionales gestionan poblaciones a través de la salud, regulando nacimientos, promoviendo campañas de vacunación masiva, o imponiendo protocolos frente a epidemias, en un juego donde se conjugan la protección de la vida y el ejercicio del control.

La psiquiatrización de la vida, por su parte, muestra otra cara de estas paradojas: la creciente tendencia a medicalizar el malestar social bajo etiquetas psicopatológicas. En lugar de atender las raíces estructurales de la precariedad, la desigualdad o la violencia, se individualizan sus consecuencias en diagnósticos clínicos, reforzando la idea de que el problema reside en el individuo y no en el sistema social. La globalización de la salud, finalmente, ilustra cómo en un mundo interconectado las enfermedades viajan con la misma velocidad que las mercancías o los capitales, obligando a pensar la salud desde un horizonte transnacional. Epidemias recientes han puesto en evidencia no solo la fragilidad de los sistemas sanitarios, sino también las asimetrías en la capacidad de respuesta, el acceso a vacunas y tratamientos, y la gestión política del riesgo.

Frente a este escenario, se impone la necesidad de un abordaje multidisciplinar. La biomedicina, con todo su potencial técnico, no puede dar respuesta por sí sola a los complejos desafíos que plantean estos fenómenos. Se requiere de la colaboración de disciplinas como la sociología, la historia, la filosofía y, de manera especial, la antropología, cuya mirada desnaturalizadora permite situar la salud y la enfermedad en el marco de contextos culturales y relaciones de poder. La antropología no solo aporta descripciones etnográficas de prácticas médicas diversas, sino que ofrece claves para comprender cómo se construyen los significados de enfermedad, cómo operan los sistemas de atención, y cómo se producen desigualdades en el acceso a la salud.

Es en este punto donde la pertinencia de textos como el presente se hace evidente. Ante un mundo en el que la salud se ha convertido en objeto de disputas globales, resulta imprescindible contar con reflexiones que, desde la antropología médica, cuestionen las pretensiones universalistas de la biomedicina, visibilicen la diversidad cultural de las prácticas de cuidado, y pongan en evidencia las paradojas contemporáneas en torno al cuerpo, la enfermedad y la vida. Este libro

se inscribe en esa tarea: ofrecer una mirada crítica, genealógica y comparativa sobre los sistemas médicos, mostrando cómo se configuran en relación con cosmovisiones, estructuras sociales e intereses políticos.

En definitiva, lo que aquí se propone no es un compendio técnico ni un manual de salud pública, sino una invitación a pensar la salud y la enfermedad como fenómenos profundamente humanos, tejidos en la trama de culturas, instituciones y poderes. A lo largo de sus páginas, el lector encontrará un recorrido que va de las narrativas clásicas de la antropología médica a las perspectivas contemporáneas, explorando los fundamentos, el pluralismo asistencial, la constitución histórica de la biomedicina y las líneas actuales de investigación. Se trata, pues, de un esfuerzo por tender puentes entre lo micro y lo macro, entre las experiencias singulares de los sujetos y los marcos estructurales que las condicionan, en sintonía con aquella «imaginación sociológica» que Wright Mills reivindicaba¹.

La pertinencia de este texto radica, por tanto, en su capacidad de situar al lector frente a los desafíos contemporáneos de la salud global, ofreciendo herramientas conceptuales y reflexivas para comprenderlos desde una perspectiva crítica y plural. En tiempos de incertidumbre, medicalización y desigualdad, la antropología médica se presenta no solo como una disciplina académica, sino como una lente imprescindible para interpretar el presente y pensar alternativas futuras.

José Manuel Hernández Garre

Universidad Católica de Murcia

¹ Mills, C. Wright (1959). *The sociological imagination*. Oxford University Press.

I PARTE
FUNDAMENTOS

CAPÍTULO 1
¿QUÉ ES LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA?

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE
BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

Preguntarse por la definición de la antropología médica supone abrir un campo de tensiones epistemológicas que trascienden la mera delimitación conceptual. En rigor, toda tentativa de definición remite no solo a una disciplina, sino también a las condiciones históricas, sociales y políticas que la han hecho posible. Lo que se nombra como antropología médica no emerge en el vacío, sino en el cruce entre los procesos de consolidación de la biomedicina como régimen de saber-poder y la necesidad, cada vez más apremiante, de comprender los fenómenos de salud y enfermedad como hechos atravesados por la cultura, el simbolismo y las estructuras sociales².

Al interrogarse sobre la especificidad de este campo, lo que se pone en juego es la cuestión del lugar de la medicina en el entramado de la vida social. La salud y la enfermedad no son categorías universales de un modo unívoco, sino construcciones históricas situadas, en las que las prácticas de diagnóstico, los itinerarios terapéuticos y las representaciones del cuerpo se inscriben en matrices culturales específicas³. La antropología médica surge, así, como un ejercicio reflexivo que busca desnaturalizar el discurso biomédico y, al mismo tiempo, explorar la pluralidad de sentidos que distintos colectivos atribuyen a lo que se entiende por «estar sano» o «estar enfermo».

Este esfuerzo no responde únicamente a la curiosidad académica, sino también a las transformaciones que experimentan las sociedades contemporáneas. La intensificación de la globalización, la creciente multiculturalidad de los espacios urbanos y el aumento de los flujos migratorios han puesto de relieve la convivencia de múltiples sistemas médicos, cada uno con sus lógicas internas y sus formas de legitimación. La medicina occidental, con su pretensión de universalidad, se ve interpelada por la presencia de otros saberes que obligan a cuestionar los límites de su hegemonía epistémica y a reconocer la necesidad de un diálogo intercultural en el terreno de la salud⁴.

Definir la antropología médica implica, por tanto, reconocerla como un campo intrínsecamente crítico y dialógico, que se constituye en la tensión entre lo local y lo global, entre lo particular y lo universal, entre lo biológico y lo simbólico. Su emergencia responde a la constatación de que la experiencia de la enfermedad no puede reducirse a indicadores fisiológicos ni a protocolos terapéuticos, sino que debe ser entendida como

² Foucault, Michel. ((2001[1963])). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI

Good, Byron J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press

³ Lock, Margaret M. & Scheper-Hughes, Nancy. (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. In C. F. Sargent & T. M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method* (pp. 41–70). Praeger Publishers.

⁴ Kleinman, Arthur. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Janes, Graig R., & Corbett, Kitty K. (2009). Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology*, 38, 167–183.

un fenómeno ubicado en el cruce de biografías individuales, imaginarios colectivos y estructuras sociopolíticas⁵.

En este sentido, el capítulo que aquí se inicia busca no tanto ofrecer una definición cerrada de la antropología médica, cuanto abrir un horizonte de reflexión que permita comprenderla como disciplina en permanente construcción. Una disciplina que, desde la imaginación sociológica⁶, se erige en espacio privilegiado para vincular las experiencias más íntimas del padecimiento con las configuraciones históricas y culturales más amplias.

Genealogía del campo: orígenes y consolidación

El nacimiento de la antropología médica no puede comprenderse como una emergencia espontánea de intereses académicos, sino como un proceso histórico en el que confluyen la expansión colonial, el desarrollo de las ciencias sociales y las transformaciones internas de la medicina occidental. Como subdisciplina, su genealogía responde a las tensiones entre los discursos de universalidad biomédica y la constatación de que la salud y la enfermedad poseen significados diversos, enraizados en matrices culturales específicas.

- Orígenes

Uno de los pioneros reconocidos es William H. Rivers, quien en su obra *Medicine, Magic and Religion* (1927) planteó que incluso en las sociedades, que la antropología de su época denominaba «primitivas», existían concepciones coherentes sobre la causalidad de la enfermedad. Desde una perspectiva fuertemente idealista, Rivers postulaba que la lucha contra la enfermedad constituía una expresión simbólica de cosmovisiones más amplias, de manera que el padecimiento no podía desligarse del entramado de creencias y rituales que lo enmarcaban. Esta aproximación, aunque anclada todavía en las categorías evolucionistas de la época, abrió el camino para pensar la enfermedad como fenómeno cultural y no meramente fisiológico⁷.

No obstante, será recién en la década de 1970 cuando se consolide un programa más sistemático. Horacio Fabrega, con su obra *Disease and Social Behavior* (1974), inaugura una etapa en la que se introducen distinciones conceptuales fundamentales. Al diferenciar entre *disease* —la dimensión orgánica, propia de la biomedicina y analizable desde una perspectiva etic— e *illness* —la vivencia subjetiva y cultural del padecimiento, correspondiente a un abordaje emic—, Fabrega sentó las bases para un marco analítico dual. Sin embargo, su planteamiento seguía subordinando la mirada antropológica a la lógica

⁵ Kleinman, Arthur. (1995). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press.

Farmer, Paul. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.

⁶ Mills, C. Wright (1959), *op cit*.

⁷ Rivers, William H. (1927). *Medicine, Magic and Religion*. Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.

biomédica, ya que reservaba a esta última la potestad de definir lo «objetivo» y relegaba a la antropología el estudio de lo cultural y lo subjetivo⁸.

- Consolidación

Arthur Kleinman profundizó este debate y marcó un giro decisivo al liberar a la antropología de la subordinación epistemológica frente a la biomedicina. En *Patients and Healers in the Context of Culture* (1980) y *The Illness Narratives* (1988), propuso que tanto *disease* como *illness* podían analizarse en cualquier sistema médico, descentrando así a la biomedicina de su pretendido monopolio de la objetividad. Kleinman además introdujo los «síndromes culturalmente delimitados» —como el amok en el sudeste asiático o el windigo en comunidades indígenas de Canadá— para mostrar que las formas de padecer y curar se hallan profundamente enraizadas en imaginarios culturales específicos. Otro aporte clave fue el concepto de modelos explicativos (*explanatory models*), mediante los cuales pacientes, familiares y profesionales estructuran sus narrativas sobre etiología, síntomas, evolución y tratamiento. Estos modelos se constituyen como mediaciones simbólicas que, al interactuar, ponen en evidencia tanto los conflictos comunicativos como las asimetrías de poder en el proceso clínico⁹.

Poco después, Allan Young amplió el marco analítico al introducir la categoría de *sickness*, destinada a dar cuenta de las dimensiones sociales, ideológicas y políticas de la enfermedad. Con ello, la enfermedad dejó de concebirse únicamente como vivencia subjetiva o alteración biológica, para ser también entendida como construcción social atravesada por roles, instituciones y estructuras normativas. Esta propuesta, de raigambre holista, recogía influencias del estructural-funcionalismo y de la sociología parsoniana, pero las reformulaba en clave crítica al disolver la dicotomía cartesiana entre mente y cuerpo y abrir el análisis a los procesos de medicalización social¹⁰.

En paralelo, Byron Good en *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective* (1994) desarrolló una perspectiva hermenéutica al concebir la enfermedad no como entidad natural sino como realidad sociohistórica. A través del concepto de «redes semánticas», Good mostró cómo las enfermedades se constituyen en tramas significativas que condensan emociones, creencias y experiencias colectivas. Las narrativas sobre el dolor, el malestar o la curación, lejos de ser epifenómenos, constituyen el núcleo mismo de la experiencia de enfermar, en cuanto cristalizan universos simbólicos compartidos¹¹.

⁸ Fabrega, Horacio. (1974). *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. The MIT Press.

⁹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Kleinman, Arthur. (1988a). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

¹⁰ Young, Allan. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.

¹¹ Good, Byron J. (1994), *op cit*.

Con estas contribuciones, la antropología médica se consolidó como subdisciplina autónoma, capaz de interrogar tanto a la biomedicina como a los sistemas tradicionales o populares de salud. Lejos de circunscribirse al exotismo de lo «primitivo», sus enfoques comenzaron a problematizar el propio orden biomédico occidental, revelando su carácter histórico, político e ideológico.

Ya hacia finales del siglo XX e inicios del XXI, figuras como Nancy Scheper-Hughes¹², Margaret Lock¹³, Didier Fassin¹⁴, Paul Farmer¹⁵, João Biehl¹⁶ o Merrill Singer¹⁷ ampliaron el horizonte del campo al situarlo en el cruce de la salud global, la justicia social, la biopolítica y la crítica a las desigualdades estructurales. Su producción académica muestra cómo las enfermedades se distribuyen diferencialmente según clase, género, etnicidad y ubicación geopolítica, y cómo los sistemas médicos se hallan atravesados por relaciones de poder y por la lógica de los mercados globales.

De este modo, la genealogía de la antropología médica da cuenta de un tránsito desde aproximaciones idealistas y descriptivas hacia perspectivas críticas, hermenéuticas y estructurales, que no solo interpretan los significados del padecimiento, sino que también denuncian las condiciones sociales y políticas que lo producen y lo reproducen¹⁸.

Nociones y contribuciones canónicas

La antropología médica ha construido, a lo largo de su desarrollo, un léxico conceptual que funciona como herramienta para leer las tramas culturales, institucionales y políticas en las que se inscribe el proceso salud-enfermedad-atención. Estos conceptos no son meros nombres sino operaciones analíticas: proyectan preguntas, delimitan objetos y orientan métodos. A continuación, los articulamos en dos planos complementarios: (a) las

¹² Scheper-Hughes, Nancy. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press.

¹³ Lock, Margaret M. (1993). *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. University of California Press.

¹⁴ Fassin, Didier. (2000). Les politiques de la vie: Anthropologie de la santé et de la maladie. *Annual Review of Anthropology*, 29, 331–356.

¹⁵ Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

¹⁶ Biehl, João. (2005). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. University of California Press.

¹⁷ Singer, Merrill. (2009). *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. Jossey-Bass.

¹⁸ Menéndez, Eduardo L. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología* 28(3): 3.

Martínez-Hernández, Ángel, Perdiguerro, Enrique, y Comelles, Josep M. (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. *Disparidades. Revista de Antropología*, 70(1), 205–233.

Campos-Navarro, Roberto. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27 (1), 114-122.

nociones heurísticas que sirven para mapear la experiencia y la praxis, y (b) las contribuciones teórico-programáticas de autores que han modelado el campo.

- Nociones heurísticas centrales

En la configuración de la antropología médica como subdisciplina autónoma, ciertas categorías se han erigido en auténticos instrumentos heurísticos, dotados de la capacidad de iluminar con singular potencia la articulación entre lo biológico, lo simbólico y lo social. Más que simples etiquetas conceptuales, estas nociones constituyen operadores analíticos que permiten desnaturalizar las categorías biomédicas y situarlas dentro de un horizonte cultural e histórico. El proceso salud/enfermedad/atención, el pluralismo asistencial, los modelos explicativos o los síndromes culturalmente delimitados no son meros objetos de descripción etnográfica, sino puntos de condensación desde los cuales la disciplina ha problematizado los vínculos entre experiencia subjetiva, estructuras sociales y universos de significación. Explorar estas nociones equivale, por tanto, a ingresar en el núcleo duro de la caja de herramientas de la antropología médica.

- *Proceso salud/enfermedad/atención*. La categoría procesual desplaza la concepción estática de estados clínicos y enfatiza la continuidad dinámica de las posiciones corpóreas y sociales frente al malestar. Incluir «atención» en la fórmula obliga a pensar no sólo en la biología, sino en las prácticas —desde el autocuidado a las estrategias institucionales— que median entre la experiencia corporal y su gestión social¹⁹.

- *Autocuidado*. Las prácticas domésticas y comunitarias orientadas a preservar o restituir la salud constituyen repertorios técnicos y simbólicos transmitidos socialmente (remedios caseros, dietas, rituales). El concepto permite rastrear la persistencia y metamorfosis de saberes locales, así como la penetración e hibridación con esquemas biomédicos²⁰.

- *Sistemas médicos*. Entendidos como conjuntos coherentes de ideas, prácticas y legitimaciones, los sistemas médicos (biomedicina, medicinas tradicionales, medicinas complementarias) son sistemas culturales: cada uno articula teorías sobre el cuerpo, la etiología, la cura y la prevención. La antropología obliga a abordar cada sistema con igual rigor analítico, reconociendo su historicidad y su función social²¹.

- *Modelos explicativos*. Concepto operativo que remite a las narrativas y constructos cognitivos que actores diversos —profesionales, pacientes, familiares, curadores— emplean para nombrar las causas, el curso y las opciones terapéuticas de un episodio de

¹⁹ Menéndez, Eduardo L. (1990). *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS.

Almeida-Filho, Naomar. (2011). *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial.

²⁰ Helman, Cecil. (2007). *Culture, health and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.

²¹ Leslie, Charles M. (1976). *Asian medical systems: A comparative study*. University of California Press.

padecimiento. La noción sirve para evidenciar divergencias comunicativas y asimetrías de poder en la clínica cotidiana²².

- *Pluralismo asistencial*. Denomina la coexistencia y la alternancia entre múltiples ofertas terapéuticas en las trayectorias de los sujetos: hospitales, curanderos, farmacéuticos, terapeutas alternativos, espiritualidades holísticas y prácticas de autocuidado. El pluralismo no es sólo diversidad empírica, sino un campo de decisiones practicadas en condiciones de agencia, restricción y negociación cultural²³.

- *Grupos de autoayuda / ayuda mutua*. Espacios colectivos que, surgidos en ocasiones como contrapartida a la profesionalización del sufrimiento, construyen saberes compartidos y narrativas alternativas. Funcionan como ámbitos de legitimación simbólica, apoyo social y, a veces, controversia epistemológica frente a las autoridades médicas²⁴.

- *Síndromes culturalmente delimitados*. Entidades nosológicas situadas: manifestaciones de malestar que se configuran preferentemente en determinados marcos culturales y que, con frecuencia, carecen de homólogos exactos en la taxonomía biomédica. Su estudio revela la interacción entre vocabularios culturales, corporalidad y procesos sociales complejos²⁵.

- *Contribuciones de autores canónicos*

Junto a las categorías conceptuales, la consolidación de la disciplina ha estado marcada por las aportaciones de autores cuyas obras han devenido hitos epistemológicos. Estas contribuciones no pueden ser reducidas a producciones individuales, pues constituyen verdaderas constelaciones de ideas que han transformado el modo en que concebimos la enfermedad, la salud y el cuidado. Recuperar estas contribuciones seleccionadas implica, entonces, reconocer que la antropología médica no se entiende sin la huella de estas voces, que han dotado a la disciplina de densidad teórica, alcance crítico y vocación global. Exploremos algunas de estas contribuciones.

- *Arthur Kleinman*. Más que proponer una taxonomía cerrada, Kleinman reconfigura el territorio analítico al desplazar la atención hacia la experiencia y la interacción clínica: sus modelos explicativos colocan en primer plano la agencia interpretativa de pacientes y terapeutas, y la clínica se entiende como un campo de intercambio donde significados rivales se negocian²⁶. Junto a ello, su interés por la sociología de la profesión —la división

²² Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

²³ Perdiguero, Enrique. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 140-145.

²⁴ Borkman, Thomasina. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. Rutgers University Press.

²⁵ Simons, Ronald C., & Hughes, Charles C. (1985). *The culture-bound syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Reidel.

Greifeld, Katarina. (2004). Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología*, 18(35), 361-375.

²⁶ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

del trabajo, la socialización de los especialistas, la fabricación del conocimiento—permite a la antropología interrogar la ideología interna de la práctica biomédica sin asumirla como horizonte incuestionable. En suma, Kleinman ofrece herramientas para estudiar la clínica como proceso de sentido y poder, sin reducir la explicación a dimensiones puramente biológicas.

- *Byron Good*. Good aporta una lectura hermenéutica: las enfermedades son nodos en redes semánticas que condensan significados, emociones y expectativas sociales. En su perspectiva, los padecimientos no son meros correlatos biológicos sino objetos culturalmente cargados; su análisis exige rastrear las tramas lingüísticas y simbólicas que organizan las experiencias corporales²⁷. Esto obliga a una metodología atenta al lenguaje, a los signos y a la semiosis que produce el campo médico.

- *Eduardo Menéndez*. Desde una perspectiva crítica situada en América Latina, Menéndez ha subrayado la necesidad de pensar la antropología médica como disciplina relacional: no basta describir prácticas—es preciso situarlas en marcos de desigualdad, procesos de política sanitaria y conflictos de legitimación entre saberes. Menéndez propone una mirada que articule orientaciones teóricas, desigualdades y transacciones entre saberes formales y populares, defendiendo el estudio de las prácticas como intermediarias entre estructuras y sujetos²⁸. Su contribución metodológica enfatiza la historicidad y la tensión entre relativismo y crítica, muy útil para desentrañar los procesos de exclusión que atraviesan la salud colectiva.

- *Margaret Lock y Nancy Scheper-Hughes*. Ambas autoras han sido centrales en la feminización de la perspectiva sobre el cuerpo y en la crítica a la idea de cuerpos naturales uniformes. Lock introduce la noción de *local biologies* para señalar que la materialidad biológica está condicionada por contextos históricos, ecológicos y culturales—la biología «local» construye diferencias en la experiencia y en la morbilidad—²⁹. Scheper-Hughes, por su parte, se ha centrado en los estudios sobre el *embodiment*, mostrando cómo la violencia estructural y las condiciones materiales configuran prácticas de crianza, muerte y cuidado, insistiendo en la inseparabilidad entre cuerpo individual, cuerpo social y cuerpo político³⁰. Ambas aproximaciones enriquecen la antropología al devolver a la corporeidad su estatuto de producto sociohistórico.

- *Paul Farmer*. Farmer despliega una síntesis crítica que articula etnografía, epidemiología política y derechos humanos: su enfoque sobre violencia estructural y desigualdad

Kleinman, Arthur. (1988a), *op cit.*

²⁷ Good, Byron J. (1994), *op cit.*

²⁸ Menéndez, Eduardo L. (1990), *op cit.*

Menéndez, Eduardo L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990–2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14, 461–481.

²⁹ Lock, Margaret & Kaufert, Patricia. (2001). Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology*, 13(4), 494–504.

³⁰ Scheper-Hughes, Nancy. (1992), *op cit.*

sitúa la enfermedad en el corazón de las injusticias sociales. Farmer demuestra empíricamente cómo la distribución diferencial de recursos, vacunas y tratamientos no es accidente sino efecto de relaciones de poder y de mercados globales; desde ahí, reclama respuestas que combinen la clínica con la justicia social³¹. Su trabajo obliga a que la antropología médica no sea sólo interpretativa sino también comprometida con la transformación de las condiciones que producen enfermedad.

Al articular estos aportes —la hermenéutica del significado (Good), la reflexión sobre la experiencia clínica y la interacción (Kleinman), la atención a las biología situadas (Lock), la crítica a la violencia estructural (Farmer) y la intervención metodológica y política situada (Menéndez, Scheper-Hughes)— se configura un repertorio analítico que permite a la antropología médica abordar la salud y la enfermedad como procesos complejos: simbólicos, corporales, institucionales y estructurales. Estas nociones canónicas constituyen, por tanto, herramientas que el investigador debe manejar con flexibilidad crítica, evitando universalizaciones apresuradas y manteniendo la pregunta abierta sobre cómo los saberes médicos se producen, legitiman y transforman en contextos históricos concretos.

Enfoques analíticos actuales

El campo de la antropología médica se ha nutrido, en las últimas décadas, de una pluralidad de enfoques que han tensionado y enriquecido sus modos de aproximación a la salud, la enfermedad y la atención. Estas perspectivas, que no son excluyentes sino que se entrecruzan de manera productiva, han permitido transitar desde un análisis puramente descriptivo de sistemas médicos hacia una crítica de los procesos de poder, una problematización de la experiencia vivida, un desciframiento hermenéutico de los símbolos y, finalmente, un examen de las condiciones estructurales que condicionan la distribución de la enfermedad y de los cuidados.

- Antropología crítica de la medicina: análisis del poder, medicalización, biopolítica

También denominada enfoque *sickness*, la antropología crítica se ha consolidado como una corriente que problematiza el modo en que las instituciones médicas participan en la producción y reproducción de relaciones de dominación. Inspirada en la crítica foucaultiana de la biopolítica, este enfoque analiza cómo la medicalización opera como dispositivo de control social, extendiendo el ámbito de intervención biomédica a dimensiones de la vida que exceden lo estrictamente corporal³². Autores como Nancy Scheper-Hughes³³ y Margaret Lock³⁴ han mostrado cómo los procesos médicos no pueden entenderse al margen de los regímenes de poder, de las economías políticas de la salud y de las

³¹ Farmer, Paul. (2004), *op cit.*

³² Foucault, Michel. (2003[1976]). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.

³³ Scheper-Hughes, Nancy. (1992), *op cit.*

³⁴ Lock, Margaret., & Nguyen, Vinh-Kim. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell.

desigualdades estructurales que atraviesan a los cuerpos. En este marco, la enfermedad no es solo un evento biológico ni tampoco una experiencia individual, sino un fenómeno político e ideológico, inscrito en tramas de dominación y resistencia.

- Enfoque fenomenológico: la experiencia vivida de la enfermedad

Inscrito dentro de la perspectiva *illness*, este enfoque se centra en el carácter encarnado y subjetivo de la experiencia de enfermar. Enraizada en tradiciones fenomenológicas y hermenéuticas, la propuesta de Arthur Kleinman³⁵ abrió un campo fértil para pensar la enfermedad no como entidad abstracta, sino como vivencia situada, cargada de significados y modelada por la historicidad personal y cultural del paciente. Byron Good³⁶ profundizó esta orientación, mostrando cómo las narrativas de enfermedad constituyen redes de sentido en las que el dolor, la aflicción y la esperanza se articulan en configuraciones discursivas que expresan tanto la singularidad biográfica como la trama colectiva. Desde este enfoque, el cuerpo enfermo no es mero objeto de intervención técnica, sino un cuerpo vivido, atravesado por afectos, memorias y horizontes de interpretación.

- Enfoque interpretativo: sistemas médicos como sistemas simbólicos

La perspectiva interpretativa, en línea con la antropología simbólica de Clifford Geertz³⁷, concibe los sistemas médicos como universos de significado. Desde esta mirada, las prácticas de curación y los diagnósticos no son únicamente técnicas funcionales, sino procesos de inscripción simbólica en los que las sociedades negocian sus valores, miedos y aspiraciones. En este registro, los rituales de sanación se comprenden como textos culturales que condensan representaciones del cuerpo, del orden social y de la relación con lo trascendente. Kleinman³⁸ y posteriormente Good³⁹ insistieron en que la interpretación de los sistemas médicos debe atender a los símbolos, metáforas y narrativas que configuran el modo en que una cultura conceptualiza la salud, el sufrimiento y la muerte. Se trata de un enfoque relacionado con la perspectiva fenomenológica *illness*.

- Enfoque estructural: determinantes sociales y económicos de la salud

El enfoque estructural introduce un análisis macrosocial de las condiciones materiales que determinan la salud y la enfermedad. Paul Farmer⁴⁰ ha sido uno de sus exponentes más destacados, al vincular la distribución de patologías con procesos de desigualdad histórica, colonialismo, pobreza y violencia estructural. Desde esta perspectiva, los sistemas médicos no pueden comprenderse al margen de la economía política global y de las formas en que las estructuras de poder producen vulnerabilidad diferencial a la enfermedad.

³⁵ Kleinman, Arthur. (1988a), *op cit.*

³⁶ Good, Byron J. (1994), *op cit.*

³⁷ Geertz, Clifford. (2005[1973]). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.

³⁸ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

³⁹ Good, Byron J. (1994), *op cit.*

⁴⁰ Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities: The modern plagues*. University of California Press.

Farmer, Paul. (2004), *op cit.*

Merrill Singer⁴¹, con su propuesta de epidemiología crítica, ha insistido en que los patrones de enfermedad responden a ensamblajes complejos entre biología, desigualdad social y contextos políticos. Así, este enfoque desplaza el análisis desde el nivel micro de la experiencia individual hacia las condiciones estructurales que configuran quién enferma, cómo enferma y qué acceso tiene a la atención. Este enfoque se relaciona con la antropología crítica de la medicina *sickness*.

Los cuatro enfoques aquí expuestos —crítico, fenomenológico, interpretativo y estructural— no constituyen compartimentos estancos, sino registros complementarios que, en su entrelazamiento, permiten captar la densidad polifónica del hecho médico. Mientras la antropología crítica revela los dispositivos de poder y los procesos de medicalización que organizan las vidas, la fenomenológica sitúa en primer plano la experiencia subjetiva, con sus texturas corporales y emocionales; por su parte, la interpretativa despliega la dimensión simbólica de los sistemas médicos, atendiendo a sus gramáticas de sentido; finalmente, el enfoque estructural reinscribe la salud en los marcos de desigualdad y violencia histórica.

En conjunto, estas perspectivas configuran un campo de reflexión que articula lo micro y lo macro, lo vivido y lo estructural, lo simbólico y lo político. La antropología médica, en su actualidad, se define precisamente por esta capacidad de habitar la complejidad, desplazándose entre escalas analíticas y reconociendo que toda enfermedad es simultáneamente un fenómeno biológico, un hecho cultural, una experiencia subjetiva y una inscripción en las relaciones de poder que atraviesan a las sociedades contemporáneas.

Elemento de análisis	Antropología crítica de la medicina	Enfoque fenomenológico
Tradición teórica	Teoría crítica, biopolítica, economía política de la salud	Fenomenología y hermenéutica
Perspectiva analítica	Sickness	Illness
Escala de análisis	Macro, estructural, político	Micro, subjetivo, experiencial
Objeto central de estudio	Medicalización, biomedicina hegemónica, control social, desigualdad	Experiencia vivida de la enfermedad, cuerpo encarnado, sufrimiento
Concepción del cuerpo	Cuerpo como objeto político y biopolítico	Cuerpo vivido y experimentado
Autores representativos	Nancy Scheper-Hughes, Margaret Lock, Merrill Singer	Arthur Kleinman, Byron Good

⁴¹ Singer, Merrill. (2009), *op cit*.

Aportes principales	Visibiliza relaciones de poder, violencia estructural y medicalización de la vida	Recupera la agencia del sujeto y la centralidad de la experiencia subjetiva
Principales críticas	Riesgo de sobredeterminación estructural	Escasa problematización del poder y las estructuras
Relación con la práctica clínica	Crítica a la clínica biomédica como dispositivo de control	Cercana a la clínica y a la mediación intercultural
Elemento de análisis	Enfoque interpretativo	Enfoque estructural
Tradición teórica	Antropología simbólica	Economía política, epidemiología crítica
Perspectiva analítica	Illness (con proyección cultural)	Sickness
Escala de análisis	Micro–meso, simbólico	Macro, histórico-estructural
Objeto central de estudio	Sistemas médicos como sistemas de significado; símbolos y rituales	Determinantes sociales de la salud, pobreza, colonialismo, desigualdad global
Concepción del cuerpo	Cuerpo como soporte simbólico y cultural	Cuerpo como lugar de inscripción de la desigualdad
Autores representativos	Clifford Geertz, Arthur Kleinman, Byron Good	Paul Farmer, Merrill Singer
Aportes principales	Comprensión cultural del sufrimiento y de las prácticas de curación	Articula biología, historia y estructura social en la producción de la enfermedad
Principales críticas	Posible desatención de las condiciones materiales	Menor atención a la experiencia vivida y a las narrativas
Relación con la práctica clínica	Analítica e interpretativa	Distanciada; énfasis en políticas y estructuras

Tabla 1. Enfoques analíticos actuales. Fuente: elaboración propia.

Tensiones y debates internos

La antropología médica, lejos de constituir un campo homogéneo y pacificado, se ha desarrollado bajo el signo de la tensión epistémica y política. Su consolidación ha implicado, desde los orígenes, una negociación constante entre posiciones divergentes respecto al estatuto del conocimiento antropológico, la relación con la biomedicina y el alcance de su compromiso social. Lejos de ser meras discusiones terminológicas, estas tensiones reflejan la propia historicidad del campo y la pluralidad de proyectos que lo atraviesan.

- Antropología aplicada vs. Antropología crítica

Uno de los ejes más persistentes en la configuración del campo lo constituye la contraposición entre una antropología aplicada, orientada a la resolución práctica de problemas de salud en contextos institucionales, y una antropología crítica, que entiende

su labor como desnaturalizar los supuestos biomédicos, visibilizar las desigualdades y cuestionar las formas de poder implicadas en los procesos de salud y enfermedad⁴². Mientras la primera suele alinearse con la investigación por contrato, el diseño de políticas sanitarias o la mejora de programas asistenciales, la segunda se reconoce heredera de tradiciones como la teoría crítica, la medicina social latinoamericana y la epidemiología crítica⁴³. Esta tensión, lejos de resolverse, se actualiza constantemente en la práctica disciplinar, obligando a pensar el lugar del antropólogo en contextos donde se entrelazan demandas institucionales y exigencias éticas de denuncia.

- Antropología médica vs. Antropología de la medicina

Otra de las tensiones conceptuales más recurrentes en el campo se ha articulado en torno a la distinción entre antropología médica y antropología de la medicina. En la literatura internacional, especialmente en el ámbito anglosajón y europeo, el término antropología médica se ha consolidado como la denominación más amplia y comprehensiva del campo disciplinar. Bajo este rótulo se agrupan investigaciones orientadas al estudio de los procesos socioculturales de salud, enfermedad y atención, incluyendo tanto el análisis de sistemas médicos diversos como las experiencias de padecimiento, las prácticas de cuidado, las políticas sanitarias y las desigualdades estructurales que atraviesan dichos procesos⁴⁴.

En este sentido, la antropología médica no se define por su objeto exclusivo —la medicina occidental— sino por su enfoque holístico y relacional, que concibe la salud como un fenómeno social total, inseparable de sus contextos históricos, económicos y políticos. Esta amplitud analítica ha permitido que el campo incorpore progresivamente perspectivas críticas, interpretativas y fenomenológicas, así como debates contemporáneos en torno a la biopolítica, la globalización de la salud, la ecología y el posthumanismo.

Por su parte, la antropología de la medicina puede entenderse como una corriente específica dentro de la antropología médica, caracterizada por tomar a la biomedicina como objeto privilegiado de análisis. Desde esta perspectiva, la medicina occidental es abordada como un sistema médico particular, históricamente localizado, dotado de una racionalidad propia y atravesado por relaciones de poder, jerarquías de saber y dispositivos institucionales. Este enfoque ha sido especialmente fecundo para el análisis crítico de procesos

⁴² Scheper-Hughes, Nancy. (1992), *op cit*.

⁴³ Menéndez, Eduardo. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–84.

Singer, Merrill. (1995). Beyond the ivory tower: Critical praxis in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(1), 80–106.

⁴⁴ Leslie, Charles M. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 191–195.

Nichter, Mark (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, 20, 109–132.

como la medicalización, la profesionalización del saber experto, la hegemonía biomédica y la producción institucional del sufrimiento⁴⁵.

Lejos de constituir campos antagónicos, ambas denominaciones remiten a niveles analíticos distintos. Mientras la antropología médica opera como un marco general e integrador del estudio antropológico de la salud, la antropología de la medicina representa una línea crítica interna que focaliza su atención en la biomedicina como objeto etnográfico y político. Reconocer esta distinción permite evitar reduccionismos y situar adecuadamente los diferentes proyectos teóricos que coexisten en el seno de la disciplina.

- Antropología de la medicina vs. Antropología de la salud

Según Menéndez⁴⁶ (1985, 1997), incluso una antropología de la medicina concebida críticamente corre el riesgo de reproducir una centralidad excesiva de la biomedicina, otorgándole un lugar privilegiado en el análisis y subordinando a ella otros saberes, prácticas y formas de atención. Frente a ello, la antropología de la salud propone un desplazamiento analítico más radical: situar la salud, la enfermedad y la atención como procesos sociales amplios, en los que la medicina —incluida la biomedicina— constituye solo uno de los múltiples sistemas y actores implicados.

Desde esta perspectiva, la antropología de la salud enfatiza el estudio de las prácticas de autoatención, los sistemas médicos subalternos, las redes familiares y comunitarias, así como las determinaciones estructurales que configuran los perfiles diferenciales de enfermar y morir. El foco se desplaza así hacia las relaciones entre salud y desigualdad social, el papel del Estado, las políticas públicas, el mercado sanitario y las condiciones históricas de producción del sufrimiento, en clara sintonía con la medicina social latinoamericana y la epidemiología crítica (Menéndez, 2012, 2018).

Esta distinción condensa una cuestión central para la disciplina: si el análisis antropológico debe organizarse en torno a los dispositivos médicos —aunque sea desde una posición crítica— o si, por el contrario, debe partir de los procesos sociales de salud y enfermedad en su conjunto, incorporando de manera explícita las relaciones de poder, la colonialidad del saber y las formas de exclusión estructural. En este sentido, la antropología de la salud no niega la relevancia del análisis de la medicina, pero lo reinscribe en un horizonte más amplio, orientado a comprender la salud como campo de disputa política, moral y epistemológica.

⁴⁵ Comelles, Josep M. y Martínez-Hernández, Ángel. (1997). Paradojas de la antropología médica europea. *Nueva Antropología. Revista De Ciencias Sociales*, 16(52-53), 187-214.

Martínez-Hernández, Ángel, Perdiguero, Enrique, y Comelles, Josep M. (2015), *op cit*.

⁴⁶ Menéndez, Eduardo L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11–28.

Menéndez, Eduardo L. (1990), *op cit*.

Menéndez, Eduardo L. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, 15(51), 83–103.

- Universalismo biomédico vs. Pluralismo cultural

La expansión global de la biomedicina ha suscitado un debate en torno a su pretendida universalidad epistémica frente a las propuestas antropológicas que reivindican el pluralismo cultural. Desde la perspectiva biomédica, la eficacia de sus intervenciones se presenta como expresión de verdades universales, independientes de contextos sociales y culturales. Sin embargo, la antropología médica ha mostrado que la biomedicina, lejos de ser un sistema neutro, está imbricada en cosmovisiones particulares, con supuestos epistemológicos y ontológicos específicos⁴⁷. En oposición a este universalismo, el pluralismo cultural reconoce la coexistencia de múltiples racionalidades médicas, cada una con sus propias lógicas de eficacia y legitimidad. El debate permanece abierto, especialmente en contextos de políticas sanitarias globales, donde la tensión entre homogeneización y respeto a la diversidad cultural se hace particularmente visible⁴⁸.

- Investigación local vs. Procesos globales

Finalmente, el campo enfrenta la tensión entre el análisis etnográfico de contextos locales y la necesidad de comprender procesos globales que atraviesan las prácticas de salud y enfermedad. La tradición etnográfica ha privilegiado el trabajo intensivo en comunidades específicas, lo cual permite captar con gran densidad las prácticas y significados locales. No obstante, fenómenos como la globalización sanitaria, la circulación de biotecnologías o las pandemias obligan a integrar escalas analíticas más amplias⁴⁹. Esta tensión metodológica ha derivado en propuestas de *multi-sited ethnography* y en una creciente atención a las intersecciones entre lo local y lo transnacional⁵⁰. El desafío reside en no diluir la riqueza del análisis local en marcos excesivamente globalizantes, ni tampoco reducir los procesos globales a simples agregados de experiencias locales.

Las tensiones que atraviesan la antropología médica no constituyen meros desacuerdos terminológicos o disputas académicas internas; son, en rigor, expresiones de los dilemas epistemológicos, éticos y políticos que configuran la disciplina. La dialéctica entre una antropología aplicada y otra crítica, entre la subordinación al discurso biomédico y la búsqueda de autonomía, entre la universalidad pretendida de la biomedicina y el reconocimiento de un pluralismo cultural irreductible, o entre la densidad del análisis local y la urgencia de integrar escalas globales, revela que la disciplina se constituye precisamente en el movimiento entre polos en tensión.

Lejos de debilitarla, estas controversias otorgan a la antropología médica una vitalidad reflexiva que impide su clausura como campo dogmático. Se trata, en última instancia, de un espacio de producción de conocimiento que no solo describe o interpreta, sino que se interroga constantemente sobre su propio lugar en el entramado de la salud, la enfermedad

⁴⁷ Good, Byron J. (1994), *op cit*.

⁴⁸ Lock, Margaret., & Nguyen, Vinh-Kim. (2010), *op cit*.

⁴⁹ Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

⁵⁰ Marcus, George E. (1995). Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95–117.

y la atención. La riqueza de la disciplina radica, precisamente, en mantener abiertas estas tensiones como condiciones de posibilidad para el pensamiento crítico y para la construcción de saberes que, más allá de la academia, se articulan con los desafíos concretos de las sociedades contemporáneas.

Hacia una definición operativa

Todo esfuerzo definitorio en el campo de la antropología médica tropieza inevitablemente con el riesgo de la reducción: acotar lo múltiple, circunscribir lo fluido, clausurar lo que por naturaleza se resiste a ser fijado. Sin embargo, tras recorrer sus genealogías, tensiones y horizontes de problematización, resulta posible delinear una definición operativa que, lejos de aspirar a la clausura, se constituya como una herramienta heurística abierta al dinamismo propio del campo.

En primer lugar, la antropología médica debe ser entendida como una disciplina genealógica, en el sentido foucaultiano del término⁵¹, pues no se limita a describir las prácticas médicas en su inmediatez empírica, sino que rastrea las condiciones históricas de posibilidad que hacen inteligibles tanto las concepciones de salud y enfermedad como las formas de atención y sus institucionalizaciones. Desde esta perspectiva, cada sistema médico, incluida la biomedicina, se concibe como producto de un entramado de saber-poder, y por tanto como un objeto privilegiado para el análisis crítico⁵².

En segundo lugar, la disciplina se define como una antropología crítica, que problematiza la naturalización de los discursos médicos y cuestiona sus dimensiones biopolíticas⁵³. Esta orientación permite visibilizar los efectos de medicalización, psiquiatrización y control social que operan bajo la apariencia de neutralidad científica, y situar la enfermedad no solo como hecho biológico, sino como experiencia atravesada por desigualdades, violencias estructurales y condiciones históricas concretas.

A la vez, la antropología médica se constituye como un campo cultural, en tanto que reconoce que toda enfermedad es siempre una construcción de sentido, una red semántica que dota de inteligibilidad a lo corporal y lo experiencial⁵⁴. En este sentido, la disciplina recupera el valor de las cosmologías médicas diversas, los modelos explicativos locales⁵⁵ y las expresiones culturalmente delimitadas de la enfermedad, evitando reducir la diferencia a exotismo o anomalía.

⁵¹ Foucault, Michel. (1992[1971]). *Nietzsche, la genealogía, la historia* (2.ª ed.). Pre-Textos.

⁵² Menéndez, Eduardo L. (1990), *op cit*.

Good, Byron J. (1994), *op cit*.

⁵³ Schepher-Hughes, Nancy & Lock, Margaret. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.

Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

⁵⁴ Good, Byron J. (1994), *op cit*.

⁵⁵ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Por último, se trata de un proyecto global e interdisciplinario. Global porque ninguna comprensión de la salud puede obviar los procesos de mundialización, las dinámicas de poder transnacional y las crecientes interconexiones entre biomedicina, economías políticas y saberes locales⁵⁶. Interdisciplinario porque se nutre del diálogo constante con la sociología, la historia, la filosofía, la epidemiología crítica y la salud pública, configurando un espacio de hibridación epistemológica más que de compartimentos cerrados.

De esta manera, puede proponerse una definición operativa en los siguientes términos: la antropología médica es una disciplina interdisciplinaria y crítica que estudia los procesos de salud, enfermedad y atención como fenómenos históricos, culturales y políticos, rastreando sus genealogías, cuestionando sus naturalizaciones y reconociendo la pluralidad de sistemas médicos en el marco de dinámicas globales y locales. Lejos de clausurar, esta definición funciona como brújula conceptual que articula lo vivido, lo simbólico y lo estructural, al tiempo que proyecta a la disciplina hacia los retos del presente y del futuro.

Recapitulando

Toda recapitulación, en el marco de la antropología médica, debe ser leída con cautela, pues más que clausura constituye un gesto de apertura hacia nuevas problematizaciones. El itinerario recorrido a lo largo de este primer capítulo ha mostrado que definir el campo no equivale a fijar de manera dogmática un objeto de estudio, sino a reconocer su carácter dinámico, relacional y conflictivo. Como disciplina situada en el cruce de lo biológico, lo cultural y lo político, la antropología médica se rehúsa a ofrecer respuestas definitivas, y se afirma más bien en la capacidad de sostener la pregunta abierta, en consonancia con la «imaginación sociológica» que invita a trascender los marcos ideológicos y burocráticos que pretenden domesticar la complejidad de lo social⁵⁷.

En este sentido, la antropología médica no se configura como un corpus cerrado de verdades, sino como un horizonte de problematización en el que convergen genealogías históricas, tensiones epistemológicas y desafíos ético-políticos contemporáneos. Tal horizonte se despliega en la necesaria articulación de múltiples escalas: desde la experiencia vivida de los sujetos hasta los entramados globales que modelan la circulación de saberes, tecnologías y políticas de salud⁵⁸.

El propio trazado de este libro responde a esa lógica. La primera parte, dedicada a los fundamentos, busca establecer el terreno conceptual y metodológico desde el cual se despliega la reflexión. La segunda, centrada en el pluralismo asistencial, mostrará la convivencia y fricción entre diferentes sistemas médicos, sus interacciones y tensiones. La tercera parte, orientada a la biomedicina occidental, ofrecerá una mirada crítica sobre

⁵⁶ Biehl, João & Petryna, Adriana. (eds.) (2013). *When people come first: Critical studies in global health*. Princeton University Press.

⁵⁷ Mills, C. Wright (1959), *op cit*.

⁵⁸ Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

Biehl, João & Petryna, Adriana. (2013), *op cit*.

su constitución histórica, sus hegemonías y sus efectos sobre la corporalidad. Finalmente, la cuarta parte, dedicada a las líneas de investigación contemporáneas, se adentrará en problemáticas urgentes: biopolítica, globalización, medicalización de la vida, psiquiatrización de la conducta, envejecimiento, entre otras.

Así, lo que aquí se perfila como definición operativa se resignifica en las páginas posteriores como interrogante permanente: ¿cómo pensar la salud y la enfermedad desde una perspectiva que reconozca simultáneamente la densidad cultural, la historicidad de los procesos, la materialidad de los cuerpos y las desigualdades estructurales que los atraviesan? Este es, en definitiva, el hilo conductor que articula el presente texto y que justifica la necesidad de seguir abriendo preguntas allí donde otros discursos buscan imponer respuestas definitivas.

CAPÍTULO 2

DIMENSIONES DE LA ENFERMEDAD Y PARADIGMAS EN ANTROPOLOGÍA MÉDICA

**BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE**



Introducción

Hablar de las dimensiones de la enfermedad en el marco de la antropología médica implica adentrarse en un campo que, más que ofrecer definiciones cerradas, se ha caracterizado por desplegar constelaciones de significados, tensiones analíticas y desplazamientos paradigmáticos. Si en el capítulo precedente nos ocupamos de trazar las genealogías y definiciones que han delimitado la subdisciplina, ahora se impone la tarea de examinar las herramientas conceptuales con las que los antropólogos han intentado comprender la complejidad de la salud, la enfermedad y los procesos de atención.

Desde sus inicios, la antropología médica ha problematizado la idea de que la enfermedad pueda reducirse a una entidad exclusivamente biológica o a una mera disfunción orgánica. Lejos de aceptar la noción biomédica como punto de partida indiscutible, los enfoques antropológicos han insistido en que el padecer humano se experimenta, simboliza y regula socialmente⁵⁹. Así, la enfermedad aparece simultáneamente como realidad orgánica, vivencia subjetiva y construcción sociocultural, lo cual exige un abordaje que transite entre distintos niveles de análisis y que reconozca la pluralidad de voces implicadas en la experiencia de enfermar.

El tránsito hacia una mirada más matizada se articula en torno a dos ejes principales. En primer lugar, la distinción entre diferentes dimensiones analíticas de la enfermedad, cuya formulación canónica —*disease* (patología), *illness* (padecimiento), *sickness* (malestar)— se ha convertido en una herramienta recurrente para organizar el campo, aunque no exenta de críticas y reformulaciones⁶⁰. En segundo lugar, la emergencia de paradigmas históricos dentro de la antropología médica, que permiten ordenar los desplazamientos conceptuales y metodológicos del campo: desde la antropología en la medicina, pasando por la antropología médica, hasta llegar a la antropología de la enfermedad. Cada uno de estos paradigmas representa un horizonte analítico particular que ha configurado los modos de entender la enfermedad y su relación con la sociedad, la cultura y las instituciones.

El presente capítulo, por tanto, no se limita a definir categorías ni a trazar tipologías conceptuales, sino que busca mostrar cómo dichas dimensiones y paradigmas funcionan como horizontes epistemológicos, en tensión y en diálogo constante. Solo al situar estas categorías en su historicidad y en su productividad crítica podemos comprender de qué manera la antropología médica ha contribuido —y sigue contribuyendo— a desestabilizar las lecturas naturalizadas del proceso salud/enfermedad/atención.

Las tres dimensiones clásicas de la enfermedad: disease, illness, sickness

Para comprender la especificidad del enfoque antropológico en relación con los procesos de salud, enfermedad y atención, resulta indispensable detenerse en uno de sus aportes más significativos a nivel conceptual: la noción de dimensiones de la enfermedad.

⁵⁹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

Good, Byron J. (1994), *op cit.*

⁶⁰ Young, Allan. (1982), *op cit.*

Estas dimensiones no se limitan a describir entidades discretas, sino que ofrecen un marco heurístico que permite articular distintos niveles de análisis —biológico, experiencial y social— en la comprensión del fenómeno de enfermar. Su relevancia radica en que, al ser utilizadas de manera combinada, revelan la complejidad de la experiencia humana frente a la enfermedad, así como las interacciones entre cuerpo, subjetividad y contexto socio-cultural.

- Genealogía de su desarrollo conceptual

Si bien en apartados previos se ha trazado un recorrido histórico que sitúa a Fabrega, Kleinman y Young en la génesis conceptual de las dimensiones de la enfermedad, resulta pertinente enfatizar que estas nociones no emergen como construcciones aisladas, sino como respuestas a problemáticas disciplinares y sociales específicas. La formulación de las categorías *disease*, *illness* y *sickness*, en español *patología*, *padecimiento* y *malestar*, refleja la necesidad de articular distintos niveles de análisis que permitan dar cuenta tanto de la materialidad orgánica de la enfermedad como de su vivencia subjetiva y de su inserción en matrices socioculturales más amplias⁶¹.

Fabrega inaugura la reflexión antropológica sobre la enfermedad al introducir la noción de *disease* como dimensión objetivable, contrastando con la experiencia subjetiva del enfermar (*illness*), aunque su aproximación aún estaba subordinada a la lógica biomédica dominante. Kleinman, posteriormente, amplía la propuesta al separar el estudio de la biomedicina como sistema médico de cualquier otra tradición, reconociendo la plasticidad de los modelos explicativos y la importancia de los síndromes culturalmente delimitados. Por su parte, Young introduce la dimensión *sickness*, desplazando el análisis hacia el entramado social, político y económico que articula la enfermedad. Estas reelaboraciones, que se producen en distintos contextos geográficos e institucionales —principalmente Estados Unidos y Europa— consolidan un enfoque que es a la vez plural, interdisciplinario y capaz de interrogar los supuestos naturalizados de la biomedicina⁶².

En síntesis, la genealogía de estas dimensiones no puede entenderse como un simple linaje de conceptos, sino como un proceso de construcción teórica en tensión con la praxis médica y con las estructuras de poder que configuran los sistemas de salud. La propuesta conceptual ha ido consolidándose a través de debates críticos, revisiones metodológicas y aplicaciones empíricas en distintos contextos culturales, constituyendo hoy un instrumento epistemológico imprescindible para la antropología médica.

⁶¹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Young, Allan. (1982), *op cit*.

Good, Byron J. (1994), *op cit*.

⁶² Singer, Merrill. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), 179–187.

Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

- *Distinción analítica*

Antes de adentrarnos en la definición de cada dimensión, conviene situar este esquema como una de las herramientas analíticas más influyentes y, a la vez, más debatidas dentro de la antropología médica. Lejos de constituir categorías cerradas, *disease* (patología), *illness* (padecimiento) y *sickness* (malestar) operan como registros complementarios y en tensión, cuya articulación permite desbordar las visiones reduccionistas de la enfermedad y abrir un campo de diálogo entre lo biológico, lo subjetivo y lo social.

En primer lugar, la dimensión *disease* se corresponde con la esfera orgánica y objetivada del padecimiento. Se trata de la patología en tanto anomalía funcional o estructural que puede ser observada, medida y verificada mediante signos clínicos, exámenes diagnósticos o experimentación biomédica. Esta dimensión enfatiza la materialidad de la enfermedad y constituye el terreno histórico y epistemológico de la biomedicina, cuya autoridad y metodologías de diagnóstico han configurado, hasta hoy, la noción de lo que es «normal» o «patológico» en términos fisiológicos.

En segundo lugar, la dimensión *illness* refiere a la vivencia subjetiva del padecimiento, un registro psico-cultural de la enfermedad que privilegia la experiencia moral y emocional de quienes la sufren. Esta perspectiva permite analizar cómo los procesos patológicos se traducen en experiencias significativas, cómo la enfermedad marca hitos biográficos y cómo los individuos y colectivos construyen narrativas de sentido en torno a su dolor, sufrimiento o incapacidad⁶³. Desde esta óptica, enfermar no es únicamente una disfunción orgánica, sino un proceso cargado de connotaciones culturales, valores y expectativas sociales, que reconfigura la identidad y la agencia de las personas.

Finalmente, la dimensión *sickness* ubica la enfermedad en su contexto social e ideológico, abordando las relaciones, instituciones y marcos normativos que condicionan el proceso de enfermar y sanar⁶⁴. Esta perspectiva, más cercana a la antropología crítica europea, permite visibilizar los mecanismos de poder, las desigualdades estructurales, los estigmas y las representaciones sociales que median en la atención de la salud. La *sickness* aporta, así, una lectura política y económica del fenómeno de la enfermedad, insistiendo en que la experiencia de enfermar está siempre enraizada en un entramado histórico y social que determina tanto su percepción como sus tratamientos.

El uso simultáneo de estas tres dimensiones —*disease*, *illness* y *sickness*— posibilita un abordaje eclectista y transversal, que evita reducir la enfermedad a un mero proceso biológico o a una vivencia individual, sino que la concibe como un fenómeno en la intersección de lo fisiológico, lo experiencial y lo social.

⁶³ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

Good, Byron J. (1994), *op cit.*

⁶⁴ Young, Allan. (1982), *op cit.*

Singer, Merrill. (1990), *op cit.*

- Críticas contemporáneas

Pese a su fecunda utilidad, el esquema *disease-illness-sickness* no ha estado exento de críticas. Entre las más recurrentes se encuentra el riesgo de dicotomización excesiva, que puede inducir a separar artificialmente lo orgánico, lo subjetivo y lo social, cuando en la práctica estos registros se entrelazan en la experiencia de enfermar. La crítica subraya que la adopción rígida de categorías analíticas puede invisibilizar la interpenetración de factores biológicos, psicosociales y estructurales, así como las mediaciones culturales que moldean la percepción de la enfermedad y su tratamiento⁶⁵.

Asimismo, se ha cuestionado la aplicabilidad universal del esquema, particularmente en contextos multiculturales y transnacionales, donde los límites entre las dimensiones no son siempre claros y las nociones occidentales de enfermedad y salud pueden no coincidir con los sistemas de significado locales. Algunos autores argumentan que la distinción puede favorecer un enfoque excesivamente orientado a la biomedicina, relegando al segundo plano las interpretaciones culturales o las explicaciones estructurales de la enfermedad⁶⁶.

Por último, debates recientes han explorado la necesidad de integrar las dimensiones *illness* y *sickness*, construyendo marcos teóricos que reconozcan simultáneamente la experiencia vivida del enfermar y los determinantes sociales, económicos y políticos que la condicionan. Este énfasis en la articulación de niveles de análisis es coherente con los desarrollos contemporáneos de la antropología médica, que buscan superar las dicotomías clásicas sin perder la claridad conceptual que las dimensiones proporcionan⁶⁷.

Paradigmas en antropología de la salud

La sucesión histórica de los paradigmas en antropología médica permite ordenar y comprender la transformación de las relaciones entre antropología y medicina, al tiempo que ilumina la construcción del campo desde sus tensiones epistemológicas y su evolución disciplinar. Siguiendo los aportes de Comelles y Martínez-Hernández⁶⁸, se pueden identificar tres fases sucesivas, cada una de las cuales articula modos diferenciados de pensar la enfermedad, la salud y la intervención profesional: antropología en la medicina, antropología de la medicina y antropología de la enfermedad. Cada paradigma no solo refleja un momento institucional y conceptual determinado, sino que también evidencia la interacción de la antropología con la política sanitaria, la sociología de la salud y la

⁶⁵ Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret. (1987), *op cit*.

Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

⁶⁶ Singer, Merrill. (1990), *op cit*.

Good, Byron J. (1994), *op cit*.

⁶⁷ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

⁶⁸ Comelles, José María y Martínez-Hernández, Ángel. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Eudema.

biomedicina, así como la manera en que se conceptualizan los procesos de atención y cuidado.

- Antropología en la medicina (1920-1960)

Este primer paradigma se desarrolla principalmente en Estados Unidos, en el marco del surgimiento del *welfarismo* y del *New Deal*, época en que la intervención estatal en materia social se amplía significativamente y se consolida un sistema inicial de seguridad social. De forma paralela, en países latinoamericanos como México, algunos institutos indigenistas incorporan a antropólogos en la planificación de políticas de salud y educación, especialmente dirigidas a poblaciones indígenas.

En este contexto, la implantación de sistemas de salud pública y la expansión de la biomedicina como práctica hegemónica obedecen a objetivos básicos: equilibrar desigualdades sociales, educar a la población en prevención y autocuidado, reducir el intrusismo médico y controlar problemáticas psicosociales emergentes, tales como el alcoholismo y el consumo de sustancias adictivas.

El paradigma se articula en torno al modelo de Chicago, en el que la sociología urbana y durkheimiana proporcionaba un marco organicista para comprender los problemas de salud pública como posibles patologías del cuerpo social vinculadas al desorden normativo y moral. La antropología, subordinada a la medicina y la psiquiatría, operaba dentro de programas interdisciplinarios, realizando tareas tales como estudiar las concepciones de la población sobre la salud, sugerir estrategias de integración cultural, asesorar al personal sanitario y construir patrones de conocimiento sobre enfermedad y tratamiento.

- Antropología de la medicina (finales de 1960-1970)

El enfoque pragmático del paradigma anterior evidenciaba limitaciones: su carácter a-teórico y su subalternidad frente a la biomedicina dejaban fuera del análisis la complejidad social y cultural de la enfermedad y las prácticas médicas. La crítica a esta perspectiva propició el surgimiento de la antropología de la medicina, cuyo objetivo central era comprender los procesos de enfermar desde un enfoque estrictamente antropológico.

En esta fase, se promueve la agenda de Fabrega, centrada en elicitar los factores y mecanismos que influyen en la respuesta de individuos y grupos frente al *illness* y al *disease*, y en examinar estos fenómenos en función de patrones colectivos de comportamiento, incorporando el concepto de cultura como eje explicativo. Se abre así un espacio autónomo de trabajo para la antropología médica, coexistiendo pacíficamente con la biomedicina pero manteniendo su especificidad analítica.

A finales de la década de 1970, las investigaciones de Kleinman y Good sobre síndromes psicosomáticos en distintas culturas y sobre la experiencia de enfermar en Irán y China refuerzan la necesidad de analizar la enfermedad como construcción simbólica y experiencia moral, destacando la relevancia de los modelos explicativos y la centralidad de la narrativa del paciente en la interacción clínica. Estas propuestas también generan tensiones internas en la disciplina, alimentando la llamada antropología médica crítica,

que enfatiza el carácter ideológico y socialmente situado de la biomedicina, y subraya la importancia de la dimensión sickness⁶⁹.

- Antropología de la enfermedad

Finalmente, la fase conocida como antropología de la enfermedad consolida las características de la antropología médica contemporánea. Este paradigma se asienta en instituciones académicas, centros de investigación, organizaciones sanitarias y ONGs, adoptando un perfil profesional comprometido con la justicia social y el activismo.

Su horizonte analítico se centra en la reflexión de que la enfermedad, más allá de su base biológica, es la única constante universal, mientras que la salud, ideal omnipresente en las sociedades modernas, se encuentra impregnada de ideologías científicas y políticas que buscan administrarla y maximizarla. La antropología de la enfermedad presta atención crítica a la medicalización de la vida, la exclusión social y los determinantes estructurales de la enfermedad, colaborando simultáneamente con profesionales y pacientes de medicinas subalternizadas o marginalizadas⁷⁰.

Los ejes teóricos de este paradigma incluyen: 1) el análisis de las causalidades de la enfermedad, enfatizando la interrelación entre biología y sociedad, con conceptos como violencia estructural y sufrimiento social; y 2) la exploración de las representaciones del cuerpo y del dolor, con atención a la experiencia contextualizada de enfermar y a los significados culturales que se asignan al sufrimiento y a la salud⁷¹.

En conjunto, estos tres paradigmas no solo permiten articular la historia conceptual de la antropología médica, sino que también evidencian la evolución de la disciplina hacia un enfoque crítico, interdisciplinario y global, capaz de integrar experiencias locales con análisis de estructuras sociales, políticas y económicas más amplias.

Dimensión analítica	Antropología en la medicina	Antropología de la medicina	Antropología de la enfermedad
Periodo histórico	1920–1960	Finales de 1960–1970	Desde finales de 1970 hasta la actualidad
Contexto sociopolítico	Welfarismo, New Deal, expansión de la salud pública	Crisis del modelo biomédico y giro cultural	Globalización, desigualdad, activismo y salud global

⁶⁹ Young, Allan. (1982), *op cit*.

Singer, Merrill. (1990), *op cit*.

⁷⁰ Scheper-Hughes, Nancy. (1992), *op cit*.

Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

⁷¹ Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret. (1987), *op cit*.

Bourgois, Philippe I. (2003). *In search of respect: Selling crack in El Barrio*. Cambridge University Press.

Relación con la biomedicina	Subordinada y auxiliar	Autónoma pero co-existente	Crítica, dialógica y políticamente situada
Rol del antropólogo	Técnico asesor en programas sanitarios	Analista cultural de procesos de salud y enfermedad	Intelectual crítico, investigador y actor comprometido
Objeto de análisis	Creencias y conductas de pacientes	<i>Illness, disease</i> y modelos explicativos	Enfermedad fenómeno social, político y moral
Concepción de la enfermedad	Problema de adaptación cultural	Construcción simbólica y experiencia vivida	Producto de relaciones históricas y estructurales
Marco teórico dominante	Funcionalismo, sociología de Chicago	Antropología cultural e interpretativa	Economía política, biopolítica, antropología crítica
Autores y referentes	Programas de salud pública, antropología aplicada	Fabrega, Kleinman, Good	Scheper-Hughes, Farmer, Singer, Menéndez
Aportes principales	Integración cultural en la práctica sanitaria	Centralidad del significado y la narrativa	Crítica a la medicalización y a la desigualdad
Limitaciones señaladas	A-teoricismo y dependencia institucional	Insuficiente problematización del poder	Riesgo de determinación estructural

Tabla 2. Paradigmas en antropología médica. Fuente: elaboración propia a partir de las aportaciones de Comelles y Martínez-Hernández (1993).

Intersecciones y tensiones entre paradigmas

La configuración de paradigmas en antropología médica —antropología en la medicina, de la medicina y de la enfermedad— no debe ser concebida como una sucesión lineal de relevos que se cancelan mutuamente, sino como un entramado de continuidades, fricciones y desplazamientos que mantienen una productividad dialógica. Si bien es cierto que cada uno de estos paradigmas responde a un momento histórico, a un clima intelectual y a un horizonte de problemas específicos, su interacción ha generado un espacio epistémico en el que la antropología médica contemporánea se reconoce tanto heredera como crítica de dichas tradiciones.

Las complementariedades son evidentes cuando se examina la utilidad de los marcos interpretativos de la *illness* para enriquecer los programas de salud pública que tradicionalmente habían operado desde un prisma estrictamente *disease*. De igual modo, las aproximaciones críticas del *sickness* han permitido problematizar los efectos estructurales de las políticas sanitarias y cuestionar el carácter supuestamente neutral de la biomedicina, sin por ello negar la relevancia de los datos clínicos o los avances tecnológicos. Sin embargo, los puntos de fricción emergen allí donde las lógicas disciplinares divergen en torno a la centralidad del individuo frente a la estructura, o cuando las narrativas experienciales entran en tensión con los análisis que privilegian la desigualdad y la biopolítica.

Los ejemplos etnográficos muestran con claridad estas intersecciones. Estudios sobre el VIH/sida en contextos africanos o latinoamericanos han evidenciado cómo las

dimensiones *disease* (viroológicas y clínicas), *illness* (experienciales, biográficas) y *sickness* (políticas, económicas y morales) se entrecruzan de manera inseparable, revelando que la enfermedad no puede comprenderse sin un abordaje simultáneamente multiescalar y transdisciplinario⁷². Tales articulaciones no suponen un eclecticismo ingenuo, sino un terreno de disputa en el que los distintos paradigmas se tensionan y se reconfiguran mutuamente.

Aportes contemporáneos: hacia un pluralismo paradigmático

La antropología médica contemporánea parece haberse desplazado hacia un horizonte pluralista en el que la rigidez de los marcos paradigmáticos clásicos se diluye, dando paso a configuraciones híbridas y a un enfoque que privilegia la complejidad. Autoras como Margaret Lock, João Biehl o Didier Fassin han insistido en que el estudio de la salud y la enfermedad exige una perspectiva multiescalar, capaz de articular los procesos moleculares con las dinámicas sociales, las experiencias corporizadas con las estructuras de poder global.

Lock⁷³, al introducir la noción de *local biologies*, mostró cómo la biología misma se encuentra moldeada por los contextos históricos y culturales, desplazando la oposición simplista entre lo natural y lo social. Biehl⁷⁴, en sus trabajos sobre el abandono y la farmacologización de la vida en Brasil, reveló los efectos materiales de las políticas neoliberales en los cuerpos y subjetividades, subrayando la necesidad de pensar simultáneamente la escala íntima y la escala global. Fassin⁷⁵, por su parte, ha problematizado la razón humanitaria como un régimen de gobierno de la vida que opera tanto en la medicina como en la política internacional, evidenciando las ambivalencias éticas de la intervención médica en contextos de desigualdad.

Estos aportes permiten vislumbrar un tránsito hacia un pluralismo paradigmático que no busca sustituir marcos anteriores, sino articularlos críticamente en función de los desafíos contemporáneos: la globalización de las enfermedades emergentes, las nuevas configuraciones de la biopolítica, la medicalización creciente de la vida cotidiana y la persistencia de desigualdades sanitarias ligadas al género, la raza y la clase social. En este sentido, la antropología médica actual se reconoce no solo como disciplina analítica, sino también como práctica reflexiva y políticamente situada, cuyo compromiso con la salud global exige el cruce constante de fronteras disciplinares.

⁷² Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

Biehl, João. (2007). *Will to live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton University Press.

⁷³ Lock, Margaret. (1993), *op cit*.

⁷⁴ Biehl, João. (2007), *op cit*.

⁷⁵ Fassin, Didier. (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press.

Horizontes de síntesis y apertura

El recorrido de este capítulo nos ha conducido a transitar por las dimensiones de la enfermedad que han estructurado el campo de la antropología médica y los paradigmas que le han otorgado densidad histórica y teórica. Desde la tripartición clásica de *disease*, *illness* y *sickness* hasta las reelaboraciones críticas que cuestionan sus límites, hemos constatado que la enfermedad no constituye un dato bruto ni un fenómeno reductible a una sola dimensión, sino un campo polifónico en el que se entrelazan la materialidad biológica, la experiencia subjetiva y las inscripciones sociopolíticas. En este sentido, más que ofrecer categorías fijas, la antropología médica se revela como un espacio de problematización, en el que la propia noción de enfermedad opera como prisma para interrogar tanto la vida social como los regímenes de poder que la gobiernan.

La reconstrucción de los paradigmas históricos —de la antropología en la medicina a la antropología de la medicina, y de esta a la antropología de la enfermedad— nos ha permitido situar la disciplina en un movimiento constante de desbordamiento de fronteras. Estos giros no se explican como reemplazos sucesivos, sino como tensiones fecundas en las que cada enfoque ha encontrado sus posibilidades y sus límites. De este modo, los debates entre paradigmas han abierto el camino hacia propuestas contemporáneas más plurales, híbridas y multiescalares, que hoy constituyen la base para pensar los desafíos globales de la salud y la enfermedad.

En coherencia con esta lógica, el capítulo siguiente se adentrará en uno de los terrenos donde la heterogeneidad se hace más evidente: el pluralismo médico y los sistemas de atención. Allí se mostrará cómo los distintos saberes, prácticas y cosmologías médicas no solo coexisten, sino que se interrelacionan y negocian continuamente en contextos de desigualdad, hibridación y conflicto. El análisis del pluralismo no constituye únicamente una descripción de la diversidad, sino una clave crítica para comprender cómo se articulan el poder, la cultura y el sufrimiento en el espacio global contemporáneo.

A composite image featuring a diverse group of people, likely from various African and Middle Eastern cultures, dressed in traditional clothing. The individuals are arranged in a dense, overlapping composition, looking directly at the viewer with serious expressions. The background is a textured, painterly style with warm, earthy tones. The text "II PARTE" is written in large, bold, yellow capital letters with a black outline, and "PLURALISMO ASISTENCIAL" is written in smaller, bold, white capital letters with a black outline, both centered over the image.

II PARTE

PLURALISMO ASISTENCIAL

CAPÍTULO 3

DELIMITACIÓN DE CONCEPTOS

BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE



Introducción

Hablar de pluralismo asistencial supone ingresar en una de las categorías más fértiles y, al mismo tiempo, más problemáticas de la antropología médica. Lejos de constituir un simple inventario de prácticas coexistentes, el concepto remite a la necesidad de interrogar la heterogeneidad constitutiva de los procesos de atención, tanto en sus manifestaciones históricas como en sus configuraciones contemporáneas. En este sentido, antes de avanzar hacia análisis etnográficos o genealogías históricas, resulta indispensable precisar los contornos de una noción que, si bien comparte vasos comunicantes con la de pluralismo médico, excede su alcance y despliega un horizonte más abarcador.

Desde la tradición anglosajona, pioneros como Kleinman⁷⁶, Leslie⁷⁷ y Baer⁷⁸ plantearon que las sociedades modernas y no modernas muestran una convivencia estructural de sistemas y saberes médicos, desafiando la imagen hegemónica de la biomedicina como único referente legítimo. Sin embargo, como advierten los autores de la tradición hispana, particularmente Enrique Perdiguero y Josep María Comelles⁷⁹, reducir el pluralismo a una coexistencia de «medicinas» supone invisibilizar las formas sociales de cuidado, autocuidado y atención cotidiana que no se inscriben en sistemas médicos formalizados, pero que resultan fundamentales para comprender la complejidad del proceso salud/enfermedad/atención.

De ahí que insistamos en que el pluralismo asistencial no es una característica exclusiva de la contemporaneidad ni un fenómeno emergente asociado a la globalización. Más bien constituye un principio transversal e histórico de las prácticas de atención, visible en las interacciones entre médicos, curanderos, terapeutas alternativos, familias, comunidades y pacientes a lo largo del tiempo. Precisar sus contornos conceptuales, por tanto, no es un mero ejercicio terminológico, sino una condición epistemológica para abordar con rigor las tensiones, continuidades e hibridaciones que configuran el campo de la salud.

Pluralismo médico vs. pluralismo asistencial

La distinción entre pluralismo médico y pluralismo asistencial constituye un punto de inflexión conceptual imprescindible para clarificar el campo. Con el primero se ha aludido tradicionalmente a la coexistencia de diferentes sistemas médicos en un mismo espacio social, entendidos estos como corpus relativamente estructurados de saberes y prácticas —la biomedicina, la medicina tradicional china, el ayurveda, las medicinas indígenas, entre otros— que ofrecen diagnósticos, etiologías y terapéuticas propias⁸⁰. Este enfoque,

⁷⁶ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

⁷⁷ Leslie, Charles M. (1976), *op cit.*

⁷⁸ Baer, Hans A. (2004). *Toward an integrative medicine: Merging alternative therapies with biomedicine*. AltaMira Press.

⁷⁹ Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000). *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra.

⁸⁰ Leslie, Charles M. (1976), *op cit.*

que alcanzó gran influencia en la antropología médica de las décadas de 1970 y 1980, permitió mostrar que incluso en contextos dominados por la biomedicina persistían, se resignificaban o emergían otras formas de curar, disputando espacios de legitimidad y eficacia simbólica.

Sin embargo, como han señalado con particular énfasis los estudios de tradición hispana⁸¹, reducir el pluralismo a una simple «convivencia de medicinas» implica una operación de simplificación analítica que invisibiliza la multiplicidad de formas de atención que no constituyen sistemas médicos en sentido estricto, pero que son prácticas sociales fundamentales. Bajo la categoría de pluralismo asistencial se incluyen, por tanto, no solo los sistemas médicos académicos o populares, sino también las modalidades de autocuidado cotidiano, las redes familiares y comunitarias de apoyo, las terapias alternativas y complementarias, y los múltiples itinerarios terapéuticos que los sujetos transitan en busca de alivio⁸².

El paso de «pluralismo médico» a «pluralismo asistencial» supone, además, una apuesta heurística: desplazar la mirada desde los sistemas como entidades cerradas hacia las prácticas, relaciones y articulaciones que configuran el proceso salud/enfermedad/atención. Se trata de un movimiento conceptual que evita caer en el esencialismo — la idea de medicinas puras, homogéneas y autosuficientes— y abre el análisis hacia los entrelazamientos dinámicos, híbridos y sincréticos que caracterizan la atención contemporánea y pasada. De este modo, el pluralismo asistencial se afirma no solo como una categoría descriptiva, sino como una herramienta crítica para pensar la complejidad y la historicidad de los cuidados en sociedades marcadas por la desigualdad y la globalización.

Medicina popular/tradicional vs. sistemas médicos académicos

Un paso adicional en la delimitación conceptual del pluralismo asistencial consiste en trazar, aunque sea de manera preliminar, la distinción entre medicinas populares o tradicionales y sistemas médicos académicos. Esta clasificación, ampliamente utilizada en la antropología médica, no pretende fijar esencias ni clausurar fronteras, sino ofrecer un mapa analítico inicial que permita comprender las diversas formas en que las sociedades han organizado sus recursos de cuidado.

En el ámbito de las medicinas populares o tradicionales, se engloban aquellas prácticas enraizadas en contextos locales, frecuentemente transmitidas de manera oral y articuladas con cosmovisiones comunitarias. Incluyen desde el curanderismo hasta las múltiples expresiones de prácticas indígenas y rituales terapéuticos, que constituyen sistemas

Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

⁸¹ Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000), *op cit.*

⁸² Cant, Sarah & Sharma, Ursula. (2004). *A new medical pluralism: Complementary medicine, doctors, patients and the state*. Routledge

dinámicos de saber-hacer en los que se entrelazan dimensiones simbólicas, sociales y corporales⁸³.

Por otro lado, los llamados sistemas médicos académicos remiten a corpus más sistematizados y codificados de saber, que han alcanzado estatus institucional y reconocimiento histórico como tradiciones de conocimiento formalizado. Además de la biomedicina, que domina el escenario global contemporáneo, cabría mencionar la medicina tradicional china, el ayurveda, la medicina unani y diversas tradiciones médicas mesoamericanas⁸⁴.

En este punto no se trata de desarrollar en detalle sus características o sus trayectorias históricas, tarea que quedará reservada al siguiente capítulo, sino de introducir la distinción como un marco de referencia preliminar. De hecho, tal como han subrayado los estudios críticos, estas categorías no deben ser entendidas como compartimentos estancos, sino como espacios de interacción, transformación y negociación⁸⁵. En este sentido, el ejercicio clasificatorio funciona menos como una ontología de medicinas y más como un dispositivo heurístico, que prepara el terreno para un análisis posterior de los itinerarios terapéuticos y de las formas híbridas de atención que atraviesan tanto los ámbitos populares como los académicos.

Medicina alternativa vs. Medicina complementaria

La delimitación conceptual entre medicina alternativa y medicina complementaria (MCA) constituye uno de los terrenos más resbaladizos en los debates contemporáneos sobre pluralismo asistencial. En un primer acercamiento, suele entenderse por alternativa el conjunto de prácticas que buscan erigirse como sustitutivas de la biomedicina, situándose explícitamente en oposición a ella y reivindicando, por tanto, una autonomía epistemológica y terapéutica frente al paradigma biomédico hegemónico. Por el contrario, la noción de complementaria se refiere a aquellas prácticas que coexisten en diálogo con la biomedicina, en ocasiones subordinadas a ella, ofreciendo técnicas, procedimientos o perspectivas que son incorporadas de forma accesorio al proceso terapéutico sin pretensión de reemplazar el núcleo biomédico de la atención⁸⁶.

Sin embargo, más allá de esta diferenciación aparentemente clara, conviene subrayar que ambas categorías son, en gran medida, construcciones discursivas promovidas y legitimadas por instituciones sanitarias globales. Organismos como la Organización Mundial de la Salud⁸⁷ o el *National Center for Complementary and Integrative Health*

⁸³ Foster, George M., & Anderson, Barbara. (1978). *Medical anthropology*. John Wiley & Sons.

⁸⁴ Leslie, Charles M. (1976), *op cit*.

⁸⁵ Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000), *op cit*.

⁸⁶ Baer, Hans A. (2004), *op cit*.

⁸⁷ World Health Organization (WHO). (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. World Health Organization.

de los Estados Unidos⁸⁸ (NCCAM)—hoy NCCIH— han sistematizado estas taxonomías en marcos normativos y regulatorios, configurando qué prácticas se reconocen como aceptables, seguras o científicamente validables. Ello revela que el campo semántico de lo «alternativo» y lo «complementario» no responde únicamente a la lógica interna de las prácticas, sino también a procesos de medicalización, regulación y legitimación política y económica.

El debate, por ende, excede la mera cuestión terminológica. Plantea interrogantes sobre la distribución desigual de autoridad entre sistemas terapéuticos, sobre la manera en que las categorías institucionales pueden reforzar jerarquías biomédicas y sobre las tensiones en torno a la legitimidad de ciertos saberes médicos que, en muchos casos, cuentan con largas trayectorias históricas y arraigo cultural. La distinción, entonces, no solo ordena el campo terapéutico, sino que también delimita fronteras simbólicas y de poder, señalando qué formas de atención son dignas de reconocimiento oficial y cuáles permanecen en los márgenes de la institucionalidad sanitaria.

En este sentido, resulta ilustrativo el esfuerzo del antiguo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM)⁸⁹ al clasificar la MCA en cuatro grandes áreas, que ponen de manifiesto la heterogeneidad de prácticas englobadas bajo estas etiquetas institucionales:

- Prácticas con base biológica, que complementan la dieta normal con nutrientes, plantas medicinales, extractos o alimentos funcionales (como suplementos dietéticos y probióticos).

- Terapias de manipulación y basadas en el cuerpo, centradas en la intervención física de estructuras corporales (osteopatía, quiropraxia, fisioterapia).

- Intervenciones mente-cuerpo, que buscan aprovechar la conexión entre la mente, el cuerpo y el espíritu para potenciar el bienestar (meditación, yoga, ejercicios respiratorios, hipnosis, relajación progresiva, Chi Kung, tai chi).

- Terapias energéticas, que pretenden restaurar los desequilibrios de la energía vital del cuerpo (por ejemplo, el Reiki).

Esta sistematización no solo organiza un campo terapéutico de notable diversidad, sino que también refleja el modo en que las instituciones definen, regulan y legitiman lo que se considera «aceptable» dentro del horizonte de la medicina no convencional, reforzando así los marcos normativos que articulan el pluralismo asistencial contemporáneo.

⁸⁸ National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2020). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* U.S. Department of Health & Human Services.

⁸⁹ National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2008). NCCAM Special Report: *What is CAM?* U.S. Department of Health & Human Services.

Uso de la medicina tradicional y complementaria en el mundo

La extensión y legitimación social de la medicina tradicional y de la medicina complementaria y alternativa (MT/MCA) constituye uno de los fenómenos más significativos del panorama sanitario contemporáneo. Lejos de ser un residuo folclórico o una práctica marginal, diversos informes de la Organización Mundial de la Salud han mostrado que cerca del 80% de la población mundial utiliza alguna forma de medicina tradicional para cubrir sus necesidades de salud primaria, mientras que en países industrializados entre un 30% y un 70% de la población ha recurrido en algún momento a terapias complementarias⁹⁰. Estos datos dan cuenta de un pluralismo asistencial de alcance global, cuya presencia atraviesa las fronteras entre «Occidente» y «no-Occidente» y cuestiona la pretensión de universalidad de la biomedicina como único régimen legítimo de cuidado.

El análisis comparado revela, además, notables variaciones regionales. En África, la medicina tradicional sigue siendo la principal fuente de atención sanitaria en amplios sectores de la población, articulada en torno a redes de curanderos, herbolarios y sanadores espirituales. En América Latina, los sistemas de salud conviven con prácticas como el curanderismo, la herbolaria indígena y las terapias populares, generalmente en una dinámica de hibridez y articulación con la biomedicina pública. En Europa, las terapias más extendidas son la homeopatía, la naturopatía y otras técnicas asociadas al denominado «bienestar» (wellness), mientras que en Asia los sistemas médicos tradicionales de gran codificación histórica —la Medicina Tradicional China, el Ayurveda o la medicina Unani— mantienen un lugar central tanto en la práctica cotidiana como en la organización oficial de la atención⁹¹.

La OMS⁹² ha sistematizado estas variaciones mediante una clasificación tripartita que resulta particularmente útil para comprender el grado de institucionalización de la MT/MCA en distintos sistemas sanitarios:

- Sistemas integrados, donde la medicina tradicional y la complementaria se encuentran reconocidas e incorporadas de manera plena en todas las áreas del sistema de salud. Este es el caso paradigmático de China, Corea o Vietnam, donde la coexistencia con la biomedicina no es periférica, sino constitutiva del sistema sanitario nacional.
- Sistemas inclusivos, en los que la MT/MCA dispone de reconocimiento legal y regulatorio, aunque sin alcanzar un nivel de integración total en todas las esferas de atención. Ejemplos representativos incluyen Nigeria, Guinea, Canadá o el Reino Unido,

⁹⁰ World Health Organization (WHO). (2013), *op cit.*

World Health Organization (WHO). (2019). *Global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization

⁹¹ Hollenberg, Daniel & Muzzin, Linda. (2010). Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review*, 19(1), 34–56.

⁹² World Health Organization (WHO). (2002). *Traditional medicine strategy 2002–2005*. World Health Organization.

donde determinadas terapias cuentan con validación institucional, pero su acceso puede estar limitado o parcialmente regulado.

- Sistemas tolerantes o complementarios, en los cuales la MT/MCA está permitida y puede ser practicada bajo ciertos marcos legales, pero no forma parte estructural del sistema oficial de salud. España se ubica en esta categoría, donde el recurso a terapias alternativas es frecuente, aunque carece de integración plena en la política sanitaria pública.

Este panorama comparativo obliga a pensar la expansión contemporánea de la MT/MCA en términos de «glocalización»: procesos mediante los cuales prácticas de origen local, arraigadas en contextos culturales específicos, son reconfiguradas y reinsertadas en circuitos globales de circulación terapéutica, consumo y regulación⁹³. Así, la medicina tradicional y la complementaria no son únicamente prácticas de resistencia cultural, sino también elementos activos en la configuración de nuevas economías políticas de la salud, donde se negocian legitimidades, saberes y recursos en un escenario globalizado y multiescalar.

Formas de atención

La delimitación del pluralismo asistencial exige ampliar la mirada más allá de los sistemas médicos codificados —académicos o tradicionales— para adentrarse en el terreno de las prácticas sociales que configuran cotidianamente la atención a la salud. Como ha señalado Menéndez⁹⁴, reducir el análisis a los sistemas formales equivale a invisibilizar un vasto repertorio de cuidados que, aunque no siempre se formalizan como «medicina», resultan centrales en la producción social de la salud y en la gestión de la enfermedad. En esta clave, las formas de atención pueden entenderse como un campo heterogéneo, multiescalar y situado, donde lo terapéutico se despliega en registros tan diversos como lo doméstico, lo comunitario, lo asociativo o lo sincrético.

En primer lugar, el autocuidado constituye una de las modalidades más extendidas y, al mismo tiempo, más subestimadas de la atención. Incluye desde hábitos preventivos hasta la administración de remedios caseros, pasando por el uso cotidiano de fármacos de libre acceso o la búsqueda de información en fuentes no profesionales. En su aparente banalidad, estas prácticas condensan tanto saberes tradicionales transmitidos intergeneracionalmente como conocimientos biomédicos apropiados por los sujetos en contextos de creciente medicalización de la vida cotidiana⁹⁵.

⁹³ Hollenberg, Daniel & Muzzin, Linda. (2010), *op cit*.

⁹⁴ Menéndez, Eduardo L. (1990), *op cit*.

Menéndez, Eduardo L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.

⁹⁵ Perdiguerro, Enrique y Uribe, José María. (2015). *Antropología médica en la Europa meridional: 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.

Un segundo nivel lo configuran las redes familiares y comunitarias, que articulan el cuidado en torno a vínculos de parentesco, vecindad o amistad. Lejos de ser meros dispositivos de apoyo material o emocional, estas redes constituyen verdaderos entramados de decisión terapéutica, donde se negocian diagnósticos, se evalúan tratamientos y se redistribuyen recursos de atención. La antropología ha mostrado cómo el proceso de enfermar no es nunca estrictamente individual, sino que reconfigura relaciones sociales, activa solidaridades y puede incluso acentuar jerarquías de género, edad o posición social⁹⁶.

Un tercer espacio lo ocupan los grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o asociaciones de pacientes crónicos, que emergen como formas organizadas de acompañamiento y gestión colectiva de la enfermedad. Estos colectivos no solo proveen contención emocional, sino que también generan saberes prácticos, narrativas de legitimidad y, en muchos casos, plataformas de reivindicación política frente a la invisibilidad de ciertos padecimientos.

Por último, las prácticas híbridas y sincréticas constituyen un terreno privilegiado para observar el pluralismo asistencial en acción. El mestizaje terapéutico que se da en contextos locales —ya sea en la combinación de rituales indígenas con fármacos biomédicos, en el uso simultáneo de terapias energéticas y tratamientos convencionales, o en la resemantización de técnicas orientales en Occidente— revela que los itinerarios de búsqueda de atención rara vez se circunscriben a un solo modelo. Más bien, los sujetos y colectivos componen repertorios fluidos y creativos que atraviesan fronteras médicas, culturales e institucionales.

Estas formas de atención, en su diversidad, ponen de relieve que el pluralismo asistencial no puede comprenderse únicamente en términos de coexistencia de sistemas médicos. Se trata, más bien, de un campo dinámico en el que confluyen cuidados cotidianos, redes de apoyo, colectivos organizados y estrategias sincréticas, cuya articulación concreta depende de condiciones históricas, políticas y culturales específicas. Al situar la atención en esta perspectiva multiescalar, la antropología logra desnaturalizar las jerarquías terapéuticas dominantes y visibilizar la riqueza de las prácticas con las que los sujetos enfrentan el reto universal de cuidar y cuidarse.

Definición operativa del pluralismo asistencial

La tarea de avanzar hacia una definición operativa del pluralismo asistencial exige un ejercicio de síntesis conceptual que recoja, a la vez, la riqueza etnográfica y la densidad crítica desplegada en los apartados previos. No se trata de fijar un concepto cerrado ni de cristalizar una categoría normativa, sino de proponer un horizonte heurístico capaz de iluminar las formas concretas y cambiantes en que los sujetos y colectivos configuran sus itinerarios terapéuticos.

En primer lugar, el pluralismo asistencial puede entenderse como categoría heurística, en tanto recurso analítico que permite describir la diversidad de prácticas de cuidado de

⁹⁶ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

la salud en contextos sociales e históricos determinados. Desde esta óptica, el concepto habilita a registrar cómo los agentes movilizan recursos biomédicos, tradicionales, populares o alternativos, así como formas de autoatención, redes comunitarias y prácticas híbridas que desbordan cualquier clasificación estricta⁹⁷.

En segundo lugar, el pluralismo asistencial constituye también una categoría crítica, puesto que permite problematizar la hegemonía biomédica y sus pretensiones de universalidad. Al visibilizar la coexistencia de múltiples registros terapéuticos, el concepto cuestiona las jerarquías epistémicas que subordinan ciertos saberes médicos a la categoría de «alternativos» o «no oficiales». Así, el pluralismo no solo describe un fenómeno empírico, sino que también desestabiliza el imaginario moderno de un sistema médico único, homogéneo y naturalizado⁹⁸.

Sobre la base de estas dimensiones —heurística y crítica—, proponemos entender el pluralismo asistencial como:

La configuración histórica, cultural y política de un campo de atención en el que convergen, se superponen y entran en tensión prácticas diversas de cuidado de la salud —biomédicas, tradicionales, populares, alternativas, comunitarias o híbridas—. Más que una simple coexistencia de medicinas, constituye un entramado dinámico que expresa relaciones de poder, procesos de legitimación y disputas simbólicas en torno al valor de los saberes y las prácticas de sanar.

De este modo, la definición operativa aquí planteada permite articular el análisis del pluralismo asistencial no solo como descripción etnográfica de un hecho empírico, sino también como categoría crítica que revela las condiciones sociales, políticas y epistémicas bajo las cuales se organiza la atención en salud en las sociedades contemporáneas.

Síntesis conceptual

El presente capítulo ha procurado establecer un marco conceptual sólido para la comprensión del pluralismo asistencial, enfatizando la necesidad de diferenciarlo cuidadosamente de nociones cercanas, pero conceptualmente distintas, como el pluralismo médico. Esta distinción no es meramente terminológica, sino que constituye un eje heurístico y crítico: permite reconocer la diversidad de prácticas de cuidado que se despliegan más allá de los sistemas médicos formales, incorporando el autocuidado, las redes familiares y comunitarias, los grupos de autoayuda y las prácticas híbridas o sincréticas⁹⁹.

Al reafirmar la relevancia de estas delimitaciones, se subraya que clarificar las categorías analíticas es condición necesaria para abordar el pluralismo como fenómeno histórico y etnográfico. La comprensión del pluralismo asistencial como un entramado multiescalar

⁹⁷ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000), *op cit*.

⁹⁸ Baer, Hans A. (2004), *op cit*

⁹⁹ Menéndez, Eduardo. (2003), *op cit*.

y situado habilita una mirada que integra dimensiones culturales, políticas y sociales, evitando reduccionismos y esencialismos que podrían desvirtuar la complejidad del campo.

Este cierre también cumple una función prospectiva: prepara el terreno para los capítulos siguientes, en los que se analizarán los sistemas médicos específicos, se explorará la práctica efectiva del pluralismo en distintos contextos y se abordarán los debates contemporáneos en torno a legitimidad, regulación y jerarquías de conocimiento. En este sentido, la clarificación conceptual alcanzada constituye un requisito epistemológico previo indispensable para cualquier análisis riguroso de la diversidad de prácticas de atención a la salud en el mundo contemporáneo¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Foster, George M., & Anderson, Barbara. (1978), *op cit*.

CAPÍTULO 4

MEDICINA POPULAR VERSUS SISTEMAS MÉDICOS ACADÉMICOS

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE
BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

La confrontación y entrelazamiento entre medicina popular y sistemas médicos académicos constituyen uno de los ejes fundamentales en la configuración del pluralismo asistencial. Lejos de tratarse de esferas homogéneas y estáticas, ambas categorías remiten a universos de prácticas, saberes y legitimaciones que han coexistido, dialogado y también competido históricamente por definir qué se entiende por salud, enfermedad y atención. Si en el capítulo anterior nos adentramos en la necesidad de delimitar conceptualmente el pluralismo asistencial como categoría heurística y crítica, el presente capítulo propone un paso ulterior: explorar cómo se ordenan y jerarquizan estas formas de conocimiento y acción terapéutica en relación con los procesos de institucionalización, hegemonía y resistencia.

La medicina popular o tradicional emerge como un espacio de prácticas ancladas en la cotidianeidad, transmitidas intergeneracionalmente y ligadas a contextos locales de saber y de experiencia. Su carácter flexible, híbrido y adaptativo la distingue de los llamados sistemas médicos académicos, que se caracterizan por una mayor codificación doctrinal, historicidad institucional y mecanismos de validación interna. En este contraste no solo se manifiestan divergencias epistemológicas —qué cuenta como «saber médico»—, sino también asimetrías de poder, donde la biomedicina, en tanto paradigma hegemónico de la modernidad, se ha erigido como referente normativo frente al cual otras medicinas se han visto subordinadas, patologizadas o folklorizadas¹⁰¹.

Entender la relación entre lo popular y lo académico no implica únicamente describir taxonomías médicas, sino analizar los procesos sociales de legitimación y los conflictos de autoridad que definen qué prácticas son reconocidas como válidas, cuáles son relegadas a la esfera de lo «alternativo» y cuáles son integradas de manera subordinada en sistemas híbridos. De este modo, la discusión sobre la medicina popular y los sistemas médicos académicos nos sitúa en el corazón del debate antropológico sobre las jerarquías del saber, la colonialidad del conocimiento y la politicidad inherente a toda práctica de cuidado. Entendiendo que hablar de colonialidad del conocimiento no remite únicamente a un pasado histórico, sino a la persistencia de jerarquías epistémicas mediante las cuales determinados saberes médicos, asociados a la biomedicina académica, se presentan como universales, neutrales y científicamente legítimos, mientras que otros conocimientos —locales, populares o tradicionales— son desvalorizados, subordinados o reinterpretados desde categorías externas. Del mismo modo, la referencia a la politicidad de las prácticas de cuidado subraya que toda forma de atención a la salud implica relaciones de poder y decisiones normativas sobre qué saberes, cuerpos y experiencias son reconocidos y regulados, incluso cuando dichas prácticas se formulan como técnicas o desprovistas de intencionalidad política.

¹⁰¹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Menéndez, Eduardo L. (1990), *op cit*.

Medicina popular o tradicional

La medicina popular o tradicional (MT) constituye un campo heterogéneo de saberes y prácticas vinculadas a contextos locales y a experiencias históricas y culturales específicas. La Organización Mundial de la Salud¹⁰² la define como «el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de las enfermedades físicas o mentales». Esta definición institucional, de gran difusión, reconoce la diversidad de expresiones de la MT al tiempo que subraya su carácter subalterno frente a los sistemas médicos hegemónicos, especialmente en el marco de la globalización biomédica¹⁰³.

La MT se caracteriza por su transmisión oral e intergeneracional, su arraigo comunitario y su articulación con universos simbólicos, religiosos y sociales. A diferencia de los sistemas académicos codificados, se trata de un cuerpo de saberes práctico, empírico y situado, cuya eficacia no puede evaluarse únicamente en términos biomédicos, sino también en función de su capacidad para dotar de sentido a la experiencia del padecimiento, restablecer equilibrios simbólicos y reforzar la cohesión social.

En este marco, resulta fundamental considerar los principios de causalidad que organizan las interpretaciones de la enfermedad. Muchos padecimientos se explican en términos de fuerzas externas, transgresiones sociales o desequilibrios espirituales, integrando etiologías que remiten tanto a la posesión de espíritus, el mal de ojo o la acción de corrientes de aire, como a formas más elaboradas de conceptualizar la vulnerabilidad corporal. Estas concepciones pueden ser analizadas a la luz de los dos principios de la magia identificados por James George Frazer¹⁰⁴ en *The golden bough*: la magia simpática (lo semejante produce lo semejante) y la magia contaminante (las cosas que estuvieron en contacto continúan actuando recíprocamente). La vigencia contemporánea de estos principios se aprecia, por ejemplo, en las prácticas mediterráneas vinculadas al «golpe de aire» o al «mal de ojo»¹⁰⁵.

Las prácticas de la MT pueden clasificarse, de manera tentativa, en tres grandes orientaciones:

- Restaurar el equilibrio, mediante rituales y técnicas orientadas a reestablecer la homeostasis individual o social (ejemplo: baños rituales en el río Ganges).

- Evitar el daño, a través de estrategias preventivas, como rezar contra el mal de ojo, evitar determinadas acciones consideradas de riesgo o satisfacer antojos durante el embarazo.

¹⁰² World Health Organization (WHO). (2000). *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. World Health Organization.

¹⁰³ Good, Byron J. (1994), *op cit*.

¹⁰⁴ Frazer, James G. (1996[1890]). *The golden bough: A study in magic and religion* (Abridged ed.). Oxford University Press.

¹⁰⁵ Laplantine, François. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Ediciones del Sol.

- Provocar efectos beneficiosos, mediante rituales que buscan desencadenar prosperidad, salud o fortuna, como los saltos sobre hogueras en celebraciones festivas¹⁰⁶.

En el contexto ibérico y latinoamericano, persisten numerosas entidades nosológicas de raíz popular, como el «mal de ojo», el «aliacan», el «golpe de aire», la «relajadura», los «quebrantos» o la «culebrina» ante las cuales se despliega un repertorio de prácticas terapéuticas que combina rezos, limpiezas, frotaciones, infusiones o rituales específicos. Estas prácticas, lejos de constituir residuos arcaicos, conforman formas de autoatención culturalmente legitimadas¹⁰⁷, que dialogan, se confrontan o se articulan con la biomedicina y otros sistemas académicos.

En suma, la medicina popular o tradicional se revela como un espacio dinámico y polimorfo, donde el cuidado de la salud se integra en la vida cotidiana, reforzando la centralidad de la comunidad, los lazos de solidaridad y los marcos culturales de interpretación. Su persistencia y capacidad de adaptación confirman que no se trata de un vestigio del pasado, sino de un saber vivo, constitutivo de los pluralismos asistenciales contemporáneos.

Sistemas médicos académicos tradicionales

Los sistemas médicos académicos pueden definirse como aquellos que disponen de un cuerpo teórico explícito y codificado, sustentado en una cosmovisión integral del mundo, que articula concepciones del cuerpo, la salud y la enfermedad en esquemas sistemáticos de representación, diagnóstico y terapéutica¹⁰⁸. A diferencia de la medicina popular, caracterizada por la oralidad y la heterogeneidad de prácticas, los sistemas académicos han desarrollado corpus doctrinales complejos, transmitidos a través de instituciones de enseñanza formal y vinculados a tradiciones filosóficas, religiosas o científicas.

La cosmovisión de todo sistema médico académico descansa sobre seis elementos constitutivos: (1) un sistema de causalidad de la enfermedad; (2) una nosología o clasificación de padecimientos; (3) un modelo preventivo; (4) procedimientos diagnósticos específicos; (5) repertorios terapéuticos articulados; y (6) un cuerpo de terapeutas socialmente reconocidos y legitimados. Estos elementos no sólo ordenan el campo de la práctica, sino que lo sitúan dentro de un horizonte epistemológico propio que, en muchos casos, contrasta con la racionalidad biomédica moderna.

A continuación, se revisan algunos de los principales sistemas médicos académicos tradicionales, subrayando sus fundamentos teóricos, prácticas diagnósticas y terapéuticas, así como sus diferencias epistemológicas frente a la biomedicina.

¹⁰⁶ Frazer, James G. (1996[1890]), *op cit.*

¹⁰⁷ De Maya, Baldomero y Hernández, José M. (2024). *Medicina folk. Ensalmos y simbolismos en el mundo rural de Cehegín*. Editum.

¹⁰⁸ Foster, George M., & Anderson, Barbara. (1978), *op cit.*

Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

- Medicina Tradicional China (MTC)

La Medicina Tradicional China constituye uno de los sistemas médicos más antiguos y sofisticados del mundo, con raíces en el taoísmo y el confucianismo, y más tarde reforzada por aportaciones budistas. Su cosmovisión parte de la existencia de una energía vital fundamental, el *qi* (también transliterado *chi*), que circula a través de canales o meridianos que conectan órganos, emociones y fuerzas cósmicas. Esta energía se organiza en función del equilibrio entre el *yin* y el *yang*, principios complementarios que estructuran no solo el cuerpo humano, sino también el universo.

La enfermedad, en este marco, no constituye un ente externo, sino una ruptura del equilibrio energético, bien sea por bloqueo, exceso o deficiencia del *qi*. Las causas de este desequilibrio pueden situarse en agresiones del entorno (clima, vientos, humedades), en factores internos (emociones desbordadas) o en elementos sociales y espirituales (conflictos, transgresiones).

Los procedimientos diagnósticos son extremadamente complejos, y se basan en la inspección visual (especialmente de la lengua), la auscultación y olfacción, la indagación verbal, y la palpación del pulso, cuyo análisis minucioso permite reconocer estados de exceso, deficiencia, calor o frío en diferentes órganos sistemas¹⁰⁹.

Las terapias se orientan a restaurar la homeostasis global del organismo a través de:

- Dietética: un sistema nutricional basado en la clasificación *yin-yang* de alimentos y su asociación con los cinco elementos (*wu xing*), vinculados a órganos, emociones y estaciones.

- Fitoterapia (*bencao*): herbolaria que incluye no solo plantas, sino también minerales y productos animales.

- Terapias manuales y energéticas: *tuina* (masaje terapéutico), *qigong*, *tai chi chuan* o prácticas marciales con dimensión médica.

- Acupuntura y moxibustión: técnicas de estimulación de puntos energéticos mediante agujas o calor.

- Terapias complementarias: ventosas, auriculoterapia, reflexología.

Este sistema, más allá de sus prácticas específicas, articula un modelo integral de cuerpo-sociedad-universo, donde lo terapéutico se confunde con lo moral y lo espiritual, proponiendo una visión holística de la vida¹¹⁰.

- Medicina Ayurveda

La medicina ayurvédica, cuyo origen se remonta a la India védica hace más de 5000 años, constituye uno de los pilares de las llamadas «ciencias de la vida» (*ayur-veda*). Su cosmovisión se fundamenta en la existencia de una energía vital, el *prana*, que fluye a

¹⁰⁹ Kaptchuk, Ted J. (2000). *The web that has no weaver: Understanding Chinese medicine*. McGraw-Hill.

¹¹⁰ Jaramillo, Juan F. (2015). *Fundamentos de la medicina tradicional china*. eLibros Editorial.

través de los *nadis* y se organiza en centros energéticos o *chakras*, los cuales median entre el cuerpo físico y las dimensiones espirituales del ser¹¹¹.

El cuerpo se concibe como una articulación de ocho dimensiones (físicas y sutiles), y su equilibrio depende de los tres doshas: *vata* (aire y movimiento), *pitta* (fuego y bilis) y *kapha* (agua y flema). Cada individuo posee una constitución particular (*prakriti*) determinada por la proporción de *doshas*, y la enfermedad surge cuando se altera dicho equilibrio.

El diagnóstico ayurvédico es multifactorial, incluyendo la observación de la lengua, el pulso, la orina y las heces, así como la evaluación del estilo de vida y la dieta. La terapéutica se orienta a restablecer la armonía cuerpo-mente-espíritu a través de:

- Dieta y fitoterapia: basada en la clasificación de alimentos según sus cualidades (dulce, ácido, amargo, etc.) y su efecto sobre los *doshas*.

- Prácticas de purificación (*panchakarma*): métodos de limpieza como vómitos terapéuticos, purgaciones, enemas, sangrías o lavados nasales.

- Masajes y aceites: aplicación de ungüentos con plantas y minerales destinados a reequilibrar energías.

- Yoga y meditación: técnicas para el control de la mente y el espíritu, íntimamente ligadas a la salud.

- Rejuvenecimiento (*rasayana*): prácticas destinadas a prolongar la vida y mejorar la vitalidad mediante tónicos, ayunos y meditación profunda.

La Ayurveda, al igual que la MTC, propone una visión integradora de la enfermedad, en la que la salud depende no solo de procesos fisiológicos, sino de la armonización con el entorno, el cosmos y la dimensión espiritual¹¹².

- Medicina Unani

La medicina Unani constituye una adaptación y desarrollo de la tradición greco-hipocrática realizada por médicos árabes y persas durante la Edad Media, con figuras relevantes como Avicena (*Ibn Sina*) y Razes (*Al-Razi*). A partir de la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), el sistema elaboró una cosmovisión propia que integra filosofía, religión y práctica médica¹¹³.

El ser humano, en este marco, se compone de cinco entidades: temperamento, humores, órganos, espíritu vital, y acciones. El equilibrio humoral determina no solo la salud física, sino también el temperamento moral y psicológico de la persona. La enfermedad

¹¹¹ Edde, Gérard. (1987). *La medicina ayurvédica*. Editorial Ibis.

¹¹² Arnau, Juan. (2013). *La medicina india. Según las fuentes del Ayurveda*. Kairós.

Ciarlotti, Fabián. (2016). *Ayurveda y sanación holística*. Ediciones Lea.

¹¹³ Nasr, Seyyed H. (1976). *Science and civilization in Islam*. Harvard University Press.

Ahmad, Jamil. (1998). *Unani Science of Graeco-Arabic Medicine*. Roli Books Pvt Ltd

se origina en la desproporción de estos humores, lo que produce síntomas físicos y emocionales específicos.

El diagnóstico combina elementos observacionales (color y textura de la piel, excreciones, estado de la lengua, patrones de sueño) con técnicas de exploración corporal (pulso, palpación, auscultación).

Las terapias Unani incluyen:

- Dietoterapia: equilibrio humoral mediante la regulación de alimentos y bebidas.
- Hidroterapia y baños: uso del agua como agente de calor y humedad.
- Fitoterapia y mineraloterapia: empleo de plantas y minerales, siguiendo clasificaciones humoralistas.
- Masajes, ventosas y sangrías: destinadas a evacuar excesos humorales y restaurar la homeostasis.

Actualmente, la medicina Unani se practica en la India, Pakistán, Irán y países del Golfo, donde se integra parcialmente en sistemas de salud oficiales¹¹⁴. Su principal diferencia epistemológica frente a la biomedicina estriba en la inseparabilidad entre cuerpo, mente y temperamento moral, así como en su estrecha vinculación con la religión islámica.

- Medicina indígena mesoamericana

La medicina indígena mesoamericana hunde sus raíces en las civilizaciones precolombinas (mexica, maya, zapoteca, entre otras) y se caracteriza por una cosmovisión en la que el cuerpo humano es inseparable de la naturaleza y el orden cósmico. La salud se concibe como un estado de equilibrio entre fuerzas opuestas, principalmente el binomio frío-calor, y en armonía con las leyes de la comunidad y los ancestros¹¹⁵.

La enfermedad se entiende como la ruptura de este equilibrio, causada por factores naturales (alimentos inadecuados, malos vientos), sociales (conflictos, hechicerías) o espirituales (castigos divinos, pérdida del alma o *tonalli*).

El diagnóstico es realizado por curanderos, parteras, hierberos y chamanes, quienes combinan la observación corporal con prácticas adivinatorias y rituales.

Las terapias abarcan un vasto conjunto de recursos:

- Aplicaciones de frío y calor: mediante cataplasmas, baños de temazcal o el uso de fuego.
- Masajes y manipulaciones: técnicas de frotación, acomodamiento, ventosas o succiones.

¹¹⁴ Bukhari, Shahid H. (2025). The foundations of Unani Medicine. Principles, diagnosis and treatments. Cutam Press

¹¹⁵ Aparicio, Alonso J. (2009). *Cultura tradicional de salud y etnomedicina en Mesoamérica*. Trafford Publishing

- Herbolaria: utilización de plantas clasificadas como frías o calientes, junto con productos animales y minerales.

- Rituales y ensalmos: limpiezas con hierbas, humo o huevo, invocación de espíritus protectores, llamados del alma o sombra perdida.

Este sistema no se limita a la curación individual, sino que constituye un proceso comunitario y simbólico que reconstituye las relaciones sociales y espirituales, reafirmando la identidad colectiva frente a la hegemonía biomédica¹¹⁶.

- *Discusión comparativa*

Estos sistemas médicos tradicionales, pese a sus diferencias, comparten una visión holística de la salud, que integra dimensiones físicas, espirituales, emocionales y sociales. Frente a la biomedicina —basada en la anatomía, la fisiología y la experimentación científica—, los sistemas tradicionales privilegian modelos relacionales de causalidad y enfatizan la conexión entre el cuerpo humano y el cosmos. No obstante, las interacciones contemporáneas entre biomedicina y sistemas tradicionales han producido procesos de hibridación y reconfiguración, que ponen en cuestión las fronteras rígidas entre ambos universos epistémicos¹¹⁷.

Sistemas médicos académicos no tradicionales: Biomedicina y sistemas alternativos

A diferencia de los sistemas médicos tradicionales de larga genealogía histórica, existen otros que, aunque también pueden considerarse sistemas académicos por contar con una teoría, un corpus diagnóstico y un cuerpo profesional propio, se inscriben en un terreno híbrido entre la modernidad biomédica y las corrientes alternativas surgidas en los contextos europeos y norteamericanos de los siglos XVIII y XIX. Dentro de este conjunto destacan, por un lado, la biomedicina, consolidada como el sistema médico académico hegemónico, y por otro, propuestas alternativas como la homeopatía y la naturopatía, las cuales han desarrollado epistemologías particulares, estrategias de legitimación diferenciadas y trayectorias institucionales singulares.

- *Biomedicina*

La biomedicina, también denominada medicina occidental, alopática, cosmopolita o fisiológicamente orientada, constituye hoy el sistema médico hegemónico a escala global. Su consolidación se remonta al siglo XIX, en el marco del proceso de medicalización de la ciudad y del surgimiento de la medicina social vinculada a figuras como Rudolf Virchow, que abrieron el camino hacia el control estatal de la salud pública mediante las nociones biomédicas¹¹⁸.

¹¹⁶ Zolla, Carlos. (1983). *La Medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. Folios Ediciones.

¹¹⁷ Lock, Margaret., & Nguyen, Vinh-Kim. (2010), *op cit*.

¹¹⁸ Foucault, Michel. (2001[1963]), *op cit*.

La cristalización del paradigma biomédico estuvo íntimamente ligada al nacimiento de la teoría microbiana de Koch, Pasteur y Lister, y al desarrollo de una medicina etiopatogénica y anatomoclínica, que promovió un saber técnico uniforme y otorgó al hospital un papel central como espacio de medicalización colectiva. Estos avances, junto con la incorporación progresiva de la química orgánica y de la física aplicada al estudio del cuerpo, permitieron configurar una medicina de pretensión universal, centrada en la objetividad experimental y en la observación empírica¹¹⁹.

Desde el punto de vista epistemológico, la biomedicina es hija del dualismo cartesiano y se enmarca en una visión biologicista y mecanicista del ser humano, concebido como una red orgánica compuesta por aparatos y sistemas. La salud se define como un estado de normalidad fisiológica, mientras que la enfermedad se entiende como un desequilibrio somático originado por alteraciones bioquímicas, anatómicas o funcionales. La prevención se orienta, fundamentalmente, a evitar la acción de agentes patógenos de naturaleza física, química o biológica, mientras que la terapéutica busca restituir el equilibrio perdido en los órganos y tejidos.

Los procedimientos diagnósticos incluyen tanto la anamnesis clínica (entrevista y exploración) como un vasto repertorio de pruebas complementarias, entre ellas análisis de laboratorio, estudios microbiológicos, radiografías, ecografías, tomografías y resonancias magnéticas. En cuanto a los tratamientos, la biomedicina despliega un abanico de intervenciones que abarca:

- Hábitos preventivos, como dieta, ejercicio y estilos de vida saludables.
- Farmacoterapia, sustentada en principios activos producidos por la ingeniería bioquímica, aunque con orígenes vegetales, minerales o sintéticos.
- Cirugía, dirigida a la reconstrucción de tejidos o la extracción de órganos dañados.
- Terapias físico-químicas, como radioterapia o quimioterapia, orientadas a la destrucción de tejidos patológicos.

A nivel institucional, la biomedicina ha logrado monopolizar la legitimidad estatal y científica, relegando otros sistemas a posiciones subordinadas en la jerarquía asistencial. No obstante, su éxito global no ha eliminado las críticas: el exceso de medicalización, la fragmentación del cuerpo y el escaso reconocimiento de factores culturales y sociales han generado debates sobre la necesidad de un paradigma más integral.

- Homeopatía

La homeopatía fue fundada a fines del siglo XVIII por Samuel Hahnemann, quien postuló dos principios fundamentales: el de *similia similibus curantur* (lo semejante cura lo semejante) y el de la potenciación mediante diluciones sucesivas (*dynamis*). Según este

¹¹⁹ De Maya, Sánchez Hernández, José M. (2018). *Historia del cuidado: enfermeras/os, practicantes y matronas*. Círculo Rojo.

sistema, una sustancia que provoca síntomas en una persona sana puede, en dosis mínimas, estimular la curación en un enfermo que presenta síntomas similares¹²⁰.

La homeopatía construye un corpus propio de nosología y diagnóstico, basado en la individualización extrema de cada caso clínico. La terapéutica utiliza preparados altamente diluidos, lo que ha suscitado debates persistentes sobre su eficacia. Desde la perspectiva biomédica, se cuestiona que las diluciones homeopáticas contengan principios activos detectables, lo cual ha derivado en su caracterización como pseudociencia por parte de sectores académicos y organismos oficiales¹²¹.

A pesar de ello, la homeopatía gozó de gran popularidad en Europa y América durante el siglo XIX, y aún hoy mantiene presencia institucional en países como India, Francia, Alemania o México, donde convive con la biomedicina dentro de marcos regulativos particulares¹²². Su vigencia se explica tanto por su carácter «natural» y menos invasivo como por su dimensión simbólica de resistencia frente a la hegemonía biomédica.

- Naturopatía

La naturopatía, formalizada a finales del siglo XIX y principios del siglo XX por Benedict Lust en Estados Unidos, se fundamenta en la idea de que la naturaleza posee un poder intrínseco de sanación (*vis medicatrix naturae*) y que el papel del terapeuta consiste en facilitar este proceso. Su cosmovisión integra elementos del vitalismo europeo, el higienismo, la hidroterapia y prácticas de medicina popular¹²³.

El diagnóstico naturopático considera no solo síntomas clínicos, sino estilos de vida, alimentación, ejercicio, descanso y factores ambientales. En su terapéutica confluyen múltiples recursos:

- Fitoterapia y dietoterapia: uso de plantas medicinales y dietas específicas.
- Hidroterapia: aplicación de agua en diferentes temperaturas y formas (baños, compresas, envolturas).
- Terapias manuales y físicas: masajes, osteopatía, quiropraxia.
- Estímulos naturales: baños de sol, ejercicio físico, contacto con la naturaleza.

Aunque la naturopatía comparte con la biomedicina una vocación moderna de sistematización académica, su epistemología se distancia por su énfasis en la autocuración, la prevención y la integralidad del ser humano. No obstante, su estatuto científico es ambivalente: si bien algunos de sus métodos han sido validados, otros carecen de evidencia empírica concluyente¹²⁴.

¹²⁰ Nash, Eugenio B. (1989). *Fundamentos de la terapia homeopática*. El ateneo.

¹²¹ Ernst, Edzard. (2002). A systematic review of systematic reviews of homeopathy. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54(6), 577–582.

¹²² Baer, Hans A. (2004), *op cit*.

¹²³ Whorton, James C. (2002). *Nature cures: The history of alternative medicine in America*. Oxford University Press.

¹²⁴ Atwood, Kimbal. C., IV. (2003). Naturopathy: A critical appraisal. *Medscape General Medicine*,

- Comparación entre los sistemas médicos tradicionales y los no tradicionales alternativos

La relación entre estos sistemas no tradicionales/alternativos y los sistemas médicos tradicionales es ambigua. Por un lado, comparten la crítica a la biomedicina y la reivindicación de enfoques holísticos, preventivos y cercanos al paciente. Por otro, se distinguen de las medicinas populares en cuanto a su vocación de institucionalización académica y profesionalización: la homeopatía y la naturopatía han buscado, desde sus orígenes, legitimación universitaria y estatal, en contraste con la oralidad y el carácter comunitario de la medicina popular.

Dimensión	Sistemas médicos académicos tradicionales	Sistemas médicos académicos no tradicionales
Ejemplos	MTC, Ayurveda, Unani, medicina indígena mesoamericana	Biomedicina, homeopatía, naturopatía
Cosmovisión	Holística: cuerpo-sociedad-cosmos	Biologicista (biomedicina) o vitalista moderno
Concepción del cuerpo	Unidad cuerpo-mente-espíritu	Cuerpo orgánico o sistema autocurativo
Causalidad	Desequilibrios energéticos, sociales y simbólicos	Alteraciones fisiológicas o funcionales
Diagnóstico	Observación integral y contextual	Anamnesis clínica y pruebas técnicas
Terapéutica	Herbolaria, dietas, técnicas corporales y rituales	Fármacos, cirugía, terapias naturales
Estatus social	Reconocimiento variable; integración parcial	Hegemonía estatal o regulación alternativa

Tabla 3. Sistemas médicos académicos. Fuente: elaboración propia.

Asimismo, mientras las medicinas tradicionales (como la china o la ayurvédica) poseen cosmovisiones ancladas en civilizaciones milenarias, los sistemas alternativos occidentales son hijos de la modernidad ilustrada, que surgieron en diálogo (y oposición) a la consolidación de la biomedicina. En este sentido, la biomedicina, la homeopatía y la naturopatía no son meros resabios del pasado, sino expresiones de tensiones contemporáneas entre ciencia, cultura y mercado de la salud.

Intersecciones y mestizaje terapéutico

El campo de la salud contemporánea se caracteriza no solo por la coexistencia de sistemas médicos diversos, sino también por los múltiples procesos de hibridación,

sincretismo y mestizaje terapéutico que surgen del contacto entre tradiciones, instituciones y actores sociales. Estos procesos no implican simplemente una suma de recursos diagnósticos y terapéuticos, sino que generan configuraciones originales que reformulan tanto los significados culturales de la enfermedad como las prácticas de cuidado. Así, en el seno de los mercados terapéuticos actuales, conviven prácticas biomédicas estandarizadas con terapias populares, técnicas de la medicina tradicional china (MTC) o el Ayurveda reinterpretadas en clave occidental, y formas de espiritualidad contemporánea que resignifican antiguos rituales curativos¹²⁵.

Las prácticas híbridas resultantes se manifiestan en múltiples niveles: desde el uso conjunto de fármacos biomédicos con remedios herbolarios locales, hasta la integración de terapias de origen oriental, como la acupuntura o el yoga, en hospitales públicos y privados de países occidentales. En América Latina, por ejemplo, es frecuente que los pacientes articulen el curanderismo popular con tratamientos biomédicos prescritos en centros de salud, configurando itinerarios terapéuticos que responden tanto a la eficacia percibida como a los recursos disponibles y las afiliaciones culturales¹²⁶. De modo semejante, en contextos urbanos de Europa y Estados Unidos, proliferan clínicas privadas donde conviven prácticas de homeopatía, naturopatía y MTC, a menudo legitimadas bajo el paraguas del llamado *wellness* o medicina integrativa¹²⁷.

En estas convergencias se evidencian también tensiones epistemológicas y de legitimidad. Mientras que la biomedicina reclama su centralidad en virtud de su supuesta objetividad científica, las medicinas tradicionales y populares apelan a saberes holísticos, simbólicos y experienciales que cuestionan el reduccionismo biologicista. De ahí que el mestizaje terapéutico se constituya, más que como un espacio armónico, como un campo de negociación asimétrica, en el que persisten relaciones de hegemonía y subalternidad. Como ha señalado Kleinman¹²⁸, el encuentro entre sistemas médicos debe comprenderse dentro de una dinámica de poder y de traducción cultural, donde ciertos saberes son validados institucionalmente mientras otros permanecen relegados a la esfera de lo doméstico o lo informal.

En consecuencia, el mestizaje terapéutico contemporáneo no puede reducirse a un simple eclecticismo pragmático, sino que debe ser analizado como un proceso histórico, cultural y político, en el que se reconfiguran permanentemente las fronteras del saber médico y las posibilidades de acción de los sujetos que lo practican y lo reciben.

¹²⁵ Trawick, Margaret E. (1983). Death and nurturance in Indian systems of healing. *Social Science & Medicine*, 17(14), 935–945.

Langwick, Stacey A. (2011). *Bodies, politics, and African healing: The matter of maladies in Tanzania*. Indiana University Press.

¹²⁶ Menéndez, Eduardo L. (2003), *op cit*.

¹²⁷ Baer, Hans A. (2004), *op cit*.

¹²⁸ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Perspectivas críticas y contemporáneas

El análisis del pluralismo médico contemporáneo exige situarse en un horizonte marcado por la globalización de las prácticas sanitarias y la emergencia de formas de glocalismo que, lejos de homogeneizar, producen configuraciones situadas en las que lo global y lo local se entrelazan de manera creativa y, a veces, conflictiva. Así, sistemas médicos de origen asiático como la Medicina Tradicional China o el Ayurveda se difunden en circuitos transnacionales, pero en cada contexto se adaptan y resignifican, adquiriendo rasgos propios en función de las demandas del mercado, los marcos regulatorios estatales y las cosmovisiones locales¹²⁹. En este sentido, el pluralismo asistencial se convierte en un campo atravesado por procesos de hibridación cultural y económica, donde los discursos sobre la salud, el cuerpo y la enfermedad son permanentemente reconfigurados¹³⁰.

En paralelo, la expansión y consolidación de la biomedicina como sistema hegemónico ha venido acompañada de un fenómeno ampliamente problematizado: la medicalización. Este proceso, que Foucault¹³¹ describió en términos de biopolítica, alude al modo en que la medicina no solo interviene sobre cuerpos enfermos, sino que regula poblaciones enteras, normaliza conductas y convierte dimensiones de la vida cotidiana en objetos de intervención médica. Ivan Illich¹³² llevó esta crítica más allá al acuñar el concepto de iatrogenia social y cultural, mostrando cómo la institucionalización biomédica puede erosionar la autonomía de los sujetos y producir dependencias patológicas en torno al consumo de servicios médicos. Estas perspectivas críticas continúan vigentes en un contexto global en el que proliferan políticas de salud pública orientadas al control epidemiológico, la vigilancia biotecnológica y la expansión del mercado farmacéutico.

A ello se suman los debates contemporáneos en torno a la regulación y legitimación de sistemas médicos no biomédicos, tanto en el plano normativo como en el epistemológico. En numerosos países, las prácticas de medicina tradicional y complementaria son objeto de procesos de institucionalización, que van desde su incorporación parcial en sistemas de salud pública hasta su confinamiento en circuitos comerciales regulados bajo la lógica de la «seguridad» y la «eficacia» biomédica¹³³. Esta tendencia refleja no solo el interés por ampliar la oferta terapéutica, sino también las tensiones inherentes a la convivencia de epistemologías dispares en un mismo campo regulatorio.

Para la antropología médica, estas dinámicas plantean desafíos analíticos fundamentales. En primer lugar, invitan a repensar el pluralismo asistencial no como una suma de prácticas inconexas, sino como un entramado multiescalar en el que confluyen saberes

¹²⁹ Hsu, Elisabeth. (2008). *The transmission of Chinese medicine*. Cambridge University Press.

¹³⁰ Palacios, José. (2019). Cartografías postestructurales entre las prácticas alternativas en salud y las nuevas espiritualidades. *Disparidades. Revista De Antropología*, 74(1).

¹³¹ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

¹³² Illich, Ivan. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral.

¹³³ World Health Organization (WHO). (2013), *op cit*.

locales, mercados transnacionales, políticas estatales y regímenes de verdad biomédicos. En segundo lugar, obligan a cuestionar las jerarquías de legitimidad que estructuran el acceso a la salud, mostrando cómo las categorías de «científico», «tradicional» o «alternativo» son siempre el resultado de negociaciones históricas y políticas¹³⁴. Finalmente, el análisis crítico del pluralismo contemporáneo permite situar la atención a la salud en un marco donde la experiencia de los pacientes, la agencia de los terapeutas y las regulaciones institucionales se encuentran imbricadas en un mismo proceso social, cultural y político.

Hacia una articulación conceptual

El recorrido trazado a lo largo de este capítulo ha permitido delimitar los contornos conceptuales y prácticos de los principales sistemas médicos, tanto populares como académicos —tradicionales y no tradicionales—, subrayando la riqueza y complejidad de un campo en el que confluyen dimensiones históricas, sociales y epistemológicas. La exposición de la medicina popular o tradicional ha mostrado su íntima vinculación con la vida comunitaria, las redes familiares y las prácticas simbólicas que otorgan sentido y eficacia social a sus intervenciones. Frente a ello, los sistemas médicos académicos tradicionales, como la Medicina China, el Ayurveda, el Unani o los complejos terapéuticos mesoamericanos, se erigen como corpus doctrinales con cosmovisiones sistemáticas que configuran modelos de causalidad, clasificación de enfermedades, procedimientos diagnósticos y cuerpos profesionales de terapeutas. Finalmente, los sistemas académicos no tradicionales —con la biomedicina como paradigma hegemónico y con alternativas como la homeopatía y la naturopatía— expresan la historicidad moderna del pluralismo asistencial y la tensión entre legitimaciones institucionales y epistemologías divergentes.

La articulación de estas tipologías permite comprender que el pluralismo médico no debe concebirse únicamente como un inventario de prácticas, sino como un campo dinámico de relaciones de poder y producción de saberes. Tal como subrayaban Menéndez¹³⁵ y Kleinman¹³⁶, la diversidad terapéutica revela tanto la vitalidad cultural de los pueblos como las asimetrías de autoridad que atraviesan el acceso a la salud. En este sentido, el presente capítulo prolonga las discusiones previas sobre pluralismo asistencial y antropología médica, consolidando un marco que permite analizar no solo los sistemas en sí mismos, sino también las intersecciones, tensiones y mestizajes que los reconfiguran en contextos contemporáneos.

De este modo, la síntesis aquí realizada constituye un alegato para avanzar hacia el análisis etnográfico de las prácticas médicas en contextos locales y globales, donde lo popular, lo académico y lo alternativo no se presentan como esferas cerradas, sino como

¹³⁴ Lock, Margaret., & Nguyen, Vinh-Kim. (2010), *op cit.*

¹³⁵ Menéndez, Eduardo L. (2003), *op cit.*

¹³⁶ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

espacios de interacción y negociación. Clarificar estas categorías y sus relaciones se revela, así, como condición indispensable para comprender la salud como un fenómeno total, en el que convergen biología, cultura, política y economía.

CAPÍTULO 5

TRADICIONES DE ESTUDIO DEL PLURALISMO ASISTENCIAL

BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE



Introducción

El análisis del pluralismo asistencial en antropología médica no se limita a describir la coexistencia de múltiples sistemas médicos en un mismo espacio social, sino que también implica reconocer los modos en que esta coexistencia ha sido conceptualizada, problematizada y estudiada por distintas tradiciones académicas. Al hablar de «tradiciones de estudio» nos referimos, por tanto, no a los sistemas médicos en sí mismos, sino a los marcos analíticos, lenguajes teóricos y aproximaciones metodológicas que, desde diferentes contextos nacionales y disciplinarios, han configurado maneras específicas de pensar y de investigar la pluralidad asistencial.

Este desplazamiento hacia el examen de las genealogías analíticas es fundamental, pues permite advertir que la manera en que se ha producido conocimiento sobre la pluralidad terapéutica no es neutra, sino que está atravesada por matrices epistemológicas, por prioridades políticas de investigación y por relaciones de poder en la producción académica¹³⁷. Comprender las tradiciones de estudio es, en consecuencia, condición necesaria para captar tanto las posibilidades como las limitaciones de las categorías que empleamos al hablar de sistemas médicos, itinerarios terapéuticos o pluralismo.

La importancia de este ejercicio se acentúa si consideramos que, como se mostró en capítulos previos, el pluralismo asistencial constituye un fenómeno que combina dimensiones históricas, culturales y políticas, y cuya interpretación varía según el horizonte disciplinar desde el cual se aborde¹³⁸. Revisar las tradiciones de estudio —desde los modelos sociológicos centrados en el uso de servicios sanitarios, hasta las perspectivas antropológicas americanas, francófonas e hispanohablantes— permitirá trazar un mapa crítico de cómo se ha conceptualizado la experiencia de la enfermedad, la agencia de los pacientes y las relaciones entre sistemas de atención.

En este sentido, este capítulo funciona como un puente epistemológico respecto a lo ya examinado: si en los capítulos anteriores se delimitaban las categorías y tipologías de sistemas médicos y se introducían las bases del pluralismo asistencial, aquí se propone examinar cómo esas categorías han sido articuladas en distintos contextos académicos. Este paso es crucial para avanzar hacia un análisis etnográfico más sofisticado de las prácticas y los itinerarios de salud, donde los conceptos no se asuman como dados, sino como productos históricos de tradiciones intelectuales que siguen modulando la manera en que comprendemos la salud, la enfermedad y la atención.

¹³⁷ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

Good, Byron. (1994), *op cit.*

¹³⁸ Menéndez, Eduardo. (1994), *op cit.*

Los orígenes en la sociología médica y modelos de uso sanitario

El abordaje del pluralismo asistencial desde la sociología médica anglosajona se articuló, a partir de mediados del siglo XX, en torno al estudio del comportamiento ante la enfermedad y de los patrones de utilización de los servicios sanitarios formales. En este marco, la obra de David Mechanic se consolidó como un referente fundamental, al proponer un análisis sistemático de los factores que influyen en las decisiones de búsqueda de atención, incluyendo variables como la disponibilidad de recursos, los costos económicos, la accesibilidad geográfica y la estructura organizativa de los servicios¹³⁹. La sociología médica desarrolló así un corpus de investigaciones que situaban la atención a la salud dentro del campo más amplio de los determinantes sociales del comportamiento humano, interpretando la búsqueda de cuidados en clave de racionalidad económica y de respuesta a condicionantes estructurales.

Estos modelos aportaron una primera sistematización empírica sobre cómo las personas utilizan las instituciones sanitarias, sentando bases metodológicas para medir frecuencias de uso, distribución de servicios y patrones diferenciales según clase social o nivel educativo. Estos desarrollos no se limitaron exclusivamente a una lógica cuantitativa, sino que incluyeron análisis relevantes sobre desigualdad social, estratificación y organización institucional de la atención. No obstante, el énfasis en el acceso y en los costos tendió a reducir la complejidad de los itinerarios terapéuticos a un cálculo de oportunidades y restricciones, privilegiando una visión de la atención como consumo de servicios¹⁴⁰. La dimensión cultural —esto es, los significados atribuidos a la enfermedad, las prácticas locales de cuidado y los procesos de interpretación simbólica del malestar— quedaba relegada a un segundo plano, cuando no invisibilizada.

A ello se sumaba una limitación de carácter epistemológico: la excesiva centralidad otorgada a la relación paciente-profesional clínico como unidad de análisis, en detrimento de la consideración de los contextos comunitarios y de los sistemas no institucionalizados de atención. Como ha sido señalado por la antropología médica, esta perspectiva implicaba una suerte de psicologización de la experiencia de la enfermedad, que reducía la agencia del sujeto enfermo a decisiones individuales en interacción con un proveedor, desatendiendo los entramados sociales y culturales que condicionan dichas decisiones¹⁴¹.

En síntesis, si bien la sociología médica de corte anglosajón inauguró una tradición analítica valiosa en términos de descripción de patrones de uso de los servicios, su aproximación resultaba economicista, descontextualizada y limitada en su capacidad explicativa. Estas restricciones marcaron, en buena medida, el terreno sobre el cual la antropología médica desplegaría posteriormente sus aportaciones, proponiendo un análisis

¹³⁹ Mechanic, David. (1968). *Medical sociology: A selective view*. Free Press.

¹⁴⁰ Cockerham, William C. (2017). *Medical sociology* (14th ed.). Routledge.

¹⁴¹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Menéndez, Eduardo L. (1990), *op cit*.

más comprehensivo que incorporara las dimensiones simbólicas, culturales y comunitarias de la atención a la salud.

La tradición americana/anglosajona

El giro hacia una comprensión más compleja del pluralismo asistencial dentro de la antropología médica se debe en gran medida a la obra de Arthur Kleinman, así como a los aportes de otros antropólogos médicos como Byron Good y Allan Young, quienes en las décadas de 1970 y 1980 consolidaron un marco interpretativo capaz de superar los límites economicistas y conductuales de la sociología médica. Su propuesta no se centraba en la mera cuantificación del acceso, sino en el análisis de los modelos culturales de interpretación de la enfermedad, entendidos como esquemas compartidos que median la experiencia individual, las prácticas de cuidado y la relación con los sistemas terapéuticos.

Kleinman¹⁴², en su célebre clasificación, distingue tres grandes ámbitos del cuidado a los que los pacientes acceden simultáneamente o de forma secuencial: el sistema popular (profano, doméstico y no especializado, en el que predominan las prácticas de autocuidado y el saber transmitido intergeneracionalmente), el sistema folk (medicina popular ejercida por terapeutas no institucionalizados, curanderos o especialistas locales) y el sistema profesional (el de la medicina hegemónica, fundamentalmente biomédica en contextos occidentales). Esta tipología permite situar al paciente en el centro de un campo asistencial plural, reconociendo su agencia en la selección, combinación y resignificación de recursos disponibles.

Los trabajos posteriores de Good¹⁴³ profundizaron en la dimensión simbólica del sufrimiento y en la manera en que los relatos y prácticas médicas configuran mundos de significado, en los que la enfermedad se convierte en una experiencia culturalmente mediada más que en un mero hecho biológico. Young¹⁴⁴, por su parte, analizó los modelos explicativos empleados por pacientes y terapeutas para dar sentido a los procesos patológicos, destacando cómo la convergencia o divergencia entre dichos modelos condiciona tanto la relación terapéutica como los itinerarios de búsqueda de atención.

Desde esta tradición, la atención a la salud se concibe como un proceso plural y dinámico de itinerarios terapéuticos, en el que los sujetos movilizan distintos recursos según necesidades prácticas, afinidades culturales y marcos de legitimidad. La enfermedad, lejos de constituir un evento exclusivamente clínico, se entiende como un fenómeno social y cultural que obliga a los pacientes a transitar entre diversas instancias asistenciales, combinando la biomedicina con medicinas populares o tradicionales en función de su eficacia percibida, de las narrativas compartidas en el entorno social o de las restricciones de accesibilidad.

¹⁴² Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

¹⁴³ Good, Byron. (1994), *op cit.*

¹⁴⁴ Young, Allan. (1982), *op cit.*

Este enfoque introduce una visión relacional y dialógica: el paciente ya no es analizado como consumidor pasivo de servicios, sino como actor que negocia entre sistemas de saber heterogéneos, cuyas fronteras son porosas y se redefinen constantemente. De este modo, la tradición americana de la antropología médica abrió el camino a un análisis del pluralismo asistencial que integra simultáneamente lo biológico, lo cultural y lo social, configurando una epistemología crítica frente al reduccionismo biomédico y a la psicologización de la sociología médica.

Tradición francófona/europea

En el ámbito francófono, la antropología de la salud desarrolló una aproximación distintiva al pluralismo asistencial, articulada en torno al concepto de «itinerario terapéutico» (*itinéraire thérapeutique*), que se consolidó a partir de los años setenta como una categoría analítica clave para comprender la complejidad de los procesos de búsqueda de cuidado. A diferencia de los modelos americanos, centrados en la clasificación de sistemas de atención (popular, folk, profesional), el enfoque francófono pone el acento en los trayectos concretos que realizan los sujetos enfermos, trayectos que no solo incluyen la movilización de recursos médicos, sino también el peso de las redes sociales, las instituciones locales y los sistemas simbólicos¹⁴⁵.

El itinerario terapéutico, más que una suma de decisiones racionales, constituye una secuencia de elecciones situadas en contextos socioeconómicos y culturales específicos. Estas trayectorias incorporan la dimensión de lo ritual y lo simbólico, reconociendo que la enfermedad es simultáneamente un acontecimiento biológico, un hecho social y un drama cultural. Este énfasis en la articulación de lo biológico, lo social y lo cultural representa una diferencia notable frente a los modelos sociológicos clásicos, y supone un desplazamiento hacia una antropología situada del sufrimiento que analiza la enfermedad como experiencia total.

En este marco, destacan los trabajos de la etnopsiquiatría francesa, particularmente los desarrollados por Tobie Nathan y la escuela de París, quienes introdujeron la noción de dispositivo terapéutico transcultural. Dichos enfoques reconocen la importancia de los universos simbólicos y religiosos en la elaboración de diagnósticos y tratamientos, sobre todo en contextos migratorios, donde los pacientes movilizan simultáneamente categorías biomédicas y referencias a entidades espirituales o rituales¹⁴⁶.

Asimismo, la tradición francófona ha estado marcada por estudios etnológicos en Francia y Suiza que ponen de relieve la dimensión relacional de la cura, donde la autoridad terapéutica se comparte o disputa entre médicos, curanderos, líderes religiosos y redes

¹⁴⁵ Pierre-Joseph, Laurent. (1999). *La construction sociale des maladies: Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Presses Universitaires de France.

¹⁴⁶ Nathan, Tobie. (1993). *La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.

Moro, Marie R. (1994). *Parents en exil: Psychopathologie et migrations*. Presses Universitaires de France.

familiares. Esta perspectiva privilegia el análisis de los usos sociales de la enfermedad, mostrando cómo los itinerarios terapéuticos se configuran a partir de interacciones sociales y estructuras de legitimidad que desbordan lo puramente clínico¹⁴⁷.

De este modo, el enfoque francófono se distingue por:

- Su atención a la historicidad de los recorridos de los pacientes.
- La integración de dimensiones simbólicas, rituales y emocionales.
- La relevancia otorgada a los contextos de migración y transculturalidad.
- La construcción de categorías que superan la dicotomía estricta entre lo biomédico y lo tradicional.

Este marco teórico-metodológico, al situar la enfermedad en el cruce entre lo individual, lo comunitario y lo institucional, aporta herramientas críticas de gran utilidad para la comprensión del pluralismo asistencial en sociedades contemporáneas caracterizadas por la movilidad, la diversidad cultural y la persistente desigualdad en el acceso a la salud.

Tradición hispanohablante / Latinoamericana

En el contexto latinoamericano y, más ampliamente, en el ámbito hispanohablante, el estudio del pluralismo asistencial ha estado marcado por la emergencia de un marco teórico propio que, lejos de reproducir los enfoques anglosajones o francófonos, se ha preocupado por desentrañar las relaciones de poder entre sistemas médicos y por situar los procesos de atención en la intersección de lo cultural, lo político y lo económico. El referente ineludible en este terreno es Eduardo L. Menéndez, quien a lo largo de más de cuatro décadas ha desarrollado la noción de Modelo Médico Hegemónico (MMH) para designar a la biomedicina en su dimensión de sistema dominante y globalizado, caracterizado por su biologicismo, su carácter individualista y su tendencia a la medicalización de la vida social¹⁴⁸.

Frente a esta hegemonía, Menéndez¹⁴⁹ propone analizar el campo asistencial en términos de tres grandes sistemas de atención: el sistema profesional (biomedicina institucionalizada), el sistema alternativo (prácticas no hegemónicas, entre ellas las medicinas tradicionales y complementarias) y el sistema de autoatención, entendido como el conjunto de prácticas, saberes y recursos que las personas y comunidades ponen en marcha en su vida cotidiana para preservar, recuperar o mejorar la salud. Esta tríada analítica, a diferencia de los modelos explicativos anglosajones, otorga centralidad a la autoatención como eje estructurante de la práctica sanitaria en contextos de desigualdad y escasa cobertura institucional, revelando así la relevancia de prácticas cotidianas que van desde el uso de remedios caseros hasta la movilización de redes familiares y comunitarias.

¹⁴⁷ Benoist, Jean. (1996). *Soigner au pluriel: Essais sur le pluralisme médical*. Karthala.

¹⁴⁸ Menéndez, Eduardo L. (1985). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 09-32.

¹⁴⁹ Menéndez, Eduardo L. (2003), *op cit*.

Los estudios etnográficos latinoamericanos han sido particularmente prolíficos en explorar esta diversidad de formas de atención, mostrando la manera en que las poblaciones indígenas, campesinas y urbanas recurren a un repertorio híbrido de recursos en los que coexisten la biomedicina, los curanderos locales, las iglesias pentecostales, la herbolaria y las prácticas rituales. Investigaciones sobre salud indígena en Brasil y México¹⁵⁰ han subrayado cómo el pluralismo asistencial no solo refleja una coexistencia de opciones terapéuticas, sino también un campo de disputa epistemológica y política, donde se negocia la legitimidad de los saberes indígenas frente a las políticas estatales de salud intercultural.

En el caso español, la antropología médica ha desarrollado líneas de trabajo que, en diálogo con las propuestas latinoamericanas, se han centrado en fenómenos como la persistencia de la medicina popular, la circulación de medicinas complementarias y alternativas, y el papel de los sanadores en contextos contemporáneos. Pedro Laín Entralgo¹⁵¹ aportó un enfoque pionero sobre la medicina social y la sociología de la salud en España, enfatizando la dimensión social e institucional de la práctica médica y proporcionando un marco histórico para comprender la evolución del pensamiento sobre salud y enfermedad en el país. Posteriormente, autores como Perdiguero¹⁵² y Comelles¹⁵³ han insistido en que el pluralismo asistencial en Europa meridional debe analizarse tanto desde la pervivencia de tradiciones locales¹⁵⁴ —rezos, remedios caseros, curanderismo— como desde la creciente inserción de prácticas globalizadas como la homeopatía, el reiki o la acupuntura. En este sentido, los estudios españoles han subrayado la necesidad de no disolver el análisis en una mera taxonomía de prácticas, sino de atender a los procesos sociales de legitimación y regulación que reconfiguran continuamente el campo asistencial.

Así, la tradición hispanohablante se distingue por tres aportes centrales:

- La conceptualización crítica del Modelo Médico Hegemónico como matriz de dominación biomédica.

¹⁵⁰ Fernández-Juárez, Gerardo (cord.). (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. Universidad de Castilla la Mancha.

Langdon, Esther J. (2018). Salud indígena en Brasil: Pluralismo médico y autoatención. *Desatascos*, 58, 8–15.

Freyermuth, Graciela, y Sesia, Paola. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desatascos*, 20, 9-2

¹⁵¹ Orringer, Nelson R. (2008). La antropología médica de Pedro Laín Entralgo: Historia y teoría. *Ars Medica. Revista de Humanidades*, 2, 190–205.

¹⁵² Perdiguero, Enrique. (2004), *op cit*.

¹⁵³ Comelles, Josep M. (1988). *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.

¹⁵⁴ De Maya, Baldomero y Hernández, José M. (2024), *op cit*.

- La visibilización de la autoatención como dimensión constitutiva del proceso asistencial.

- El análisis del pluralismo asistencial en clave histórica, política y cultural, tanto en América Latina como en España, destacando el papel de las prácticas locales en el marco de la globalización médica.

De esta manera, el campo hispanohablante no solo contribuye a enriquecer el debate internacional sobre pluralismo asistencial, sino que también ofrece categorías analíticas propias, capaces de dar cuenta de realidades caracterizadas por la desigualdad estructural, la persistencia de saberes populares y la creciente circulación transnacional de terapias y discursos médicos.

Temas transversales en las tradiciones

Más allá de las particularidades teóricas y metodológicas que distinguen a las tradiciones americana, francófona e hispanohablante en el estudio del pluralismo asistencial, es posible identificar una serie de temas transversales que, de manera recurrente, han orientado sus reflexiones y que constituyen un campo común de problematización. Estos ejes permiten articular un diálogo comparativo entre corrientes y, al mismo tiempo, subrayar los retos pendientes de la antropología médica en relación con el pluralismo.

Uno de estos ejes es la noción de itinerario terapéutico, es decir, la descripción y análisis de los recorridos que realizan las personas al enfrentarse a un padecimiento. Desde los trabajos pioneros de Kleinman¹⁵⁵ hasta los desarrollos posteriores en la tradición francófona¹⁵⁶, se ha puesto de relieve que los sujetos no se limitan a elegir de manera aislada entre alternativas terapéuticas, sino que combinan, alternan y negocian distintas opciones —autocuidado, medicina popular, biomedicina, terapias alternativas— en función de contextos socioculturales, restricciones económicas, valores familiares y marcos simbólicos. Estos itinerarios muestran que el pluralismo asistencial es siempre un proceso dinámico y situado, antes que una simple convivencia estática de sistemas médicos.

Ligada a esta noción está la cuestión de la agencia de los sujetos. Tanto en el ámbito anglosajón como en el latinoamericano, la investigación antropológica ha insistido en que los pacientes no son receptores pasivos de saberes expertos, sino actores activos que evalúan, seleccionan y jerarquizan recursos de acuerdo con sus códigos culturales y sus experiencias previas¹⁵⁷. La agencia se expresa, asimismo, en la capacidad de los pacientes y sus familias para negociar con los profesionales de la salud, desafiar la autoridad biomédica o legitimar formas de conocimiento subalternas. En este sentido, el pluralismo

¹⁵⁵ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

¹⁵⁶ Benoist, Jean. (1996), *op cit.*

Pierre-Joseph, Laurent. (1999), *op cit.*

¹⁵⁷ Young, Allan. (1981). When rational men fall sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 317–335.

Menéndez, Eduardo L. (2003), *op cit.*

asistencial aparece como un espacio de negociación de legitimidades, donde se ponen en juego tanto la credibilidad de las terapias como el poder de los discursos institucionales.

Otro eje transversal es el de las críticas metodológicas compartidas. Una de las más persistentes ha sido la denuncia contra las lecturas esencialistas que, al describir las medicinas tradicionales o populares, tienden a cristalizarlas como sistemas homogéneos, atemporales y ajenos a los procesos históricos de transformación¹⁵⁸. Frente a ello, la antropología contemporánea insiste en la necesidad de analizar las hibridaciones y mestizajes que caracterizan a las prácticas actuales. Igualmente, se ha señalado la idealización de la tradición como un obstáculo analítico: concebir lo popular o lo indígena como «auténtico» frente a lo moderno invisibiliza los procesos de apropiación, resistencia y reinvenición cultural.

Finalmente, cabe destacar la crítica a la descentralización insuficiente del análisis, es decir, la tendencia de ciertos enfoques a privilegiar categorías occidentales (como «medicina alternativa» o «complementaria») sin reconocer la historicidad ni los marcos epistémicos de los propios actores. Del mismo modo, la ausencia de historia ha sido señalada como una limitación recurrente: muchos estudios se han centrado en el presente etnográfico sin atender a las genealogías coloniales, económicas y políticas que han configurado el campo asistencial contemporáneo¹⁵⁹.

En suma, los temas transversales permiten comprender que, aunque cada tradición de estudio ha priorizado conceptos y herramientas distintas, todas convergen en señalar que el pluralismo asistencial no puede analizarse sin atender a los recorridos de los sujetos, las negociaciones de poder y las críticas epistemológicas que emergen al interrogar la relación entre sistemas médicos, saberes y prácticas en contextos diversos.

Nuevas tendencias y perspectivas emergentes

En las últimas décadas, el estudio del pluralismo asistencial ha experimentado una renovación profunda que trasciende los marcos clásicos de las tradiciones americana, francófona e hispanohablante, incorporando nuevos objetos, metodologías y paradigmas de análisis. Estas tendencias emergentes reflejan la creciente complejidad de los escenarios contemporáneos de salud y enfermedad, atravesados por procesos globales de movilidad, transformaciones tecnocientíficas y debates normativos en torno a la justicia y los derechos sanitarios.

Uno de los campos más significativos de esta renovación lo constituyen los estudios sobre movilidad, migración y pluralismo médico transfronterizo. Investigaciones recientes han mostrado cómo las poblaciones migrantes articulan itinerarios terapéuticos que atraviesan fronteras nacionales y sistemas normativos, combinando recursos biomédicos institucionales, terapias tradicionales, prácticas populares y redes transnacionales de

¹⁵⁸ Comelles, José María y Martínez-Hernández, Ángel. (1993), *op cit*.

¹⁵⁹ Lock, Margaret., & Nguyen, Vinh-Kim. (2010), *op cit*.

cuidado¹⁶⁰. La noción de «itinerarios terapéuticos transfronterizos» enfatiza que las elecciones de los pacientes no se limitan al repertorio local, sino que se expanden a través de circuitos migratorios, diásporas y vínculos comunitarios sostenidos a distancia¹⁶¹. Este enfoque pone de relieve la dimensión globalizada del pluralismo asistencial y la necesidad de comprenderlo como fenómeno que reconfigura territorios, identidades y subjetividades.

Otra vertiente emergente es el desarrollo de paradigmas interdisciplinarios que buscan integrar la antropología médica con la salud global, la epidemiología crítica y las ciencias sociales de la salud. Estos enfoques subrayan que los itinerarios de cuidado no pueden analizarse al margen de los determinantes sociales de la salud, la distribución desigual de riesgos y recursos, y los entramados políticos que condicionan el acceso a la atención¹⁶². Así, se promueve una mirada que combina el análisis cultural con perspectivas estructurales y epidemiológicas, capaz de dar cuenta de los efectos del neoliberalismo, las políticas de austeridad o la mercantilización de la atención sanitaria en la producción de inequidades.

De forma paralela, ha cobrado fuerza una perspectiva ecológica y de justicia sanitaria que considera el pluralismo médico dentro de un marco más amplio de sostenibilidad, derechos humanos y dignidad colectiva. Desde esta óptica, los sistemas médicos tradicionales y populares no son únicamente repertorios terapéuticos, sino también expresiones de soberanía cultural y patrimonio inmaterial, cuya erosión está vinculada a dinámicas de extractivismo y desposesión¹⁶³. El reconocimiento de estas prácticas adquiere así una dimensión ética y política, en la medida en que implica garantizar el derecho de las

¹⁶⁰ Ytterbrink, Klas, Olsson, Jan E. & Bertinson, Bo C. (2022). Diagnosis and treatment of vulnerable migrants: a retrospective study at a Doctors of the World clinic in Stockholm. *BMC Health Services Research*, 22, Article 212.

Plaza del Pino, Fernando J., Chraïbi, Ghita, Molina-Gallego, Brigita, Humanes-García, María, Sánchez-Ojeda, María A., & Ugarte-Gurrutxaga, María I. (2024). Access to the Health Care System of Undocumented Moroccan Migrant Slum Dwellers in Southern Spain: A Qualitative Study. *Nursing Reports*, 14(1), 494-505.

Lamarque, Muriel & Moro Gutiérrez, Lourdes. (2020). Therapeutic Itineraries and Processes of Illness Care in Latin American Migrants: Conflicts, Negotiations, and Adaptations. *Revista Mexicana de Investigación en Salud*, v.1(1), artículo 1796.

¹⁶¹ Massey, Douglas S. (2003). *Patterns and processes of international migration in the 21st century*. World Bank.

¹⁶² Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

Castro, Arachu & Singer, Merrill (eds.).(2004). *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*. Altamira Press.

¹⁶³ Langdon, Esther J., & Garnelo, Luiza. (2017). Articulación entre servicios de salud y pueblos indígenas: reflexiones antropológicas sobre políticas públicas en Brasil. *Salud colectiva*, 13(3).

comunidades a decidir sobre sus propios modos de atención, así como asegurar condiciones de justicia sanitaria frente a las crecientes desigualdades globales¹⁶⁴.

En conjunto, estas perspectivas emergentes evidencian que el pluralismo asistencial ya no puede entenderse únicamente como un mosaico de sistemas médicos coexistentes, sino como un campo transnacional, interdisciplinario y profundamente político, en el que convergen dinámicas de movilidad, relaciones de poder y reivindicaciones de derechos. La antropología médica, al abrirse a estos horizontes, contribuye no solo a describir prácticas, sino también a iluminar los desafíos éticos y sociales de imaginar sistemas de salud más equitativos, culturalmente sensibles y sostenibles.

Integración analítica y proyección metodológica

El análisis comparativo de las tradiciones de estudio del pluralismo asistencial permite evidenciar tanto fortalezas como limitaciones en cada enfoque. La tradición americana, centrada en la antropología médica anglosajona, destaca por su articulación entre sistemas populares, folk y profesionales, incorporando el rol activo del paciente y sus itinerarios terapéuticos. Su enfoque etnográfico detallado sobre la agencia y la negociación cultural de la asistencia constituye un referente para comprender la pluralidad de recursos y prácticas de atención. No obstante, tiende a subestimar las dimensiones simbólicas y rituales que son centrales en muchas comunidades¹⁶⁵.

Por su parte, la tradición francófona aporta una lectura más intensamente centrada en lo simbólico, lo ritual y la relación entre enfermedad y cultura. Los estudios en etnopsiquiatría y psicoterapia transcultural en Francia y Suiza muestran la riqueza de los itinerarios terapéuticos y su inserción en marcos sociales complejos. Sin embargo, su énfasis puede derivar en un análisis menos sistemático de las estructuras institucionales o de las interacciones macro-socioeconómicas.

La tradición hispanohablante y latinoamericana, con Menéndez como referente, combina elementos estructurales, culturales e históricos, mostrando cómo los sistemas alternativos, la medicina popular y la biomedicina se entrelazan en prácticas locales, migratorias y transfronterizas. Esta perspectiva enfatiza la historicidad y los procesos de hegemonía del Sistema Médico Hegemónico, pero todavía requiere desarrollos metodológicos que integren de manera coherente los niveles micro y macro, así como la dimensión simbólica y la agencia del paciente.

Partiendo de este panorama, se puede vislumbrar una perspectiva metodológica integradora para estudios futuros del pluralismo asistencial, que combine:

¹⁶⁴ Kleinman, Arthur. (2007). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford University Press.

Horton, Richard. (2023). Offline: The case for global health. *The Lancet*, 401(10389):1639.

¹⁶⁵ Comelles, José María y Martínez-Hernández, Ángel. (1993), *op cit*.

- Nivel macro: análisis de políticas de salud, regulación, globalización y estructuras institucionales.

- Nivel micro: itinerarios terapéuticos, agencia de los sujetos y prácticas de autocuidado.

- Dimensión histórica: genealogía de sistemas médicos, trayectorias de legitimación y procesos de mestizaje terapéutico.

- Dimensión simbólica y cultural: rituales, creencias, interpretaciones del padecimiento y procesos de significación social.

- Perspectiva transdisciplinaria: integración de antropología, sociología médica, epidemiología social y estudios de salud global.

Esta articulación permitiría no solo un análisis más completo del pluralismo asistencial, sino también preparar el terreno para el estudio de casos concretos, prácticas híbridas y dinámicas locales de atención en contextos históricos y culturales específicos. La adopción de un marco metodológico plural y multiescalar abre, además, posibilidades de diálogo entre tradiciones académicas y comunitarias, reconociendo la heterogeneidad de saberes y prácticas sin caer en jerarquizaciones simplistas.

III PARTE
BIOMEDICINA

CAPÍTULO 6
LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA BIOMEDICINA

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE
BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

El análisis de la biomedicina exige una aproximación histórica que no se limite a una genealogía remota de raíces grecolatinas o medievales, sino que se centre en su constitución como sistema académico moderno y en su consolidación contemporánea. Tal delimitación temporal resulta crucial, pues es en la Edad Moderna y, con especial intensidad, en los siglos XIX y XX, cuando se fragua el entramado institucional, epistemológico y tecnológico que permite a la biomedicina erigirse como el sistema hegemónico de atención en las sociedades occidentales y, por extensión, a escala global. No se trata, por tanto, de un mero recuento de innovaciones médicas, sino de un ejercicio de contextualización crítica que permite comprender la interrelación entre ciencia, poder y sociedad en la constitución de este modelo de conocimiento.

La biomedicina, entendida como un sistema médico académico con corpus teórico, metodologías diagnósticas y terapéuticas, y un cuerpo profesional altamente institucionalizado, se distingue de otros sistemas médicos no solo por su base experimental y tecnocientífica, sino también por su estatuto hegemónico. Tal hegemonía se traduce en su capacidad de definir lo que se reconoce socialmente como «enfermedad» y «salud», en monopolizar los dispositivos de atención legitimados por el Estado y en desplazar, subordinar o reconfigurar otras formas de cuidado dentro de un marco pluralista¹⁶⁶. Desde esta perspectiva, la biomedicina no se entiende como un modelo universalmente neutro, sino como un sistema histórico y culturalmente ubicado, cuyos supuestos ontológicos —biologicismo, dualismo cartesiano, centralidad de la experimentación— responden a coordenadas políticas, sociales y epistémicas concretas¹⁶⁷.

La relación de este capítulo con los anteriores es evidente: en el marco del pluralismo asistencial se ha mostrado que los sujetos no transitan únicamente por el campo biomédico, sino que negocian su salud en la intersección de múltiples sistemas —populares, tradicionales y alternativos—. Sin embargo, resulta ineludible reconocer que la biomedicina ocupa una posición de modelo médico dominante, configurando las reglas del juego en torno a las cuales se articulan los demás sistemas, ya sea por oposición, sincrétismo o complementariedad. En este sentido, comprender la construcción histórica de la biomedicina es indispensable no solo para dimensionar sus aportes científicos y tecnológicos, sino también para problematizar las asimetrías de legitimación y poder que emergen en su despliegue global.

¹⁶⁶ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit.*

Menéndez, Eduardo L. (1990), *op cit.*

¹⁶⁷ Lock, Margaret., & Nguyen, Vinh-Kim. (2010), *op cit.*

Movimientos precursores de la medicina moderna

El advenimiento de la Edad Moderna constituyó un punto de inflexión en la configuración del saber médico occidental. Lejos de tratarse de un proceso lineal de acumulación de conocimientos, el tránsito hacia la medicina moderna estuvo marcado por la irrupción de la Revolución científica, la secularización del saber médico, el renacimiento anatómico y el surgimiento de nuevas instituciones hospitalarias y académicas que sentaron las bases de la biomedicina contemporánea. Este entramado de transformaciones epistemológicas, sociales e institucionales debe entenderse como un proceso de reconfiguración profunda de las formas de conocer, representar y gobernar los cuerpos.

El siglo XVI supuso el inicio de una ruptura radical con los modelos escolásticos y galénicos que habían predominado durante siglos en la medicina europea. La llamada Revolución científica no solo implicó el desarrollo de nuevos métodos de observación y experimentación, sino también la consolidación de una racionalidad que desplazó el marco teológico como principio rector del saber. La medicina se secularizó progresivamente, alejándose de las explicaciones mágico-religiosas de la enfermedad para inscribirse en un paradigma naturalista y mecanicista¹⁶⁸. Este giro estuvo íntimamente ligado al racionalismo cartesiano, que introdujo el dualismo cuerpo-mente como fundamento ontológico y legitimó una visión del organismo como una máquina susceptible de ser desarmada, observada y reparada.

Uno de los hitos más significativos de este proceso fue el renacimiento anatómico. La obra de Andreas Vesalio, *De humani corporis fabrica* (1543), inauguró una nueva era en la representación del cuerpo humano. Mediante la disección sistemática y la representación gráfica detallada, Vesalio desarticuló la autoridad de Galeno, mostrando las incongruencias entre los textos clásicos y la observación directa de los cuerpos¹⁶⁹. La anatomía ilustrada no fue solo una herramienta de conocimiento, sino también un dispositivo cultural de poder: permitió visualizar, clasificar y disciplinar los cuerpos, inscribiendo la medicina en la lógica más amplia de la modernidad, donde la mirada científica adquiriría un carácter de control y objetivación. En este sentido, la objetivación del cuerpo no debe entenderse únicamente como un avance cognitivo, sino también como una forma específica de relación entre saber y poder. Al convertir el cuerpo en objeto de observación, medición y clasificación, la medicina moderna contribuyó a la producción de nuevas formas de normatividad sobre la salud, la enfermedad y la conducta corporal. La mirada científica, lejos de ser neutral, se articuló con dispositivos institucionales — hospitales, academias, sistemas de registro y enseñanza — que hicieron posible no solo conocer el cuerpo, sino también intervenir sobre él, regularlo y gobernarlo, sentando las bases de una medicina cada vez más vinculada a prácticas de control social.

¹⁶⁸ Dear, Peter. (2008). *The intelligibility of nature: How science makes sense of the world*. University of Chicago Press.

¹⁶⁹ Kemp, Martin. (2010). Style and medicine: Vesalius, Renaissance illustration and the perception of the body. In W. F. Bynum & R. Porter (Eds.), *Companion encyclopedia of the history of medicine* (pp. 90–110). Routledge.

El descubrimiento de la circulación sanguínea por William Harvey en *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (1628) marcó otro hito fundamental. Al demostrar que la sangre circulaba en un sistema cerrado impulsado por la acción mecánica del corazón, Harvey rompió con los modelos humoralistas y abrió el camino a una fisiología experimental basada en la observación empírica y la prueba demostrativa¹⁷⁰. Este hallazgo no solo transformó la comprensión del cuerpo humano, sino que contribuyó a consolidar un paradigma mecanicista, en el cual el organismo era concebido como un conjunto de engranajes biológicos sometidos a leyes físicas universales.

En paralelo, la Edad Moderna asistió a la transformación de los hospitales, que dejaron de ser principalmente instituciones de caridad y asilo para los pobres, convirtiéndose en espacios de observación clínica y experimentación médica. Este cambio se profundizó con la creación de academias médicas y sociedades científicas, como la *Royal Society* en Inglaterra (1660) o la *Académie Royale des Sciences* en Francia (1666), que institucionalizaron la investigación y dotaron a la medicina de un marco colectivo de producción y validación del conocimiento¹⁷¹. Estas instituciones no solo organizaron la práctica médica, sino que también contribuyeron a profesionalizar y jerarquizar el campo de la salud, separando cada vez más a los médicos formados en universidades y academias de los practicantes populares o empíricos.

En suma, la Edad Moderna configuró las condiciones de posibilidad para la emergencia de la medicina científica del siglo XIX. La secularización, el mecanicismo, la observación anatómica y fisiológica, así como la consolidación institucional, marcaron un viraje decisivo hacia la constitución de un modelo médico que, en las centurias posteriores, se erigiría como paradigma hegemónico del cuidado de la salud.

El siglo XIX: nacimiento de la medicina científica moderna

El siglo XIX constituye, sin lugar a dudas, el momento de consolidación de la medicina científica moderna en Occidente. En este período confluyen transformaciones epistemológicas, tecnológicas e institucionales que hacen posible la emergencia de un saber médico dotado de una racionalidad propia, profundamente ligado al desarrollo del Estado-nación, a la profesionalización de los cuerpos sanitarios y a la expansión de nuevas instituciones hospitalarias y universitarias. La biomedicina empieza aquí a configurarse no solo como un corpus teórico y práctico, sino también como un dispositivo de regulación social y política, íntimamente imbricado con los procesos de modernización y control poblacional característicos de la sociedad industrial.

Uno de los pilares fundamentales de esta nueva medicina científica fue la teoría microbiana, desarrollada por figuras como Louis Pasteur, Robert Koch y Joseph Lister. Al demostrar la existencia de microorganismos como agentes etiológicos de la enfermedad,

¹⁷⁰ French, Roger K. (1994). *William Harvey's natural philosophy*. Cambridge University Press.

¹⁷¹ Porter, Roy. (1997). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity*. Harper Collins.

la microbiología transformó radicalmente la concepción de la causalidad médica¹⁷². La obra de Pasteur sobre la fermentación y la rabia, los postulados de Koch que permitieron establecer una relación causal entre microbio y patología específica, y las innovaciones de Lister en el campo de la antisepsia quirúrgica no solo generaron nuevas formas de prevención y tratamiento, sino que instauraron un paradigma etiopatogénico que desplazaba definitivamente las concepciones humoralistas y metafísicas. A partir de este momento, la enfermedad pasó a concebirse como la invasión del organismo por un agente externo, lo que abrió el camino tanto al desarrollo de la bacteriología como a las políticas de higiene pública y control sanitario.

Paralelamente, el modelo anatomoclínico, iniciado en el tránsito del siglo XVIII al XIX, alcanzó su madurez con la obra de Xavier Bichat y René Laennec. La correlación sistemática entre síntomas clínicos y lesiones anatómicas permitió vincular la experiencia de la enfermedad con la observación directa de las alteraciones tisulares y orgánicas del cuerpo. Bichat, en su *Anatomie générale* (1801), introdujo la noción de tejido como unidad básica de análisis, desplazando la atención médica hacia el interior invisible del organismo. Laennec, por su parte, perfeccionó la auscultación mediante el estetoscopio, generando una nueva forma de mediación técnica entre el cuerpo del paciente y la mirada del médico¹⁷³. De esta manera, la clínica se erigió en un espacio de verdad privilegiado donde el cuerpo enfermo podía ser desentrañado, fragmentado y finalmente reinscrito en una lógica objetiva y verificable.

La consolidación de la medicina científica moderna también estuvo marcada por el auge de la medicina experimental, cuyo máximo exponente fue Claude Bernard. En su *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865), Bernard propuso un método basado en la hipótesis, la experimentación controlada y la verificación empírica, inspirándose en los modelos de las ciencias físico-naturales. Esta orientación experimental reforzó la idea de que el cuerpo humano podía ser entendido como un laboratorio viviente, regido por leyes universales susceptibles de ser manipuladas y reproducidas en condiciones controladas¹⁷⁴. La fisiología se convirtió así en el núcleo de una medicina que aspiraba a fundarse en bases científicas sólidas, en continuidad con el mecanicismo de la Edad Moderna pero ahora articulado con los dispositivos tecnológicos de la modernidad industrial.

Finalmente, estos avances científicos no pueden desligarse de un proceso más amplio de profesionalización de la medicina y control estatal de la salud. El siglo XIX vio el fortalecimiento de los gremios médicos y la creación de colegios profesionales que monopolizaron el ejercicio autorizado de la práctica médica, marginando a sanadores populares, parteras y curanderos. En paralelo, los Estados-nación incorporaron la medicina a su aparato administrativo, impulsando políticas de higiene, vacunación y control

¹⁷² Latour, Bruno. (1993). *The Pasteurization of France*. Harvard University Press.

¹⁷³ Foucault, Michel. (2001[1963]), *op cit*.

¹⁷⁴ Bernard, C. (1957[1865]). *An introduction to the study of experimental medicine* (H. C. Greene, Trans.). Courier Corporation.

epidemiológico, especialmente en el contexto de las grandes ciudades industrializadas¹⁷⁵. La medicina científica moderna se convirtió, de este modo, en una herramienta de biopolítica, orientada tanto a la protección de la fuerza de trabajo como a la regulación de la vida colectiva.

En síntesis, el siglo XIX constituye la verdadera acta de nacimiento de la biomedicina tal como la conocemos: un sistema médico fundado en la microbiología, la anatomoclínica, la experimentación fisiológica y la institucionalización profesional, capaz de conjugar ciencia, técnica y política en un proyecto de control y gestión de los cuerpos y las poblaciones.

El siglo XX: consolidación del modelo biomédico

El siglo XX representó la plena consolidación de la biomedicina como sistema médico hegemónico en escala global, en tanto logró articular de manera sin precedentes los avances científicos con un entramado institucional, político y tecnológico que transformó de raíz la experiencia de la salud, la enfermedad y la vida cotidiana. En este contexto, la hospitalización se convirtió en el epicentro de la práctica médica, al tiempo que la medicalización expandió progresivamente su alcance hacia esferas de la existencia que antes quedaban fuera del campo sanitario.

El hospital moderno se erigió como un espacio central de diagnóstico, tratamiento y producción de conocimiento, consolidando un modelo de atención basado en la observación clínica, la experimentación terapéutica y el acceso a nuevas tecnologías. A diferencia del hospital premoderno, concebido más como lugar de asistencia caritativa, la institución hospitalaria del siglo XX se configuró como un dispositivo científico-técnico y burocrático donde convergían el saber médico, los aparatos estatales y el mercado de la salud¹⁷⁶. Este proceso estuvo acompañado por una medicalización de la vida cotidiana, mediante la cual fenómenos diversos —desde el nacimiento y la reproducción hasta el envejecimiento y la muerte— fueron progresivamente definidos, clasificados y gestionados bajo la lógica médica. Como señaló Illich¹⁷⁷, la expansión del ámbito de intervención biomédica no solo transformó las prácticas asistenciales, sino que también configuró subjetividades, instaurando nuevas formas de dependencia del saber experto y nuevas modalidades de control social.

Paralelamente, el siglo XX fue escenario de una expansión sin precedentes de la farmacología, la radiología y la cirugía, tecnologías que redefinieron la capacidad de la medicina para diagnosticar, intervenir y prolongar la vida. La aparición de los antibióticos, desde la penicilina descubierta por Alexander Fleming en 1928, revolucionó el tratamiento de las enfermedades infecciosas y transformó radicalmente las expectativas de

¹⁷⁵ Rosen, George. (1993). *A history of public health*. Johns Hopkins University Press.

¹⁷⁶ Foucault, Michel. (2001[1963]), *op cit*.

Starr, Paul. (1982). *The social transformation of American medicine*. Basic Books.

¹⁷⁷ Illich, Ivan. (1975), *op cit*.

supervivencia¹⁷⁸. La radiología, con el uso de rayos X y posteriormente de técnicas como la tomografía axial computarizada, permitió visualizar el interior del cuerpo con un grado de precisión inimaginable en siglos anteriores, reconfigurando la mirada clínica en clave tecnológica. La cirugía, por su parte, se consolidó como disciplina de alta especialización, apoyada en los avances de la anestesia, la asepsia y las técnicas de trasplante, situando al cuerpo como terreno de intervención directa y modulable. En conjunto, estas innovaciones transformaron tanto el horizonte terapéutico como la experiencia subjetiva de la enfermedad, reforzando la percepción de la biomedicina como campo de eficacia técnica y científica.

Finalmente, la institucionalización de la biomedicina en universidades, laboratorios y sistemas nacionales de salud fue decisiva para su hegemonía. La investigación biomédica se integró en redes de financiamiento público y privado, particularmente después de la Segunda Guerra Mundial, con el surgimiento de grandes programas estatales de investigación, como los *National Institutes of Health* en Estados Unidos, que articularon ciencia, política y economía¹⁷⁹. Asimismo, la consolidación de los sistemas nacionales de salud en Europa tras la Segunda Guerra Mundial, como el *National Health Service* británico, reflejó el reconocimiento político de la biomedicina como eje del bienestar social y de la ciudadanía moderna¹⁸⁰. Estos procesos contribuyeron a forjar un modelo médico-industrial-académico en el que la práctica clínica, la producción científica y la lógica de mercado se entrelazaron de manera estructural, asegurando tanto la legitimidad del saber biomédico como su expansión global.

En síntesis, el siglo XX fue el escenario en el que la biomedicina no solo consolidó su eficacia científica y tecnológica, sino que además se erigió en el paradigma dominante de la atención sanitaria y en un dispositivo cultural de alcance totalizante. La conjunción de hospitalización, medicalización, innovación técnica e institucionalización política garantizó que la biomedicina se proyectara como modelo universal de racionalidad médica, con capacidad de redefinir los límites entre lo biológico, lo social y lo político.

El siglo XXI: nuevas fronteras de la biomedicina

El tránsito al siglo XXI ha consolidado un cambio de paradigma dentro de la biomedicina, caracterizado por la expansión de la medicina bioquímica y biotecnológica, la incorporación de terapias genéticas, la individualización de los tratamientos y la integración de tecnologías digitales y sistemas de información masiva. La biomedicina contemporánea ya no se limita al diagnóstico y tratamiento de enfermedades con base en métodos anatómicos, clínicos o microbiológicos, sino que se proyecta hacia la

¹⁷⁸ Bud, Rud. (2007). *Penicillin: Triumph and tragedy*. Oxford University Press

¹⁷⁹ Gaudillière, Jean-Paul & Löwy, Ilana. (Eds.). (2017). *The invisible industrialist: Manufactures and the production of scientific knowledge*. Palgrave MacMillan.

¹⁸⁰ Porter, Roy. (1997), *op cit*.

manipulación molecular y genética del organismo humano, articulando el conocimiento biomédico con herramientas de ingeniería biológica y bioinformática.

En este marco, las terapias genéticas y la medicina personalizada o individualizada emergen como manifestaciones de una concepción centrada en la heterogeneidad genética del paciente y en la adaptación de los tratamientos a sus características biológicas particulares. Este enfoque, sustentado en la secuenciación del genoma humano y en la caracterización de biomarcadores específicos, permite diseñar intervenciones terapéuticas dirigidas, reduciendo efectos adversos y aumentando la eficacia clínica. Al mismo tiempo, la biomedicina digital y el *big data* han transformado la práctica médica mediante la integración de grandes volúmenes de información sobre pacientes, poblaciones y resultados clínicos, habilitando modelos predictivos, sistemas de apoyo a la decisión y plataformas de telemedicina que redefinen la relación entre profesional y paciente¹⁸¹.

No obstante, estas innovaciones tecnológicas y científicas plantean debates éticos y biopolíticos de gran complejidad. La distribución desigual del acceso a terapias avanzadas, el riesgo de profundización de inequidades sanitarias, la privatización de la investigación biomédica y la posible ampliación de la medicalización de la vida cotidiana son temas de creciente relevancia. Así, mientras la medicina personalizada promete una intervención más eficaz y precisa, también interpela principios fundamentales de justicia sanitaria, confidencialidad genética, consentimiento informado y regulación del riesgo tecnológico¹⁸².

En síntesis, el siglo XXI inaugura un escenario en el que la biomedicina combina avances técnicos sin precedentes con desafíos sociales, éticos y políticos inéditos. La transformación hacia una medicina individualizada, predictiva y digital no solo amplía los horizontes del conocimiento y la intervención clínica, sino que también obliga a reconsiderar la relación entre ciencia, sociedad y poder en la gestión de la salud, prolongando el legado histórico de la biomedicina hacia una dimensión tecnocientífica globalizada y críticamente interpelada.

Hacia una historia crítica de la biomedicina

La revisión histórica de la biomedicina desde la Edad Moderna hasta la contemporaneidad permite reconocer un proceso de construcción progresiva de un sistema académico

¹⁸¹ Topol, Eric. (2016). *The patient will see you now: The future of medicine is in your hands*. Basic Books.

Ginsburg, Geoffrey S., & Willard, Huntington F. (2009). Genomic and personalized medicine: Foundations and applications. *Translational Research*, 154(6), 277–287.

¹⁸² Kimmelman, Jonathan. (2010). *Gene transfer and the ethics of first-in-human research: Lost in translation*. Cambridge University Press.

Juengst, Eric T., McGowan, Michelle L., Fishman, Jennifer R., & Settersten, Richard A. (2016). From “personalized” to “precision” medicine: The ethical and social implications of rhetorical reform in genomic medicine. *Hastings Center Report*, 46(5), 21–33.

hegemónico, cuya autoridad descansa simultáneamente en la acumulación de conocimiento científico, la consolidación institucional y la legitimación social y política. Los movimientos precursores de la medicina moderna establecieron los fundamentos metodológicos y conceptuales que articulan anatomía, fisiología y observación empírica, mientras que el siglo XIX consolidó el modelo científico moderno mediante la teoría microbiana, la medicina experimental y la profesionalización del ejercicio clínico, transformando la práctica sanitaria en un campo regulado por el Estado y por instituciones académicas¹⁸³.

Durante el siglo XX, la hospitalización masiva, la expansión de la farmacología, la radiología y la cirugía, así como la institucionalización en universidades y laboratorios, marcaron la consolidación del modelo biomédico como eje central del pluralismo asistencial, definiendo jerarquías y relaciones de autoridad frente a sistemas médicos alternativos o tradicionales. Finalmente, el siglo XXI inaugura nuevas fronteras de intervención basadas en la biomedicina molecular, la medicina personalizada y las tecnologías digitales, que, si bien amplían el horizonte terapéutico, generan simultáneamente desafíos éticos, sociales y biopolíticos relacionados con la equidad, el acceso y la medicalización ampliada¹⁸⁴.

Esta trayectoria histórica evidencia que la biomedicina no puede entenderse únicamente como un corpus técnico o científico; su desarrollo se encuentra indisolublemente ligado a procesos institucionales, políticos y culturales, así como a las tensiones derivadas de su posición hegemónica en el pluralismo asistencial. La articulación crítica de estos niveles es indispensable para comprender los límites y alcances de la biomedicina contemporánea, así como para preparar un análisis etnográfico que incorpore la experiencia del paciente, la negociación de la autoridad profesional y la interacción con otros sistemas médicos, tanto tradicionales como alternativos¹⁸⁵.

En síntesis, esta perspectiva histórica crítica permite reconocer la biomedicina como un sistema en constante construcción, en diálogo permanente con la sociedad, la política y la cultura, y abre la puerta a un análisis comparativo y etnográfico del pluralismo asistencial.

¹⁸³ Porter, Roy. (1997), *op cit*.

Bynum, William F. (2008). *The history of medicine: A very short introduction*. Oxford University Press.

¹⁸⁴ Topol, Eric. (2016), *op cit*.

Juengst, Eric T. et al. (2016), *op cit*.

¹⁸⁵ Illich, Ivan. (1975), *op cit*.

Menéndez, Eduardo L. (1998), Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura medicatrix*, 51.

CAPÍTULO 7

EL CONCEPTO DE MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE



Introducción

El concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) constituye una herramienta analítica central para comprender la posición dominante de la biomedicina en los sistemas de salud contemporáneos y su interacción con otras formas de atención. Tal como lo plantea Menéndez¹⁸⁶, el MMH no se limita a un conjunto de técnicas biomédicas, sino que representa un entramado complejo de prácticas, instituciones, normas y jerarquías que consolidan la autoridad de la biomedicina como paradigma central en la definición de lo que se considera «saludable» o «patológico».

El análisis contemporáneo del MMH resulta imprescindible en el marco del pluralismo asistencial, ya que permite identificar las tensiones, convergencias y exclusiones que se generan entre la biomedicina y sistemas médicos alternativos, tradicionales o populares. Su estudio facilita, además, comprender cómo la biomedicina contemporánea organiza y regula la provisión de atención, legitima ciertos saberes, y establece criterios de eficiencia, eficacia y seguridad que condicionan el acceso a los recursos sanitarios¹⁸⁷.

Este capítulo se vincula de manera directa con los capítulos previos sobre la historia crítica de la biomedicina y los sistemas médicos académicos, dado que el MMH se construye a partir de procesos históricos, institucionales y epistemológicos que se consolidaron durante los siglos XIX y XX. La comprensión de su arquitectura contemporánea exige, por tanto, un enfoque que articule lo histórico con lo contemporáneo, y que sitúe la autoridad biomédica en diálogo permanente con otras formas de atención y saberes locales, culturales y comunitarios.

Definición y características centrales del Modelo Médico Hegemónico

El Modelo Médico Hegemónico (MMH), tal como lo conceptualiza Menéndez, se entiende como un sistema médico dominante que ejerce autoridad normativa sobre las demás formas de atención y establece estándares para la práctica clínica, la investigación biomédica y la regulación sanitaria. Este modelo no solo configura lo que se considera enfermedad o salud, sino que también define los modos legítimos de intervención, jerarquiza los conocimientos terapéuticos y regula la formación y actuación de los profesionales de la salud. La centralidad de la biomedicina es, por tanto, un componente estructural que condiciona tanto la provisión de servicios como la valoración de otros saberes y prácticas alternativas, populares o tradicionales.

Menéndez identifica una serie de características constitutivas del MMH, que permiten comprender su alcance y su funcionamiento:

¹⁸⁶ Menéndez, Eduardo (1996). *Salud y sociedad en América Latina: El sistema médico hegemónico*. Ediciones Nueva Visión.

¹⁸⁷ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000), *op cit*.

- Biologicista: privilegia explicaciones centradas en el cuerpo físico y los procesos fisiológicos, minimizando factores sociales, culturales o psicológicos.
- Individualista: enfoca la atención en el paciente como unidad aislada, separada de contextos comunitarios o familiares.
- Ahistórico: desconecta los fenómenos de salud y enfermedad de su desarrollo histórico, presentando los saberes biomédicos como universales y atemporales.
- Pragmático: orientado a la eficacia inmediata de la intervención terapéutica, priorizando resultados clínicos sobre consideraciones holísticas.
- Mercantilista: vincula la producción y provisión de servicios médicos con criterios de mercado, farmacéuticos y tecnológicos.
- Globalizado: su lógica se extiende más allá de fronteras nacionales, constituyéndose en modelo de referencia internacional.
- Universitario: centraliza la autoridad en instituciones académicas, consolidando la formación profesional en torno a estándares específicos.
- Uniforme y único: homogeneiza prácticas, protocolos y criterios de diagnóstico, eliminando diversidad epistemológica.
- Burocratizado: estructura jerárquica y normativa que regula funciones, roles y procedimientos en el sistema sanitario.
- Medicalizado: tiende a interpretar la vida cotidiana y sus problemas sociales como cuestiones médicas, expandiendo el alcance de la intervención biomédica¹⁸⁸.

Característica	Idea central
Biologicista	Enfoca en el cuerpo y la fisiología.
Individualista	Prioriza al paciente aislado del contexto.
Ahistórico	Presenta los conocimientos como universales y atemporales.
Pragmático	Busca eficacia inmediata en la intervención.
Mercantilista	Vincula la medicina a criterios de mercado y tecnología.
Globalizado	Modelo de referencia internacional.
Universitario	Autoridad concentrada en instituciones académicas.
Uniforme	Homogeneiza prácticas y protocolos.
Burocratizado	Regula jerárquicamente funciones y procedimientos.
Medicalizado	Expande la intervención médica a la vida cotidiana.

Tabla 4. Características del MMH. Fuente: elaboración propia.

Estas características tienen implicaciones profundas para la práctica clínica y la gestión sanitaria. La centralización y uniformidad del MMH determinan la forma en que se

¹⁸⁸ Menéndez, Eduardo (1996), *op cit*.

asignan recursos, se legitiman intervenciones y se priorizan necesidades de salud. Asimismo, condicionan la relación entre paciente y profesional, limitan la incorporación de saberes locales o alternativos y moldean la construcción social de la enfermedad, reforzando jerarquías de poder y autoridad que atraviesan el conjunto del sistema sanitario.

Dimensiones estructurales y funcionales del MMH

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) no se limita a un conjunto de saberes teóricos; se articula a través de dimensiones estructurales y funcionales que consolidan su autoridad, reproducen sus criterios de legitimidad y organizan el acceso a la atención. Estas dimensiones se manifiestan en tres niveles interrelacionados: institucional, profesional y político-regulatorio.

En primer lugar, la institucionalización constituye el soporte material y simbólico del MMH. La centralización de la atención en hospitales, la consolidación de universidades y facultades de medicina como centros de formación y la proliferación de laboratorios de investigación permiten la producción de conocimiento científico estandarizado y su difusión a escala nacional e internacional. Asimismo, los sistemas nacionales de salud operan como marcos estructurales que regulan la provisión de servicios, establecen criterios de cobertura y articulan la jerarquización de tecnologías y procedimientos médicos, consolidando la preeminencia de la biomedicina¹⁸⁹.

En segundo término, los profesionales y cuerpos técnicos constituyen el eje operativo del MMH. La formación universitaria, la certificación profesional y la regulación de competencias generan un sistema jerárquico que define quién posee autoridad para diagnosticar, prescribir e intervenir. Este control del conocimiento no solo asegura la homogeneidad de la práctica clínica, sino que también excluye, en gran medida, saberes alternativos o locales, reforzando la centralidad de la biomedicina y la uniformidad del modelo¹⁹⁰.

Finalmente, las políticas públicas, la regulación y la legitimación social constituyen la dimensión político-institucional del MMH. La legislación sanitaria, la financiación de programas biomédicos, los sistemas de acreditación y las campañas de salud pública operan como mecanismos que institucionalizan la autoridad del modelo, orientan la percepción social de la enfermedad y la atención, y reproducen valores culturalmente arraigados en torno a la salud. Esta articulación entre regulación formal y aceptación social permite al MMH consolidar su posición hegemónica y configurar el marco dentro del cual se despliega el pluralismo asistencial¹⁹¹.

¹⁸⁹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

Menéndez, Eduardo (1996), *op cit.*

¹⁹⁰ Perdiguer, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000), *op cit.*

¹⁹¹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

Menéndez, Eduardo (1996), *op cit.*

El MMH y el pluralismo asistencial

La relación entre el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y los diferentes sistemas de atención sanitaria que coexisten en contextos de pluralismo asistencial constituye un eje central para comprender las tensiones y convergencias que emergen en la práctica clínica y comunitaria. El MMH, caracterizado por su centralidad de la biomedicina, su uniformidad y su autoridad institucional, interactúa con los sistemas médicos populares, tradicionales y alternativos generando dinámicas complejas de inclusión, exclusión y negociación de saberes.

En primer lugar, las interacciones con sistemas médicos no hegemónicos revelan procesos de incorporación selectiva, coexistencia funcional y, en ocasiones, subordinación epistemológica. Mientras que la biomedicina establece protocolos estandarizados y criterios de evidencia científica, los sistemas populares y tradicionales aportan conocimientos locales, experiencias intergeneracionales y prácticas culturales que responden a necesidades sociales y simbólicas específicas. Estas interacciones no son unidireccionales: los pacientes actúan como agentes que integran múltiples recursos terapéuticos, desarrollando itinerarios asistenciales híbridos que articulan biomedicina, medicina popular y prácticas complementarias¹⁹².

En segundo lugar, se observan jerarquías de legitimidad y autoridad profesional que estructuran la relación entre diferentes sistemas. La centralidad del MMH se traduce en la priorización de la biomedicina sobre otros saberes, legitimando ciertos diagnósticos y tratamientos mientras delega, margina o incluso deslegitima los conocimientos alternativos. Sin embargo, esta jerarquización es contingente y negociable: factores culturales, sociales y comunitarios pueden subvertir temporalmente la autoridad biomédica, como ocurre en contextos de alta confianza en curanderos locales o en redes de autocuidado, especialmente en entornos rurales o periféricos¹⁹³.

Finalmente, surgen tensiones y convergencias en la práctica clínica y comunitaria que reflejan la naturaleza compleja del pluralismo asistencial. Las convergencias se producen cuando se incorporan prácticas complementarias dentro de protocolos biomédicos o se desarrollan programas de salud integrativos que reconocen saberes locales, mientras que las tensiones emergen frente a conflictos epistemológicos, diferencias en la comprensión de la enfermedad y resistencia a la subordinación de saberes no biomédicos. Estas dinámicas permiten observar cómo el MMH no solo ejerce poder estructural, sino que también se negocia cotidianamente en la interacción con pacientes y comunidades, revelando la plasticidad y los límites de su hegemonía.

¹⁹² Baer, Hans A. (2004), *op cit*.

Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000), *op cit*.

¹⁹³ Foster, George M., & Anderson, Barbara. (1978), *op cit*.

Ejemplos contemporáneos y manifestaciones del MMH

Las dimensiones estructurales y funcionales del Modelo Médico Hegemónico (MMH) se manifiestan de manera palpable en la práctica clínica y en la gestión sanitaria contemporánea, reflejando tanto la centralidad de la biomedicina como las jerarquías de autoridad y legitimidad que la sustentan.

En el ámbito hospitalario, el MMH se expresa a través de protocolos estandarizados de diagnóstico y tratamiento, que garantizan uniformidad y reproducibilidad científica pero que, al mismo tiempo, subordinan la experiencia del paciente a criterios biomédicos universales. La estandarización de procedimientos clínicos, la digitalización de historias médicas y la utilización de guías basadas en evidencia ilustran la centralidad del conocimiento institucionalizado frente a saberes locales o no formales.

En cuanto a la formación profesional, la estructura académica de las facultades de medicina reproduce los principios del MMH: currículos homogéneos, jerarquía estricta entre docentes y estudiantes, y control sobre el acceso al conocimiento técnico-científico. Esta uniformidad asegura la transmisión de un saber biologicista, individualista y mercantilizado, como subraya Menéndez¹⁹⁴, pero también limita la integración de perspectivas históricas, culturales o comunitarias en la práctica clínica.

La regulación y la política sanitaria constituyen otro espacio donde el MMH se evidencia de manera nítida. Normativas nacionales e internacionales, sistemas de acreditación hospitalaria y protocolos de aseguramiento de calidad consolidan la autoridad biomédica sobre la atención en salud, determinando qué terapias son válidas, cuáles se financian y cuáles permanecen en la periferia como prácticas complementarias o alternativas.

Desde la perspectiva del pluralismo asistencial, estas manifestaciones estructurales generan tensiones con sistemas médicos populares y tradicionales. Por ejemplo, en contextos urbanos y rurales de América Latina se observa cómo el MMH subordina la medicina indígena y la práctica de sanadores locales, condicionando la forma en que los pacientes integran múltiples instancias terapéuticas en sus itinerarios de salud¹⁹⁵.

Además, la medicalización de la vida cotidiana constituye una manifestación contemporánea del MMH: la expansión de chequeos preventivos, la prescripción masiva de fármacos y la digitalización de la monitorización de la salud reflejan la internalización de criterios biomédicos en las decisiones individuales y colectivas, transformando la experiencia de enfermedad y bienestar en una cuestión regulada por normas científicas e institucionales¹⁹⁶.

¹⁹⁴ Menéndez, Eduardo (1996), *op cit.*

¹⁹⁵ Perdiguer, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000), *op cit.*

¹⁹⁶ Menéndez, Eduardo (1996), *op cit.*

Baer, Hans A. (2004), *op cit.*

En suma, los ejemplos contemporáneos del MMH muestran cómo sus dimensiones estructurales—institucionalización, regulación, formación profesional y centralidad de la biomedicina— se traducen en prácticas clínicas, políticas sanitarias y experiencias de salud cotidianas, articulando autoridad, legitimidad y hegemonía en el marco del pluralismo asistencial moderno.

CAPÍTULO 8

MEDICALIZACIÓN, PODER Y CUERPO: PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE LA BIOMEDICINA CONTEMPORÁNEA

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE

BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

La medicalización ha emergido como un concepto central en la antropología médica contemporánea, permitiendo una comprensión crítica de cómo las prácticas biomédicas se expanden más allá de la atención de enfermedades específicas para abarcar dimensiones de la vida cotidiana, comportamientos y experiencias subjetivas. Este proceso implica la transformación de aspectos de la existencia humana en problemas médicos, sujetos a diagnóstico, tratamiento y regulación por parte de instituciones médicas¹⁹⁷. Desde una perspectiva antropológica, la medicalización no solo se entiende como una expansión del poder médico, sino también como un fenómeno social y cultural que refleja y reproduce estructuras de poder, normas sociales y valores culturales¹⁹⁸.

La relevancia de analizar la medicalización desde la antropología médica radica en su capacidad para desentrañar las dinámicas de poder y control que subyacen en la construcción de la salud y la enfermedad. Mientras que la biomedicina tiende a enfocarse en los aspectos biológicos y fisiológicos de los procesos patológicos, la antropología aporta una mirada crítica que considera las dimensiones sociales, culturales y políticas involucradas. Esta aproximación permite cuestionar los supuestos universales de la medicina y reconocer la pluralidad de experiencias y significados atribuidos a la salud y la enfermedad en diferentes contextos¹⁹⁹.

En relación con los capítulos previos, este análisis se conecta directamente con la discusión sobre el Modelo Médico Hegemónico (MMH), al evidenciar cómo las estructuras y prácticas biomédicas dominantes contribuyen a la medicalización de la vida cotidiana. Asimismo, se vincula con la crítica histórica a la biomedicina, al mostrar cómo las intervenciones médicas, lejos de ser siempre benéficas, pueden tener efectos iatrogénicos y contribuir a la patologización de aspectos previamente considerados normales. Además, se enlaza con el estudio del pluralismo asistencial, al explorar cómo las prácticas médicas hegemónicas interactúan con sistemas de salud alternativos y populares, generando tensiones y negociaciones en torno a la legitimidad y autoridad en la atención sanitaria.

Este capítulo se estructura en torno a tres categorías centrales que guiarán el análisis: iatrogenia, biopolítica y corporalidad simbólica. La iatrogenia se refiere a los efectos adversos causados por las intervenciones médicas, que pueden incluir desde efectos secundarios de tratamientos hasta la creación de nuevas enfermedades a través de la medicalización. La biopolítica, concepto desarrollado por Foucault²⁰⁰, aborda cómo el poder

¹⁹⁷ Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.

Meneu, Ricard. (2018). La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la “medicamentación”. *Farmacia Hospitalaria*, 42(4), 174-179.

¹⁹⁸ Browner, Carole H. (1999). On the medicalization of medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(2), 135-140.

¹⁹⁹ Fabrega, Horacio. (1980). The idea of medicalization: An anthropological perspective. *Perspectives in Biology and Medicine*, 24(1), 129-142.

²⁰⁰ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

se ejerce sobre los cuerpos y poblaciones, regulando la salud y la enfermedad a través de políticas y prácticas médicas. Finalmente, la corporalidad simbólica, inspirada en los trabajos de Mary Douglas²⁰¹, considera cómo el cuerpo es un constructo cultural que refleja y reproduce significados sociales y simbólicos, y cómo la medicalización puede influir en la construcción de estos significados.

A través de este enfoque, se pretende ofrecer una comprensión integral de la medicalización, no solo como un proceso de expansión del poder médico, sino como un fenómeno complejo que involucra interacciones entre estructuras sociales, prácticas culturales y experiencias individuales. Este análisis permitirá identificar las implicaciones de la medicalización para la práctica clínica, la gestión sanitaria y la agencia de los pacientes, así como las posibles alternativas y resistencias que emergen en contextos de pluralismo asistencial.

La medicalización como proceso social y clínico

La medicalización se concibe hoy como un proceso socio-cultural complejo mediante el cual aspectos de la existencia humana, previamente considerados normales o de competencia privada, son transformados en problemas médicos sujetos a diagnóstico, intervención y regulación institucional²⁰². Este fenómeno no se limita a la expansión de la biomedicina sobre cuerpos y enfermedades específicas, sino que implica la penetración de la lógica médica en dimensiones de la vida cotidiana, constituyendo un instrumento de control social, normativización y producción de saberes legitimados.

En este contexto, Ivan Illich²⁰³ cuestionó la biomedicina como dispositivo de control social y acuñó dos nociones centrales que permiten comprender sus efectos adversos y sociopolíticos. La primera es la contraproductividad, que describe cómo las instituciones médicas, al institucionalizarse, pueden generar resultados opuestos a los fines que justifican su existencia, como hospitales que producen enfermedades o sistemas de salud que generan dependencia y consumismo patológico. La segunda es la iatrogenia, entendida como el daño producido por la asistencia médica, que Illich divide en tres dimensiones: la iatrogenia clínica, fruto de los efectos adversos directos de intervenciones médicas; la iatrogenia social, consecuencia de una medicalización que fomenta un modelo de vida patológica y consumista; y la iatrogenia cultural, reflejo de la pérdida de autonomía y de habilidades de autoatención de la población. Estas nociones revelan que la biomedicina, lejos de ser neutral, ejerce efectos disciplinarios sobre la población, imponiendo normas de salud y enfermedad que se traducen en prácticas socialmente reguladas.

La perspectiva de Illich se encuentra estrechamente vinculada con la noción foucaultiana de biopolítica, que concibe el poder como un ejercicio sobre la vida misma, donde

²⁰¹ Douglas, Mary. (1970). *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Pantheon Books.

²⁰² Conrad, Peter. (2007), *op cit*.

²⁰³ Illich, Ivan. (1975), *op cit*.

los cuerpos y las poblaciones son objeto de regulación, vigilancia y control²⁰⁴. La medicalización, entendida como un mecanismo biopolítico, interviene sobre la conducta, los hábitos y los cuerpos individuales, promoviendo un orden social en el que la salud se convierte en un imperativo normativo y el riesgo sanitario en un instrumento de gobernanza. Desde esta óptica, la biomedicina no se limita a una función terapéutica, sino que opera como un dispositivo sociohistórico que articula saber, poder e institucionalización, interactuando con otros sistemas médicos en relaciones de subordinación, tensión e integración²⁰⁵.

Así, el estudio de la medicalización exige comprenderla como un proceso multiescalar, que afecta simultáneamente a los individuos, a las prácticas clínicas y a las políticas públicas, revelando los vínculos entre ciencia, sociedad y poder. La integración de las nociones de iatrogenia y contraproductividad permite articular análisis que contemplen tanto la eficacia biomédica como sus dimensiones disciplinarias y normalizadoras, constituyendo un eje central para la antropología médica y los estudios críticos del pluralismo asistencial.

Dimensiones institucionales y profesionales de la medicalización

La medicalización contemporánea no puede comprenderse sin analizar sus dimensiones institucionales, que articulan el ejercicio clínico con la regulación, la normativización y la estandarización de la atención sanitaria. La hospitalización constituye un eje central de este proceso, transformando el espacio hospitalario en un dispositivo de control biopolítico donde los cuerpos son sujetos de vigilancia, intervención y clasificación sistemática. Los protocolos clínicos y las guías de práctica estandarizada operan como herramientas de racionalización y burocratización de la atención, garantizando la uniformidad de los procedimientos y la previsibilidad de los resultados, a la vez que consolidan jerarquías de conocimiento y poder dentro del sistema de salud²⁰⁶.

Estas instituciones hospitalarias y académicas funcionan en estrecha interrelación con la jerarquía profesional. La autoridad del cuerpo médico se construye mediante la estandarización de competencias, la certificación académica y la supervisión de prácticas clínicas, generando una estructura jerárquica que regula el acceso al saber técnico y legitima la intervención sobre los cuerpos individuales y colectivos. Esta jerarquía profesional también establece los límites del saber reconocido, delimitando qué prácticas son

²⁰⁴ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

²⁰⁵ Browner, Carole H. (1999), *op cit*.

Fabrega, Horacio. (1980), *op cit*.

²⁰⁶ Clarke, Adele, Shim, Janet, Mamo, Laura, Fosket, Jennifer R., & Fishman, Jennifer R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194.

consideradas científicas, cuáles son alternativas y cuáles quedan relegadas a la marginalidad dentro del pluralismo asistencial²⁰⁷.

La expansión de la biomedicina hacia todos los niveles del cuidado de la salud, desde la atención primaria hasta la tecnología hospitalaria avanzada, ha reforzado la centralidad de este modelo en la regulación de la vida cotidiana. Sin embargo, esta expansión encuentra límites en contextos donde coexisten sistemas médicos alternativos y tradicionales. Las comunidades que mantienen saberes locales y prácticas de autocuidado representan espacios de resistencia y adaptación, donde la biomedicina interactúa con el pluralismo asistencial, generando hibridaciones terapéuticas y negociaciones de autoridad entre distintos sistemas de conocimiento²⁰⁸. Así, la medicalización no se impone de manera uniforme, sino que se inserta en un entramado social y cultural complejo, mediado por prácticas locales, significados simbólicos y estructuras de poder institucionalizadas.

En consecuencia, las dimensiones institucionales y profesionales de la medicalización articulan un conjunto de dispositivos, jerarquías y protocolos que moldean la práctica clínica, al tiempo que delimitan las posibilidades de agencia de los sujetos y la interacción con sistemas médicos alternativos. Esta comprensión permite analizar críticamente los mecanismos mediante los cuales la biomedicina consolida su hegemonía, al mismo tiempo que identifica los espacios de negociación, resistencia y pluralismo dentro de las sociedades contemporáneas.

Perspectivas críticas y debates éticos sobre la medicalización

El proceso de medicalización, lejos de constituir un fenómeno exclusivamente clínico o técnico, se revela como un dispositivo profundamente imbricado en dinámicas sociales, políticas y económicas, que suscita debates éticos de gran calado. Una de las críticas más recurrentes apunta a la privatización y mercantilización de la salud, fenómenos que han ampliado las brechas de acceso y han configurado escenarios de desigualdad estructural. Como advierte Navarro²⁰⁹, el mercado neoliberal ha convertido la salud en un bien de consumo, donde los servicios médicos y farmacológicos se distribuyen según la capacidad económica y no en función de las necesidades de los pacientes. De este modo, el derecho a la salud se ve erosionado en favor de lógicas de rentabilidad, al tiempo que los sistemas públicos enfrentan procesos de desfinanciamiento y precarización.

En paralelo, diversos autores han problematizado los riesgos de sobremedicalización y patologización de la vida cotidiana, donde procesos vitales como el envejecimiento, la menopausia, el parto o incluso la tristeza son reconceptualizados como patologías que

²⁰⁷ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

²⁰⁸ Foster, George M., & Anderson, Barbara. (1978), *op cit*.

Baer, Hans A. (2004), *op cit*.

²⁰⁹ Navarro, Vicente. (2007). *Neoliberalism, globalization and inequalities: Consequences for health and quality of life*. Baywood Publishing Company.

requieren intervención médica²¹⁰. Este fenómeno, descrito como una forma de colonización de la existencia por parte del saber biomédico, se traduce en una expansión ilimitada del ámbito de lo «tratado» y, en consecuencia, en un incremento del consumo de fármacos, tecnologías diagnósticas y procedimientos terapéuticos.

Estas críticas han dialogado con los planteamientos foucaultianos en torno a la biopolítica y el control social de la vida, subrayando que la biomedicina contemporánea no solo produce curaciones, sino también formas de gobierno de los cuerpos y de la población²¹¹. La estandarización de protocolos, la vigilancia epidemiológica y la normativización de estilos de vida saludables se convierten en tecnologías de poder que instauran un modelo de subjetividad sometida a la racionalidad biomédica. Ello plantea tensiones éticas fundamentales: ¿hasta qué punto la expansión del poder médico garantiza bienestar colectivo y hasta qué punto reproduce dinámicas de disciplinamiento y exclusión?

Frente a estos desafíos, la antropología médica ha reivindicado la necesidad de alternativas epistemológicas y metodológicas que permitan cuestionar la hegemonía biomédica y abrir espacios para otros modos de entender y practicar la salud. Ello implica reconocer la legitimidad de los sistemas médicos tradicionales y populares, valorar las prácticas de autocuidado y explorar perspectivas interculturales que restituyan la centralidad de la experiencia del paciente en el proceso terapéutico²¹². Desde una óptica crítica, la antropología no se limita a describir la medicalización, sino que propone herramientas analíticas para imaginar otros modelos posibles, más equitativos, plurales y sensibles a la diversidad cultural.

En suma, el análisis ético y crítico de la medicalización revela un campo de tensiones donde convergen mercado, poder y conocimiento, y donde la tarea antropológica se erige como un esfuerzo indispensable para visibilizar los efectos colaterales de la biomedicina, al tiempo que abre horizontes hacia formas de atención menos normativas, más inclusivas y culturalmente dialogadas.

El cuerpo como campo simbólico y social

La medicalización contemporánea tiende a reducir el cuerpo a un ente biológico, subordinado a diagnósticos clínicos y tratamientos tecnocientíficos, adoptando una visión biologicista que prioriza la anatomía, la fisiología y la etiología molecular. Esta perspectiva, si bien eficaz para abordar patologías específicas, limita la comprensión de la experiencia vivida del cuerpo, que integra dimensiones emocionales, sociales y culturales, y que constituye la base de las prácticas de salud y enfermedad en contextos diversos²¹³.

²¹⁰ Conrad, Peter. (2007), *op cit*.

²¹¹ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

²¹² Menéndez, E. L. (2003), *op cit*.

Kleinman, Arthur. (1980), *op cit*.

²¹³ Csordas, Thomas J. (1995). *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press.

La antropología médica ha enfatizado que el cuerpo no solo es un objeto de intervención clínica, sino también un campo simbólico y social, portador de significados culturales que regulan las normas de comportamiento, los rituales y las prácticas de cuidado. Mary Douglas²¹⁴ conceptualiza el cuerpo como un sistema simbólico que refleja la organización social y las concepciones culturales de pureza, riesgo y orden, mostrando cómo las prohibiciones, tabúes y rituales cotidianos estructuran la percepción del bienestar y la enfermedad. En este sentido, la corporalidad se convierte en un lugar de negociación, donde se intersectan los sistemas médicos hegemónicos con saberes locales, prácticas populares y estrategias de autocuidado, generando formas híbridas de atención a la salud.

Estas dimensiones simbólicas del cuerpo se evidencian en prácticas de autocuidado y rituales, que operan como mediaciones entre el cuerpo orgánico y el cuerpo vivido. Desde la alimentación regulada según principios de equilibrio energético en la medicina tradicional china o ayurvédica, hasta los rituales protectores contra el mal de ojo o los ensalmos en contextos populares, la corporalidad se constituye como un espacio donde la biomedicina, la medicina popular y los saberes locales convergen y se transforman mutuamente²¹⁵. Estas prácticas permiten a los individuos asumir agencia sobre su propio cuerpo, desafiando la centralidad del saber médico hegemónico y evidenciando la pluralidad de aproximaciones posibles al cuidado de la salud.

De esta manera, analizar el cuerpo como campo simbólico y social no solo enriquece la comprensión de la medicalización, sino que también proporciona herramientas metodológicas para la antropología etnográfica de la salud, al permitir vincular lo biológico, lo cultural y lo estructural en un marco integrador que considera tanto la autoridad institucional como la experiencia vivida de los sujetos. Esta perspectiva contribuye a comprender cómo las sociedades negocian, adaptan e hibridan los discursos y prácticas biomédicas con los saberes locales, preservando significados culturales y formas de cuidado que trascienden la estricta lógica técnica.

El cuerpo como construcción social y médica

La antropología contemporánea ha mostrado que el cuerpo no es únicamente un organismo biológico, sino un espacio de inscripción cultural, política y simbólica, que se produce y reproduce en el entramado social.

En este sentido, Ana Buñuel²¹⁶ distingue tres grandes tendencias teóricas que permiten comprender la complejidad de la producción social del cuerpo:

²¹⁴ Douglas, Mary. (1966). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge.

²¹⁵ Foster, George M., & Anderson, Barbara. (1978), *op cit*.

Baer, Hans A. (2004), *op cit*.

²¹⁶ Buñuel, Ana (1992). *La construcción social del cuerpo: prácticas gimnásticas y nuevos modelos culturales*. Editorial de la Universidad Complutense.

- El cuerpo como signo y mercancía en las sociedades de consumo: más allá de la búsqueda de la salud, el cuerpo se convierte en objeto de prestigio, donde la forma física, la juventud y la apariencia estética son capitales simbólicos que favorecen la movilidad social.

- El cuerpo como lugar de control y poder, tal como ha descrito Michel Foucault²¹⁷, quien señaló cómo las instituciones médicas, escolares, militares e industriales ejercen disciplinamiento sobre los cuerpos, generando individuos útiles, productivos y regulados según parámetros normativos.

- El cuerpo como lenguaje y medio de comunicación, donde la kinésica y la proxémica²¹⁸ ponen de relieve que los gestos, posturas y distancias interpersonales son prácticas culturalmente codificadas que estructuran la interacción social y marcan los límites entre lo íntimo, lo público y lo sagrado.

Estas perspectivas no son excluyentes, sino que constituyen diferentes ángulos para analizar cómo el cuerpo se transforma en un campo de disputa y de significación. El cuerpo disciplinado, el cuerpo exhibido y el cuerpo comunicante dialogan en la vida cotidiana, atravesados por los sistemas médicos, los dispositivos políticos y las industrias culturales que moldean los modos de ser y de estar en el mundo.

En el terreno de los sistemas médicos, la forma en que se construye la corporalidad constituye un punto de partida fundamental para entender sus lógicas terapéuticas. La biomedicina ha edificado un modelo del cuerpo en clave orgánica, mecanicista y fragmentada, heredero de la tradición cartesiana que escinde cuerpo y mente, y de la fisiología mecanicista de autores como La Mettrie²¹⁹, que concebía el cuerpo como una máquina perfecta. Esta perspectiva se ha intensificado con la biología molecular contemporánea, donde figuras como Dawkins²²⁰ han descrito al ser humano como un simple «vehículo» de genes, reduciendo la corporalidad a su soporte genético-químico. Este enfoque, aunque eficaz para la intervención técnica, tiende a ignorar las dimensiones emocionales, sociales y espirituales de la experiencia corporal.

En contraste, los sistemas médicos tradicionales han concebido el cuerpo de manera holística, relacional y energética, integrando dimensiones físicas, psíquicas y espirituales. La medicina tradicional china, por ejemplo, se basa en el equilibrio dinámico entre el *yin* y el *yang* y en la circulación del *qi* (energía vital) a través de meridianos corporales; mientras que la medicina ayurvédica entiende la corporalidad como el resultado de la interacción entre *doshas* (humores vitales) y su equilibrio en relación con el cosmos y la naturaleza. Estas concepciones desplazan el énfasis de lo meramente orgánico hacia una experiencia total del cuerpo, donde la salud se define como armonía interna y externa, y donde la enfermedad emerge como ruptura de equilibrios múltiples.

²¹⁷ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit.*

²¹⁸ Hall, Edward T. (1990). *The hidden dimension*. Knopf Doubleday Publishing Group

²¹⁹ La Mettrie, Julien O. (1748). *L'Homme machine*. Leyde.

²²⁰ Dawkins, Richard. (1976). *The selfish gene*. Oxford University Press.

De este modo, la comparación entre la corporalidad biomédica y las construcciones corporales de los sistemas tradicionales revela no solo diferencias epistemológicas, sino también divergencias en las formas de intervención y en la relación entre paciente, terapeuta y comunidad. El cuerpo, lejos de ser una realidad objetiva y universal, se constituye como un locus de construcción social y cultural, donde convergen tecnologías del poder, significaciones colectivas y prácticas de cuidado que articulan lo biológico con lo simbólico.

Corporalidad, medicalización y poder: una mirada integradora

El análisis de la medicalización desde la antropología médica permite comprender la compleja articulación entre saberes científicos, prácticas institucionales y formas de subjetividad que configuran la experiencia contemporánea de la salud y la enfermedad. A lo largo del capítulo se ha puesto de relieve cómo la medicalización no constituye únicamente un proceso de expansión técnica de la biomedicina, sino un entramado social y cultural en el que se conjugan dinámicas de control, disciplinamiento y producción de identidades. Este fenómeno se hace visible tanto en la institucionalización de la biomedicina como modelo hegemónico, como en las micropolíticas cotidianas que afectan la manera en que los sujetos perciben, habitan y negocian sus cuerpos.

En este sentido, la noción foucaultiana de biopolítica proporciona un marco fundamental para entender cómo la gestión de la vida se ejerce a través de dispositivos que regulan la corporalidad, desde las prácticas de hospitalización y burocratización de la atención médica, hasta la producción de categorías diagnósticas que definen lo normal y lo patológico²²¹. A ello se suma la crítica illichiana a la contraproduktividad e iatrogenia, que evidencia cómo los efectos adversos de la práctica médica pueden minar la autonomía de los individuos y transformar a los pacientes en consumidores dependientes de un aparato médico-industrial²²².

La corporalidad, sin embargo, no puede reducirse a un campo orgánico gestionado por la biomedicina. La antropología ha mostrado cómo el cuerpo es, al mismo tiempo, un sistema simbólico y social: un lugar donde se inscriben representaciones culturales, normativas de género, jerarquías políticas y expectativas de prestigio²²³. En sociedades contemporáneas, el cuerpo aparece como mercancía en la economía de consumo, como lenguaje en la comunicación cotidiana y como espacio de control en la disciplina institucional²²⁴. La medicalización amplifica estas dimensiones, reforzando su carácter ambiguo: fuente de autonomía y cuidado, pero también de dominación y sometimiento.

²²¹ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

²²² Illich, Ivan. (1975), *op cit*.

²²³ Douglas, Mary. (1970), *op cit*.

Turner, Bryan S. (1996). *The body and society: Explorations in social theory* (2ª ed.). Sage.

²²⁴ Hall, Edward T. (1990), *op cit*.

Buñuel, Ana (1992), *op cit*.

Integrar estas perspectivas obliga a una mirada etnográfica que no se limite al análisis de la biomedicina como sistema cerrado, sino que reconozca sus interacciones con sistemas médicos alternativos, populares y tradicionales en contextos de pluralismo asistencial. Este enfoque permite articular lo biológico con lo social y lo simbólico, visibilizando tanto los efectos normalizadores de la biomedicina hegemónica como las resistencias, hibridaciones y reapropiaciones que los sujetos desarrollan en su experiencia cotidiana de la salud.

De este modo, el estudio de la medicalización y la corporalidad se convierte en una herramienta crítica para la antropología médica, al situar en un mismo plano el poder institucional, la agencia individual y los imaginarios culturales. Al mismo tiempo, constituye un puente hacia los capítulos posteriores, en los que se abordarán las narrativas contemporáneas en gestión de la salud y la manera en que los sujetos negocian entre distintos sistemas médicos, configurando itinerarios terapéuticos que oscilan entre la hegemonía biomédica y la diversidad de saberes alternativos.

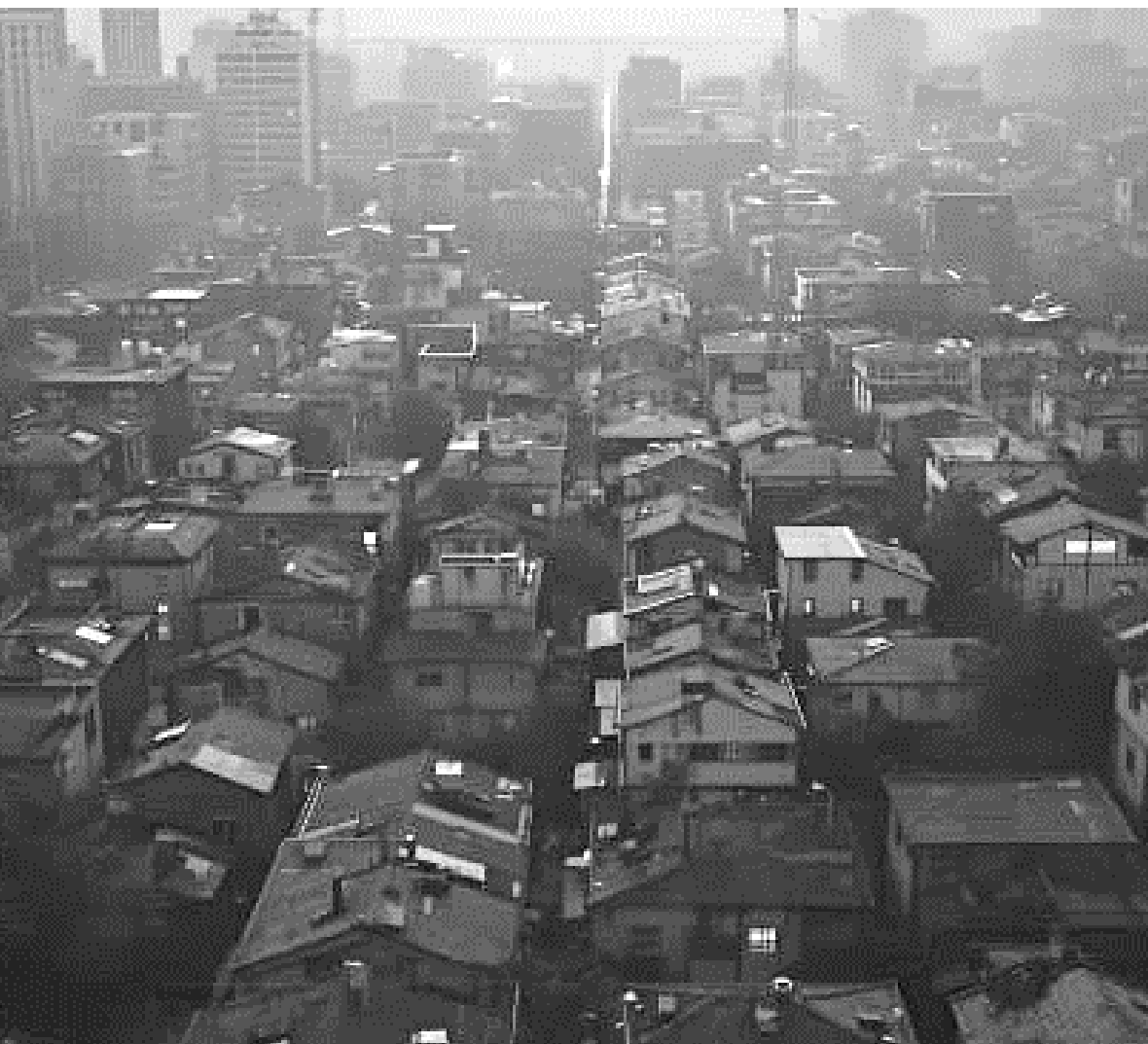
IV PARTE

HORIZONTES, RETOS Y TEMAS EMERGENTES EN LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA DEL SIGLO XXI



CAPÍTULO 9
PERSPECTIVAS *ILLNESS* Y *SCKINESS*

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE
BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

La distinción conceptual entre *illness* y *sickness* se ha consolidado, desde la segunda mitad del siglo XX, como uno de los ejes analíticos centrales de la antropología médica contemporánea. Esta dualidad no remite únicamente a un problema terminológico, sino que condensa un debate epistemológico y político en torno a los modos de comprender el fenómeno salud/enfermedad en su complejidad multiescalar. En el polo de *illness* se sitúan las aproximaciones que privilegian las narrativas del padecimiento y las experiencias subjetivas de los pacientes, enfatizando la dimensión fenomenológica y simbólica del cuerpo vivido²²⁵. En contraposición, la categoría *sickness* se orienta hacia la comprensión del sufrimiento como hecho social, inscrito en estructuras económicas, políticas e institucionales, y cuya inteligibilidad requiere situarlo en el marco de las desigualdades y del poder social²²⁶.

Este debate se encuentra íntimamente vinculado con las reflexiones desarrolladas en capítulos previos. La historicidad de la biomedicina, explorada como sistema académico hegemónico, muestra cómo los procesos de institucionalización y medicalización de la vida cotidiana se han configurado en paralelo a la emergencia de nuevas formas de legitimidad y control social. De igual manera, el concepto de modelo médico hegemónico evidenció la capacidad de la biomedicina para subordinar y jerarquizar otros sistemas de atención, consolidando un orden asistencial marcado tanto por la eficacia técnica como por la imposición cultural. La medicalización, a su vez, problematizada desde perspectivas críticas y foucaultianas, reveló cómo las prácticas de salud constituyen no sólo dispositivos terapéuticos, sino también mecanismos de disciplinamiento y regulación de la vida.

En este contexto, la polaridad *illness/sickness* emerge como una herramienta heurística privilegiada para analizar el campo de la salud desde una doble escala: la micro, centrada en la agencia, la experiencia y las negociaciones entre pacientes y profesionales; y la macro, enfocada en los determinantes sociales, las desigualdades estructurales y las formas de violencia institucional y económica que atraviesan el sufrimiento. Esta tensión metodológica y teórica resulta especialmente relevante para la investigación etnográfica contemporánea, en tanto permite articular el análisis de los itinerarios terapéuticos individuales con la crítica estructural a los sistemas de salud y sus políticas²²⁷. Así, más que enfoques excluyentes, las perspectivas *illness* y *sickness* constituyen registros complementarios que iluminan, desde distintas escalas y sensibilidades, las condiciones en que

²²⁵ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

Good, Byron. (1994), *op cit.*

²²⁶ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit.*

Baer, Hans A., Singer, Merrill & Susser, Ida. (2003). *Medical anthropology and the world system: critical Perspectives*. Praeger

²²⁷ Farmer, Paul. (2004), *op cit.*

Singer, Merrill & Baer, Hans. (2018). *Introducing medical anthropology: A discipline in action* (3rd ed.). Rowman & Littlefield.

los sujetos enferman, padecen y buscan atención en un mundo atravesado por profundas desigualdades sociales y sanitarias.

La perspectiva Illness

La noción de *illness* emerge, en el contexto de la tradición antropológica norteamericana de la segunda mitad del siglo XX, como una categoría analítica destinada a capturar las dimensiones subjetivas, simbólicas y experienciales del padecimiento. Frente al énfasis biologicista de la biomedicina, centrada en la enfermedad como entidad objetiva (*disease*), el enfoque *illness* reivindica la centralidad de las narrativas del paciente y de los mundos culturales en los que la enfermedad cobra sentido. Se trata de una tradición que se enmarca en el paradigma de la antropología de la medicina, y que, desde la fenomenología del cuerpo vivido y la interpretación cultural de las experiencias, abrió un campo fecundo para el análisis etnográfico del sufrimiento humano.

En esta perspectiva confluyen diversas orientaciones que marcaron la consolidación del campo. Por un lado, la antropología médica crítica norteamericana, que, aun en diálogo con la biomedicina, buscó ampliar sus categorías explicativas para incorporar las voces y significados de los pacientes. Por otro, el enfoque fenomenológico, inspirado en la tradición de Merleau-Ponty, que privilegió el cuerpo no como mero organismo, sino como campo de experiencia y de intersubjetividad, subrayando las maneras en que el padecimiento transforma la vivencia del tiempo, del espacio y de la identidad²²⁸. Finalmente, el enfoque interpretativo, consolidado por autores como Kleinman y Good, que propuso comprender la enfermedad como un proceso de significación enraizado en los sistemas simbólicos y en las interacciones sociales.

En términos clínicos, la antropología de la medicina cristalizó a través de lo que se denominó *Clinical Medical Anthropology*, cuyo objetivo era generar competencias culturales para mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, especialmente en contextos multiculturales. Kleinman²²⁹ con su propuesta de los modelos explicativos y Good²³⁰ con su atención a las narrativas, fueron figuras centrales en este movimiento, que planteó la necesidad de una medicina centrada en la narrativa y sensible a los significados locales de la enfermedad. En este sentido, la perspectiva *illness* fortaleció el reconocimiento de la agencia de los pacientes, de la negociación constante en la relación médico-paciente, y de la importancia de los itinerarios terapéuticos como procesos sociales y culturales.

No obstante, estas fortalezas han sido también objeto de crítica. Desde la llamada antropología de la enfermedad (*sickness*), se señaló que la antropología clínica tendía a quedar atrapada en la lógica biomédica, fascinada por lo que Singer y Baer²³¹

²²⁸ Csordas, Thomas J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5–47.

²²⁹ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

²³⁰ Good, Byron. (1994), *op cit.*

²³¹ Singer, Merrill & Baer, Hans. (1995). *Critical medical anthropology*. Routledge

denominaron «la magia de la medicina», y poco atenta a las desigualdades estructurales y a los determinantes sociales de la salud. En esta línea, se argumentó que el énfasis exclusivo en la narrativa y en la experiencia subjetiva corría el riesgo de invisibilizar las relaciones de poder, los dispositivos institucionales y las condiciones socioeconómicas que atraviesan y configuran el sufrimiento²³².

A pesar de estas limitaciones, la perspectiva *illness* ha sido fundamental en el desarrollo de la antropología médica, pues permitió reorientar la mirada hacia los pacientes y sus mundos de vida, abriendo la posibilidad de comprender la enfermedad no sólo como un proceso biológico, sino como una experiencia cultural, relacional y profundamente significativa. De este modo, se constituyó en un complemento indispensable de la historia crítica de la biomedicina y del análisis del modelo médico hegemónico, al mostrar que los saberes dominantes sólo pueden comprenderse en diálogo —o en tensión— con las experiencias concretas de quienes los habitan.

La perspectiva Sickness

En contraste con el énfasis subjetivista y fenomenológico de la perspectiva *illness*, la categoría *sickness* emerge como un eje analítico centrado en las dimensiones estructurales, históricas y políticas de la salud y la enfermedad. Esta orientación se nutre de tradiciones críticas europeas y latinoamericanas, articuladas en torno a la noción de medicina social y a la problematización de las desigualdades en la distribución de la enfermedad y el acceso a los cuidados.

Los orígenes de este enfoque pueden rastrearse en el siglo XIX, con autores como Rudolf Virchow, quien al estudiar la epidemia de tifus en la Alta Silesia mostró que las causas últimas de la enfermedad eran de carácter social, económico y político, y no meramente biológico²³³. En paralelo, Karl Marx aportó un marco teórico para pensar las condiciones de vida de la clase obrera y sus vínculos con la morbilidad, situando la cuestión de la salud en el corazón de las relaciones de producción y explotación. Posteriormente, la crítica sociológica francesa —particularmente a través de Michel Foucault— problematizó la imbricación entre medicina, poder y racionalidad estatal, mostrando cómo la biomedicina se convierte en un dispositivo de gobierno de los cuerpos y de regulación de las poblaciones²³⁴.

En América Latina, desde las primeras décadas del siglo XX, se consolidó un movimiento de medicina social estrechamente ligado a los procesos de construcción estatal y a la gestión de poblaciones indígenas, rurales y pobres. Autores como Aguirre Beltrán en México o Marsal en Brasil introdujeron perspectivas interculturales, mientras que figuras

²³² Baer, Hans A., Singer, Merrill & Susser, Ida. (2003), *op cit*.

²³³ Virchow, Rudolf. (2006[1848]). *Informe sobre la epidemia de tifus en Alta Silesia*. Editorial Complutense.

²³⁴ Foucault, Michel. (2001[1963]), *op cit*.

Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

vinculadas a la medicina social latinoamericana articularon un discurso profundamente comprometido con la denuncia de las desigualdades y la defensa de los sectores más desfavorecidos²³⁵. Este movimiento no sólo visibilizó las dimensiones sociales de la enfermedad, sino que generó prácticas de intervención comunitaria y propuestas de transformación de los sistemas de salud.

A partir de la década de 1970, esta tradición crítica se introdujo también en Estados Unidos, a través de lo que se denominó *Critical Medical Anthropology*. Autores como Hans Baer y Merrill Singer²³⁶ desarrollaron el marco de la crítica aplicada a la medicina, en el que las desigualdades estructurales, la hegemonía biomédica y los procesos de medicalización global son analizados en clave de economía política. En paralelo, Paul Farmer²³⁷ introdujo el concepto de violencia estructural para mostrar cómo los sistemas de exclusión, pobreza y desigualdad se inscriben literalmente en los cuerpos, generando sufrimiento social. Estos autores constituyen el núcleo de un enfoque que, sin abandonar la etnografía, despliega un análisis sistemático de las intersecciones entre biomedicina, capitalismo y poder.

Las fortalezas de la perspectiva *sickness* radican en su capacidad para visibilizar las desigualdades, poner en el centro el sufrimiento social y denunciar los efectos de la economía política global sobre los cuerpos y las poblaciones. Su marco estructural ha permitido articular un análisis de las relaciones entre Estado, mercado y sistemas médicos, y abrir un campo de interlocución con disciplinas como la salud pública, la sociología crítica y los estudios de desarrollo.

No obstante, también se le han señalado críticas. En particular, el riesgo de caer en un cierto reduccionismo macro, en el que las experiencias individuales del sufrimiento quedan subsumidas bajo explicaciones estructurales amplias, invisibilizando la agencia, la subjetividad y los significados locales de los pacientes. Esta tensión —entre la atención a las narrativas individuales y el análisis de las estructuras globales— constituye uno de los debates centrales en la antropología médica contemporánea.

En síntesis, la perspectiva *sickness* puede caracterizarse como un enfoque estructural, inscrito en el paradigma de la antropología de la enfermedad, que se desarrolló inicialmente en las tradiciones críticas europeas y latinoamericanas, y que a partir de los años setenta se consolidó también en Estados Unidos a través de la *Critical Medical Anthropology*. Frente a la fascinación clínica por la narrativa, este enfoque insiste en que la enfermedad no puede comprenderse sin atender a los regímenes de desigualdad y poder que la producen y reproducen.

²³⁵ Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo & Merhy Emerson E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2): 128-136.

²³⁶ Singer, Merrill & Baer, Hans. (1995), *op cit*.

²³⁷ Farmer, Paul. (2004), *op cit*

La confrontación teórica: antropología clínica vs. antropología crítica

La distinción entre *illness* y *sickness* no solo cristalizó dos tradiciones teóricas diferenciadas, sino que dio lugar a un debate explícito entre los años setenta y ochenta en torno al estatuto de la antropología médica y a sus vínculos con la biomedicina. Este debate se expresó, de manera paradigmática, en la contraposición entre la *Clinically Applied Medical Anthropology* (CAMA) y la *Critically Applied Medical Anthropology* (CMA).

La antropología clínica, representada por autores como Arthur Kleinman²³⁸ y Byron Good²³⁹, se centró en el análisis de las narrativas de los pacientes y en el reconocimiento de la experiencia subjetiva como dimensión constitutiva de la enfermedad. Bajo esta óptica, la función del antropólogo es mediar entre los universos culturales de médicos y pacientes, dotando a la práctica clínica de mayor sensibilidad cultural. Se trata de una orientación que, si bien revela la agencia de los sujetos y la densidad simbólica de sus mundos, fue criticada por su tendencia a permanecer subordinada al horizonte biomédico, orientándose a mejorar la práctica clínica más que a cuestionar sus fundamentos²⁴⁰.

Por otro lado, la antropología crítica, desarrollada inicialmente en América Latina y posteriormente en Estados Unidos, adoptó un marco de economía política que enfatizaba la imbricación entre biomedicina, capitalismo y desigualdad social. Autores como Merrill Singer y Hans Baer²⁴¹ denunciaron el carácter hegemónico y medicalizador de la biomedicina, señalando cómo los procesos de globalización de la salud reproducen inequidades estructurales. En esta línea, Paul Farmer²⁴² introdujo el concepto de violencia estructural como clave para comprender cómo las desigualdades históricas y económicas se inscriben en los cuerpos, generando sufrimiento social.

La confrontación entre ambas perspectivas se intensificó en los años ochenta. Desde la crítica estructural se acusaba a la antropología clínica de una especie de «fascinación por la magia de la medicina», en tanto que permanecía atrapada en su horizonte cultural sin interrogar los efectos de poder que la biomedicina ejercía sobre los cuerpos y las poblaciones²⁴³. En sentido inverso, los clínicos reprochaban a los críticos su tendencia a reducir la experiencia del sufrimiento a explicaciones macro-estructurales, perdiendo de vista el carácter fenomenológico y vivido de la enfermedad.

Las tensiones se expresaron en múltiples campos. En torno a la medicalización, por ejemplo, la antropología clínica tendió a analizar cómo los pacientes resignifican y negocian las categorías biomédicas en sus mundos de vida; mientras que la antropología crítica subrayó el papel de la medicalización como estrategia de control social y de reproducción

²³⁸ Kleinman, Arthur. (1980), *op cit.*

Kleinman, Arthur. (1988a), *op cit.*

²³⁹ Good, Byron. (1994), *op cit.*

²⁴⁰ Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret. (1987), *op cit.*

²⁴¹ Singer, Merrill & Baer, Hans. (1995), *op cit.*

²⁴² Farmer, Paul. (2004), *op cit.*

²⁴³ Baer, Hans A., Singer, Merrill & Susser, Ida. (2003), *op cit.*

de desigualdades. En relación con la violencia estructural, la primera se centró en los relatos de dolor, trauma y sufrimiento corporal, mientras que la segunda mostró cómo dichos fenómenos emergen de condiciones históricas de explotación y exclusión. Finalmente, en el campo de la salud global, mientras la antropología clínica enfatizó la importancia de la competencia cultural y la sensibilidad narrativa en la atención a poblaciones diversas, la antropología crítica denunció la mercantilización de la salud y la captura de los programas internacionales por lógicas neoliberales.

Perspectiva	Antropología clínica (<i>Illness</i>)	Antropología crítica (<i>Sickness</i>)
Tradición	Norteamericana	Europea (francesa) y latinoamericana
Para-digma	Antropología de la medicina	Antropología de la enfermedad
Enfoque	Micro, subjetivo, narrativo, fenomenológico e interpretativo	Macro, estructural, político
Autores clave	A. Kleinman, B. Good, A. Kleinman	H. Baer, M. Singer, P. Farmer
Objeto de análisis	Experiencia vivida, cuerpo fenomenológico, narrativas del paciente	Determinantes sociales, biomedicina hegemónica, violencia estructural
Fortalezas	Reconocimiento de la agencia y los significados culturales; mediación intercultural en la clínica	Visibilización de desigualdades; crítica de la medicalización y del control social
Críticas	Subordinación a la lógica biomédica, escasa atención a estructuras de poder	Riesgo de reduccionismo macro; invisibilización de la subjetividad

Tabla 5. Cuadro comparativo: *Illness* vs. *Sickness*. Fuente: elaboración propia.

No obstante, a partir de los años noventa ambas corrientes comenzaron a hibridarse, dando lugar a enfoques más eclécticos que integran la atención al detalle micro de las experiencias (*illness*) con la mirada estructural de las desigualdades (*sickness*). Este diálogo, aunque no resuelve la tensión entre lo micro y lo macro, sí abrió un espacio para una antropología médica más plural, capaz de reconocer simultáneamente la densidad subjetiva del sufrimiento y los regímenes de poder que lo producen

El eclecticismo contemporáneo

A partir de la década de 1990, las fronteras rígidas entre la perspectiva *illness* y la perspectiva *sickness* comenzaron a desdibujarse, dando lugar a un campo caracterizado por el eclecticismo teórico y metodológico. Este proceso no supuso una fusión completa de las tradiciones, sino más bien una integración parcial y selectiva de aportes mutuos, en un esfuerzo por superar la polarización entre lo micro y lo macro, entre la narrativa individual y la estructura social.

Desde la vertiente *illness*, autores como João Biehl²⁴⁴ y Mary-Jo Del Vecchio ampliaron el horizonte de la antropología clínica más allá del espacio sanitario, desplazando la atención hacia los contextos cotidianos de la exclusión social, la marginalidad y el abandono estatal. Estas investigaciones subrayaron cómo la experiencia subjetiva del sufrimiento se configura en tramas sociales de violencia, desposesión y precariedad, revelando que lo fenomenológico y lo estructural no son dimensiones escindidas, sino mutuamente constitutivas.

Del lado *sickness*, se produjo una apertura hacia la corporalidad vivida y simbólica, así como hacia los lenguajes y metáforas culturales de la enfermedad. Autoras como Nancy Scheper-Hughes²⁴⁵ mostraron cómo el sufrimiento social se inscribe en los cuerpos vulnerables de mujeres y niños en contextos de pobreza, mientras que Philippe Bourgois²⁴⁶, a través de sus etnografías de drogadicción y violencia urbana, puso en evidencia cómo los procesos macroeconómicos de exclusión se traducen en biografías corporales y trayectorias de enfermedad. En este sentido, la crítica estructural se enriqueció con herramientas fenomenológicas y simbólicas, evitando el riesgo de un reduccionismo exclusivamente macrosocial.

Una noción clave en esta síntesis es la de violencia estructural, introducida por Paul Farmer²⁴⁷, que permite comprender cómo las desigualdades históricas, económicas y políticas se materializan en sufrimientos corporales y en trayectorias de enfermedad diferencialmente distribuidas. Esta categoría no solo ha permeado los estudios académicos, sino que también ha incidido en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea (UE), donde se ha consolidado el lenguaje de los determinantes sociales de la salud²⁴⁸. Dicho marco ha reforzado la idea de que la enfermedad no es solo un fenómeno biológico o clínico, sino también un producto social que requiere intervenciones estructurales.

En la actualidad, los programas de investigación en antropología médica se nutren de este eclecticismo. En el campo de la salud global, se articula una mirada que conjuga la crítica a las inequidades estructurales con la atención a los mundos locales de significado. En la salud planetaria, emergen preocupaciones vinculadas a la crisis ecológica y al impacto del cambio climático sobre la salud, retomando el vínculo entre biomedicina, economía política y medio ambiente. Finalmente, la medicina narrativa constituye un espacio privilegiado donde confluyen las sensibilidades *illness* y *sickness*: reconoce la

²⁴⁴ Biehl, João. (2003). *Emergent forms of life and the anthropological voice*. Duke University Press.
Biehl, João. (2005), *op cit*.

²⁴⁵ Scheper-Hughes, Nancy. (1992), *op cit*.

²⁴⁶ Bourgois, Philippe. (2003), *op cit*.

²⁴⁷ Farmer, Paul. (2004), *op cit*

²⁴⁸ Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.

agencia y la voz del paciente al tiempo que se abre a las dimensiones sociales y estructurales del sufrimiento humano²⁴⁹.

En síntesis, el eclecticismo contemporáneo no ha diluido las tensiones entre ambas perspectivas, pero sí ha generado un terreno de hibridación productiva, que permite a la antropología médica abordar la complejidad de la salud y la enfermedad en un mundo marcado por la globalización, la desigualdad y la emergencia de nuevas formas de sufrimiento social.

Síntesis y relevancia para la antropología médica contemporánea

La síntesis del debate entre las perspectivas *illness* y *sickness* evidencia que la antropología médica contemporánea ha alcanzado un estadio de integración metodológica y teórica que permite abordar simultáneamente las dimensiones micro y macro de la salud y la enfermedad. La articulación de estas perspectivas ofrece un marco analítico complementario: mientras *illness* aporta la comprensión de la experiencia subjetiva, las narrativas de sufrimiento y la agencia individual del paciente²⁵⁰, *sickness* permite situar estas experiencias en contextos estructurales más amplios, considerando desigualdades sociales, políticas de salud y determinantes económicos y ambientales²⁵¹.

Esta complementariedad ha resultado especialmente valiosa para el análisis del pluralismo asistencial, ya que facilita una comprensión multidimensional de la coexistencia de sistemas médicos hegemónicos, alternativos y tradicionales, al tiempo que permite identificar tensiones, convergencias y estrategias de negociación entre pacientes y profesionales en contextos culturales específicos²⁵². Asimismo, contribuye a la problemática de la medicalización, ofreciendo herramientas para discernir cómo la intervención biomédica, las prácticas clínicas y las políticas sanitarias se inscriben en estructuras de poder y producen efectos iatrogénicos o de subordinación cultural²⁵³.

La integración de ambos enfoques también resulta crítica para analizar nuevas formas de sufrimiento social, tales como aquellas derivadas de la globalización, la precarización laboral, las migraciones y la exclusión urbana. La perspectiva *illness* permite comprender

²⁴⁹ Charon, Rita. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

²⁵⁰ Kleinman, Arthur. (1988a), *op cit*.

Good, Byron. (1994), *op cit*.

²⁵¹ Baer, Hans A. (2024). *Building the Critical Anthropology of Climate Change: Towards a Socio-Ecological Revolution*. Routledge.

Farmer, Paul. (2004), *op cit*

²⁵² Biehl, João. (2005), *op cit*.

Singer, Merrill & Baer, Hans. (1995), *op cit*.

²⁵³ Illich, Ivan. (1975), *op cit*

Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

el impacto en las subjetividades, mientras que *sickness* ofrece un marco para identificar procesos de marginalización estructural y violencia simbólica y material²⁵⁴. De esta manera, la antropología médica contemporánea despliega una capacidad analítica que vincula lo simbólico, lo corporal y lo social, evitando tanto el reduccionismo micro como el macro.

Finalmente, esta aproximación prepara el terreno para los capítulos posteriores, en los que se abordarán temáticas centrales del análisis contemporáneo: la biopolítica, los efectos de la globalización sobre la salud, los desafíos ecológicos y ambientales, y la construcción de género y cuerpo en la experiencia sanitaria. La conjugación de perspectivas *illness* y *sickness* proporciona, así, un marco metodológico sólido y flexible, que permite a los investigadores contemporáneos generar estudios etnográficos integrales, sensibles a la complejidad de los fenómenos de salud-enfermedad y a las múltiples formas de interacción entre individuos, comunidades y sistemas sanitarios.

²⁵⁴ Scheper-Hughes, Nancy. (1992), *op cit.*

Farmer, Paul. (2004), *op cit*

CAPÍTULO 10
BIOPOLÍTICA, BIOTECNOLOGÍA Y POSTHUMANISMO

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE
BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

El inicio del siglo XXI ha estado marcado por la expansión de las tecnociencias médicas y su creciente interpenetración con la vida cotidiana, transformando no sólo los horizontes de la práctica clínica, sino también las categorías con las que pensamos lo humano, lo corporal y lo social. La convergencia entre biología molecular, ingeniería genética, nanotecnología, inteligencia artificial y neurociencias ha generado un campo de intervención sin precedentes en la historia de la medicina, en el que la salud deja de ser concebida exclusivamente como ausencia de enfermedad para convertirse en un territorio de potenciales optimizaciones, modulaciones y rediseños del cuerpo²⁵⁵. Esta expansión no se limita a la esfera terapéutica, sino que penetra en el terreno de la prevención, la vigilancia y la misma definición de lo que se entiende por vida digna o saludable.

En este marco, se problematiza la relación entre técnica, cuerpo y sociedad. La tecnología, tradicionalmente concebida como medio subordinado a fines humanos, se convierte en un fin en sí misma, adquiriendo un estatuto ontológico y normativo que redefine los límites de lo natural y lo artificial²⁵⁶. Desde las prótesis inteligentes hasta la edición genética mediante CRISPR, los desarrollos contemporáneos desdibujan las fronteras entre lo biológico y lo mecánico, entre lo humano y lo no humano, generando nuevas modalidades de corporalidad híbrida²⁵⁷. Este desplazamiento obliga a repensar las categorías clásicas de la antropología médica, desplazando el foco desde la mera crítica de la medicalización hacia un análisis más amplio de la biopolítica contemporánea y del papel de las biotecnologías en la producción de subjetividades y regímenes de vida.

En este sentido, la transición de la antropología médica crítica hacia los debates post-humanistas constituye un giro fundamental. Mientras que las aproximaciones críticas de los años setenta y ochenta enfatizaron los efectos estructurales de la medicalización y el papel del biopoder en la regulación de poblaciones²⁵⁸, los enfoques actuales abren el campo a una interrogación más radical sobre el futuro de la corporalidad y de la condición humana. El posthumanismo y el transhumanismo no son únicamente corrientes filosóficas o ideológicas, sino también horizontes prácticos que se materializan en laboratorios, políticas de innovación tecnológica y discursos de salud global²⁵⁹. La antropología médica, en este contexto, se enfrenta al desafío de articular un marco analítico capaz de dar

²⁵⁵ Rabinow, Paul. (1996). *Essays on the anthropology of reason*. Princeton University Press.

Rose, Nikolas. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.

²⁵⁶ Marcel, Gabriel. (1954). *The mystery of being*. St. Augustine's Press.

Saraceni, Guido (2005). Cyborg, post-umanesimo e biometria, *L' Arco di Giano*, 45, 75-92.

²⁵⁷ Haraway, Donna. (1991). *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. Routledge.

²⁵⁸ Foucault, Michel. (1979a). *Microfísica del poder*. La Piqueta.

Illich, Ivan. (1975), *op cit*

²⁵⁹ Braidotti, Rosi. (2013). *The posthuman*. Polity Press.

Sloterdijk, Peter. (2012). *Has de cambiar tu vida: Sobre antropotécnica*. Pre-Textos.

cuenta de estas transformaciones, atendiendo simultáneamente a las dimensiones biológicas, sociales, simbólicas, morales y tecnopolíticas de lo humano.

Biopolítica y biopoder

El concepto de biopolítica, tal y como fue formulado por Michel Foucault, constituye uno de los pilares analíticos para comprender las formas contemporáneas de control social articuladas en torno a la salud, la enfermedad y la corporalidad. En *Defender la sociedad e Historia de la sexualidad*, Foucault señaló que, a diferencia de las tecnologías clásicas del poder soberano, basadas en la amenaza de muerte, la modernidad capitalista inaugura un régimen orientado a la administración de la vida: una política de las poblaciones en la que se busca maximizar la productividad, la longevidad y la eficiencia de los cuerpos. La biopolítica se refiere, en este sentido, al conjunto de técnicas mediante las cuales se gobiernan colectividades a través de indicadores de natalidad, morbilidad, mortalidad o esperanza de vida, transformando la salud en una cuestión de seguridad del Estado y de optimización económica²⁶⁰.

Junto a la biopolítica, Foucault introduce el concepto de biopoder, que designa las tecnologías de disciplinamiento aplicadas al cuerpo individual. Allí donde la biopolítica opera sobre agregados estadísticos y poblacionales, el biopoder actúa sobre el cuerpo como unidad, corrigiendo desviaciones, imponiendo normalizaciones y modelando conductas. Escuelas, hospitales, prisiones y cuarteles son los espacios paradigmáticos de esta microfísica del poder, donde la corporalidad es simultáneamente objeto de saber científico y de control normativo²⁶¹. El cuerpo clínico, en tanto superficie de inscripción de discursos médicos y terapéuticos, es atravesado por estas dinámicas de regulación, que articulan el cuidado con la vigilancia.

La obra de Erving Goffman²⁶² complementa esta perspectiva al mostrar cómo la salud y la enfermedad funcionan como ejes de estigmatización y control social. La etiqueta diagnóstica no sólo tiene consecuencias clínicas, sino también performativas, pues organiza interacciones, delimita identidades y genera jerarquías morales entre lo normal y lo patológico. En este sentido, la biopolítica se encarna en microprocesos cotidianos de exclusión e inclusión, en los que la medicalización se convierte en un dispositivo de gobierno de la vida.

Las derivas contemporáneas de la biopolítica ponen de relieve su transformación en el marco de la globalización y del neoliberalismo. Autores como Nikolas Rose²⁶³ o Thomas Lemke²⁶⁴ han señalado que el gobierno de la vida ya no se ejerce exclusivamente a

²⁶⁰ Foucault, Michel (1979b). *Naissance de la biopolitique*. Gallimard.

Foucault, Michael. (2003[1976]), *op cit*.

²⁶¹ Foucault, Michel. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Gallimard.

²⁶² Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

²⁶³ Rose, Nikolas. (2007), *op cit*

²⁶⁴ Lemke, Thomas. (2011). *Biopolitics: An advanced introduction*. New York University Press.

través de instituciones disciplinarias, sino mediante formas de autogestión subjetiva y de responsabilización individual. El sujeto neoliberal es llamado a concebirse como empresario de sí mismo, gestor de su salud y administrador de sus riesgos, en un contexto en el que la medicina preventiva, los seguros privados y los biomarcadores digitales desplazan la responsabilidad de la salud desde el Estado hacia el individuo. Esta mutación implica una biopolítica de la responsabilización, en la que la desigualdad se naturaliza como diferencia de estilos de vida y de competencias en el manejo de riesgos.

En paralelo, la biopolítica contemporánea se globaliza. La gestión de pandemias, el acceso desigual a medicamentos y vacunas, o los regímenes de vigilancia epidemiológica planetaria revelan la emergencia de lo que Didier Fassin²⁶⁵ ha denominado «biopolítica humanitaria», donde la vida es gobernada a escala transnacional bajo criterios de urgencia, securitización y filantropía corporativa. Finalmente, la secularización de los discursos biomédicos refuerza esta lógica: la salud se convierte en valor supremo, sustituyendo en gran medida las promesas de salvación religiosa por la utopía de la longevidad indefinida y de la optimización corporal²⁶⁶.

Así, la biopolítica y el biopoder constituyen no sólo categorías analíticas para comprender los dispositivos de control sanitario, sino también vectores de problematización de la vida en el presente, en el que la salud deviene al mismo tiempo promesa de emancipación y campo de nuevas formas de dominación.

Biotecnología: usos humanistas e inhumanistas

La biotecnología puede definirse como el conjunto de prácticas y saberes que aplican técnicas tecnocientíficas a organismos vivos o a sus componentes con el fin de producir transformaciones, diagnósticos o innovaciones con aplicaciones en el ámbito sanitario, agrícola, industrial y militar. Su emergencia contemporánea constituye uno de los campos privilegiados donde se materializan las tensiones entre la promesa emancipadora de la técnica y los riesgos de su instrumentalización en proyectos de dominación, mercantilización y control.

Desde una perspectiva humanista, la biotecnología se ha erigido como recurso fundamental en la expansión del horizonte terapéutico de la medicina contemporánea. Entre sus aplicaciones se incluyen la terapia génica dirigida a corregir defectos genéticos —con avances en patologías como la fibrosis quística o la distrofia muscular—, la bioingeniería de tejidos y órganos artificiales para trasplante, el uso de células madre con fines regenerativos, así como la producción de vacunas recombinantes contra enfermedades como la hepatitis B o el virus del papiloma humano. Del mismo modo, el diagnóstico molecular, apoyado en técnicas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), ha transformado

²⁶⁵ Fassin, Didier. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5), 44–60.

²⁶⁶ Esposito, Roberto. (2013). *Bíos: Biopolítica y filosofía*. Amorrortu.

la capacidad de detección precoz de enfermedades genéticas, infecciosas y oncológicas, contribuyendo a una medicina de precisión orientada al cuidado individualizado.

No obstante, estas potencialidades conviven con derivas que han sido catalogadas como inhumanistas, en tanto transgreden los principios éticos fundamentales de la dignidad, la autonomía y la justicia. Entre ellas se encuentran la manipulación genética con fines eugenésicos o comerciales, la clonación humana, el biohacking orientado a la mejora cognitiva o física fuera de marcos regulativos, así como el desarrollo de armas biológicas destinadas al bioterrorismo o la guerra. De igual modo, el espionaje biomolecular y la apropiación corporativa de datos genéticos evidencian los riesgos de un capitalismo biotecnológico que transforma la vida en mercancía.

El debate ético en torno a la biotecnología se despliega en un terreno atravesado por tensiones entre la emancipación y la instrumentalización. Habermas²⁶⁷ advierte del peligro de una eugenesia liberal que erosione la autonomía de los sujetos, al situar su dotación genética bajo decisiones irreversibles tomadas por otros. Saraceni²⁶⁸ y Viola²⁶⁹ han señalado que la técnica, lejos de ser un mero medio neutro, se configura como horizonte de posibilidad que redefine lo humano, abriendo dilemas en torno a la legitimidad de ciertas intervenciones y a sus consecuencias imprevisibles.

En este sentido, la biotecnología aparece como campo ambivalente: fuente de terapias innovadoras que expanden los horizontes de la medicina, pero también espacio de riesgo donde se reconfigura la relación entre poder, cuerpo y mercado. La antropología de la salud se enfrenta así al desafío de analizar no sólo los impactos clínicos de estas tecnologías, sino también sus implicaciones culturales, sociales y éticas en la producción contemporánea de la vida.

Posthumanismo y transhumanismo

El posthumanismo se presenta como un horizonte filosófico y cultural que cuestiona la centralidad ontológica y epistemológica del ser humano en el universo, proponiendo una descentralización radical del *anthropos* como medida de todas las cosas. Sus genealogías pueden rastrearse en la crítica antihumanista de autores como Foucault, Derrida o Haraway, quienes desestabilizaron las categorías fundacionales de sujeto, naturaleza y cuerpo²⁷⁰. Desde este marco, lo posthumano se concibe no sólo como un estadio

²⁶⁷ Habermas, Jürgen. (2012). *El futuro de la naturaleza humana: ¿Hacia una eugenesia liberal?* Paidós.

²⁶⁸ Saraceni, Guido. (2007). El cuerpo del delito. Reflexiones jurídico-filosóficas sobre el posthumanismo. En J. Ballesteros y E. Fernández (Coords.), *Biotecnología y posthumanismo* (pp. 139–152). Editorial Aranzadi.

²⁶⁹ Viola, Francesco. (2007). La defensa de la persona humana en la era tecnológica. En J. Ballesteros y E. Fernández (Coords.), *Biotecnología y posthumanismo* (pp. 47–62). Editorial Aranzadi.

²⁷⁰ Haraway, Donna. (1991), *op cit*.

tecnológico, sino como una transformación epistemológica y política que redefine los límites de lo humano en relación con lo animal, lo maquínico y lo artificial.

En contraste, el transhumanismo constituye una corriente más específica, de carácter filosófico-tecnológico y normativo, que plantea el proyecto de mejora de las capacidades humanas mediante el uso de biotecnologías, nanotecnologías, inteligencia artificial y neurociencias. Se trata de una narrativa orientada al perfeccionamiento del individuo, que concibe la técnica como vector emancipador frente a las limitaciones biológicas y existenciales de la condición humana²⁷¹. El transhumanismo, aunque inscrito en el amplio horizonte posthumanista, mantiene una impronta modernista de progreso lineal, optimización y dominio de la naturaleza.

No obstante, ambos proyectos comparten una ambivalencia constitutiva. Por un lado, habilitan imaginarios de emancipación respecto a las constricciones biológicas, introduciendo la posibilidad de prolongar la vida, expandir la cognición o reconfigurar la corporalidad en términos híbridos, como ejemplifica el tropo del cyborg. Por otro, entrañan riesgos ideológicos de gran calado: la reemergencia de una eugenesia de nuevo cuño bajo la forma de selección genética, la mercantilización del cuerpo a través de la biotecnología aplicada como producto de consumo, y la configuración de desigualdades biotecnológicas que podrían cristalizar nuevas formas de exclusión y jerarquización social²⁷².

El debate contemporáneo, por tanto, no puede reducirse a una dicotomía entre entusiasmo tecnófilo y rechazo tecnófobo. Más bien exige un análisis antropológico y ético que reconozca el potencial transformador de las tecnociencias sin perder de vista sus implicaciones en términos de poder, desigualdad y redefinición de lo humano. La antropología médica crítica, al atender simultáneamente a los imaginarios culturales y a las prácticas tecnocientíficas concretas, se erige en interlocutora imprescindible para pensar los escenarios posthumanos y transhumanos desde una perspectiva que integre corporalidad, política y ética.

Tres vías de la metamorfosis posthumanista

En el marco de las discusiones contemporáneas sobre biotecnología y posthumanismo, es posible identificar tres grandes itinerarios que configuran los modos en que la técnica interviene en la redefinición de lo humano. Estas vías, que no son excluyentes sino complementarias y a menudo entrelazadas, constituyen distintos horizontes de metamorfosis del cuerpo, de la subjetividad y de la condición humana. En primer lugar, la manipulación genética, que abre tanto posibilidades terapéuticas como derivas eugenésicas; en segundo lugar, la manipulación mecánica, articulada en torno a la figura del cyborg

²⁷¹ Bostrom, Nick. (2005). A history of transhumanist thought. *Journal of Evolution and Technology*, 14(1), 1-25.

²⁷² Habermas, Jürgen. (2012), *op cit*.

Fukuyama, Francis. (2002). *Our posthuman future: Consequences of the biotechnology revolution*. Farrar, Straus and Giroux.

y de las promesas de inmortalidad digital; y, finalmente, el reduccionismo biométrico, que traduce la corporalidad en datos y configura nuevas formas de vigilancia y control²⁷³.

- Manipulación genética: eugenesia de lo biológico

El primero de los itinerarios posthumanistas se articula en torno a la manipulación genética, entendida tanto en su vertiente terapéutica como en sus derivas eugenésicas. El determinismo genético, defendido en diversos grados por autores como Dawkins²⁷⁴, Singer²⁷⁵ o Wilson²⁷⁶, plantea que la esencia humana se halla en los genes, con lo cual la posibilidad de modificarlos abre horizontes inéditos de intervención sobre lo biológico. Si bien las terapias génicas, el diagnóstico molecular o la edición mediante técnicas como CRISPR se presentan como avances orientados a la cura y la prevención de enfermedades, la posibilidad de seleccionar embriones, potenciar capacidades o suprimir predisposiciones indeseadas introduce dilemas éticos profundos.

El riesgo radica en la emergencia de nuevas formas de discriminación genética, donde el acceso desigual a las tecnologías configure una fractura entre «mejorados» y «no mejorados». Este escenario anticipa una eugenesia liberal, denunciada por Habermas²⁷⁷, en la que las decisiones reproductivas privadas reproducen y exacerbaban desigualdades sociales estructurales. El cuerpo, en este marco, se convierte en territorio de intervención técnica y de reproducción de jerarquías sociales, consolidando una lógica de mercado aplicada a lo biológico.

- Manipulación mecánica: del cyborg a la biolítica

La segunda vía posthumanista se articula en torno a la integración entre organismos y máquinas, donde la noción de cyborg²⁷⁸ constituye un nodo conceptual central. Desde los primeros desarrollos de la cibernética²⁷⁹ y las proyecciones de la inteligencia artificial elaboradas por Minsky²⁸⁰ o Moravec²⁸¹, hasta las ficciones literarias de Huxley²⁸², se despliega una constelación de imaginarios en la que el cuerpo humano se percibe como

²⁷³ Hernández, José M., De Maya, Badomero, García, Francisco J. y Gomariz, María J. (2016). Los usos posthumanistas de la biotecnología. De la manipulación genética al cyborg, *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, 7, 213-228.

²⁷⁴ Dawkins, Richard. (1976), *op cit*.

²⁷⁵ Singer, Peter. (1996). *Rethinking life and death*. St. Martin's Griffin.

²⁷⁶ Wilson, Edward. O. (1998). *Consilience: The unity of knowledge*. Knopf.

²⁷⁷ Habermas, Jürgen. (2012), *op cit*.

²⁷⁸ Haraway, Donna. (1991), *op cit*.

²⁷⁹ Wiener, Norbert. (1948). *Cybernetics: Or control and communication in the animal and the machine*. Hermann & Cie & Camb. Mass.

²⁸⁰ Minsky, Marvin. (1986). *La sociedad de la mente, la inteligencia humana a la luz de la inteligencia artificial*. Ediciones Galápagos.

²⁸¹ Moravec, Hans. (1988). *Mind children: The future of robot and human intelligence*. Harvard University Press.

²⁸² Huxley, Julian. (1957). *New Bottles for new win*. Chatto & Windus.

obsoleto, una «antigualla» destinada a ser reemplazada por sistemas híbridos o enteramente artificiales.

Entre las aplicaciones concretas destacan, por un lado, las prótesis y tecnologías asistivas que cumplen un rol reparador y democratizador, restituyendo funciones corporales perdidas. Por otro, emergen proyectos más radicales de sustitución del cuerpo humano, como la transferencia de conciencia a soportes digitales o la creación de inteligencias autónomas. Esta ambivalencia evidencia el potencial emancipador y, al mismo tiempo, los riesgos de alienación, deshumanización y desigualdad tecnológica asociados a la «biolítica» contemporánea: un régimen donde el poder se ejerce a través de la gestión maquínica de los cuerpos.

- Reduccionismo biométrico: cosificación biotecnológica

El tercer itinerario de la metamorfosis posthumanista se manifiesta en el auge de la biometría y de las tecnologías de vigilancia digital, que reducen el cuerpo a un conjunto de datos identificables, procesables y mercantilizables. Desde la huella dactilar y el iris hasta los patrones de ADN, la biometría se erige como herramienta de control y vigilancia a gran escala²⁸³. En este proceso, el sujeto se transforma en objeto de gestión algorítmica, sometido a una forma de deshumanización clínica y securitaria que lo despoja de su complejidad simbólica y social.

La cosificación biotecnológica del individuo refuerza, además, dinámicas de exclusión, pues la vigilancia tecnológica tiende a concentrarse en colectivos considerados «de riesgo» o marginales, reproduciendo desigualdades raciales, económicas y geopolíticas²⁸⁴. Así, la biometría no solo constituye un avance técnico, sino que despliega un régimen de visibilidad y control que redefine las nociones mismas de identidad, ciudadanía y soberanía corporal.

Debates éticos y antropológicos

La expansión de la biotecnología y de los discursos posthumanistas plantea un campo de tensiones éticas y antropológicas donde se dirime el estatuto mismo de lo humano. En este horizonte, emerge de manera central el dilema entre la dignidad ontológica de la persona y su instrumentalización como objeto de manipulación técnica. Habermas²⁸⁵ advierte que la eugenesia liberal constituye una amenaza para la igualdad dialógica entre seres humanos, en la medida en que quienes deciden sobre la configuración genética de otros imponen una asimetría irreductible. La dignidad, entendida como fin en sí misma, queda amenazada por la conversión del cuerpo en materia maleable y planificable, sometida a lógicas de mercado y de eficiencia tecnológica.

El riesgo de convertir al ser humano en mercancía no se limita a la manipulación genética o mecánica, sino que atraviesa múltiples dimensiones del campo biomédico contemporáneo. Desde la comercialización de tejidos y órganos hasta la monetización de

²⁸³ Lyon, David. (2001). *Surveillance society: Monitoring everyday life*. Open University Press.

²⁸⁴ Zuboff, Shoshana. (2019). *The age of surveillance capitalism: the fight for a human future at the new frontier of power*. PublicAffairs.

²⁸⁵ Habermas, Jürgen. (2012), *op cit*.

datos biométricos, asistimos a una progresiva mercantilización de la vida, que despoja al sujeto de su condición ontológica para inscribirlo en regímenes de valor económico²⁸⁶. Este proceso configura un nuevo escenario de desigualdades globales, donde el acceso a la vida mejorada se articula como un privilegio de élites tecnológicas, reproduciendo viejas jerarquías bajo ropajes futuristas.

Frente a estas derivas, distintas perspectivas críticas en antropología y filosofía de la técnica han buscado abrir espacios de reflexión alternativos. Haraway²⁸⁷, con su célebre *Manifiesto Cyborg*, propone una resignificación del cuerpo híbrido como figura emancipadora que subvierte las dicotomías tradicionales —naturaleza/cultura, humano/máquina, masculino/femenino—, cuestionando tanto el esencialismo humanista como los reduccionismos tecnocientíficos. Latour²⁸⁸, por su parte, con su teoría del actor-red, dismantela la idea de que la técnica sea un mero instrumento, insistiendo en que las tecnologías configuran ensamblajes sociotécnicos que redistribuyen agencia y poder en modos profundamente heterogéneos.

Finalmente, Braidotti²⁸⁹ propone un posthumanismo afirmativo que no se limita a denunciar los riesgos de la tecnociencia, sino que explora las posibilidades de reinventar lo humano en clave de sostenibilidad, relacionalidad y ética planetaria. Desde esta perspectiva, el desafío no consiste únicamente en contener los excesos del biopoder, sino en imaginar modos de subjetividad que asuman la vulnerabilidad, la interdependencia y la co-agencialidad como dimensiones constitutivas de lo viviente.

En suma, los debates éticos y antropológicos en torno a la biotecnología y el posthumanismo revelan no solo los peligros de la instrumentalización y mercantilización del ser humano, sino también las posibilidades de reconfigurar críticamente la noción misma de lo humano. La tensión entre dominación tecnológica y reapropiación crítica de la técnica constituye, en este sentido, uno de los ejes fundamentales para comprender los dilemas de la antropología médica en la contemporaneidad.

²⁸⁶ Scheper-Hughes, Nancy. (2001). Commodity fetishism in organs trafficking. *Body & Society*, 7(2-3), 1-26.

²⁸⁷ Haraway, Donna. (2000[1985]). *Manifiesto Ciborg*. Kaótica Libros.

²⁸⁸ Latour, Bruno. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press.

²⁸⁹ Braidotti, Rosi. (2013), *op cit*.

CAPÍTULO 11

GLOBALIZACIÓN DE LA SALUD

BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE



Introducción

La emergencia del campo de la salud global constituye uno de los desplazamientos más significativos en las ciencias sociales y biomédicas desde finales del siglo XX. Si bien la salud internacional había estado marcada por un paradigma de cooperación Norte–Sur, generalmente estructurado en torno a programas verticales de intervención y herencias coloniales de asistencia sanitaria, la noción de salud global introduce un horizonte más amplio de interdependencia planetaria, donde los procesos epidemiológicos, políticos y tecnológicos rebasan las fronteras nacionales y configuran un entramado transnacional de riesgos, respuestas e instituciones²⁹⁰. En este tránsito conceptual se condensan tanto la intensificación de la movilidad poblacional y la circulación de bienes biomédicos como la creciente centralidad de actores no estatales —organizaciones no gubernamentales, fundaciones filantrópicas y corporaciones farmacéuticas— en la definición de agendas sanitarias²⁹¹.

La antropología médica, lejos de permanecer ajena a este viraje, se ha constituido como un actor intelectual clave en la problematización de la salud global. Desde su vertiente aplicada, los antropólogos participaron en el diseño y evaluación de programas internacionales de salud pública; desde su vertiente crítica, en cambio, han desplegado un conjunto de cuestionamientos acerca de los efectos sociales, políticos y culturales de tales intervenciones²⁹². Este doble movimiento dio origen a lo que puede denominarse una «antropología de la salud globalizada», caracterizada por su vocación analítica y, al mismo tiempo, por un fuerte compromiso ético con la reducción de las desigualdades y la defensa de prácticas culturalmente situadas.

La relevancia contemporánea de este campo se vincula directamente con la intensificación de las desigualdades en salud, tanto entre países del Norte y del Sur global como en el interior de sociedades formalmente desarrolladas²⁹³. Epidemias como el VIH/SIDA o la COVID-19 han revelado que la salud global es simultáneamente un espacio de biopolítica transnacional y de sufrimiento social, donde los determinantes estructurales de la enfermedad —pobreza, exclusión, precarización laboral— se entrelazan con la circulación acelerada de tecnologías biomédicas. En este contexto, el papel de la antropología resulta insoslayable: no sólo para iluminar las tensiones entre políticas sanitarias globales y prácticas locales, sino también para proponer marcos alternativos de análisis que reconozcan la pluralidad cultural, las dinámicas de poder y las formas emergentes de resistencia.

²⁹⁰ Brown, Theodore M., Cueto, Marcos & Fee, Elizabeth. (2006). The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62–72.

²⁹¹ Nguyen, Vinh-Kim. (2010). *The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Duke University Press.

²⁹² Janes, Graig R. & Corbett, Kitty K. (2009), *op cit*.

²⁹³ Farmer, Paul. (2004), *op cit*

Singer, Merrill. (2009), *op cit*.

Salud internacional vs. salud global

La distinción entre salud internacional y salud global no es meramente terminológica, sino que remite a transformaciones profundas en las formas de conceptualizar, organizar e intervenir sobre los procesos de salud y enfermedad en el mundo contemporáneo. La salud internacional, consolidada a mediados del siglo XX, se caracterizó por una lógica de cooperación asimétrica entre países del Norte y del Sur, donde las agencias multilaterales y los gobiernos occidentales desplegaron programas verticales centrados en patologías específicas —paludismo, tuberculosis, lepra— bajo una impronta desarrollista y tecnocrática²⁹⁴. Estos programas, a menudo diseñados desde instancias centrales, reproducían herencias coloniales en las que la diferencia cultural se concebía como obstáculo a superar y no como dimensión constitutiva de los procesos de salud²⁹⁵.

El giro hacia la salud global, intensificado desde los años noventa, respondió tanto a la interdependencia planetaria de riesgos sanitarios como a la emergencia de actores múltiples en el campo: fundaciones filantrópicas transnacionales, organizaciones no gubernamentales, corporaciones farmacéuticas y plataformas de salud digital. A diferencia del modelo anterior, la salud global asume que epidemias, biotecnologías y flujos migratorios exceden las fronteras nacionales, configurando circuitos transnacionales de producción, circulación y consumo biomédico²⁹⁶. Esta transición supuso también un reposicionamiento discursivo: del énfasis en la «transferencia de conocimiento» desde el Norte al Sur hacia la retórica de interdependencia y corresponsabilidad planetaria.

Sin embargo, la expansión del universalismo biomédico en el marco de la salud global entra en tensión con la diversidad cultural y las formas locales de entender el cuerpo, la enfermedad y la curación. La estandarización de protocolos clínicos y la mercantilización de terapias de alto costo conviven con contextos donde los sistemas de salud carecen de recursos básicos, exacerbando desigualdades en nombre de la equidad. La antropología médica ha señalado esta paradoja: mientras la salud global se proclama inclusiva y universal, en la práctica corre el riesgo de invisibilizar subjetividades, saberes vernáculos y dinámicas de exclusión estructural²⁹⁷.

Así, la dialéctica entre salud internacional y salud global refleja un desplazamiento del eje Norte-Sur hacia un entramado más complejo de relaciones transnacionales. No obstante, los desafíos persisten: cómo articular la aspiración a la universalidad con el reconocimiento de la diferencia, cómo evitar que la retórica de lo global encubra desigualdades históricas, y cómo construir políticas sanitarias que sean, a la vez, culturalmente situadas y socialmente justas.

²⁹⁴ Packard, Randall M. (2016). *A history of global health: Interventions into the lives of other peoples*. Johns Hopkins University Press.

²⁹⁵ Cueto, Marcos, Brown, Theodore M. & Fee, Elizabeth. (2019). *The World Health Organization: A history*. Cambridge University Press.

²⁹⁶ Adams, Vincanne, Novotny, Thomas E., & Leslie, Hannah. (2008). Global health diplomacy. *Medical Anthropology*, 27(4), 315–323.

²⁹⁷ Biehl, João & Petryna, Adriana. (Eds.). (2013), *op cit*.

Pandemias y movilidad global

Las pandemias y los fenómenos asociados a la movilidad global constituyen núcleos de análisis privilegiados para comprender la configuración contemporánea de la salud global. Lejos de ser meros episodios epidemiológicos, estos procesos condensan dimensiones biopolíticas, tecnológicas y culturales que reconfiguran tanto los modos de gobernar la vida como las formas de experimentar el sufrimiento.

El VIH/SIDA, identificado en los años ochenta, se erigió en catalizador de la salud global contemporánea. Su carácter pandémico, su alta mortalidad inicial y el fuerte estigma social que conllevaba obligaron a articular respuestas transnacionales que trascendieron las capacidades estatales. La creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como el despliegue de iniciativas como el *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR), mostraron cómo la biomedicina, la diplomacia y el activismo convergieron en un ensamblaje inédito de escalas y actores. Al mismo tiempo, el VIH/SIDA permitió visibilizar las profundas desigualdades en el acceso a antirretrovirales entre el Norte y el Sur, poniendo de relieve que la salud global no podía reducirse a un campo tecnocientífico, sino que debía inscribirse en dinámicas de justicia social²⁹⁸.

La migración internacional añade otra capa de complejidad. No sólo porque los flujos migratorios se constituyen en vectores de circulación de enfermedades, sino también porque generan formas inéditas de vulnerabilidad y exclusión en el acceso a la atención. La figura del «paciente migrante» —sujeto desplazado entre sistemas médicos y regímenes jurídicos— pone en cuestión la ficción de sistemas sanitarios nacionales cerrados, obligando a pensar la salud desde lógicas transfronterizas. A ello se suma el turismo médico, un fenómeno creciente en el que individuos del Norte viajan al Sur en busca de procedimientos de bajo costo o tratamientos experimentales, invirtiendo la dirección histórica de los flujos sanitarios y revelando nuevas formas de mercantilización de la biomedicina²⁹⁹.

Finalmente, la pandemia de la COVID-19 actualizó y radicalizó las fronteras del biopoder global. El control de la movilidad poblacional, la gestión de datos epidemiológicos en tiempo real y la distribución desigual de vacunas mostraron que el biopoder foucaultiano adquiere, en el siglo XXI, un alcance planetario. La pandemia no sólo evidenció la vulnerabilidad compartida de las poblaciones humanas, sino también la persistencia de desigualdades estructurales en el acceso a recursos, así como la emergencia de nuevas lógicas de vigilancia sanitaria y securitización biológica³⁰⁰. En este sentido, la COVID-

²⁹⁸ Farmer, Paul. (2004), *op cit*

Nguyen, Vinh-Kim. (2010), *op cit*.

²⁹⁹ Connell, Juan. (2011). *Medical tourism*. CABI.

³⁰⁰ Zhou, Peng et al. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270–273.

19 funciona como un laboratorio empírico para pensar la articulación entre biopolítica, globalización y sufrimiento social en clave antropológica.

Transnacionalización de saberes médicos y biotecnologías

La globalización de la salud no sólo se manifiesta en la circulación de enfermedades o en la movilidad de los pacientes, sino también en los complejos procesos de transnacionalización de los saberes médicos y de las tecnologías biomédicas. Estos flujos implican la constante recomposición de lo que entendemos por «biomedicina» en un escenario marcado por tensiones geopolíticas, intereses corporativos y resistencias locales.

En primer lugar, la circulación de prácticas y tecnologías biomédicas evidencia cómo la biomedicina se ha convertido en un ensamblaje planetario de saberes y técnicas. Desde el trasplante de órganos hasta las terapias génicas, pasando por los ensayos clínicos internacionales, lo biomédico se constituye como un campo transnacional en el que participan Estados, corporaciones farmacéuticas, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales³⁰¹. Este flujo, sin embargo, no es neutral: está atravesado por asimetrías de poder y acceso, generando paisajes desiguales en los que ciertas poblaciones se convierten en laboratorios vivientes de experimentación.

El papel de la industria farmacéutica resulta central en este proceso. A través de las patentes, la fijación de precios y la protección de la propiedad intelectual, las grandes corporaciones determinan qué medicamentos estarán disponibles, dónde y bajo qué condiciones (Greene, 2011). Este poder corporativo no sólo regula la circulación material de fármacos, sino que también define las prioridades de investigación, consolidando un modelo biomédico orientado hacia la rentabilidad más que hacia la equidad. La disputa por los antirretrovirales en el contexto del VIH/SIDA o por las vacunas contra la COVID-19 muestra de manera paradigmática la tensión entre la lógica del beneficio económico y el derecho universal a la salud³⁰².

En este contexto, la noción de «glocalización» permite pensar la manera en que las políticas y tecnologías globales son apropiadas, resignificadas y transformadas en contextos locales. Así, protocolos clínicos internacionales se entrecruzan con saberes tradicionales, programas globales de vacunación son reconfigurados por las prácticas comunitarias, y las políticas sanitarias se negocian en escenarios de pluralismo médico³⁰³. La glocalización subraya que la globalización de la salud no opera como una imposición unilateral, sino como un proceso dialéctico en el que lo global y lo local se hibridan, generando configuraciones situadas de lo biomédico.

³⁰¹ Petryna, Adriana. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.

³⁰² Biehl, João (2016). Theorizing global health. *Medicine Anthropology Theory*, 3(2), 127–142.

³⁰³ Rubin, Olivier. (2019). The glocalization of antimicrobial stewardship. *Globalization and Health*, 15(54).

De esta manera, la transnacionalización de saberes médicos y biotecnologías abre un campo de interrogación fundamental para la antropología médica contemporánea: el de cómo pensar la justicia sanitaria en un escenario atravesado por flujos de poder, intereses corporativos y resistencias culturales, donde la vida misma se convierte en objeto de regulación, experimentación y mercantilización.

Organizaciones y actores en la salud global

En el entramado contemporáneo de la salud global, las organizaciones internacionales y no gubernamentales desempeñan un papel central en la definición, implementación y evaluación de políticas sanitarias. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y mecanismos de cooperación como GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*) actúan como nodos de poder y conocimiento, articulando agendas, priorizando enfermedades y orientando la distribución de recursos a escala transnacional³⁰⁴. Estas agencias configuran un espacio híbrido donde coexisten estrategias técnicas y políticas con dimensiones éticas, económicas y culturales, generando así un complejo entramado de relaciones entre actores locales, nacionales y globales.

En este contexto, los saberes expertos, fundamentales para la formulación de protocolos clínicos y programas de salud, muestran limitaciones significativas cuando se aplican en contextos socioculturales diversos. La evidencia técnica y científica, por sí sola, no garantiza la eficacia ni la aceptación de las intervenciones, siendo necesarias mediaciones locales que reconozcan prácticas culturales, sistemas de salud tradicionales y redes comunitarias³⁰⁵. Así, la antropología de la salud ha subrayado la importancia de estudiar estas interacciones, evidenciando que la mera transposición de modelos globales puede generar efectos contraproducentes en la población destinataria.

Desde una perspectiva crítica, las intervenciones verticales, muchas veces diseñadas para cumplir metas específicas de cobertura o erradicación de enfermedades, pueden reproducir dependencias institucionales y exclusión social. Los programas globales corren el riesgo de desplazar las prioridades locales, reforzando desigualdades estructurales y limitando la autonomía de las comunidades para decidir sobre su propio bienestar³⁰⁶. En este sentido, la antropología médica propone un enfoque que articule la comprensión de los determinantes estructurales de la salud con el reconocimiento de la agencia comunitaria y la pluralidad de saberes, conciliando así la eficacia global con la pertinencia local.

³⁰⁴ Frenk, Julio & Moon, Suerie. (2013). Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936–942.

³⁰⁵ Biehl, João & Petryna, Adriana. (Eds.). (2013), *op cit*.

³⁰⁶ Pfeiffer, James. (2003). International NGOs and primary health care in Mozambique: The need for a new model of collaboration. *Social Science & Medicine*, 56(4), 725–38.

Desigualdades globales y paisajes de la salud

El campo de la salud global se encuentra atravesado de manera estructural por la cuestión de las desigualdades. Estas se manifiestan tanto en la clásica dicotomía Norte–Sur como en las profundas brechas internas que se producen dentro de los propios países del Norte, revelando la persistencia de fracturas sociales, económicas y políticas que inciden directamente en los perfiles epidemiológicos y en las posibilidades de acceso a los recursos sanitarios³⁰⁷. El análisis antropológico permite situar la salud más allá de un ámbito técnico o biomédico, concibiéndola como un fenómeno ubicado en paisajes desiguales donde las relaciones de poder global, los mercados laborales y las políticas neoliberales operan como determinantes fundamentales de la enfermedad y del bienestar.

La noción de determinantes sociales y económicos de la salud se ha consolidado como una herramienta clave para comprender cómo factores como la pobreza, la precarización laboral, el género, la etnicidad o la migración producen efectos diferenciales sobre la salud de los individuos y colectivos³⁰⁸. Estos determinantes se amplifican en el marco global, donde la financiarización de los sistemas sanitarios, la mercantilización de medicamentos y tecnologías, y la subordinación de las políticas públicas a intereses corporativos erosionan las posibilidades de construir sistemas equitativos y sostenibles.

En paralelo, se observa un fenómeno de «desigualdades dentro de la abundancia»: las poblaciones del Norte global también enfrentan exclusiones, derivadas de la fragmentación de los sistemas de salud, la precarización de los mercados laborales y la creciente medicalización de la vida cotidiana. Estos procesos generan formas de sufrimiento social que Nancy Scheper-Hughes³⁰⁹ conceptualizó como sufrimiento encarnado, y que se expresan en cuerpos sometidos a la tensión de la desigualdad estructural, la violencia simbólica y la vulnerabilidad.

El paisaje contemporáneo de la salud global, por tanto, no se limita a la comparación entre países ricos y pobres, sino que revela un entramado más complejo en el que la salud se convierte en un marcador privilegiado de la precariedad y la exclusión social. La antropología de la salud global, al situar el foco en estas intersecciones entre lo micro y lo macro, ofrece una lectura crítica imprescindible para problematizar las narrativas triunfalistas sobre el progreso biomédico, mostrando cómo la modernidad sanitaria convive con desigualdades persistentes y nuevas formas de vulnerabilidad.

³⁰⁷ Kawachi, Ichirō & Wamala, Sarah P. (2007). *Globalization and health*. Oxford University Press. Forster, Timon, Kentikelenis, Alexander E., Stubbs, Thomas H., King, Lawrence & P. King. (2020). Globalization and health equity: the impact of structural adjustment programs on developing countries. *Social Science & Medicine*, 267(112496).

³⁰⁸ Solar, Oscar & Irwin, Alexander. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. WHO.

³⁰⁹ Scheper-Hughes, Nancy. (1992), *op cit*.

Compromiso ético y metodológico en antropología de la salud global

Uno de los rasgos distintivos de la antropología de la salud global es su profundo compromiso ético y metodológico. Frente a la tendencia de ciertos discursos biomédicos y de salud pública a producir diagnósticos abstractos o intervenciones verticales, la etnografía antropológica se reivindica como un instrumento de escucha, acompañamiento y co-producción de conocimiento con las comunidades afectadas. Este giro metodológico ha estado marcado por la proliferación de prácticas de etnografía colaborativa, en las que la investigación se concibe como un proceso compartido, orientado no solo a la descripción analítica, sino también a la transformación social³¹⁰.

En este marco, la crítica antropológica ha denunciado de forma reiterada las barreras económicas, políticas y culturales que impiden el acceso a servicios de salud dignos y culturalmente apropiados. Estas barreras no son simples obstáculos técnicos, sino expresiones materiales de la desigualdad global y del poder que ejercen instituciones financieras, Estados y corporaciones en la gestión de la vida y el sufrimiento. Tal denuncia supone un posicionamiento político explícito: la antropología de la salud global no puede ser neutral frente a la reproducción de inequidades, sino que debe asumir un papel activo en la visibilización de injusticias y en la promoción de alternativas³¹¹.

En este horizonte, algunos autores han planteado la necesidad de avanzar hacia sistemas «salutogénicos», es decir, estructuras sociales, económicas y culturales orientadas no solo a la prevención y tratamiento de la enfermedad, sino a la promoción activa de condiciones de vida que potencien el bienestar, la equidad y la sostenibilidad³¹². Ello implica repensar los marcos epistemológicos y metodológicos de la antropología médica, integrando enfoques interdisciplinarios que reconozcan tanto la densidad cultural de las prácticas locales como las lógicas de poder global que las atraen.

En definitiva, el compromiso ético y metodológico de la antropología de la salud global se articula en torno a la doble tarea de desvelar los mecanismos estructurales de la desigualdad y de contribuir, junto a los actores locales, a la construcción de alternativas más justas, inclusivas y sostenibles. La etnografía, lejos de ser un ejercicio meramente académico, se convierte así en un gesto político y ético, en un modo de acompañar las luchas por la salud y la dignidad en un mundo globalmente interdependiente.

³¹⁰ Lassiter, Luke E. (2005). *The Chicago guide to collaborative ethnography*. University of Chicago Press.

³¹¹ Farmer, Paul. (2004), *op cit*.

Pfeiffer, James & Nichter, Mark. (2008). What can critical medical anthropology contribute to global health? *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 410–415.

³¹² Janes, Craig R. & Corbett, Kitty K. (2009), *op cit*.

Síntesis: globalización, poder y salud

El examen de la salud global desde la antropología revela un campo atravesado por tensiones constitutivas entre dinámicas de homogeneización biomédica y múltiples formas de resistencia, reapropiación y resignificación locales. En su pretensión de universalizar protocolos, diagnósticos y tratamientos, la salud global corre el riesgo de reproducir las asimetrías coloniales que ya marcaron el campo de la salud internacional. Sin embargo, el trabajo etnográfico ha mostrado cómo las comunidades negocian, adaptan o incluso rechazan dichas imposiciones, configurando un espacio de constante hibridación y conflicto³¹³.

Desde una perspectiva crítica, el poder en la salud global se manifiesta en varios niveles: en la capacidad de instituciones financieras y organismos internacionales de condicionar agendas sanitarias; en la hegemonía de la industria farmacéutica y biotecnológica en la producción de saberes y tecnologías; y en los dispositivos cotidianos de vigilancia, clasificación y control que redefinen las vidas de los sujetos. La antropología, al situar estas dinámicas en diálogo con las experiencias locales de sufrimiento y agencia, permite desvelar las formas concretas en que la globalización produce desigualdades, pero también nuevas posibilidades de acción política y social³¹⁴.

El balance crítico que emerge es doble: por un lado, reconocer la creciente interdependencia y el potencial de la cooperación transnacional en la lucha contra enfermedades y pandemias; por otro, señalar los riesgos de mercantilización, medicalización excesiva y exclusión estructural inherentes a los regímenes de salud global. La tensión entre universalismo biomédico y diversidad cultural, lejos de resolverse, constituye el núcleo mismo de este campo.

Esta síntesis no solo cierra el recorrido del capítulo, sino que abre la transición hacia los debates que se desarrollarán en los capítulos posteriores: la ecología de la salud, la imbricación entre salud y género, y la expansión del pluralismo médico. Todos ellos muestran que la globalización no es un proceso unívoco, sino una constelación heterogénea de fuerzas, donde se entrecruzan relaciones de poder, resistencias locales y aspiraciones ético-políticas hacia un horizonte de justicia sanitaria global.

³¹³ Biehl, João & Petryna, Adriana. (Eds.). (2013), *op cit*.

³¹⁴ Nguyen, Vinh-Kim. (2010), *op cit*.

CAPÍTULO 12

MEDIO AMBIENTE, ECOLOGÍA Y SALUD

BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE



Introducción

El reconocimiento del Antropoceno como nuevo horizonte interpretativo ha abierto un campo de reflexión ineludible para las ciencias sociales y, en particular, para la antropología médica. Bajo esta categoría se condensa la idea de que la humanidad, a través de la industrialización, la urbanización y la expansión de las economías extractivas, se ha convertido en una fuerza geológica capaz de transformar radicalmente los sistemas de soporte vital del planeta³¹⁵. Estos procesos no solo afectan a los ecosistemas, sino que inciden directamente en las dinámicas de salud y enfermedad, generando nuevas formas de vulnerabilidad que se distribuyen de manera profundamente desigual.

La relación entre ecología, desigualdad y procesos de salud-enfermedad constituye, en este sentido, un eje analítico fundamental. La degradación ambiental —cambio climático, contaminación atmosférica, pérdida de biodiversidad o emergencia de zoonosis— no impacta por igual a todas las poblaciones, sino que reproduce y exacerba desigualdades históricas vinculadas a la clase social, el género, la raza y la geopolítica global³¹⁶. De esta manera, las consecuencias del Antropoceno deben ser comprendidas no únicamente como crisis ecológicas, sino como expresiones de un entramado de injusticias sociales y sanitarias.

La antropología médica aporta un marco crítico imprescindible para la comprensión de la salud planetaria, al situar el análisis en la intersección entre cuerpo, ambiente y poder. Frente a visiones biomédicas dominadas por un reduccionismo mecanicista, la mirada antropológica permite explorar cómo las experiencias corporales de la enfermedad se configuran en contextos ecológicos degradados, y cómo los sistemas médicos tradicionales, las prácticas comunitarias y los saberes locales enfrentan de modo creativo los desafíos de la crisis ambiental³¹⁷. Así, la perspectiva eco-antropológica no solo contribuye a diagnosticar los efectos del Antropoceno sobre la salud, sino también a imaginar alternativas epistemológicas y políticas orientadas a la justicia ecológica y a la sostenibilidad de la vida.

Antropoceno, cambio climático y salud planetaria

El concepto de Antropoceno ha suscitado un intenso debate en torno a sus implicaciones políticas y epistémicas. Lejos de constituir una mera categoría geológica, se erige como metáfora crítica de la era en que las actividades humanas —industrialización, urbanización, expansión agroindustrial, uso masivo de combustibles fósiles— se han convertido en fuerza transformadora a escala planetaria³¹⁸. No obstante, esta noción ha

³¹⁵ Crutzen, Paul J. (2002). Geology of mankind. *Nature*, 415(6867), 23.

³¹⁶ Singer, Merrill & Baer Hans. (2018), *op cit*.

³¹⁷ Cartwright, Elizabeth, Manderson, Lenore & Hardon, Anita (2016). The anthropocene. In L. Manderson, E. Cartwright & A. Hardon (Eds.), *The Routledge Handbook of Medical Anthropology* (pp. 236–262). Routledge.

³¹⁸ Crutzen, Paul J., & Stoermer, Eugene F. (2000). The “Anthropocene”. *Global Change*

sido problematizada por subrayar de forma indiferenciada la agencia de «la humanidad», ocultando las profundas asimetrías históricas entre el Norte y el Sur global, y las responsabilidades diferenciales de sistemas económicos y políticos concretos³¹⁹. Así, el Antropoceno no puede entenderse únicamente como destino colectivo de la especie, sino como resultado de dinámicas capitalistas, coloniales y extractivas que han configurado un «Capitaloceno» profundamente desigual³²⁰.

El cambio climático constituye una de las manifestaciones más visibles de esta era, con efectos directos y diferenciales sobre la salud humana y no humana. El incremento de las temperaturas, la alteración de los regímenes de lluvias y la intensificación de fenómenos extremos producen la emergencia de nuevas zoonosis, el agravamiento de enfermedades vectoriales (como la malaria o el dengue), el aumento de las patologías respiratorias vinculadas a la contaminación y la intensificación de crisis alimentarias que impactan en la nutrición global³²¹. Paralelamente, los ecosistemas experimentan un proceso de colapso paulatino que afecta no solo a la biodiversidad, sino también a las condiciones de sostenibilidad de la vida, en una interdependencia que la biomedicina tradicional rara vez contempla.

En este marco emerge la noción de salud planetaria, un horizonte interdisciplinar que busca articular los saberes biomédicos, ecológicos y sociales para comprender la salud como proceso indisolublemente ligado a la integridad de los sistemas terrestres³²². La salud planetaria constituye, así, un llamado a reconfigurar las epistemologías médicas, desplazando el foco desde la atención curativa hacia una visión preventiva, ecosistémica y holística que ponga en el centro la justicia ambiental y social. Para la antropología médica, este marco implica reconocer que la enfermedad no es únicamente una alteración biológica, sino la expresión situada de una ecología política global que tensiona cuerpos, territorios y comunidades³²³.

Newsletter, 41, 17–18.

Chakrabarty, Dipesh. (2009). The climate of history: Four theses. *Critical Inquiry*, 35(2), 197–222.

Moore, Jasib W. (2016). *Anthropocene or Capitalocene? Nature, history, and the crisis of capitalism*. PM Press.³¹⁹

³²⁰ Malm, Andreas & Hornborg, Alf. (2014). The geology of mankind? A critique of the Anthropocene narrative. *The Anthropocene Review*, 1(1), 62–69.

³²¹ Watts, Nick et al. (2018). The 2018 report of The Lancet Countdown on health and climate change: Shaping the health of nations for centuries to come. *The Lancet*, 392(10163), 2479–2514.

³²² Whitmee et al. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, *The Lancet*, 386(10007), 1973–2028.

³²³ Hinchliffe Steve. (2015). More than one world, more than one health: re-configuring interspecies health. *Social science & medicine* (1982), 129, 28–35.

Ecología política de la salud

La ecología política de la salud surge como un campo analítico que vincula las dinámicas socioeconómicas y ambientales con los procesos de salud-enfermedad-atención, desbordando los límites de la biomedicina y cuestionando sus reduccionismos naturalistas. Sus orígenes se sitúan en el cruce entre la ecología política latinoamericana, las críticas a la epidemiología convencional y los estudios sobre determinantes sociales de la salud, conformando un marco que concibe la enfermedad como resultado de entramados históricos, económicos y ecológicos profundamente interdependientes³²⁴.

Desde esta perspectiva, la salud no puede desvincularse de la degradación ambiental producida por los regímenes de acumulación capitalista. La deforestación, la expansión del extractivismo minero-energético y el monocultivo agroindustrial no solo alteran ecosistemas y climas locales, sino que generan condiciones propicias para la emergencia de nuevas enfermedades, la pérdida de soberanía alimentaria y la precarización de comunidades vulnerables³²⁵. Así, los determinantes sociales de la salud se entrelazan con las dimensiones ecológicas, dando lugar a un enfoque relacional que evidencia cómo los daños ambientales son también daños corporales y comunitarios.

La noción de «colonialismo verde» ha permitido además denunciar la paradoja de ciertas políticas ambientales globales que, en nombre de la conservación o la transición energética, reproducen relaciones de desposesión en territorios indígenas y campesinos, generando nuevas formas de desigualdad y vulnerabilidad sanitaria³²⁶. El acaparamiento de tierras para proyectos de compensación de carbono, la construcción de represas hidroeléctricas o el despliegue de megaproyectos de energía renovable muestran que incluso las respuestas al cambio climático pueden exacerbar la enfermedad social, reforzando desigualdades históricas y comprometiendo las condiciones de salud de poblaciones locales.

En este sentido, la ecología política de la salud no solo describe relaciones entre ambiente y enfermedad, sino que abre un horizonte de crítica hacia los modos en que el extractivismo y las lógicas globales de desarrollo producen paisajes de sufrimiento y vulnerabilidad, al tiempo que invisibilizan los saberes locales y las resistencias que pugnan por modelos de vida más justos y sostenibles.

³²⁴ Baer, Hans A., Singer, Merrill & Susser, Ida. (2003), *op cit*.

Mayer, Jonathan D. (1996). The political ecology of disease as one new focus for medical geography. *Progress in Human Geography*, 20(4), 441–456.

³²⁵ Martínez-Alier, Joan. (2002). *The environmentalism of the poor: A study of ecological conflicts and valuation*. Edward Elgar.

Robbins, Paul. (2012). *Political Ecology: A Critical Introduction (2nd ed)*. John Wiley & Sons, Ltd.

³²⁶ Fairhead, James, Leach, Melissa & Scoones, Ian. (2012). Green grabbing: A new appropriation of nature? *Journal of Peasant Studies*, 39(2), 237–261.

Eco-antropología médica y nuevas epistemologías

La eco-antropología médica emerge como un campo en el que convergen la antropología de la salud y las ciencias ambientales, proponiendo una lectura que reconfigura la relación entre cuerpos, ecologías y procesos de enfermedad. Este enfoque, heredero de la etnografía ecológica, desplaza la mirada desde una perspectiva centrada exclusivamente en la clínica hacia los entramados multiescalares donde la salud se produce, reconociendo que el sufrimiento corporal es indisociable de las transformaciones ambientales y de las desigualdades sociales que las acompañan³²⁷.

La atención a los vínculos entre cuerpos y ambientes ha generado un corpus creciente de investigaciones que abordan cómo la toxicidad, la contaminación y las zoonosis configuran paisajes sanitarios contemporáneos. Desde los estudios sobre comunidades expuestas a contaminantes industriales³²⁸, pasando por el análisis de las consecuencias del envenenamiento por metales pesados en poblaciones mineras, hasta las reflexiones sobre la transmisión de zoonosis en contextos de deforestación y urbanización acelerada, la eco-antropología médica muestra cómo el cuerpo se convierte en archivo material de las violencias ambientales. Estas violencias no son incidentes aislados, sino expresiones de lo que Nixon³²⁹ denomina «violencia lenta», acumulativa y a menudo invisibilizada.

En paralelo, los feminismos ambientales y las epistemologías del Sur han nutrido este campo al introducir nociones que cuestionan las jerarquías epistémicas dominantes. Perspectivas como las de Haraway³³⁰ con su propuesta de pensar en términos de «parientes multiespecie», o las de Santos³³¹ con su reivindicación de una ecología de saberes, permiten reconceptualizar la salud como entramado relacional en el que convergen humanos, no humanos y territorios. Estas propuestas politizan la noción de salud, reconociendo que los impactos ecológicos afectan de manera diferencial a mujeres, pueblos indígenas y comunidades racializadas, y que cualquier aproximación crítica debe incorporar sus experiencias y saberes locales.

En este sentido, la eco-antropología médica se constituye como un espacio de experimentación epistemológica, que no solo describe las condiciones de enfermedad vinculadas al Antropoceno, sino que propone alternativas ontológicas y políticas orientadas a la justicia ambiental y sanitaria. La apuesta no es únicamente por ampliar los marcos de análisis, sino por transformar las formas de conocimiento, descentrando la autoridad

³²⁷ Singer, Merrill. (2016). *Anthropology of infectious disease*. Routledge.

³²⁸ Auyero, Javier & Swiston, Débora. (2009). *Flammable: Environmental suffering in an Argentine shantytown*. Oxford University Press.

³²⁹ Nixon, Rob. (2011). *Slow violence and the environmentalism of the poor*. Harvard University Press.

³³⁰ Haraway, Donna. (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.

³³¹ Santos, Boabentura. de Sousa. (2014). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Paradigm Publishers

biomédica y abriendo paso a prácticas de investigación colaborativas y plurales que permitan pensar un futuro común en clave de salud planetaria.

Justicia ambiental y salud

La noción de justicia ambiental constituye un eje ineludible en la reflexión antropológica sobre salud y ecología, en tanto permite articular la denuncia de las desigualdades ambientales con el reconocimiento de sus efectos diferenciales sobre poblaciones vulnerables. Comunidades indígenas, campesinas y sectores empobrecidos urbanos suelen cargar de manera desproporcionada con los riesgos asociados a la contaminación, la deforestación, el extractivismo o la falta de acceso a infraestructuras sanitarias adecuadas³³². La salud, en este marco, se configura no solo como un derecho, sino también como un campo de disputa política en el que se visibilizan los efectos de un orden económico global que externaliza los costos ecológicos hacia los más desfavorecidos.

Los movimientos sociales y ambientales han jugado un papel fundamental en la configuración de un lenguaje político y ético que vincula el derecho a la salud con la defensa de la tierra, el agua y los territorios. Experiencias como las luchas contra la minería a cielo abierto en América Latina, las reivindicaciones por aire limpio en áreas metropolitanas, o los reclamos de comunidades afectadas por proyectos hidroeléctricos, evidencian que las fronteras entre lo ambiental y lo sanitario son artificiales. La salud, en estas luchas, se redefine como un bien común cuya protección exige una reconfiguración profunda de los modelos de desarrollo y de las jerarquías de poder global³³³.

En este escenario, la antropología médica se ve interpelada a desarrollar un compromiso activo con la sostenibilidad y con las demandas de justicia de las comunidades afectadas. Ello implica no solo documentar etnográficamente los impactos ecológicos sobre la salud, sino también participar en procesos de co-producción de conocimiento que fortalezcan las capacidades políticas de los actores locales³³⁴. Desde esta perspectiva, la antropología médica se inscribe en un horizonte de responsabilidad ética ampliada, en el que la salud se piensa no únicamente como ausencia de enfermedad, sino como una condición relacional y ecológica que exige justicia social y ambiental a escala planetaria.

Síntesis: hacia una antropología médica eco-crítica

La reflexión en torno a la relación entre ecología y salud permite delinear un balance crítico que subraya la necesidad de superar visiones fragmentadas y reduccionistas. La antropología médica eco-crítica articula, de este modo, una mirada que reconoce la imbricación constitutiva entre procesos socioecológicos y biológicos, mostrando cómo los

³³² Martínez-Alier, Joan. (2002), *op cit*.

³³³ Temper, Leach, Del Bene, Daniela & Martínez-Alier, Joan. (2015). Mapping the frontiers and front lines of global environmental justice: The EJAtlas. *Journal of Political Ecology*, 22(1), 255–278.

³³⁴ Hinchliffe, Steve. (2007). *Geographies of nature: Societies, environments, ecologies*. Sage.

cuerpos humanos no pueden entenderse al margen de los sistemas planetarios en los que habitan. Tal perspectiva denuncia tanto los efectos sanitarios del extractivismo y el cambio climático, como la insuficiencia de un paradigma biomédico que aísla la enfermedad de los contextos ambientales y políticos que la producen.

El gran desafío radica en integrar escalas micro y macro: del cuerpo como espacio de inscripción material de las violencias ambientales, hasta la salud planetaria como horizonte normativo para repensar las relaciones entre sociedades y ecosistemas. Esta articulación multiescalar implica reconocer que los daños que se producen en territorios específicos —por contaminación, deforestación o precarización laboral— resuenan en dinámicas globales de degradación ecológica. De igual manera, los discursos sobre «salud planetaria» solo cobran sentido cuando se traducen en transformaciones tangibles para las comunidades más afectadas por las desigualdades socioambientales³³⁵.

La propuesta eco-crítica conecta, además, con debates más amplios sobre biopolítica, globalización y género. Por un lado, los regímenes de gestión ambiental y sanitaria expresan nuevas formas de biopoder, en las que la vida se regula mediante tecnologías de control de la naturaleza y del cuerpo³³⁶. Por otro, las dinámicas de la globalización muestran cómo los riesgos ecológicos y sus efectos sanitarios se distribuyen de forma desigual, reproduciendo jerarquías coloniales y capitalistas. Finalmente, las perspectivas feministas aportan una crítica indispensable, al situar el cuidado y la sostenibilidad en el centro de las políticas de vida, proponiendo epistemologías del sur y feminismos ambientales que reorientan la praxis antropológica hacia horizontes de justicia social y ecológica³³⁷.

En suma, una antropología médica eco-crítica no se limita a describir los vínculos entre ecología y salud, sino que asume un compromiso ético y político orientado a imaginar y sostener formas de vida más justas, sostenibles y habitables en el Antropoceno.

³³⁵ Whitmee et al. (2015), *op cit*.

³³⁶ Agamben, Giorgio. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford University Press.

Foucault, Michel (1979b), *op cit*.

³³⁷ Escobar, Arturo. (2010). *Territorios de diferencia: Lugar, movimientos, vida, redes*. Envión.

Puleo, Alicia H. (2019). *Claves ecofeministas para rebeldes que aman a la Tierra y a los animales*. Plaza y Valdés.

CAPÍTULO 13

SALUD, GÉNERO Y FEMINISMOS

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE
BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

La incorporación de la perspectiva de género en la antropología médica constituye uno de los giros analíticos más significativos de las últimas décadas, al problematizar la manera en que las desigualdades entre hombres y mujeres, en interacción con otros ejes de desigualdad social, se inscriben en los cuerpos y en los procesos de salud-enfermedad-atención. Desde los primeros estudios etnográficos que subrayaron la construcción cultural de la diferencia sexual³³⁸, hasta las aproximaciones contemporáneas que integran dimensiones interseccionales de clase, raza y sexualidad³³⁹, se ha configurado un campo de reflexión en el que el cuerpo femenino aparece como un espacio privilegiado para observar la articulación entre biología, poder y cultura.

Los feminismos han sido centrales en este proceso, al cuestionar la medicalización del cuerpo femenino y la apropiación patriarcal de los procesos reproductivos. Críticas pioneras denunciaron cómo la biomedicina convirtió la menstruación, la menopausia, el parto o la lactancia en patologías a tratar, reforzando modelos de dominación que invisibilizan las experiencias y saberes de las mujeres³⁴⁰. Frente a esta visión, las etnografías de la reproducción y de la salud sexual y reproductiva han puesto de relieve tanto las prácticas de resistencia como las luchas por el reconocimiento de derechos.

En el presente, la antropología médica de género no se limita a estudiar al «cuerpo femenino» como categoría esencializada, sino que adopta una perspectiva interseccional que ilumina la complejidad de los modos en que el género se entrecruza con otros ejes de desigualdad para modelar la vulnerabilidad y la agencia en salud. Este enfoque permite trascender los marcos dicotómicos entre naturaleza y cultura, cuerpo y sociedad, y plantea la necesidad de repensar la salud como un campo de disputas en el que se negocian significados, recursos y derechos.

Antropología de género y salud: aportaciones, debates y límites

La antropología feminista ha realizado aportaciones fundamentales al análisis de la salud y la enfermedad al situar las desigualdades entre hombres y mujeres en el centro de la reflexión sobre los cuerpos, los cuidados y los sistemas médicos. Desde este enfoque, el género no constituye una variable más, sino una relación social estructurante que organiza de manera diferencial la exposición al riesgo, el acceso a los recursos sanitarios, las trayectorias vitales y las experiencias de sufrimiento y cuidado.

³³⁸ Mead, Margaret. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. William Morrow.

³³⁹ Crenshaw, Kimberle. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.

Lock, Margaret & Kaufert, Patricia A. (Eds.). (1998). *Pragmatic women and body politics*. Cambridge University Press.

³⁴⁰ Ehrenreich, Barbara & English, Deirdre. (1978). *For her own good: Two centuries of the experts' advice to women*. Anchor Books.

Martin, Emily. (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.

En el contexto español, autoras como Teresa del Valle³⁴¹, Mari Luz Esteban³⁴², Verena Stolcke³⁴³ y Virginia Maquieira³⁴⁴ han sido centrales para comprender cómo las relaciones de género se articulan con la salud desde perspectivas etnográficas, históricas y críticas. Sus trabajos han abordado, entre otros aspectos, la construcción social de la diferencia sexual, la medicalización de la vida cotidiana, la experiencia corporal de las mujeres, las desigualdades reproductivas y los vínculos entre género, parentesco, poder y biopolítica. Estas contribuciones han permitido situar la salud como un campo privilegiado para analizar las formas contemporáneas de dominación y resistencia, así como las tensiones entre saber experto y experiencia vivida.

El presente capítulo se nutre de este legado, si bien no pretende ofrecer una revisión exhaustiva de la antropología feminista de la salud, sino proponer una síntesis orientada a visibilizar algunos de sus ejes más relevantes —especialmente en relación con la medicalización del cuerpo femenino, el parto, la crianza y los derechos reproductivos—. Esta delimitación implica reconocer sus limitaciones, en particular en lo que respecta a la diversidad de enfoques y debates que atraviesan el campo.

En coherencia con ello, se opta por utilizar el término “feminismos” en plural, no como una fórmula retórica, sino para dar cuenta de la heterogeneidad teórica, política y epistemológica de la teoría feminista. A lo largo del tiempo, distintas corrientes —como el feminismo de la igualdad, el feminismo de la diferencia, el feminismo radical, el ecofeminismo o los feminismos decoloniales— han formulado diagnósticos diversos sobre el cuerpo, la salud y la medicina, influidas por contextos históricos, tradiciones intelectuales y experiencias políticas diferenciadas. Este plural permite reconocer dichas divergencias sin diluir el núcleo común de crítica a las relaciones patriarcales de poder.

Finalmente, aunque el análisis contemporáneo del género incorpora perspectivas que cuestionan los esencialismos y amplían el campo más allá del binarismo, este capítulo reconoce la centralidad analítica de la dicotomía hombre/mujer para comprender las desigualdades históricas y estructurales en salud. Las diferencias sistemáticas en morbilidad,

³⁴¹ Del Valle, Teresa. (1997). *Andamios para una nueva ciudad: Lecturas desde la antropología*. Madrid: Cátedra.

Del Valle, Teresa. (2012). Procesos de la memoria: cronotopos genéricos. *Áreas. Revista Internacional De Ciencias Sociales*, (19), 211–225.

³⁴² Esteban, Mari Luz, Comelles Josep M y Díez, Carmen. (2000). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, Mari Luz. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, Mari Luz. (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9–20.

³⁴³ Stolcke, Verena. (2004). La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Estudios Feministas*, 12(2), 77–105.

³⁴⁴ Maquieira, Virginia y del Valle, Teresa (coord.). (2006). *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Cátedra.

mortalidad, medicalización y carga de cuidados continúan afectando de manera desigual a mujeres y hombres, y no pueden ser adecuadamente explicadas sin atender a esta relación social fundamental. Desde esta posición, el capítulo aborda el género como una categoría relacional, histórica y política, indispensable para el análisis antropológico de la salud.

Cuerpo femenino y medicalización

El cuerpo femenino se ha constituido históricamente como un territorio privilegiado de intervención biomédica, particularmente en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Desde el control de la fertilidad y la medicalización del parto hasta la patologización de procesos vitales como la menstruación o la menopausia, la biomedicina ha contribuido a consolidar un régimen de saber-poder que convierte la corporalidad femenina en objeto de vigilancia y regulación sistemática³⁴⁵. En este marco, los procesos biológicos son resignificados como «riesgos» que requieren intervención técnica, reforzando una dependencia estructural de las mujeres respecto de los dispositivos médicos.

Este control se inscribe en lo que puede denominarse biopolítica de la reproducción: la gestión institucionalizada de la capacidad reproductiva de las mujeres como un recurso estratégico para el Estado y el mercado. Las políticas de planificación familiar, los programas de esterilización masiva o el acceso desigual a tecnologías reproductivas ilustran cómo la reproducción femenina deviene un espacio de ejercicio del biopoder, en el que confluyen intereses demográficos, económicos y morales³⁴⁶.

En este sentido, la medicalización del cuerpo femenino no se limita a un proceso clínico, sino que también produce una violencia simbólica que naturaliza las jerarquías de género y reinscribe la desigualdad en los cuerpos. La construcción cultural de la fragilidad femenina, el silenciamiento de los saberes obstétricos locales y la invisibilización de las experiencias corporales de las mujeres refuerzan la subordinación estructural y dificultan el reconocimiento de la autonomía corporal³⁴⁷.

La antropología médica feminista ha mostrado, sin embargo, que estos dispositivos no operan de manera unívoca, sino que se negocian y resisten en la práctica cotidiana. Las luchas contra la violencia obstétrica, las reivindicaciones del parto humanizado o los movimientos en favor del derecho a decidir constituyen ejemplos de cómo las mujeres reconfiguran activamente las condiciones de posibilidad de su salud y de su reproducción.

³⁴⁵ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

Ehrenreich, Barbara & English, Deirdre. (1978), *op cit*.

³⁴⁶ Ginsburg, Faye D. & Rapp, Rayna. (Eds.). (1995). *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. University of California Press.

Pizzini, Franca. (1999). *Corpo medico e corpo femminile: parto, riproduzione artificiale, menopausa*. Franco Angeli.

³⁴⁷ Bourdieu, Pierre. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama.

Martin, Emily. (1987), *op cit*.

Antropología del parto y culturas del nacimiento

El estudio antropológico del parto constituye un ámbito fundamental para comprender cómo los procesos biológicos se entrelazan con sistemas culturales, ideológicos y políticos. Desde los trabajos pioneros de Margaret Mead en Samoa, que mostraron el carácter socialmente construido de los roles sexuales y de la reproducción³⁴⁸, hasta la influyente investigación de Brigitte Jordan, quien en *Birth in Four Cultures*³⁴⁹ comparó los modelos de nacimiento en Yucatán, Holanda, Suecia y Estados Unidos, el parto ha sido conceptualizado como un hecho cultural y no como un mero acontecimiento fisiológico. Estas aproximaciones han puesto de relieve que el nacimiento encarna visiones del mundo, jerarquías de género y regímenes de poder, revelando la historicidad y la pluralidad de las prácticas obstétricas.

Sobre esta base, Robbie Davis-Floyd³⁵⁰ propuso una tipología paradigmática de las «culturas del parto» en el que se distinguen tres modelos principales: el paradigma tecnocrático, caracterizado por la medicalización sistemática, el control institucional y la subordinación del cuerpo femenino a la lógica de la máquina; el paradigma humanístico, que busca integrar dimensiones emocionales, familiares y de dignidad personal dentro del entorno hospitalario; y el paradigma holístico, que concibe el parto como un proceso natural y ecológico, destacando la autonomía corporal y la confianza en la capacidad biológica de las mujeres. Cada uno de estos paradigmas responde a concepciones diversas sobre el cuerpo, la naturaleza y el poder biomédico, y expresa al mismo tiempo tensiones políticas en torno a la reproducción³⁵¹.

El análisis antropológico muestra, además, que las mujeres no son receptoras pasivas de estas estructuras, sino que despliegan formas de resistencia y negociación. La emergencia de movimientos por la humanización del parto y la reivindicación de prácticas de nacimiento alternativas constituyen expresiones de agencia femenina que cuestionan la hegemonía biomédica y abren espacios para imaginar futuros reproductivos más equitativos y respetuosos³⁵².

³⁴⁸ Mead, Margaret. (1935), *op cit.*

³⁴⁹ Jordan, Brigitte. (1978). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press.

³⁵⁰ Davis-Floyd, Robbie. (1992). *Birth as an American rite of passage*. University of California Press.

Davis-Floyd, Robbie. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1), S5–S23.

³⁵¹ Hernández, José M. (2017). *El parto biotecnológico: Análisis antropológicos de los rituales mayeríticos de la era posthumanista*. Editorial Círculo Rojo.

Hernández, José M. y De-Maya, Baldomero. (2019). Culturas cosmopolitas del parto. Contrastando sus bases antropológicas desde la perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 25(2), 225-234.

³⁵² Pizzini, Franca. (1999), *op cit.*

Montes, María J. (2007). *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres*

En este marco emerge el concepto de violencia obstétrica, entendido como el conjunto de prácticas que, en el contexto de la atención al parto, reproducen relaciones de dominación mediante la despersonalización, la medicalización excesiva, la negación de la autonomía y el uso de procedimientos invasivos sin consentimiento informado³⁵³. Lejos de ser casos aislados, estas prácticas han sido documentadas en etnografías de hospitales públicos y privados en América Latina, Europa y África, visibilizando la normalización del sufrimiento femenino en contextos donde prevalece una lógica institucional de eficiencia y control sobre los cuerpos.

Los testimonios de mujeres que relatan humillaciones verbales, cesáreas no consentidas o la imposición de posiciones de parto contrarias a sus deseos se han convertido en materiales clave para denunciar esta forma de violencia estructural, que combina desigualdades de género, clase y etnicidad. En este sentido, la antropología médica no solo describe las prácticas, sino que contribuye a politizar la experiencia del parto, articulándola con debates más amplios sobre derechos humanos y justicia reproductiva³⁵⁴.

Los movimientos feministas y de usuarias de servicios de salud han desempeñado un papel central en esta lucha, exigiendo la humanización de la atención perinatal y denunciando la violencia obstétrica como una violación a los derechos fundamentales de las mujeres. Estas resistencias se materializan en redes internacionales de apoyo, campañas de incidencia política y en la creación de casas de parto y proyectos de atención alternativa que buscan revalorizar los saberes tradicionales y restituir el protagonismo de las mujeres en el proceso reproductivo³⁵⁵.

Culturas de la crianza y etnopediatría

El análisis antropológico de la crianza revela la profunda impronta cultural que subyace en prácticas aparentemente «naturales» como el amamantamiento, el sueño o la regulación del llanto infantil. Uno de los primeros proyectos sistemáticos en este ámbito fue el célebre estudio comparativo de las «Seis culturas» dirigido en los años cincuenta por John y Beatrice Whiting, que examinó los modelos de crianza en Filipinas, Kenia,

gestantes, comadronas y médicos (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili.

³⁵³ D'Oliveira, Ana F. P. L., Diniz, Simone G., & Schraiber, Lilia B. (2002). Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681–1685.

Sadler, Michelle, Santos, Mário J., Ruiz-Berdún, Dolores, Rojas, Gonzalo L., Skoko, Elena, Gillen, Patricia & Clausen, Jette A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55.

³⁵⁴ Hernández, José M., y Echevarría, Paloma. (2015). El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 10 (3), 401–426.

Hernández, José M., y Echevarría, Paloma. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *Revista Internacional De Sociología*, 74(1).

³⁵⁵ Freedman, Lynn P. & Kruk, Margaret E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948):e42–4.

India, Japón, México y Estados Unidos, demostrando que las formas de socialización temprana estaban intrínsecamente vinculadas a estructuras económicas, valores comunitarios y regímenes de género³⁵⁶.

En los años noventa, la etnopediatría emergió como un campo interdisciplinar a raíz de un taller de biología humana comparada organizado por Carol Worthman, directora del *Laboratory of Comparative Human Biology* en la Universidad de Emory, en el que confluyeron antropólogos, pediatras y especialistas en desarrollo infantil³⁵⁷. A partir de este cruce de saberes se consolidó un enfoque biocultural orientado a analizar cómo las prácticas de crianza se entrelazan con la biología del desarrollo infantil y con los sistemas socioculturales que las enmarcan. Este paradigma, de corte comparativo y crítico, cuestiona la pretendida universalidad de la pediatría occidental al mostrar que las nociones de «buen cuidado» y de «correcto desarrollo» no responden a criterios estrictamente biológicos, sino que se hallan moduladas por cosmovisiones culturales, regímenes de género y condiciones históricas concretas³⁵⁸.

Dentro de este campo, Meredith Small³⁵⁹ distinguió dos modelos principales de crianza: la cultura del apego, caracterizada por el colecho, la lactancia a demanda y el contacto corporal continuo, típica de muchas sociedades africanas, asiáticas y nórdicas; y la cultura distante, marcada por la separación temprana madre-bebé, la alimentación artificial y la regimentación horaria, predominante en contextos urbanos occidentales. Estos patrones han tenido repercusiones directas en los discursos médicos y en las políticas de salud infantil, ejemplificando cómo la medicina se impregna de supuestos ideológicos y valores culturales.

Los debates contemporáneos en torno a la crianza giran en torno a cuestiones como la conciliación laboral, el rol de las políticas públicas en el sostenimiento de la lactancia materna, la patologización del llanto o los diagnósticos precoces de trastornos del comportamiento. La confrontación entre discursos pediátricos dominantes y propuestas de crianza respetuosa —visibles en las controversias entre pediatras como Eduard Estivill³⁶⁰, defensor de modelos distantes, y Carlos González³⁶¹, promotor del apego— revela hasta qué punto la crianza constituye un espacio atravesado por tensiones biopolíticas, intereses económicos e ideologías de género.

³⁵⁶ Whiting, John & Whiting, Beatrice. (1975). *Children of six cultures: A psychocultural analysis*. Harvard University Press.

³⁵⁷ Worthman, Carol M. (1995). *Ethnopediatrics: An outline* [Acta de taller]. Departamento de Antropología y Laboratorio de Biología Humana Comparada, Universidad de Emory.

³⁵⁸ Garrido, María J. (2017). *Etnopediatría: infancia, biología y cultura*. Ob Stare.

³⁵⁹ Small, Meredith F. (1998). *Our babies, ourselves: How biology and culture shape the way we parent*. Anchor Books.

³⁶⁰ Estivill, Eduard. (1999). *Duérmete, niño*. Plaza & Janés.

³⁶¹ González, Carlos. (2007). *Bésame mucho: Cómo criar a tus hijos con amor*. Temas de Hoy.

Feminismos y salud

El diálogo entre los feminismos y la antropología médica ha sido decisivo para problematizar la medicalización del cuerpo femenino y los dispositivos de control biopolítico que pesan sobre la reproducción. En este terreno, puede distinguirse entre un feminismo de la diferencia, que ha reivindicado la especificidad del cuerpo femenino y su capacidad reproductiva como fuente de identidad y empoderamiento, y un feminismo crítico de la medicalización, que ha denunciado la patologización sistemática de la sexualidad, la maternidad y la menopausia bajo la lógica biomédica³⁶². Ambas perspectivas, lejos de ser excluyentes, han abierto campos fecundos de análisis sobre los modos en que la ciencia y la medicina configuran el cuerpo de las mujeres.

El ecofeminismo, por su parte, ha subrayado las conexiones entre explotación ambiental y dominación patriarcal, situando la maternidad y el cuerpo reproductivo en el cruce entre ecología y política. Desde esta perspectiva, la apropiación del cuerpo femenino como recurso —ya sea para la reproducción, la experimentación médica o la explotación simbólica— se interpreta como análoga al extractivismo ejercido sobre la naturaleza³⁶³. Esta visión ha inspirado movimientos sociales que reivindican tanto el derecho a la salud sexual y reproductiva como la justicia ambiental, en un horizonte que articula sostenibilidad y equidad de género.

En clave global, los derechos sexuales y reproductivos constituyen un campo de disputa marcado por tensiones geopolíticas, religiosas y culturales. Mientras organismos internacionales como la ONU o la OMS promueven agendas de acceso universal a métodos anticonceptivos, educación sexual y atención obstétrica segura, en numerosos países persisten políticas restrictivas que limitan la autonomía de las mujeres y reproducen desigualdades de clase, raza y género³⁶⁴. En este sentido, la antropología feminista de la salud contribuye a desvelar las formas en que la biomedicina, el derecho y la política se entrecruzan en la construcción de subjetividades femeninas y en la configuración de las posibilidades vitales de las mujeres.

³⁶² Martin, Emily. (1987), *op cit.*

Ehrenreich, Barbara & English, Deirdre. (1978), *op cit.*

Hernández, José M. (2009). La deshumanización de la maternidad. Eva expulsada del paraíso. Diego Marín.

³⁶³ Shiva, Vandana. (1988). *Staying alive: Women, ecology and development*. Zed Books.

Puleo, Alicia H. (2011). *Ecofeminismo para otro mundo posible*. Cátedra.

³⁶⁴ Petchesky, Rosalind. (2003). *Global prescriptions: Gendering health and human rights*. Zed Books.

Sen, Gita, Germain, Adrienne & Chen, Lincoln C. (Eds.). (1994). *Population policies reconsidered: Health, empowerment, and rights*. Harvard University Press.

Síntesis: género, salud y poder

La reflexión en torno a género, salud y poder sitúa el cuerpo femenino como un espacio de disputa biopolítica, donde convergen las tensiones entre control institucional, agencia individual y luchas colectivas por la dignidad y la autonomía³⁶⁵. La medicalización de la reproducción, la definición normativa de la sexualidad y las prácticas de atención al parto constituyen ejemplos privilegiados de cómo las tecnologías biomédicas, los discursos expertos y los regímenes legales articulan mecanismos de gobierno sobre los cuerpos, configurando subjetividades y modulando posibilidades vitales. En este sentido, el cuerpo femenino no aparece como un mero soporte biológico, sino como un campo de inscripción de relaciones de poder, atravesado por desigualdades de género, clase, etnicidad y geopolítica³⁶⁶.

Al mismo tiempo, estas dinámicas no pueden comprenderse sin atender a las conexiones con la globalización, la ecología y la biotecnología. La expansión de las industrias farmacéuticas y de las tecnologías reproductivas introduce nuevas formas de dependencia y desigualdad a escala planetaria, mientras que las agendas de desarrollo global y de salud pública internacional promueven estándares homogéneos que, en muchos casos, entran en fricción con prácticas locales de reproducción y cuidado. A la vez, los debates ecofeministas han mostrado cómo el cuerpo reproductivo se sitúa en paralelo con la naturaleza explotada, denunciando los vínculos entre extractivismo ambiental, colonialidad y control sobre la fertilidad de las mujeres³⁶⁷. En esta intersección se revela que la salud no es únicamente un asunto médico, sino una cuestión política y ecológica, íntimamente ligada a la sostenibilidad de la vida y a la justicia social.

Finalmente, los feminismos han realizado aportes decisivos a la antropología médica contemporánea. Han problematizado la naturalización de los cuerpos y la universalidad de los modelos biomédicos, han visibilizado la violencia obstétrica y la medicalización excesiva como dispositivos de control, y han contribuido a ampliar el horizonte analítico hacia una perspectiva interseccional que integra género, raza, clase, sexualidad y colonialidad. En este marco, la antropología feminista de la salud no solo se limita a describir diferencias culturales, sino que se constituye como un espacio de crítica y transformación, comprometido con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la dignidad en la atención y la construcción de futuros reproductivos más justos y equitativos.

³⁶⁵ Pizza, Giovanni. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea: Hegemonía, capacidad de actuar (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15–32

³⁶⁶ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

Martin, Emily. (1987), *op cit*.

³⁶⁷ Shiva, Vandana. (1988), *op cit*.

Puleo, Alicia H. (2011), *op cit*.

CAPÍTULO 14
PSICOLOGIZACIÓN DE LA VIDA Y PSIQUIATRIZACIÓN DE LA
CONDUCTA

JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE
BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ



Introducción

El análisis antropológico de la psicologización de la vida y la psiquiatrización de la conducta constituye un campo central para comprender cómo las sociedades contemporáneas definen, normativizan y gestionan las emociones, los comportamientos y las subjetividades. Desde finales del siglo XIX, la enfermedad mental dejó de ser interpretada exclusivamente en clave moral o religiosa para ser objeto de una construcción científica que, lejos de neutralidad, expresó regímenes de poder y dispositivos de control social. En esta genealogía, figuras como Émile Durkheim en *Le Suicide*³⁶⁸ revelaron que los fenómenos considerados «patológicos» —como el suicidio— podían ser interpretados como hechos sociales, vinculados a estructuras colectivas más que a disfunciones individuales.

Posteriormente, la reflexión de Michel Foucault en *Histoire de la folie à l'âge classique*³⁶⁹ mostró cómo la locura, lejos de constituir una categoría natural, se configuró como una construcción cultural e histórica, íntimamente ligada a procesos de exclusión, disciplinamiento y gubernamentalidad. A su vez, autores como Erving Goffman en *Asylums*³⁷⁰ pusieron de relieve el estigma y las dinámicas institucionales que atraviesan la experiencia de los enfermos mentales, revelando la dimensión performativa de la «desviación».

En las últimas décadas, la expansión de la psiquiatría biológica, el crecimiento exponencial de las categorías diagnósticas en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la proliferación de psicofármacos han generado un proceso de medicalización de la vida cotidiana sin precedentes³⁷¹. La tristeza, la hiperactividad, la ansiedad o el duelo han sido progresivamente reconfigurados como «trastornos», lo que ha contribuido a una inflación diagnóstica que redefine los límites entre lo normal y lo patológico. Este fenómeno se inserta en lo que algunos autores denominan una «cultura terapéutica»³⁷², en la que la psicología y la psiquiatría se erigen en lenguajes privilegiados para interpretar la vida y gobernar las emociones.

Desde la antropología médica, el estudio de la psicologización y la psiquiatrización abre la posibilidad de problematizar estos procesos en clave cultural y política. La cuestión ya no es simplemente si las categorías diagnósticas son «verdaderas» o «falsas», sino cómo producen efectos de subjetivación, generan mercados farmacológicos y articulan formas de inclusión y exclusión. En este sentido, se vuelve indispensable articular un análisis crítico que integre tanto la dimensión histórica de la construcción de la locura como

³⁶⁸ Durkheim, Émile. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Félix Alcan.

³⁶⁹ Foucault, Michel. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon.

³⁷⁰ Goffman, Erving. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books

³⁷¹ Horwitz, Allan V. (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press.

Rose, Nikolas. (2007), *op cit*.

³⁷² Illouz, Eva. (2008). *Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. University of California Press.

las dinámicas contemporáneas de medicalización global, reconociendo la pluralidad de culturas del enfermo mental y las resistencias que emergen frente a la hegemonía biomédica³⁷³.

Culturas del enfermo mental

La antropología médica ha mostrado de manera reiterada que la locura no constituye una entidad natural universal, sino una categoría cultural e histórica que adquiere formas diversas según los regímenes de saber-poder y las cosmovisiones que estructuran cada sociedad. Bajo la noción de culturas del enfermo mental se comprende el conjunto de representaciones, prácticas e instituciones que configuran los modos de percibir, tratar e integrar —o segregar— a los sujetos diagnosticados con trastornos psíquicos³⁷⁴. Así, la locura aparece menos como un déficit individual que como un espejo de la organización social, de sus límites normativos y de sus formas de gestionar la diferencia.

En el Occidente moderno, el paradigma dominante fue el de la exclusión. Desde el siglo XIX, la psiquiatría emergente se articuló en torno a un modelo fisicalista, que concebía el trastorno mental como una disfunción cerebral a tratar mediante terapias biológicas —electroshock, insulino-terapia, lobotomía— y bajo el dispositivo institucional del manicomio. Como ha mostrado Foucault³⁷⁵, este proceso no fue solamente terapéutico, sino fundamentalmente político: se trataba de segregar al loco como sujeto improductivo y potencialmente peligroso, desplegando un dispositivo biopolítico de vigilancia, control y estigmatización. La cultura de la exclusión, característica de sociedades industriales y utilitaristas, inscribió la enfermedad mental en un campo de negatividad social, reforzada por el estigma analizado por Goffman³⁷⁶.

Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX emergieron modelos alternativos que apostaron por la inclusión y la desestigmatización. En Italia, el movimiento de la Psiquiatría Democrática, liderado por Franco Basaglia, impulsó la desmanicomialización y la reintegración comunitaria de los pacientes, postulando que muchas de las patologías eran consecuencia del encierro y de la violencia institucional³⁷⁷. Paralelamente, en Inglaterra, la corriente de la antipsiquiatría —representada por figuras como David Cooper y R. D. Laing— cuestionó las bases mismas de la psiquiatría biologicista,

³⁷³ Huarcaya-Victoria, Jeff. (2017). Síndromes culturales: Aportes de la psiquiatría peruana a la antropología médica. *Revista Peruana de Psiquiatría*, 7(1), 18–28.

³⁷⁴ Good, Byron J. (1994), *op cit*.

Kleinman, Arthur. (1988b). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Free Press.

³⁷⁵ Foucault, Michel. (1961), *op cit*.

³⁷⁶ Goffman, Erving. (1961), *op cit*.

³⁷⁷ Basaglia, Franco. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Topia.

interpretando la locura como una forma de experiencia humana con sentido, inseparable de contextos familiares, culturales y políticos³⁷⁸.

A partir de los años ochenta, sin embargo, se observa una tensión constitutiva entre dos tendencias divergentes. Por un lado, el llamado rearme neokraepeliniano y la expansión de los psicofármacos reactivaron una visión fiscalista y clasificatoria, cristalizada en la proliferación diagnóstica del DSM³⁷⁹. Esta tendencia se ha traducido en una psiquiatrización de la vida cotidiana, donde conductas antes consideradas variaciones sociales o emocionales pasan a medicalizarse: desde la tristeza y el duelo hasta la hiperactividad infantil o las «adicciones comportamentales». Por otro lado, surgió la llamada nueva antipsiquiatría, que, retomando elementos del legado basagliano y la crítica foucaultiana, denuncia la inflación diagnóstica, los efectos secundarios de los psicofármacos y la patologización de la diferencia, proponiendo modelos más humanistas, dialógicos y comunitarios³⁸⁰.

De este modo, las culturas del enfermo mental oscilan entre dos polos: el de la inclusión por exclusión, en el que los pacientes son integrados únicamente en tanto portadores de una patología que debe ser controlada³⁸¹; y el de la inclusión genuina, que reconoce la pluralidad de experiencias y la necesidad de articular respuestas colectivas más allá del reduccionismo biomédico. El análisis antropológico permite así situar la locura como un espacio de disputa cultural y política, donde se juega no sólo la definición de la enfermedad, sino también las condiciones de ciudadanía, dignidad y subjetividad de quienes la encarnan.

Psiquiatría modernista, postmodernista y pos-postmodernista

El recorrido histórico de la psiquiatría en los últimos dos siglos puede entenderse como una serie de giros paradigmáticos que responden tanto a transformaciones en los saberes médicos como a reconfiguraciones en los regímenes de control social y biopolítico. Como señalan Hernández Garre y De Maya³⁸², es posible distinguir tres grandes fases: la psiquiatría modernista, la postmodernista y la pos-postmodernista, cada una marcada por diferentes modos de conceptualizar la locura y de intervenir sobre el sujeto diagnosticado.

La psiquiatría modernista, propia del siglo XIX y de buena parte del XX, se basó en un enfoque fiscalista que concebía la enfermedad mental como un desorden esencialmente cerebral. Este paradigma se tradujo en el despliegue de terapias biológicas

³⁷⁸ Laing, Ronald D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Penguin Books.

Cooper, David. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. Tavistock.

³⁷⁹ Horwitz, Allan V. (2002), *op cit*.

³⁸⁰ Hernández, José M. y Maya, Baldomero. (2020). Antropología de la locura. De los paradigmas de exclusión e inclusión al rearme neokraepeliniano. *Mana*, 26 (2), 1-30.

³⁸¹ Agamben, Giorgio. (1998), *op cit*.

³⁸² Hernández, José M. y Maya, Baldomero. (2020), *op cit*.

(electroshock, insulinoterapia, lobotomía), que pretendían «corregir» el mal funcionamiento neuronal. Su institución emblemática fue el manicomio, espacio de reclusión y segregación social que, como analizó Foucault³⁸³, funcionaba tanto como dispositivo terapéutico como mecanismo de exclusión de los sujetos considerados improductivos o peligrosos. Bajo esta óptica, la locura se convirtió en un problema de orden público antes que de cuidado, reforzando procesos de estigmatización y disciplinamiento³⁸⁴.

En los años sesenta emergió la psiquiatría postmodernista, que cuestionó los presupuestos biologicistas y el carácter represivo del modelo modernista. Dos corrientes principales caracterizan este giro: por un lado, la Psiquiatría Democrática italiana, encabezada por Franco Basaglia, que abogó por la desmanicomialización y la integración social de los pacientes, denunciando los efectos iatrogénicos del encierro institucional³⁸⁵; por otro lado, la antipsiquiatría británica, representada por David Cooper y R. D. Laing, que rechazaba la definición de la enfermedad mental como una disfunción biológica y la entendía como una experiencia con sentido, inserta en relaciones familiares, políticas y culturales³⁸⁶. Esta fase significó un cuestionamiento radical de la autoridad psiquiátrica y abrió un horizonte de reflexión sobre la locura como diferencia y no como patología.

A partir de los años ochenta, sin embargo, se produjo lo que los autores denominan la fase pos-postmodernista, caracterizada por un rearme neokraepeliniano y una progresiva expansión diagnóstica. La publicación del DSM-III (1980) supuso un punto de inflexión: la enfermedad mental pasó a definirse a través de criterios categoriales y descriptivos, desligados de etiologías precisas, lo que permitió una proliferación de diagnósticos que alcanzó a la vida cotidiana³⁸⁷. Fenómenos antes interpretados como variaciones sociales o emocionales —tristeza, timidez, duelo, hiperactividad infantil— comenzaron a ser patologizados y tratados farmacológicamente. Esta expansión coincidió con el auge de la industria psicofarmacológica, que consolidó la medicalización de la existencia mediante antidepresivos, ansiolíticos y neurolépticos. Frente a esta corriente, surgieron voces críticas agrupadas en lo que algunos han denominado la nueva antipsiquiatría, que cuestiona tanto la inflación diagnóstica como los efectos secundarios de los psicofármacos, y reivindica enfoques más humanistas y comunitarios³⁸⁸.

Así, la genealogía de la psiquiatría muestra una oscilación constante entre paradigmas de control y propuestas emancipadoras. Mientras el modelo modernista y su reactivación neokraepeliniana apuntan a la normalización biopolítica de los cuerpos y conductas, las

³⁸³ Foucault, Michel. (1961), *op cit*.

³⁸⁴ Goffman, Erving. (1961), *op cit*.

³⁸⁵ Basaglia, Franco. (2008), *op cit*.

³⁸⁶ Laing, Ronald D. (1965), *op cit*.

Cooper, David. (1967), *op cit*.

³⁸⁷ Horwitz, Allan V. (2002), *op cit*.

³⁸⁸ Hernández, José M. y Maya, Baldomero. (2020), *op cit*.

corrientes postmodernistas y neocríticas revelan la locura como un campo de disputa política y cultural donde se dirimen los límites de la subjetividad y la ciudadanía.

El DSM y la expansión de las categorías diagnósticas

La trayectoria del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), publicado por la *American Psychiatric Association*, constituye uno de los fenómenos más influyentes y controvertidos en la historia reciente de la salud mental. Desde su primera edición en 1952 hasta las sucesivas ampliaciones —especialmente el DSM-III (1980), el DSM-IV (1994) y el DSM-5 (2013)—, el manual ha operado como un dispositivo normativo de clasificación de la subjetividad, al tiempo que ha devenido un lenguaje global para la definición de la enfermedad mental³⁸⁹.

La inflación diagnóstica se ha convertido en uno de los rasgos más característicos de esta expansión. Mientras el DSM-I contenía apenas 106 categorías, el DSM-5 incluye más de 300, abarcando un amplio espectro de comportamientos y experiencias cotidianas³⁹⁰. Este crecimiento no refleja únicamente avances en la precisión científica, sino también dinámicas de normalización social, economía política de la salud mental y estrategias de mercado farmacéutico. La introducción de entidades como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno de ansiedad social o el trastorno disfórico premenstrual muestra cómo variaciones del comportamiento humano han sido progresivamente reificadas en categorías clínicas, generando lo que Horwitz y Wakefield³⁹¹ denominan una «patologización de la tristeza» y de otras formas de malestar ordinario.

Las controversias sobre la frontera entre normalidad y patología atraviesan todo el debate en torno al DSM. Críticos como Allen Frances, coordinador del DSM-IV, han denunciado que la expansión diagnóstica ha dado lugar a un fenómeno de sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento, en el que niños inquietos, adultos melancólicos o personas en duelo son transformados en pacientes psiquiátricos³⁹². Desde la antropología, autores como Good³⁹³ y Kirmayer³⁹⁴ han mostrado que estas categorías no son neutrales, sino que traducen en lenguaje biomédico valores culturales específicos, invisibilizando las maneras locales de conceptualizar el sufrimiento psíquico.

³⁸⁹ Mayes, Rick & Horwitz, Allan V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267.

³⁹⁰ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

³⁹¹ Horwitz, Allan V., & Wakefield, Jerome C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.

³⁹² Frances, Allen. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. Mariner Books.

³⁹³ Good, Byron J. (1994), *op cit*.

³⁹⁴ Kirmayer, Laurence J. (2006). Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144.

En este sentido, la antropología médica ha desempeñado un papel crucial al cuestionar el universalismo psiquiátrico implícito en el DSM. Estudios transculturales han demostrado que experiencias como la depresión, la esquizofrenia o los trastornos de ansiedad adquieren significados radicalmente diferentes en contextos como Nigeria, Japón o México, donde los síntomas, narrativas y trayectorias terapéuticas no coinciden con los patrones estandarizados del manual³⁹⁵. La imposición global del DSM, reforzada por organismos internacionales y prácticas de la industria farmacéutica, tiende a homogeneizar la diversidad del sufrimiento humano bajo etiquetas clínicas occidentales, contribuyendo a lo que se ha denominado un proceso de «psi-colonialismo»³⁹⁶.

De este modo, el DSM se configura como una herramienta ambivalente: indispensable para el diálogo entre profesionales y sistemas de salud, pero también cuestionada como un instrumento de poder que define los límites de lo normal y lo patológico, transformando la experiencia humana en categorías susceptibles de intervención médica y farmacológica. La crítica antropológica enfatiza la necesidad de abrir el campo a epistemologías plurales que reconozcan la historicidad, la politicidad y la diversidad cultural de la locura y el sufrimiento.

Psicofármacos y patologización de la vida cotidiana

El auge de los psicofármacos constituye uno de los fenómenos más decisivos en la psiquiatrización de la vida cotidiana contemporánea. Desde la irrupción de los neurolépticos en los años cincuenta, pasando por la expansión de los ansiolíticos y antidepresivos en las décadas posteriores, hasta la hegemonía de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como el Prozac en los años noventa, el sufrimiento humano se ha convertido crecientemente en un mercado farmacológico global³⁹⁷. Esta farmacologización de la experiencia subjetiva traduce malestares sociales, laborales o existenciales en desequilibrios bioquímicos susceptibles de ser corregidos, desplazando las dimensiones históricas y culturales de la angustia hacia el dominio del cerebro y la neuroquímica.

En este marco, la infancia se ha convertido en un espacio privilegiado de medicalización. El diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ejemplifica cómo la energía, la dispersión o la inquietud infantil —atributos que en otros contextos culturales podrían ser considerados normales o incluso valorados— son reconfigurados como patologías susceptibles de tratamiento farmacológico³⁹⁸. El aumento

³⁹⁵ Kleinman, Arthur. (1988b), *op cit*.

Jenkins, Janis H. (2010). *Pharmaceutical self: The global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. SAR Press.

³⁹⁶ Watters, Ethan. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Free Press.

³⁹⁷ Healy, Davkd. (2004). *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York University Press.

³⁹⁸ Conrad, Peter & Bergey, Meredith R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31–43.

exponencial de prescripciones de metilfenidato y otros estimulantes refleja tanto la consolidación de la psiquiatría infantil como la internalización de modelos de normalidad escolar y productiva en las trayectorias de los niños³⁹⁹. Este fenómeno pone de relieve cómo el DSM, la industria farmacéutica y los dispositivos escolares convergen en la constitución de un régimen de control biopolítico sobre la infancia.

La expansión de los psicofármacos no se limita a los diagnósticos clásicos de depresión o esquizofrenia. En las últimas décadas, se han producido nuevas formas de patologización vinculadas a las dinámicas sociales contemporáneas, tales como las denominadas adicciones comportamentales: a la tecnología, al consumo o al sexo. Estas categorías emergentes, aunque carecen de un consenso universal, muestran la plasticidad de la psiquiatría para absorber conductas culturalmente problematizadas y traducirlas en entidades clínicas⁴⁰⁰. En este sentido, la «epidemia» de adicción a internet o a los videojuegos refleja no solo cambios en los hábitos sociales, sino también la capacidad de las ciencias de la mente para expandir los límites de lo patológico, legitimando un mercado en expansión de terapias y farmacologías.

La antropología médica y la sociología crítica han puesto en evidencia cómo estos procesos no pueden ser comprendidos únicamente en términos biomédicos. La patologización de la vida cotidiana constituye una respuesta a regímenes de productividad, aislamiento social y precarización que afectan a amplias capas de la población. Así, la medicalización de la infancia, la proliferación de diagnósticos de depresión o ansiedad y la identificación de nuevas adicciones no deben leerse únicamente como fenómenos clínicos, sino como el resultado de una economía política del malestar en la que convergen intereses industriales, dispositivos institucionales y representaciones culturales de la normalidad y la desviación⁴⁰¹.

Psicologización de la vida y cultura del bienestar

El giro contemporáneo hacia la psicologización de la vida constituye un fenómeno inseparable de la expansión de terapias psicológicas, programas de autoayuda y prácticas de cuidado emocional. Desde mediados del siglo XX, pero con especial intensidad en las últimas décadas, se ha consolidado un vasto mercado de servicios psicológicos que abarca desde la psicoterapia clínica hasta el coaching motivacional, la meditación secularizada o los manuales de desarrollo personal. Este proceso se articula bajo una lógica en la que la experiencia subjetiva, las emociones y la «gestión del yo» se convierten en objetos privilegiados de intervención, configurando lo que Illouz⁴⁰² ha denominado una «cultura terapéutica» que redefine los lenguajes del malestar y de la realización personal.

³⁹⁹ Singh, Ilina. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 957–964.

⁴⁰⁰ Conrad, Peter. (2007), *op cit.*

⁴⁰¹ Rose, Nikolas. (2007), *op cit.*

⁴⁰² Illouz, Eva. (2008), *op cit.*

En este contexto, la cultura emocional ha adquirido centralidad como horizonte normativo. Las emociones, antes concebidas como ámbitos privados o incluso incontrolables, son hoy objeto de regulación, entrenamiento y mercantilización. El discurso de la autoayuda, los programas de mindfulness y la proliferación de aplicaciones digitales de bienestar operan como dispositivos de gubernamentalidad que no solo ofrecen técnicas para «gestionar» el estrés o la tristeza, sino que prescriben formas socialmente legítimas de sentir, trabajar y relacionarse⁴⁰³. De este modo, el bienestar se convierte en un imperativo moral y económico, una obligación de autocuidado que enmascara las estructuras sociales generadoras de malestar bajo la retórica de la responsabilidad individual.

Particular relevancia adquiere el auge de la psicología positiva, corriente que desplaza el foco desde el tratamiento de la patología hacia la potenciación de fortalezas, resiliencia y felicidad. Bajo la apariencia de una ciencia neutral, este enfoque ha sido señalado como uno de los vehículos más eficaces de la gubernamentalidad neoliberal, en tanto produce sujetos adaptables, optimistas y responsables de su propio destino, independientemente de los condicionantes estructurales⁴⁰⁴. La promesa de que el bienestar depende de la actitud personal, de la autogestión emocional y de la disciplina subjetiva convierte al individuo en el principal gestor de su salud mental y emocional, trasladando a la esfera privada problemas que tienen raíces colectivas y socioeconómicas.

Desde la antropología crítica, este proceso revela una mutación profunda en los regímenes de subjetividad contemporáneos: el sujeto moderno ya no es solamente medicalizado, sino también psicologizado, atrapado en una red de expectativas que lo obligan a narrarse, analizarse y transformarse a sí mismo bajo parámetros normativos de autenticidad, felicidad y productividad⁴⁰⁵. La psicologización de la vida y la mercantilización del bienestar no constituyen, por tanto, meras respuestas a necesidades humanas universales, sino expresiones históricas y políticas de un modo de gobierno de la subjetividad en la era del capitalismo tardío.

Críticas antropológicas y etnográficas

La antropología médica ha ofrecido una de las críticas más consistentes a los procesos de psiquiatrización global y a la expansión hegemónica de las categorías biomédicas. Frente a la pretensión universalista de manuales diagnósticos como el DSM o la CIE, las etnografías han mostrado cómo el sufrimiento psíquico se inscribe en universos culturales específicos, dando lugar a lo que Kleinman⁴⁰⁶ denominó «síndromes ligados a la cultura»

⁴⁰³ Cabanas, Edgar & Illouz, Eva. (2018). *Manufacturing happy citizens: How the science and industry of happiness control our lives*. Polity Press

⁴⁰⁴ Ehrenreich, Barbara. (2010). *Smile or die: How positive thinking fooled America and the world*. Granta Books.

⁴⁰⁵ Rose, Nikolas. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self* (2nd ed.). Free Association Books.

⁴⁰⁶ Kleinman, Arthur. (1988b), *op cit*.

o *idioms of distress*. Estas formas locales de expresión del malestar —como el ataque de nervios en el Caribe, el koro en el sudeste asiático o la neurasthenia en China— evidencian que la experiencia de la locura y del sufrimiento emocional no puede ser reducida a una ontología biomédica universal, sino que debe ser comprendida en su entramado simbólico, social y político.

La crítica etnográfica se ha orientado también a cuestionar la imposición biomédica en contextos de globalización, donde programas de salud mental impulsados por organismos internacionales transplantan categorías psiquiátricas occidentales a escenarios culturales heterogéneos. Como han señalado autores como Summerfield⁴⁰⁷, esta psiquiatrización global reproduce dinámicas de colonialismo epistémico, patologizando prácticas culturales locales y deslegitimando saberes terapéuticos alternativos. El sufrimiento derivado de guerras, migraciones o pobreza estructural suele ser traducido en diagnósticos como trastorno de estrés postraumático (TEPT), invisibilizando las dimensiones históricas y sociales de la violencia.

Al mismo tiempo, la antropología ha documentado formas de resistencia y alternativas comunitarias que desafían la hegemonía psiquiátrica. Experiencias como los movimientos de usuarios y ex usuarios de servicios de salud mental, las prácticas de acompañamiento comunitario en América Latina, o las terapias colectivas en contextos indígenas, revelan que la locura y el sufrimiento pueden gestionarse mediante modelos relacionales, colectivos y no patologizantes⁴⁰⁸. Estas experiencias ponen en evidencia que la medicalización no constituye un destino inevitable, sino un campo de disputa donde emergen nuevas formas de subjetividad y de acción política.

Desde esta perspectiva, la crítica antropológica no se limita a denunciar los efectos disciplinarios de la psiquiatrización, sino que abre un horizonte para pensar alternativas plúras al sufrimiento psíquico, enraizadas en los contextos sociales y culturales concretos. La tarea de una antropología médica crítica consiste, por tanto, en articular la denuncia de las lógicas de exclusión y medicalización con el reconocimiento de saberes, prácticas y resistencias que construyen mundos de cuidado más equitativos y culturalmente ubicados.

Síntesis: gobernar la vida a través de la mente

La psicologización de la vida y la psiquiatrización de la conducta constituyen hoy uno de los vectores privilegiados de la biopolítica contemporánea. En la medida en que las emociones, los comportamientos y las formas de subjetividad se convierten en objetos de clasificación diagnóstica y de intervención terapéutica, la salud mental deviene un dispositivo central en la gestión de la vida. El discurso psi se ha naturalizado como lenguaje

⁴⁰⁷ Summerfield, Derek. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*, 336(7651), 992–994.

⁴⁰⁸ Cohen, Hugo y Natella, Graciela. (2013). *La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

legítimo para explicar el malestar, transformando problemas sociales en patologías individuales y ofreciendo soluciones técnicas —psicofármacos, terapias, entrenamientos emocionales— que encubren las estructuras de desigualdad que los producen.

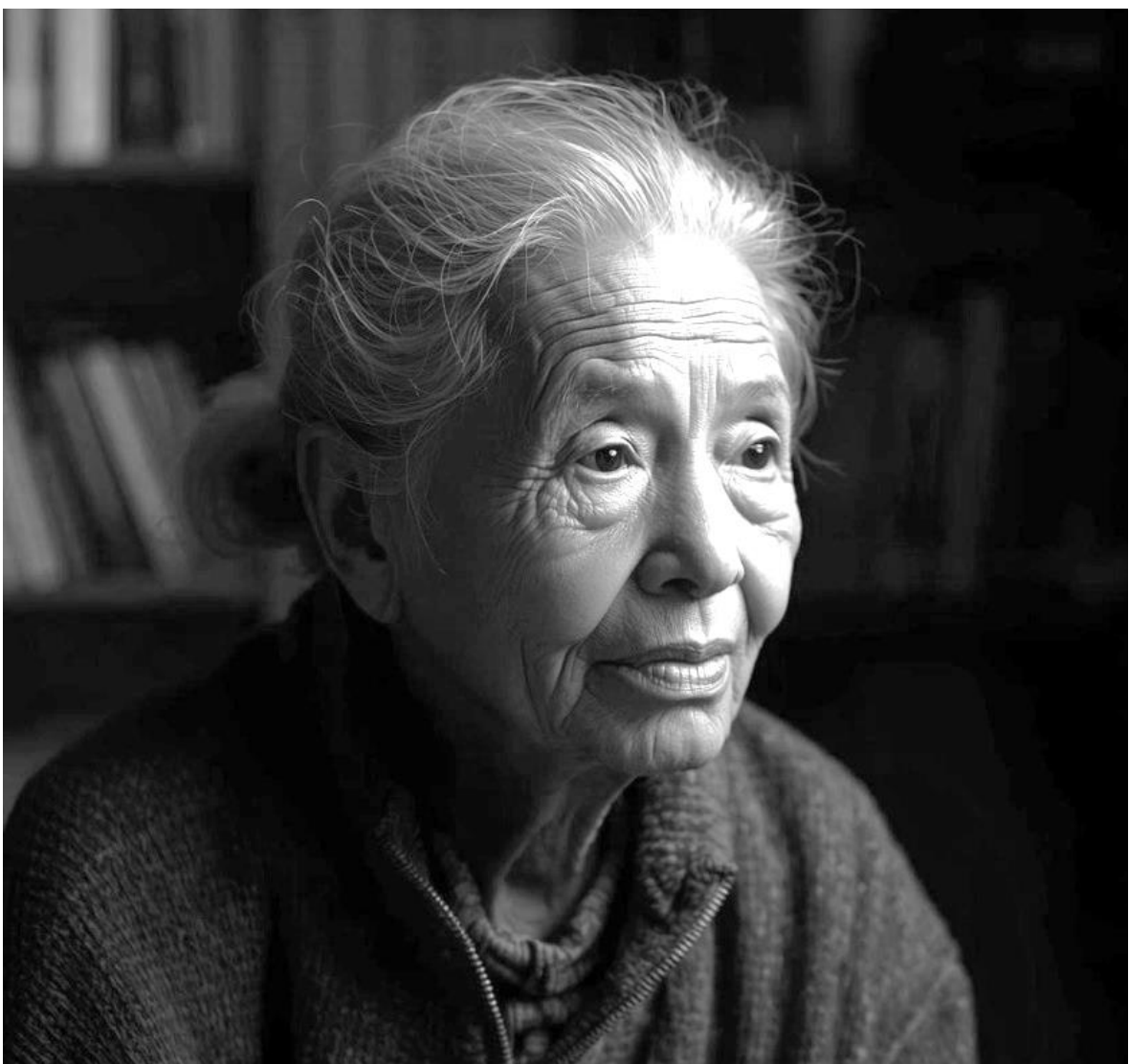
En este proceso se constata una tensión fundamental: por un lado, la función disciplinaria y de control social de la psiquiatría y la psicología, que producen sujetos adaptados a regímenes neoliberales de productividad y autocontrol; por otro, la apropiación creativa y subversiva de estos lenguajes por parte de los propios sujetos, que movilizan categorías diagnósticas para reclamar derechos, reconocimiento o formas alternativas de cuidado. La medicalización de la mente, lejos de ser unívoca, se convierte así en un campo de disputas donde coexisten dominación y resistencia, estigmatización y agencia, patologización y politización.

Desde una perspectiva crítica, este fenómeno no puede entenderse aislado, sino en relación con otros procesos tratados en capítulos previos y posteriores. Las lógicas de la psicologización se entrelazan con la globalización biomédica, reforzando la circulación planetaria de diagnósticos y psicofármacos; dialogan con los debates sobre género y salud, dado que la patologización del cuerpo femenino ha sido uno de los campos privilegiados de la biopolítica psi; y encuentran resonancia con las preocupaciones ecológicas, en tanto que la salud mental se ve afectada por la precarización, la crisis ambiental y las nuevas formas de vulnerabilidad planetaria.

En síntesis, la psicologización de la vida debe ser entendida como una tecnología de gobierno de los cuerpos y de las mentes, pero también como un terreno en el que emergen prácticas de resistencia y de reinención subjetiva. La tarea de la antropología médica consiste en iluminar estas ambivalencias, reconociendo tanto los efectos normalizadores de la psiquiatrización como las aperturas hacia mundos posibles de cuidado y subjetividad que escapan a las lógicas del control.

CAPÍTULO 15
ANCIANIDAD, EDADISMO Y POLÍTICAS DEL
ENVEJECIMIENTO

BALDOMERO DE MAYA SÁNCHEZ
JOSÉ MANUEL HERNÁNDEZ GARRE



Introducción: la vejez como cuestión antropológica

El envejecimiento humano, además de un proceso biológico inevitable, constituye un fenómeno profundamente social, cultural y político. En las últimas décadas, la llamada sociedad envejecida se ha convertido en un eje central de preocupación pública y académica, donde convergen discursos demográficos, sanitarios, económicos y morales. La vejez aparece, así, como un espacio de disputa en torno a los significados del cuerpo, el tiempo y la productividad, revelando las tensiones entre el gobierno biopolítico de la vida prolongada y las formas locales de dignificar la senectud.

Desde una perspectiva foucaultiana, la prolongación de la vida en las sociedades contemporáneas no puede comprenderse al margen de las tecnologías biopolíticas que gestionan la existencia poblacional⁴⁰⁹. Las políticas de salud pública, los sistemas de pensiones, los dispositivos médicos y los discursos sobre el «envejecimiento activo» conforman un entramado de poder que regula los cuerpos mayores bajo la lógica de la optimización vital. El ideal de longevidad saludable, sostenido por instituciones biomédicas y organismos internacionales, funciona como una moral de la vitalidad que transforma el envejecimiento en una tarea individual, desplazando el énfasis del cuidado colectivo hacia la autorresponsabilidad y el autocontrol⁴¹⁰.

En este sentido, la biopolítica del envejecimiento no solo gestiona la supervivencia, sino que redefine los límites de lo que se considera una vida digna de ser vivida. La vejez medicalizada y psicologizada emerge como un campo de intervención permanente —prevención, rehabilitación, gestión de la dependencia, entrenamiento cognitivo, dietas, gimnasias terapéuticas— donde el cuerpo envejecido se convierte en objeto de vigilancia, optimización y cálculo, bajo la lógica neoliberal de la eficiencia y la productividad senil⁴¹¹.

El tránsito desde una concepción marginal de la vejez hacia su actual centralidad demográfica representa una de las transformaciones más significativas de la modernidad tardía. En las sociedades preindustriales, los ancianos solían ocupar un lugar destacado como depositarios de conocimiento, mediadores simbólicos o garantes de la continuidad genealógica⁴¹². Sin embargo, con la expansión del capitalismo industrial, el valor del cuerpo envejecido se reconfigura bajo criterios de productividad y utilidad económica, desplazando a los mayores hacia los márgenes del espacio social⁴¹³.

⁴⁰⁹ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

⁴¹⁰ Katz, Stephen. (1996). *Disciplining old age: The formation of gerontological knowledge*. University of Virginia Press.

⁴¹¹ Katz, Stephen & Calasanti, Toni. (2015). Critical perspectives on successful aging: Does it “appeal more than it illuminates”? *The Gerontologist*, 55(1), 26–33.

⁴¹² Simmons, Leo W. (1945). *The role of age in primitive society*. Department of Sociology, Yale University.

Spencer, Paul. (1965). *The Samburu: A study of gerontocracy*. Routledge and Kegan Paul.

⁴¹³ Gullette, Margaret M. (2003). *Aged by culture*. University of Chicago Press.

Hoy, la creciente proporción de población mayor en Europa, Japón o América Latina obliga a repensar los fundamentos mismos del contrato social. La llamada «crisis del envejecimiento» —frecuentemente representada en términos de sostenibilidad económica o carga asistencial— pone de relieve la persistencia de una mirada deficitaria sobre la vejez, donde los cuerpos viejos son simultáneamente objeto de compasión y de control. La antropología, al abordar las formas culturales del envejecimiento, permite desmontar la aparente naturalidad de estas narrativas y restituir la dimensión simbólica, relacional y política de la senectud⁴¹⁴.

Una mirada comparativa revela que la experiencia del envejecer ha estado siempre mediada por regímenes culturales de sentido. En sociedades indígenas, campesinas o tradicionales, la vejez puede ser entendida como un logro vital y una fuente de autoridad moral. En cambio, en las sociedades capitalistas tardías, caracterizadas por la aceleración, la obsolescencia y el culto a la juventud, la ancianidad es percibida como una anomalía temporal, un residuo que perturba la linealidad del progreso⁴¹⁵.

De este modo, el envejecimiento se sitúa en el cruce entre temporalidad biográfica y temporalidad histórica. Las biopolíticas contemporáneas de la longevidad se articulan con los imperativos neoliberales de la productividad, el consumo y la autogestión de la salud, generando un nuevo tipo de subjetividad senil: activa, emprendedora y emocionalmente competente. Frente a ello, la antropología crítica del envejecimiento propone rescatar la pluralidad de modos de ser viejo, atendiendo a la densidad simbólica, afectiva y política que las culturas confieren a la última etapa de la vida⁴¹⁶.

La vejez, en suma, se revela como un espejo de las tensiones civilizatorias de nuestro tiempo: entre la prolongación de la vida y la precarización de su sentido, entre la medicalización y la búsqueda de autonomía, entre la invisibilidad y la hipervisibilidad mediática. La antropología del envejecimiento, al situar la mirada en las prácticas, discursos y políticas que configuran la experiencia de los mayores, abre un espacio de reflexión sobre el modo en que las sociedades contemporáneas gestionan su propio porvenir.

Representaciones sociales y culturales de la vejez

La vejez, lejos de constituir una categoría universal o un estadio biológico claramente delimitado, se configura como una construcción cultural compleja, cuyo significado depende de los sistemas simbólicos, las estructuras de parentesco, los regímenes

⁴¹⁴ Cohen, Lawrence. (1998). *No aging in India: Alzheimer's, The Bad Family, and Other Modern Things*. University of California Press.

Howell, Britteny M., & Harrod, Ryan P. (Eds.). (2023). *Anthropological Perspectives on Aging*. University Press of Florida.

⁴¹⁵ Hubble, Nick & Tew, Philip. (2013). *Ageing, narrative and identity: New qualitative social research*. Palgrave Macmillan.

Gullette, Margaret M. (2003), *op cit*.

⁴¹⁶ Sokolovsky, Jay. (2020). *The cultural context of aging: worldwide Perspectives*. Praeger

económicos y las ideologías del cuerpo que atraviesan cada sociedad. En este sentido, hablar de vejez es hablar de una cartografía de sentidos que fluctúa entre el reconocimiento y la negación, entre la sabiduría y la obsolescencia, entre la veneración y la invisibilidad. La antropología del envejecimiento ha mostrado con claridad que no existe una única forma de envejecer, sino una pluralidad de regímenes de valor asociados a la edad, que se expresan en las prácticas cotidianas, en los imaginarios colectivos y en las narrativas públicas sobre el curso vital⁴¹⁷.

En las sociedades tradicionales, la vejez ha sido concebida como un espacio de acumulación simbólica, un tiempo de autoridad moral y mediación intergeneracional. El anciano encarna la memoria del linaje, el custodio del saber ritual o de la experiencia comunitaria; su cuerpo, lejos de ser percibido como decadente, deviene signo de madurez ontológica. Sin embargo, el advenimiento de la modernidad industrial y la hegemonía del capitalismo tardío transformaron radicalmente esa valoración. La temporalidad productiva del capital —acelerada, orientada a la novedad, fundada en la obsolescencia— ha relegado la vejez a un espacio liminar: un tiempo excedente que carece de valor económico y que, en consecuencia, se percibe como déficit, como pérdida o como carga⁴¹⁸. Esta mutación semántica no solo altera las jerarquías sociales, sino que reorganiza la economía moral del cuerpo envejecido: lo que antes se entendía como signo de sabiduría se transforma en indicador de inutilidad.

En la modernidad tardía, las representaciones culturales de la vejez oscilan entre dos polos discursivos antagónicos. Por un lado, persisten las narrativas del declive, que conciben el envejecimiento como deterioro, dependencia y vulnerabilidad, reforzadas por un entramado mediático que asocia la juventud a la belleza, la eficiencia y el deseo⁴¹⁹. Por otro, emergen las narrativas de la plenitud, vinculadas al paradigma del «envejecimiento activo», que exaltan la capacidad de los mayores para reinventarse, mantenerse productivos, emocionalmente equilibrados y socialmente integrados. Esta retórica de la vitalidad, inscrita en los discursos neoliberales de la autorresponsabilidad y la gestión de sí, transforma el envejecimiento en un proyecto de optimización personal⁴²⁰. En ambos casos, el cuerpo se convierte en superficie de inscripción simbólica: o bien como territorio del déficit y la pérdida, o bien como escenario de resistencia y autogobierno.

Los medios de comunicación y la cultura visual contemporánea desempeñan un papel central en la producción de estas representaciones. La publicidad, el cine, la televisión y las redes sociales han construido un imaginario ambivalente del envejecimiento: por una

⁴¹⁷ Featherstone, Mike & Hepworth, Mike. (1991). The mask of ageing and the postmodern life course. En M. Featherstone, M. Hepworth & B. Turner (Eds.), *The body: Social process and cultural theory* (pp. 371–389). Sage.

Katz, Stephen. (1996), *op cit*.

⁴¹⁸ Baars, Jan. (2012). *Ageing and the art of living*. Johns Hopkins University Press.

Gilleard, Chris & Higgs, Paul. (2013). *Ageing, corporeality and embodiment*. Anthem Press.

⁴¹⁹ Hubble, Nick & Tew, Philip. (2013), *op cit*

⁴²⁰ Katz, Stephen & Calasanti, Toni. (2015), *op cit*.

parte, promueven modelos idealizados de la «eterna juventud», borrando las marcas del tiempo mediante la estetización y la biotecnología; por otra, comercializan imágenes aspiracionales de «vejez saludable», transformando la longevidad en nicho de mercado y la experiencia del envejecimiento en un imperativo de consumo⁴²¹. La llamada «cultura anti-aging» reconfigura la relación entre cuerpo, tiempo y deseo, sustituyendo el reconocimiento del envejecimiento por su negación performativa. El cuerpo viejo deviene, así, un campo de experimentación estética y tecnológica, sometido a regímenes de control, vigilancia y optimización que revelan la colonización de la biografía por la biopolítica⁴²².

Sin embargo, frente a estas imágenes dominantes, emergen también contranarrativas y resistencias culturales. Movimientos de mayores, proyectos artísticos, literatura autobiográfica y expresiones comunitarias reivindican la vejez como territorio de creación, introspección y agencia. Estas prácticas cuestionan la hegemonía de la mirada biomédica y neoliberal, proponiendo una reapropiación de la temporalidad como experiencia encarnada y relacional. Desde las etnografías del envejecimiento en contextos no occidentales hasta las investigaciones sobre el activismo sénior en Europa o América Latina, la antropología muestra que la vejez no es simplemente una categoría de vulnerabilidad, sino también una forma de subjetivación capaz de desafiar las narrativas del declive⁴²³.

En definitiva, las representaciones sociales y culturales de la vejez constituyen un espejo donde se reflejan las tensiones estructurales de la modernidad tardía: la dialéctica entre progreso y deterioro, entre autonomía y dependencia, entre memoria y desecho. Analizar estas imágenes permite comprender cómo las sociedades contemporáneas gestionan la alteridad temporal que la vejez encarna. En un mundo que fetichiza la juventud y el rendimiento, reconocer el valor ontológico y político del envejecimiento implica abrir un espacio para la diferencia, para la lentitud, para la vulnerabilidad como forma de conocimiento. La vejez, en su complejidad simbólica, se convierte así en un umbral privilegiado para pensar los límites del cuerpo, de la vida y de la propia idea de humanidad.

⁴²¹ Gullette, Margaret M. (2003), *op cit*.

Vincent, Jhon A. (2006). Ageing contested: Anti-ageing science and the cultural construction of old age. *Sociology*, 40(4), 681–698.

⁴²² Rose, Nikolas. (2007), *op cit*.

⁴²³ Lamb, Sarah. (2022). *Being single in India: Stories of gender, exclusion, and possibility*. University of California Press.

Sokolovsky, Jay. (2020), *op cit*.

Etnografías clásicas y contemporáneas sobre la ancianidad

El estudio antropológico de la vejez y la ancianidad constituye una línea de investigación relativamente tardía en la disciplina, si se la compara con otras dimensiones del ciclo vital como la infancia o la reproducción. No obstante, desde mediados del siglo XX emergieron aproximaciones pioneras que sentaron las bases de una reflexión sistemática sobre el envejecimiento como fenómeno cultural, social y simbólico. Autores como Leo Simmons, en su influyente obra *The role of the aged in primitive society*⁴²⁴, abrieron el campo al explorar las formas de participación, autoridad y significado social de los mayores en diversas culturas, mostrando que la posición del anciano no era universal, sino que dependía de las estructuras de parentesco, los modos de producción y los sistemas de valores. A partir de estos primeros estudios, la vejez comenzó a pensarse como un marcador de diferencia cultural y no solo como un estado biológico, introduciendo una mirada comparativa que articulaba las dimensiones simbólicas, políticas y afectivas de la experiencia del envejecer.

En las sociedades tradicionales o segmentarias, la figura del anciano suele asociarse a la sabiduría, la memoria y el poder normativo. La gerontocracia —entendida como el principio de autoridad basado en la edad— fue documentada en numerosas etnografías africanas y oceánicas, en las que los mayores ocupaban posiciones de decisión ritual y política, custodiando el conocimiento genealógico, las tradiciones orales y las normas morales de la comunidad. En estos contextos, la edad avanzada funcionaba como un capital simbólico acumulativo, que confería legitimidad y reforzaba las jerarquías sociales⁴²⁵. Sin embargo, incluso dentro de estas sociedades, la vejez no se presenta como una categoría homogénea: los sistemas de género, las condiciones materiales y los vínculos de parentesco determinan las formas concretas de reconocimiento o marginación.

Con el advenimiento de la modernidad, la urbanización y la transformación de las estructuras familiares, la posición del anciano se reconfiguró radicalmente. La desarticulación de las redes intergeneracionales, la tecnificación de los cuidados y la hegemonía del modelo biomédico desplazaron al viejo del espacio doméstico al institucional. Las etnografías de la segunda mitad del siglo XX, como las de Barbara Myerhoff⁴²⁶ y Sharon Kaufman⁴²⁷, revelaron el modo en que el envejecimiento se experimenta en sociedades marcadas por la individualización, la fragmentación del tiempo y la mercantilización del cuidado. Myerhoff, en su célebre estudio con ancianos judíos en Venice, California, mostró cómo los rituales cotidianos de memoria y narración constituían actos de resistencia frente a la invisibilización social, estrategias simbólicas de reconstitución del yo ante la

⁴²⁴ Simmons, Leo W. (1945), *op cit.*

⁴²⁵ Spencer, Paul. (1988[1932]). *The Maasai of Matapato: A study of rituals of rebellion*. Indiana University Press.

⁴²⁶ Myerhoff, Barbara. (1980). *Number our days: A triumph of continuity and culture among Jewish old people in an urban ghetto*. Touchstone.

⁴²⁷ Kaufman, Sharon R. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. University of Wisconsin Press.

pérdida de reconocimiento. Kaufman, por su parte, analizó la construcción reflexiva de la identidad en la vejez en el contexto norteamericano, destacando cómo los sujetos elaboran sentidos de continuidad y dignidad frente al discurso médico y gerontológico que tiende a patologizar la edad.

En el ámbito de la antropología médica y del cuerpo, Lawrence Cohen introdujo una inflexión crítica con su monumental obra *No aging in India*⁴²⁸, en la que examinó cómo el envejecimiento en el contexto urbano de Benarés no puede comprenderse sino como una intersección entre biología, parentesco, religión e ideología nacional. Cohen argumenta que el «problema del envejecimiento» en la India moderna no remite a una mera cuestión demográfica, sino a una crisis moral y política sobre la continuidad de la autoridad, el valor de la dependencia y la transformación del cuerpo en un signo de modernidad fallida. Su análisis, profundamente foucaultiano, desvela cómo el discurso sobre la vejez se articula con tecnologías de gobierno que buscan regular la vida, la memoria y la muerte.

En las últimas décadas, las etnografías sobre la ancianidad se han diversificado, desplazándose hacia contextos no occidentales y postcoloniales, donde el envejecimiento se encuentra imbricado con procesos de migración, pobreza y reconfiguración familiar. Investigaciones en África subsahariana, América Latina y el sur de Asia han mostrado que las formas de envejecer se hallan atravesadas por la globalización, la precarización del trabajo y las transformaciones de los cuidados. En Ghana, por ejemplo, van der Geest⁴²⁹ analizó la creciente medicalización del envejecimiento y la tensión entre la ética del cuidado filial y las exigencias económicas contemporáneas. En América Latina, estudios recientes han explorado el papel político de los mayores en contextos de desigualdad estructural, visibilizando su agencia como portadores de memoria histórica y como actores en movimientos sociales que reivindican derechos y reconocimiento⁴³⁰. Estas etnografías, lejos de reducir la vejez a una etapa pasiva o terminal, la conciben como un proceso relacional y performativo, donde se negocian constantemente las fronteras entre dependencia y autonomía, entre vulnerabilidad y dignidad.

En conjunto, las etnografías clásicas y contemporáneas sobre la ancianidad revelan la profunda historicidad y variabilidad cultural de la vejez. Desde las gerontocracias tradicionales hasta los hospitales geriátricos del capitalismo tardío, desde los relatos autobiográficos hasta las políticas públicas de longevidad, el envejecimiento emerge como un campo de tensiones entre cuerpo, poder y cultura. La antropología, al situar la vejez en el cruce entre experiencia, simbolismo y biopolítica, permite cuestionar los discursos hegemónicos del declive y abrir espacio para imaginar formas alternativas de habitar el tiempo, donde la vida prolongada no sea solo objeto de gestión, sino también de sentido.

⁴²⁸ Cohen, Lawrence. (1998), *op cit*.

⁴²⁹ van der Geest, Sjaak. (2002). Respect and reciprocity: Care of elderly people in rural Ghana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(1), 3–31.

⁴³⁰ Debert, Guita G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Editora da Universidade de São Paulo.

Biopolítica del envejecimiento y gubernamentalidad de los cuerpos mayores

El envejecimiento, más allá de ser un fenómeno biológico o demográfico, constituye uno de los laboratorios privilegiados de la biopolítica contemporánea. En el marco de las sociedades neoliberales, la prolongación de la vida se convierte en un objetivo técnico y moral que reconfigura los modos de gobierno sobre los cuerpos y las poblaciones. La vejez, otrora pensada como retiro o decrepitud, deviene ahora un terreno de intervención constante, donde se entrelazan la economía política de los cuidados, la medicalización de la longevidad y la moral de la autonomía. Desde la perspectiva foucaultiana, el «gobierno de los cuerpos» en la vejez no se ejerce únicamente a través de instituciones coercitivas, sino mediante tecnologías difusas de gestión y auto-regulación que promueven la optimización vital —el «envejecimiento activo», la «saludable longevidad», la «autonomía funcional»— como imperativos de ciudadanía biológica⁴³¹.

En este sentido, el discurso del envejecimiento exitoso, que desde finales del siglo XX ha adquirido una centralidad creciente en las políticas públicas y en la psicología social, representa un ejemplo paradigmático de gubernamentalidad neoliberal aplicada al envejecimiento. Katz y Calasanti⁴³² han mostrado que este ideal normativo, bajo su aparente neutralidad científica, reproduce una lógica de auto-responsabilización individual y de invisibilización de las condiciones estructurales que condicionan el curso vital. Ser «mayor» implica, en este régimen discursivo, una obligación de productividad y auto-control: el cuerpo envejecido se vuelve un proyecto moral, un espacio de autogestión donde el fracaso se individualiza y el declive se transforma en culpa. La vejez deja de ser un destino compartido para convertirse en una tarea moral, en la que cada sujeto debe demostrar su competencia para envejecer correctamente.

La biopolítica del envejecimiento no se limita, sin embargo, al campo de la salud o la psicología. Las políticas estatales y corporativas que regulan las pensiones, la dependencia o la institucionalización de los cuidados encarnan dispositivos de control y distribución de la vida prolongada. En el capitalismo tardío, donde el tiempo se ha convertido en un valor económico, la prolongación de la existencia biológica se entrelaza con los circuitos del capital financiero y con la economía política de la asistencia⁴³³. El cuerpo mayor aparece así como un territorio de cálculo actuarial: su duración, su productividad residual y su capacidad de consumo determinan su valor social. De esta manera, la vejez se convierte en un espacio de gobierno biopolítico en el que se deciden los límites entre la vida «digna de ser vivida» y la vida «costo-ineficiente».

⁴³¹ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit*.

Rose, Nikolas. (2007), *op cit*.

⁴³² Katz, Stephen & Calasanti, Toni. (2015), *op cit*.

⁴³³ Katz, Stephen. (1996), *op cit*.

Estes, Caroll L., Biggs, Simon & Phillipson, Chris. (2003). *Social theory, social policy and ageing: A critical introduction*. Open University Press.

La medicalización de la edad avanzada, documentada ampliamente por Sharon Kaufman⁴³⁴, representa otra expresión de esta gubernamentalidad. En su análisis etnográfico de hospitales estadounidenses, Kaufman muestra cómo la vejez se vuelve una cuestión de decisión técnica y moral: hasta cuándo prolongar la vida, cuándo intervenir, cuándo dejar morir. La existencia biológica se transforma en un objeto de cálculo clínico y ético, donde la frontera entre curar y gestionar la muerte se torna difusa. En el mismo registro, Lawrence Cohen⁴³⁵ reveló que el envejecimiento, en contextos postcoloniales como el de la India, se sitúa en la intersección entre biología, afecto y nacionalismo: el anciano es simultáneamente un signo de continuidad cultural y un residuo del pasado que el Estado-nación busca modernizar o normalizar. Así, la biopolítica de la vejez adopta configuraciones plurales, pero en todas ellas persiste una tensión entre el cuidado y el control, entre la protección de la vida y su administración tecnocrática.

La pandemia de COVID-19 intensificó de forma dramática estas dinámicas, convirtiendo la vida de los mayores en objeto explícito de gobierno biopolítico. Las residencias medicalizadas, los confinamientos selectivos y los discursos mediáticos sobre la vulnerabilidad generacional evidenciaron la fragilidad de los regímenes contemporáneos de cuidado y su carácter jerárquico. La crisis sanitaria actuó como un espejo de las desigualdades estructurales del edadismo, donde la vejez fue simultáneamente protegida y deshumanizada, cuidada y confinada. La gestión de los cuerpos mayores se reveló como una gestión de la muerte diferida, un intento de mantener el orden social mediante la administración estadística de la supervivencia⁴³⁶.

Frente a este panorama, la antropología crítica ha propuesto desnaturalizar las categorías del envejecimiento y repensar la vejez más allá de la economía moral del rendimiento. Gullette⁴³⁷ denuncia la «narrativa del declive» que atraviesa los imaginarios culturales occidentales, y propone, en cambio, entender la vejez como una práctica cultural de resignificación del tiempo. Desde una perspectiva biopolítica, esta resignificación implica resistir los imperativos de la normalización, rearticular las formas de dependencia y repensar la vulnerabilidad no como déficit, sino como modo de interdependencia constitutiva. La vida prolongada, en esta clave, deja de ser un mero objeto de gobierno para devenir un campo de disputa ontológica, donde se negocian los significados del cuerpo, la dignidad y la continuidad humana.

⁴³⁴ Kaufman, Sharon R. (2005). *...And a time to die: How American hospitals shape the end of life*. Scribner.

⁴³⁵ Cohen, Lawrence. (1998), *op cit*.

⁴³⁶ Tarazona, Francisco J., de la Cámara Juan M, Vidán María T. y García, José A. (2021). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 56(1), 47-53

⁴³⁷ Gullette, Margaret M. (2003), *op cit*.

Envejecimiento, desigualdad y cuidados

El envejecimiento, lejos de constituir una experiencia homogénea o universal, se revela como un proceso profundamente estratificado por las desigualdades sociales, de género, clase y etnicidad. La llamada «sociedad envejecida» del capitalismo avanzado se encuentra atravesada por asimetrías que determinan de manera decisiva las condiciones materiales y simbólicas de envejecer. La edad no puede entenderse al margen de la interseccionalidad: ser viejo no significa lo mismo para un varón blanco de clase media en el Norte global que para una mujer migrante o racializada dedicada a los cuidados en el Sur o en las periferias urbanas de Occidente. El envejecimiento, por tanto, es una posición relacional dentro de un entramado global de poder, una expresión biográfica de las estructuras de desigualdad acumuladas a lo largo del curso vital⁴³⁸.

Desde esta perspectiva, la división sexual y étnica del trabajo adquiere un papel central en la configuración contemporánea de los regímenes de cuidado. En el contexto de las transformaciones neoliberales y la progresiva privatización de los servicios sociales, las tareas de asistencia a personas mayores se han desplazado desde el ámbito familiar hacia el mercado, dando lugar a una «mercantilización del afecto»⁴³⁹ que reconfigura tanto las relaciones interpersonales como las economías domésticas. Las denominadas «cadenas globales de cuidado»⁴⁴⁰ ponen de relieve la dimensión transnacional de este proceso: mujeres migrantes del Sur global sostienen, mediante su trabajo emocional y corporal, la vejez de las clases medias y altas del Norte, al tiempo que externalizan el cuidado de sus propios mayores y descendientes. La desigualdad intergeneracional y la desigualdad global convergen así en el cuerpo de las cuidadoras, que encarnan las tensiones entre afecto, obligación y precariedad.

El desplazamiento de los cuidados del parentesco al mercado también implica una mutación en las formas de gubernamentalidad. El Estado, cada vez más desresponsabilizado por las políticas de austeridad y el paradigma de la «autonomía individual», transfiere la carga moral y económica del envejecimiento hacia los sujetos y las familias⁴⁴¹. Este proceso produce una «responsabilización neoliberal»⁴⁴² donde envejecer bien se convierte en un deber moral, mientras que necesitar cuidados prolongados se traduce en una forma de fracaso ético o dependencia indeseable. En esta lógica, las políticas públicas de envejecimiento activo y los discursos de «productividad senil»⁴⁴³ funcionan

⁴³⁸ Dannefer, Dale. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.

⁴³⁹ Zelizer, Viviana A. (2005). *The purchase of intimacy*. Princeton University Press.

⁴⁴⁰ Hochschild, Arlie R. (2000). Global care chains and emotional surplus value. In W. Hutton & A. Giddens (Eds.), *On the edge: Living with global capitalism* (pp. 130–146). Jonathan Cape.

Parreñas, Rhacel S. (2001). *Servants of globalization: Women, migration, and domestic work*. Stanford University Press.

⁴⁴¹ Estes, Carroll L. (2001). *Social policy and aging: A critical perspective*. Sage.

⁴⁴² Brown, Wendy. (2015). *Undoing the demos: Neoliberalism's stealth revolution*. Zone Books.

⁴⁴³ Katz, Stephen & Calasanti, Toni. (2015), *op cit*.

como tecnologías de gobierno que incentivan la auto-vigilancia, la gestión corporal y la prolongación del rendimiento, reconfigurando los límites entre la salud, la vejez y la enfermedad. El cuerpo envejecido deviene así un espacio de moralización y control, una frontera entre la vida socialmente aceptable y la vida residualmente tolerada.

No obstante, la economía moral del cuidado⁴⁴⁴ introduce una dimensión ética y relacional que resiste a la completa mercantilización de la vejez. En las prácticas cotidianas de atención —en la casa, en las residencias, en los barrios— se tejen redes de reciprocidad y afecto que reconfiguran la noción misma de vulnerabilidad. Envejecer, en esta clave, no es un proceso de pérdida sino una experiencia de interdependencia constitutiva, en la que el cuidado se presenta como una forma de reconocimiento mutuo y de resistencia ante la lógica neoliberal de la autosuficiencia. Como ha señalado Joan Tronto⁴⁴⁵, cuidar no es únicamente un acto privado o moral, sino un hecho político que revela las jerarquías del poder y las prioridades colectivas de una sociedad. La forma en que una comunidad organiza los cuidados dice más sobre su ética que sobre su demografía.

Así, la antropología del envejecimiento permite desnaturalizar las ideologías dominantes de la autonomía, la productividad y el rendimiento, mostrando que la vejez, lejos de ser un mero desenlace biológico, constituye un campo de disputas materiales y simbólicas donde se negocian los sentidos del tiempo, del valor y de la vida misma. En este horizonte, el desafío no consiste en prolongar la existencia a cualquier costo, sino en redistribuir las condiciones de posibilidad para una vejez vivible, equitativa y digna.

Edadismo: discriminación y desposesión simbólica

El edadismo —término acuñado por Robert N. Butler en 1969— designa la forma de discriminación basada en la edad que, en las sociedades contemporáneas, configura un régimen de exclusión difusa y normalizada. A diferencia de otros sistemas de desigualdad más explícitos, el edadismo opera a través de mecanismos simbólicos y discursivos que naturalizan la inferiorización de las personas mayores, invisibilizando sus experiencias y despojándolas progresivamente de agencia social, valor productivo y reconocimiento subjetivo⁴⁴⁶. En su raíz, el edadismo constituye una ideología biopolítica del tiempo: una forma de gobernar los cuerpos y las trayectorias vitales mediante la jerarquización del ciclo de vida y la exaltación de una juventud eternamente productiva, saludable y autosuficiente.

⁴⁴⁴ Tronto, Joan C. (2006). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
Thelen, Tatjana. (2015). Care as social organization: Creating, maintaining and dissolving significant relations. *Anthropological Theory*, 15(4), 497–515.

⁴⁴⁵ Tronto, Joan C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.

⁴⁴⁶ Butler, Robert N. (1975). *Why survive? Being old in America*. Harper & Row.

Calasanti, Toni M., & Slevin, Kathleen F. (2001). *Gender, social inequalities, and aging*. Bloomsbury Academic.

Desde una perspectiva genealógica, el edadismo emerge como correlato de la modernidad capitalista y su obsesión por la eficiencia, la velocidad y la innovación. La vejez, concebida como un tiempo improductivo, se convierte en el «residuo» del progreso —una forma de vida que, aunque aún viva, es considerada obsoleta, lenta o incapaz de adaptarse a la dinámica del mercado⁴⁴⁷. Tal como señala Margaret Gullette⁴⁴⁸, la cultura contemporánea produce una «narrativa del declive» donde el envejecimiento es traducido en pérdida: de belleza, de deseo, de utilidad, de ciudadanía. Este discurso performativo instala una temporalidad moral en la que sólo la juventud encarna plenitud y futuro, mientras la vejez representa déficit y desposesión. La violencia del edadismo, por tanto, no se manifiesta únicamente en actos concretos de exclusión, sino en la configuración ontológica de lo que significa «valer» dentro de la sociedad neoliberal.

El lenguaje, los medios de comunicación y las instituciones reproducen estos estereotipos de manera persistente. Las representaciones mediáticas del envejecimiento oscilan entre dos polos: la figura del «anciano sabio pero entrañablemente inútil» y la del «viejo decadente» que carga con el peso de la dependencia y el gasto público⁴⁴⁹. Esta semántica del deterioro no sólo refuerza la distancia simbólica entre juventud y vejez, sino que legitima políticas de exclusión sutiles: desde la discriminación laboral por edad hasta la infrarepresentación de mayores en la esfera pública. En el ámbito médico, el edadismo adopta formas particularmente insidiosas. Numerosos estudios han documentado el sesgo clínico que subestima los síntomas, la capacidad de recuperación o las necesidades emocionales de los pacientes mayores⁴⁵⁰. Esta «biopolítica del desinterés»⁴⁵¹ refuerza la idea de que la vida en la vejez es menos digna de ser cuidada, investigada o protegida, generando inequidades estructurales en la atención y en la distribución de recursos sanitarios.

A nivel institucional, el edadismo se traduce en políticas públicas que tienden a gestionar la vejez como un problema más que como una fase vital dotada de sentido. La racionalidad gubernamental neoliberal redefine el envejecimiento a través de categorías de riesgo, dependencia o costo, desplazando la atención de los derechos sociales hacia la administración de la población. El resultado es una forma de desposesión simbólica: el sujeto mayor pierde no sólo poder adquisitivo, sino capacidad de interlocución y legitimidad discursiva. Como señala Julia Twigg⁴⁵², el cuerpo viejo se convierte en un «cuerpo

⁴⁴⁷ Baars, Jan. (2010). Philosophy of aging, time, and finitude. En Thomas R. Col, Ruth E. Ray & Robert Kastenbaum (eds.), *A Guide to Humanistic Studies in Aging* (pp. 105–121). Johns Hopkins University Press.

⁴⁴⁸ Gullette, Margaret M. (2003), *op cit*.

⁴⁴⁹ Rozanova, Julia. (2010). Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 213–222.

⁴⁵⁰ Iversen, Thomas N., Larsen, Lars, & Solem, Per E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22.

⁴⁵¹ Moulart, Thibault y Biggs, Simon. (2012). International and European policy on work and retirement: Reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity. *Human Relations*, 66 (1), 23–43.

⁴⁵² Twigg, Julia. (2004). The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal*

abyecto» en el imaginario cultural: un recordatorio visible de la mortalidad que el capitalismo de la juventud eterna necesita reprimir, medicalizar o estetizar para sostener su promesa de renovación constante.

La violencia simbólica del edadismo, en consecuencia, no reside sólo en la exclusión, sino en la interiorización del desprecio. El mandato de la juventud eterna —alimentado por la industria cosmética, el fitness y la cultura del bienestar— produce subjetividades que aprenden a avergonzarse del tiempo, transformando el envejecimiento en un fracaso personal y no en una condición estructural. En este sentido, el edadismo actúa como un dispositivo de gobierno de los afectos y de la temporalidad, imponiendo una moral del cuerpo y del rendimiento que disuelve la posibilidad de habitar la vejez como experiencia plena. Reconocer su dimensión cultural y biopolítica implica, por tanto, desarticular los discursos que reducen la vida envejecida a obsolescencia, reivindicando su potencia narrativa, política y existencial.

Pandemia, aislamiento y visibilidad del edadismo

La pandemia de COVID-19 constituyó un acontecimiento límite que reveló, con crudeza, las jerarquías invisibles de valor que estructuran las sociedades contemporáneas. En el modo en que los Estados, los medios y las instituciones respondieron a la crisis sanitaria, la vejez emergió simultáneamente como objeto de compasión y de desecho: una vida que debía ser protegida, pero que podía ser sacrificada en nombre de la gestión de lo común. Este doble movimiento de cuidado y abandono permite leer la pandemia como un episodio de necropolítica del cuidado⁴⁵³: un dispositivo que regula quién merece vivir y quién puede morir bajo la retórica de la protección. Las personas mayores fueron definidas como «grupo de riesgo», pero en esa misma designación se activó una economía moral del sacrificio que naturalizó su vulnerabilidad como inevitable. La biopolítica de la longevidad, orientada hasta entonces a la prolongación de la vida, se tornó súbitamente en administración de la muerte probable.

El confinamiento en residencias y centros geriátricos se convirtió en una de las expresiones más dramáticas de esta gestión diferencial de la vida. En muchos países, las residencias se transformaron en espacios de encierro biopolítico donde la lógica del aislamiento reemplazó toda noción de cuidado relacional⁴⁵⁴. El anciano, despojado de su entorno afectivo y reducido a cuerpo biológico susceptible de contagio, fue objeto de un control sanitario que invisibilizó su dimensión subjetiva y comunitaria. El Estado —a través de protocolos, cifras y umbrales de riesgo— se erigió como garante de una seguridad

of Aging Studies, 18(1), 59–73.

⁴⁵³ Mbembe, Archille. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11–40.

Mbembe, Archille. (2019). *Necropolitics*. Duke University Press.

Lorey, Isabell. (2015). *State of insecurity: Government of the precarious*. Verso.

⁴⁵⁴ Fraser, Nancy. (2022). *Cannibal capitalism: How our system is devouring democracy, care, and the planet—and what we can do about it*. Verso.

abstracta que, paradójicamente, convirtió la supervivencia en experiencia de soledad. Este proceso no fue únicamente un error administrativo o logístico, sino la manifestación de una racionalidad gubernamental que asocia la vejez con pasividad, dependencia y dispensabilidad⁴⁵⁵.

En este contexto, el edadismo adquirió una visibilidad inédita. El discurso público — incluso en sus vertientes bienintencionadas — reactivó imaginarios paternalistas en los que las personas mayores eran representadas como víctimas sin agencia, necesitadas de tutela y confinamiento «por su propio bien»⁴⁵⁶. El lenguaje mediático de la protección, al infantilizar a la vejez, reforzó la división moral entre los «productivos» y los «vulnerables», legitimando políticas de exclusión sanitaria, de restricción de movimientos y de priorización asistencial que dejaron a millones de ancianos en los márgenes del cuidado efectivo. La narrativa heroica del personal sanitario y la retórica del sacrificio colectivo ocultaron, en muchos casos, la desigual distribución del riesgo y del abandono: las muertes silenciosas en residencias, los cuerpos sin duelo, las vidas descartadas por razones de edad o de costo médico.

Sin embargo, la pandemia también abrió grietas en ese orden simbólico, dando lugar a nuevas formas de solidaridad intergeneracional y a una revalorización ética del cuidado como práctica social y política. Movimientos comunitarios, redes vecinales y organizaciones feministas articularon formas de acompañamiento que desbordaron la lógica estatal del confinamiento, recuperando la dimensión relacional del cuidado como resistencia a la indiferencia estructural⁴⁵⁷. En este sentido, la crisis sanitaria reveló tanto la fragilidad del paradigma neoliberal del envejecimiento activo — centrado en la autosuficiencia y el rendimiento — como la potencia política de la vulnerabilidad compartida.

El llamado «giro ético» en el debate sobre el envejecimiento tras la pandemia implica una transformación del marco de interpretación: de la compasión paternalista a la justicia intergeneracional⁴⁵⁸. No se trata ya de «proteger» a los mayores como sujetos pasivos del riesgo, sino de reconocer su papel en la construcción de comunidades sostenibles y en la memoria social del cuidado. La vejez, lejos de constituir un resto, puede entenderse como un lugar epistémico desde el cual repensar la interdependencia, la temporalidad y la política de la vida común. El desafío post-pandémico, por tanto, consiste en desactivar las tecnologías de abandono que el COVID-19 puso en evidencia, transformando la

⁴⁵⁵ Ehni, Hans-Joerg. y Wahl, Hans-Werner. (2020). Seis propuestas contra el edadismo en la pandemia de COVID-19. *Journal of Aging & Social Policy*, 32, 515–525.

⁴⁵⁶ Ayalon, Liat, Chasteen, Alison, Diehl, Manfred, Levy, Becca R., Neupert, Shevaun D., Rothermund, Klaus, Tesch-Römer, Clemens, & Wahl, Hans W. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e49–e52.

⁴⁵⁷ Tronto, Joan C. (2013), *op cit*.

Butler, Judith. (2020). *The Force of Nonviolence: An Ethico-Political Bind*. Verso.

⁴⁵⁸ Fine, Michael & Glendinning, Caroline (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of ‘care’ and ‘dependency.’ *Ageing and Society*, 25(4), 601–621.

vulnerabilidad en principio de justicia y no en criterio de exclusión. La visibilidad del edadismo, en última instancia, obliga a interrogar los fundamentos morales de nuestras democracias biopolíticas: qué vidas son contadas, qué cuerpos son llorados, y qué formas de existencia se reconocen como dignas de ser cuidadas.

Tecnologías, longevidad y biotecnopolítica del envejecimiento

En el umbral del siglo XXI, la vejez se ha convertido en uno de los campos privilegiados de intervención biotecnológica. Lejos de ser entendida únicamente como una etapa vital, la ancianidad ha pasado a configurarse como un problema técnico y una frontera de mercado: un territorio donde la ciencia, el capital y la biopolítica convergen en torno a la promesa de la prolongación indefinida de la vida. La emergencia de industrias dedicadas al anti-aging, la ingeniería genética, la medicina regenerativa y las terapias de rejuvenecimiento articula una nueva economía política del envejecimiento, en la que el ideal moderno de «vivir mejor» se desplaza hacia la utopía poshumana de «vivir para siempre».⁴⁵⁹ En este contexto, la vejez deja de ser un destino inevitable para transformarse en un fallo corregible del cuerpo, una disfunción que la tecnociencia promete reparar.

Este desplazamiento marca el tránsito de una biopolítica de la vida a una biotecnopolítica de la longevidad. Michel Foucault⁴⁶⁰ había descrito cómo el poder moderno se organiza en torno al gobierno de la vida —su administración, su optimización, su normalización—; hoy, ese proyecto se radicaliza en la tentativa de su ilimitada prolongación. La muerte, antaño inscrita en el horizonte de la existencia, se redefine como un acontecimiento postergable, una anomalía susceptible de gestión molecular. Las plataformas tecnológicas, los laboratorios farmacéuticos y las corporaciones de la «*longevity economy*» (de Calico a Altos Labs) encarnan este nuevo régimen, en el que el cuerpo envejecido se transforma en campo experimental de inversión y especulación⁴⁶¹.

Sin embargo, la promesa de inmortalidad que impulsa la biotecnociencia no es universal ni igualitaria. El acceso a las terapias de prolongación vital —desde los tratamientos de edición genética hasta los implantes regenerativos o la medicina personalizada— está condicionado por las mismas estructuras de desigualdad que atraviesan el capitalismo global. Mientras las élites económicas invierten en la extensión de su longevidad, amplios sectores de la población continúan expuestos a la precariedad, la enfermedad y la muerte prematura. El sueño tecnocientífico de una humanidad extendida se sostiene, paradójicamente, sobre la exclusión de la mayoría. Así, el cuerpo que envejece se convierte en

⁴⁵⁹ Haraway, Donna. (1991), *op cit.*

Rose, Nikolas. (2007), *op cit*

⁴⁶⁰ Foucault, Michel. (2003[1976]), *op cit.*

⁴⁶¹ Rose, Nikolas & Novas, Carlos (2004). Biological citizenship. In A. Ong & S. J. Collier (Eds.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp. 439–463). Blackwell.

marcador biopolítico de clase: la longevidad como privilegio, la mortalidad como condena.

La retórica del «envejecimiento exitoso» se reactualiza aquí como dispositivo de gubernamentalidad neoliberal⁴⁶²: cada individuo es llamado a gestionar su propio envejecimiento como una empresa biológica, a invertir en su cuerpo, a optimizar su metabolismo, a disciplinar sus hábitos para aplazar el desgaste. En este régimen, la vejez no se combate colectivamente —a través de políticas públicas o redes de cuidado—, sino mediante una economía moral del rendimiento que desplaza la responsabilidad del deterioro hacia el propio sujeto. Quien envejece «mal» no sería víctima de condiciones sociales, sino de su incapacidad para autogestionar su biología.

La biotecnopolítica del envejecimiento produce así una subjetividad paradójica: el sujeto anciano del siglo XXI se encuentra simultáneamente medicalizado e individualizado, objeto de vigilancia molecular y responsable de su propia decadencia. En el horizonte transhumanista, incluso la frontera entre lo humano y lo tecnológico se difumina: prótesis cognitivas, inteligencia artificial aplicada al diagnóstico, y algoritmos de predicción de longevidad configuran una ontología híbrida donde la vida se vuelve dato, y la muerte, un error de programación⁴⁶³. Frente a esta deriva, la antropología de la vejez tiene la tarea crítica de desnaturalizar la retórica de la eterna juventud, interrogando los regímenes de poder y desigualdad que sostienen la ilusión tecnocientífica de la inmortalidad.

El envejecimiento, en definitiva, ya no puede pensarse como un mero proceso biológico o psicológico, sino como un campo biopolítico global donde se negocian el sentido de la vida, el valor del cuerpo y los límites de la condición humana. Frente al proyecto de una vida sin fin —una vida sin vulnerabilidad, sin dependencia y sin historia—, la antropología propone recuperar la finitud como lugar de sentido y de vínculo. En un mundo donde la longevidad se ha vuelto mercancía, defender el derecho a envejecer dignamente constituye una forma de resistencia ética y política ante la colonización tecnocientífica de la existencia.

⁴⁶² Lupton, Deborah. (2016). *The Quantified Self: A Sociology of Self-Tracking*. Polity Press.

⁴⁶³ Braidotti, Rosi. (2013), *op cit*.

Subjetividades y agencia

La vejez no puede reducirse a un estado de dependencia o vulnerabilidad; constituye, asimismo, un campo de construcción de subjetividades, de producción de sentido y de negociación con los límites biológicos y sociales. Las personas mayores despliegan estrategias narrativas para reconstruir su identidad, otorgando coherencia a sus trayectorias vitales a través de la memoria, la rememoración de logros y la resignificación de pérdidas⁴⁶⁴. La narratividad en la vejez funciona no solo como mecanismo psicológico de continuidad, sino como instrumento político y cultural, que permite a los ancianos situarse como actores capaces de intervenir en la construcción de su propia vida y de su entorno.

La vejez se configura también como un espacio de resistencia simbólica frente a las presiones sociales que estigmatizan la edad avanzada. La autonomía, el deseo, la creatividad y la capacidad de decidir sobre los propios cuerpos y proyectos vitales constituyen formas de agencia que subvierten los discursos hegemónicos sobre la inutilidad o la decadencia de los mayores⁴⁶⁵. La práctica de contar historias, la participación en redes comunitarias, el compromiso político o cultural, así como la producción artística y literaria en la tercera edad, son manifestaciones de poder simbólico que reconfiguran la visibilidad de la ancianidad y la posición social de quienes la habitan.

En el terreno de las políticas de la dignidad, se observan procesos de inclusión activa que buscan reconocer a los mayores como ciudadanos de pleno derecho, capaces de contribuir al bienestar colectivo y de exigir acceso equitativo a la salud, al cuidado y a los recursos sociales⁴⁶⁶. La noción de «ciudadanía senil» se articula alrededor de la reivindicación de derechos específicos para la vejez, la promoción de espacios de participación y la garantía de autonomía en la vida cotidiana, así como la creación de políticas que consideren la diversidad de capacidades, intereses y experiencias entre los ancianos.

Desde esta perspectiva, la vejez deja de ser entendida únicamente como etapa final de la vida y se constituye como plataforma de acción, reflexión y creatividad, donde la experiencia, la memoria y la historia personal se convierten en herramientas de agencia social y cultural. El envejecimiento se transforma en un proceso dialéctico: por un lado, condicionado por desigualdades, estigmas y estructuras de poder; por otro, potencialmente emancipador, al ofrecer recursos para la construcción de identidad, la resistencia simbólica y la redefinición de las relaciones intergeneracionales. La antropología, al centrar su atención en estas subjetividades, contribuye a descolonizar los imaginarios sobre la ancianidad, mostrando que la vejez es un terreno fértil para la acción ética, política y creativa.

⁴⁶⁴ Hubble, Nick & Tew, Philip. (2013), *op cit*

⁴⁶⁵ Myerhoff, Barbara. (1980), *op cit*.

Cohen, Lawrence. (1998), *op cit*.

⁴⁶⁶ Katz, Stephen & Calasanti, Toni. (2015), *op cit*

Síntesis: vivir, envejecer, resistir

La vejez emerge como un territorio ambivalente, simultáneamente condicionado por estructuras de poder que buscan regular, controlar y estandarizar los procesos de envejecimiento, y como un espacio de emancipación, donde las personas mayores pueden ejercer agencia, creatividad y resistencia simbólica. Las políticas de cuidado, los sistemas de bienestar, los discursos biomédicos y la presión cultural por la juventud eterna configuran un entramado biopolítico que gestiona la vida prolongada, define la utilidad social del anciano y regula la distribución de recursos⁴⁶⁷. No obstante, esta misma etapa de la vida constituye un ámbito para la producción de subjetividades críticas, donde la memoria, la narratividad, la participación comunitaria y la creatividad ofrecen herramientas de resistencia frente a la marginalización y el edadismo estructural⁴⁶⁸.

Desde la perspectiva antropológica, el envejecimiento puede ser comprendido como un proceso dialéctico: por un lado, sujeto a mecanismos de disciplina y vigilancia, y por otro, habilitado por la experiencia, la agencia y la transmisión cultural intergeneracional. La vejez es, entonces, un prisma que permite analizar cómo las relaciones de poder operan sobre los cuerpos, los afectos y los roles sociales, pero también cómo los individuos mayores negocian, reinterpretan y resignifican su existencia en contextos de desigualdad, vulnerabilidad y precariedad. Esta comprensión sitúa a la antropología de la vejez en el cruce entre la biopolítica de la dependencia, la ecología del cuidado y las tensiones del posthumanismo, donde la prolongación de la vida, las nuevas tecnologías biomédicas y los debates sobre autonomía y justicia intergeneracional se articulan con las experiencias culturales, sociales y afectivas de los mayores.

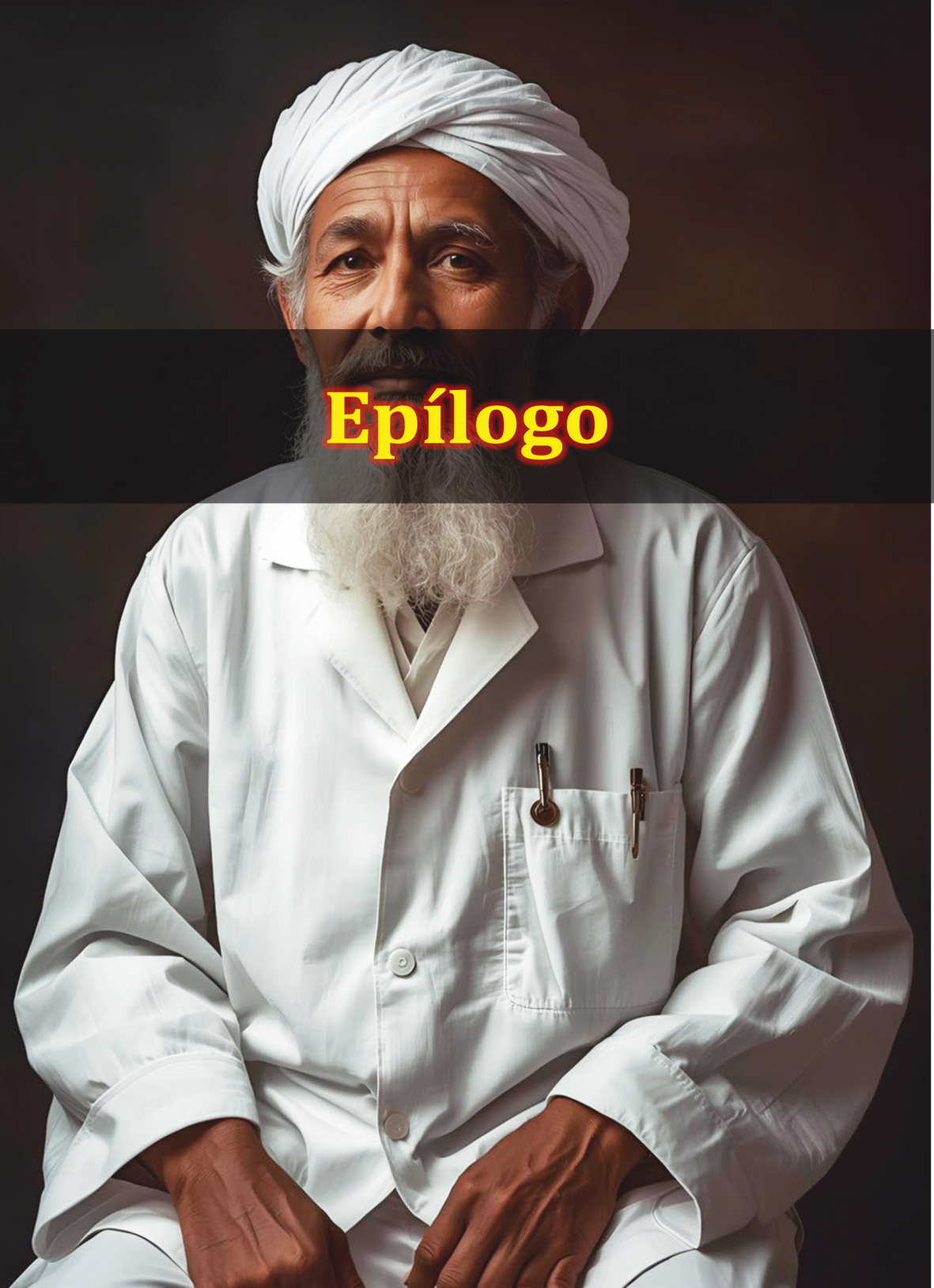
Una antropología política del envejecimiento requiere examinar no solo la distribución desigual del poder, la salud y los recursos materiales, sino también las narrativas, prácticas y resistencias que configuran la identidad senil y las formas de ciudadanía mayor. Así, envejecer no se limita a un declive fisiológico o a un aislamiento social, sino que constituye un proceso activo de negociación entre dependencia y agencia, vulnerabilidad y creatividad, invisibilidad y visibilidad pública, ofreciendo nuevas perspectivas para pensar la justicia social, la ética intergeneracional y la construcción de sociedades más inclusivas y resilientes frente al tiempo y la mortalidad humana.

⁴⁶⁷ Cohen, Lawrence. (1998), *op cit.*

Katz, Stephen & Calasanti, Toni. (2015), *op cit*

⁴⁶⁸ Hubble, Nick & Tew, Philip. (2013), *op cit*

Myerhoff, Barbara. (1980), *op cit.*



Epílogo

A lo largo de este libro, hemos transitado por los múltiples planos de la antropología médica, mostrando cómo la salud, la enfermedad y el envejecimiento se configuran simultáneamente como fenómenos biológicos, culturales, sociales y políticos. La integración de los enfoques *illness* y *sickness* ha permitido articular la experiencia subjetiva del sufrimiento con las estructuras institucionales y los discursos normativos que la configuran, mostrando que los procesos médicos y sanitarios no son meramente técnicos, sino profundamente simbólicos y relacionales. Esta síntesis entre lo interpretativo y lo estructural, inspirada en la imaginación sociológica de Wright⁴⁶⁹, revela la necesidad de una mirada híbrida que contemple la agencia de los sujetos sin perder de vista las jerarquías de poder, la biopolítica y la desigualdad global que atraviesan los cuerpos y las mentes.

Los capítulos dedicados a la infancia, la ancianidad, el género y la globalización de la salud nos muestran cómo la biomedicina occidental, con su pretensión de universalidad, interacciona con tradiciones locales, resistencias culturales y cosmovisiones alternativas. La etnopediatría, la medicalización de la conducta y la psicologización de la vida cotidiana evidencian cómo los discursos expertos configuran subjetividades desde edades tempranas, mientras que los estudios sobre vejez y edadismo revelan que los cuerpos mayores son simultáneamente objeto de control, estigmatización y cuidado estratégico. La experiencia de los sujetos, sus narrativas de vida, sus resistencias simbólicas y sus formas de agencia, constituyen datos imprescindibles para comprender la salud en su totalidad, y exigen que la antropología médica se sitúe más allá del empirismo técnico, como disciplina crítica capaz de cuestionar los supuestos de la biomedicina y sus implicaciones sociopolíticas.

El análisis comparativo y etnográfico demuestra que la percepción de la enfermedad y el envejecimiento varía notablemente según contexto cultural, estructura social y cosmovisión. Las sociedades tradicionales, con cosmovisiones positivas de la ancianidad, otorgan autoridad y reconocimiento a los mayores, mientras que muchas sociedades industrializadas reproducen estereotipos negativos, marginando a los cuerpos mayores y relegándolos a la dependencia institucional. En la infancia, la psiquiatrización de conductas y la expansión de psicofármacos reflejan un proceso equivalente: la intervención médica configura, regula y categoriza comportamientos previamente comprendidos como variabilidad natural o diversificación de la experiencia humana. En ambos casos, la antropología médica permite revelar los mecanismos de poder, control y exclusión que operan detrás de prácticas aparentemente neutras, mostrando que la biopolítica atraviesa todas las etapas de la vida.

⁴⁶⁹ Mills, C. Wright (1959), *op cit.*

La integración de perspectivas interseccionales, que combinan género, clase, etnicidad y edad, permite comprender cómo la salud y la enfermedad se construyen en la intersección de múltiples dimensiones sociales. El enfoque feminista evidencia cómo el cuerpo femenino ha sido históricamente medicalizado y disciplinado, mientras que los estudios sobre globalización de la salud revelan cómo las políticas sanitarias internacionales reproducen inequidades territoriales y económicas. La antropología de la vejez, por su parte, muestra cómo los discursos sobre envejecimiento activo, productividad senil y longevidad reflejan la lógica neoliberal que transforma la vida prolongada en un imperativo económico y moral. La pandemia de COVID-19 hizo evidente la dimensión necropolítica del cuidado: cuerpos mayores y vulnerables fueron considerados prescindibles, mientras que las instituciones médicas y políticas reproducían formas de exclusión estructural, revelando la persistencia de un edadismo sistemático.

El posthumanismo y las nuevas tecnologías biomédicas introducen desafíos inéditos para la disciplina. Terapias génicas, intervenciones para la prolongación de la vida, dispositivos predictivos y mejoramiento corporal generan preguntas éticas, sociopolíticas y culturales inéditas. La antropología médica, al combinar análisis etnográfico con reflexión crítica sobre estas tecnologías, puede evidenciar desigualdades en el acceso, implicaciones éticas de la prolongación de la vida y tensiones entre autonomía individual y regulación institucional. En este contexto, los cuerpos y las mentes se constituyen como campos de disputa, donde la experiencia vivida se enfrenta con discursos normativos, leyes y políticas biomédicas, y donde la agencia humana se manifiesta como resistencia, creatividad y negociación.

Asimismo, la fusión de *illness* y *sickness* revela la complejidad de la experiencia de la salud: el dolor, la incertidumbre, la ansiedad y la vulnerabilidad no son únicamente biológicos, sino profundamente relacionales y contextuales. Las estructuras sociales, las normas culturales y las prácticas institucionales modelan cómo se percibe, se trata y se gestiona la enfermedad. Así, el estudio antropológico no solo documenta inequidades o prácticas culturales, sino que permite visibilizar las formas en que los sujetos negocian, resisten y resignifican su experiencia, contribuyendo a la construcción de políticas más sensibles y humanas.

Los capítulos dedicados a la psicologización de la vida y la medicalización de la conducta muestran que incluso los procesos cotidianos de socialización y educación están atravesados por discursos expertos. La proliferación de diagnósticos y la expansión de psicofármacos configuran identidades, definen normas de normalidad y establecen jerarquías de valor social. La antropología médica, al incorporar análisis estructurales y fenomenológicos, revela cómo estas intervenciones afectan no solo al sujeto individual, sino también al entramado familiar, escolar y comunitario, y cómo reproducen desigualdades de clase, género y territorio.

De manera similar, la antropología de la reproducción, la sexualidad y el parto demuestra que la biomedicina no es neutral ni universal. Movimientos por la humanización del parto, la defensa de derechos reproductivos y la crítica a la medicalización del cuerpo femenino evidencian cómo la agencia de los sujetos puede subvertir estructuras de dominación biomédica. La tensión entre control institucional y autonomía individual

constituye un hilo conductor que recorre el libro, desde la infancia hasta la ancianidad, mostrando que la salud y la enfermedad no pueden separarse de las relaciones de poder que atraviesan la vida social.

La globalización sanitaria, la expansión de las biotecnologías y la circulación de saberes médicos en contextos transnacionales plantean interrogantes sobre justicia, equidad y derechos humanos. La antropología médica, al combinar etnografía con análisis crítico de políticas, puede desentrañar cómo los discursos biomédicos reproducen inequidades, mientras identifica espacios de innovación, solidaridad y transformación social. La mirada comparativa permite evidenciar que los conceptos de enfermedad, dependencia y vulnerabilidad son culturalmente ubicados, históricamente contruidos y políticamente regulados.

La vejez, la infancia, el género, la psicología y la globalización de la salud evidencian que la vida humana está constantemente mediada por prácticas de regulación, control y cuidado. La antropología médica, mediante la integración de enfoques interpretativos y estructurales, permite comprender la complejidad de estas mediaciones y reconocer que los sujetos no son meros receptores pasivos de intervenciones, sino agentes capaces de resistencia, creatividad y resignificación de sus experiencias.

El futuro de la disciplina requiere una ética comprometida, que reconozca la dignidad de los sujetos y la complejidad de sus experiencias. La integración de perspectivas interseccionales, etnográficas y estructurales, unida a la imaginación sociológica, constituye la brújula epistemológica para abordar fenómenos emergentes y complejos: desde la prolongación de la vida hasta la medicalización de la conducta, desde la globalización sanitaria hasta la posthumanización del cuerpo. Esta síntesis permitirá comprender la salud y la enfermedad en todas sus dimensiones y contribuir a la construcción de sociedades más justas, inclusivas y conscientes de la complejidad de la vida humana.

La antropología médica del siglo XXI se perfila como una disciplina dinámica, crítica y transformadora, capaz de cuestionar los supuestos biomédicos, visibilizar prácticas marginalizadas y proyectar escenarios futuros donde la vida, la salud y el cuidado se entiendan como derechos fundamentales, inseparables de la cultura, la política y la tecnología. La síntesis que proponemos —entre interpretación y estructura, agencia y biopolítica, subjetividad y globalización— abre nuevas perspectivas para un campo que, lejos de agotarse, seguirá ampliando su horizonte de comprensión sobre lo que significa vivir, enfermar, envejecer y resistir en el mundo contemporáneo.

En última instancia, nuestra visión propone que la antropología médica se constituya no solo como una herramienta analítica, sino como un espacio de intervención ética y política. Su propósito es desentrañar los vínculos entre vida, poder, saber y cuidado, revelando cómo los sujetos negocian, resisten y transforman las condiciones de su existencia. Solo así podremos pensar la salud y la enfermedad como procesos en constante interacción, donde lo biológico, lo cultural, lo social y lo tecnológico se entrelazan en un tejido complejo que exige atención crítica, creatividad metodológica y compromiso ético.

La síntesis de perspectivas interpretativas, estructurales, fenomenológicas y comparativas que aquí proponemos constituye una hoja de ruta para el futuro de la disciplina. Al integrar estudios de género, infancia, vejez, globalización, posthumanismo y biopolítica,

podemos comprender que la salud no es un fenómeno estático ni universal, sino un proceso situado, plural y dinámico. Esta comprensión exige no solo rigor metodológico, sino imaginación analítica y valentía intelectual, con el fin de contribuir a sociedades más equitativas, resilientes y conscientes de la riqueza y complejidad de la vida humana.

Con esta visión, cerramos el recorrido de nuestro libro invitando a pensar la antropología médica como una disciplina comprometida, crítica y transformadora, capaz de enfrentar los desafíos contemporáneos y futuros, en constante diálogo con la experiencia vivida de los sujetos, las estructuras sociales, la política global y los avances tecnológicos. Este enfoque no solo amplía nuestro conocimiento de la salud y la enfermedad, sino que también nos proporciona herramientas conceptuales y metodológicas para intervenir éticamente en la construcción de sociedades más justas y humanas, donde vivir, enfermar, envejecer y resistir se reconozcan como dimensiones fundamentales de la existencia.

Baldomero de Maya Sánchez
Universidad de Valladolid

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, Vincanne, Novotny, Thomas E., & Leslie, Hannah. (2008). Global health diplomacy. *Medical Anthropology*, 27(4), 315–323.
- Agamben, Giorgio. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford University Press.
- Ahmad, Jamil. (1998). *Unani Science of Graeco-Arabic Medicine*. Roli Books Pvt Ltd
- Almeida-Filho, Naomar. (2011). *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Aparicio, Alonso J. (2009). *Cultura tradicional de salud y etnomedicina en Mesoamérica*. Trafford Publishing
- Arnau, Juan. (2013). *La medicina india. Según las fuentes del Ayurveda*. Kairós.
- Atwood, Kimbal. C., IV. (2003). Naturopathy: A critical appraisal. *Medscape General Medicine*, 5(4), 39.
- Auyero, Javier & Swistun, Débora. (2009). *Flammable: Environmental suffering in an Argentine shantytown*. Oxford University Press.
- Ayalon, Liat, Chasteen, Alison, Diehl, Manfred, Levy, Becca R., Neupert, Shevaun D., Rothermund, Klaus, Tesch-Römer, Clemens, & Wahl, Hans W. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e49–e52.
- Baars, Jan. (2010). Philosophy of aging, time, and finitude. En Thomas R. Col, Ruth E. Ray & Robert Kastenbaum (eds.), *A Guide to Humanistic Studies in Aging* (pp. 105–121). Johns Hopkins University Press.
- Baars, Jan. (2012). *Aging and the art of living*. Johns Hopkins University Press.
- Baer, Hans A. (2004). *Toward an integrative medicine: Merging alternative therapies with biomedicine*. AltaMira Press.
- Baer, Hans A. (2024). *Building the Critical Anthropology of Climate Change: Towards a Socio-Ecological Revolution*. Routledge.

- Baer, Hans A., Singer, Merrill & Susser, Ida. (2003). *Medical anthropology and the world system: critical Perspectives*. Praeger
- Basaglia, Franco. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Topia.
- Benoist, Jean. (1996). *Soigner au pluriel: Essais sur le pluralisme médical*. Karthala.
- Bernard, C. (1957[1865]). *An introduction to the study of experimental medicine* (H. C. Greene, Trans.). Courier Corporation.
- Biehl, João & Petryna, Adriana. (eds.) (2013). *When people come first: Critical studies in global health*. Princeton University Press.
- Biehl, João (2016). Theorizing global health. *Medicine Anthropology Theory*, 3(2), 127–142.
- Biehl, João. (2003). *Emergent forms of life and the anthropological voice*. Duke University Press.
- Biehl, João. (2005). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. University of California Press.
- Biehl, João. (2007). *Will to live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton University Press.
- Borkman, Thomasina. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. Rutgers University Press.
- Bostrom, Nick. (2005). A history of transhumanist thought. *Journal of Evolution and Technology*, 14(1), 1-25.
- Bourdieu, Pierre. (1998). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Bourgois, Philippe I. (2003). *In search of respect: Selling crack in El Barrio*. Cambridge University Press.
- Braidotti, Rosi. (2013). *The posthuman*. Polity Press.
- Brown, Theodore M., Cueto, Marcos & Fee, Elizabeth. (2006). The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62–72.
- Brown, Wendy. (2015). *Undoing the demos: Neoliberalism’s stealth revolution*. Zone Books.
- Browner, Carole H. (1999). On the medicalization of medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(2), 135-140.
- Bud, Rud. (2007). *Penicillin: Triumph and tragedy*. Oxford University Press
- Bukhari, Shahid H. (2025). *The foundations of Unani Medicine. Principles, diagnosis and treatments*. Cutam Press
- Buñuel, Ana (1992). *La construcción social del cuerpo: prácticas gimnásticas y nuevos modelos culturales*. Editorial de la Universidad Complutense.
- Butler, Judith. (2020). *The Force of Nonviolence: An Ethico-Political Bind*. Verso.
- Butler, Robert. N. (1975). *Why survive? Being old in America*. Harper & Row.

- Bynum, William F. (2008). *The history of medicine: A very short introduction*. Oxford University Press.
- Cabanas, Edgar & Illouz, Eva. (2018). *Manufacturing happy citizens: How the science and industry of happiness control our lives*. Polity Press
- Calasanti, Toni M., & Slevin, Kathleen F. (2001). *Gender, social inequalities, and aging*. Bloomsbury Academic.
- Campos-Navarro, Roberto. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27 (1), 114-122.
- Cant, Sarah & Sharma, Ursula. (2004). *A new medical pluralism: Complementary medicine, doctors, patients and the state*. Routledge.
- Cartwright, Elizabeth, Manderson, Lenore & Hardon, Anita (2016). The anthropocene. In L. Manderson, E. Cartwright & A. Hardon (Eds.), *The Routledge Handbook of Medical Anthropology* (pp. 236–262). Routledge.
- Castro, Arachu & Singer, Merrill (eds.). (2004). *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*. Altamira Press.
- Chakrabarty, Dipesh. (2009). The climate of history: Four theses. *Critical Inquiry*, 35(2), 197–222.
- Charon, Rita. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Ciarlotti, Fabián. (2016). *Ayurveda y sanación holística*. Ediciones Lea.
- Clarke, Adele, Shim, Janet, Mamo, Laura, Fosket, Jennifer R., & Fishman, Jeninifer R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194.
- Cockerham, William C. (2017). *Medical sociology* (14th ed.). Routledge.
- Cohen, Hugo y Natella, Graciela. (2013). La Desmanicomialización: *Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.
- Cohen, Lawrence. (1998). *No aging in India: Alzheimer's, The Bad Family, and Other Modern Things*. University of California Press.
- Comelles, José M. y Martínez-Hernández, Ángel. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Eudema.
- Comelles, Josep M. (1988). *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.
- Comelles, Josep M. y Martínez-Hernández, Ángel. (1997). Paradojas de la antropología médica europea. *Nueva Antropología. Revista De Ciencias Sociales*, 16(52-53), 187-214.

- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.
- Connell, Juan. (2011). *Medical tourism*. CABI.
- Conrad, Peter & Bergey, Meredith R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31–43.
- Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cooper, David. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. Tavistock.
- Crenshaw, Kimberle. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.
- Crutzen, Paul J. (2002). Geology of mankind. *Nature*, 415(6867), 23.
- Crutzen, Paul J., & Stoermer, Eugene F. (2000). The “Anthropocene”. *Global Change Newsletter*, 41, 17–18.
- Csordas, Thomas J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5–47.
- Csordas, Thomas J. (1995). *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press.
- Cueto, Marcos, Brown, Theodore M. & Fee, Elizabeth. (2019). *The World Health Organization: A history*. Cambridge University Press.
- D’Oliveira, Ana F. P. L., Diniz, Simone G., & Schraiber, Lilia B. (2002). Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681–1685.
- Dannefer, Dale. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.
- Davis-Floyd, Robbie. (1992). *Birth as an American rite of passage*. University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1), S5–S23.
- Dawkins, Richard. (1976). *The selfish gene*. Oxford University Press.
- De Maya, Baldomero y Hernández, José M. (2024). *Medicina folk. Ensalmos y simbolismos en el mundo rural de Cehegín*. Editum.
- De Maya, Sánchez y Hernández, José M. (2018). *Historia del cuidado: enfermeras/os, practicantes y matronas*. Círculo Rojo.
- Dear, Peter. (2008). *The intelligibility of nature: How science makes sense of the world*. University of Chicago Press.

- Debert, Guita G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Del Valle, Teresa. (1997). *Andamios para una nueva ciudad: Lecturas desde la antropología*. Madrid: Cátedra.
- Del Valle, Teresa. (2012). Procesos de la memoria: cronotopos genéricos. *Áreas. Revista Internacional De Ciencias Sociales*, (19), 211–225.
- Douglas, Mary. (1966). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge.
- Douglas, Mary. (1970). *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Pantheon Books.
- Durkheim, Émile. (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Félix Alcan.
- Edde, Gérard. (1987). *La medicina ayurvédica*. Editorial Ibis.
- Ehni, Hans-Joerg. y Wahl, Hans-Werner. (2020). Seis propuestas contra el edadismo en la pandemia de COVID-19. *Journal of Aging & Social Policy*, 32, 515–525.
- Ehrenreich, Barbara & English, Deirdre. (1978). *For her own good: Two centuries of the experts' advice to women*. Anchor Books.
- Ehrenreich, Barbara. (2010). *Smile or die: How positive thinking fooled America and the world*. Granta Books.
- Ernst, Edzard. (2002). A systematic review of systematic reviews of homeopathy. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 54(6), 577–582.
- Escobar, Arturo. (2010). *Territorios de diferencia: Lugar, movimientos, vida, redes*. En-vión.
- Espósito, Roberto. (2013). *Bíos: Biopolítica y filosofía*. Amorrortu.
- Esteban, Mari Luz, Comelles Josep M y Díez, Carmen. (2000). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- Esteban, Mari Luz. (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9–20.
- Estes, Carroll L., Biggs, Simon & Phillipson, Chris. (2003). *Social theory, social policy and ageing: A critical introduction*. Open University Press.
- Estes, Carroll L. (2001). *Social policy and aging: A critical perspective*. Sage.
- Estivill, Eduard. (1999). *Duérmete, niño*. Plaza y Janés.
- Fabrega, Horacio. (1974). *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. The MIT Press.
- Fabrega, Horacio. (1980). The idea of medicalization: An anthropological perspective. *Perspectives in Biology and Medicine*, 24(1), 129–142.
- Fairhead, James, Leach, Melissa & Scoones, Ian. (2012). Green grabbing: A new appropriation of nature? *Journal of Peasant Studies*, 39(2), 237–261.

- Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities: The modern plagues*. University of California Press.
- Farmer, Paul. (2004). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Fassin, Didier. (2000). Les politiques de la vie: Anthropologie de la santé et de la maladie. *Annual Review of Anthropology*, 29, 331–356.
- Fassin, Didier. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5), 44–60.
- Fassin, Didier. (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press.
- Featherstone, Mike & Hepworth, Mike. (1991). The mask of ageing and the postmodern life course. En M. Featherstone, M. Hepworth & B. Turner (Eds.), *The body: Social process and cultural theory* (pp. 371–389). Sage.
- Fernández-Juárez, Gerardo (cord.). (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. Universidad de Castilla la Mancha.
- Fine, Michael & Glendinning, Caroline (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of ‘care’ and ‘dependency.’ *Ageing and Society*, 25(4), 601–621.
- Forster, Timon, Kentikelenis, Alexander E., Stubbs, Thomas H., King, Lawrence & P. King. (2020). Globalization and health equity: the impact of structural adjustment programs on developing countries. *Social Science & Medicine*, 267(112496).
- Foster, George M., & Anderson, Barbara. (1978). *Medical anthropology*. John Wiley & Sons.
- Foucault, Michel (1979b). *Naissance de la biopolitique*. Gallimard.
- Foucault, Michel. ((2001[1963])). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI
- Foucault, Michel. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon.
- Foucault, Michel. (1975). *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (1979a). *Microfísica del poder*. La Piqueta.
- Foucault, Michel. (1992[1971]). *Nietzsche, la genealogía, la historia* (2.^a ed.). Pre-Textos.
- Foucault, Michel. (2003[1976]). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Frances, Allen. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. Mariner Books.
- Fraser, Nancy. (2022). *Cannibal capitalism: How our system is devouring democracy, care, and the planet—and what we can do about it*. Verso.
- Frazer, James G. (1996[1890]). *The golden bough: A study in magic and religion* (Abridged ed.). Oxford University Press.

- Freedman, Lynn P. & Kruk, Margaret E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948):e42-4.
- French, Roger K. (1994). *William Harvey's natural philosophy*. Cambridge University Press.
- Frenk, Julio & Moon, Suerie. (2013). Governance challenges in global health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936–942.
- Freyermuth, Graciela y Sesia, Paola. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*, 20, 9-2
- Fukuyama, Francis. (2002). *Our posthuman future: Consequences of the biotechnology revolution*. Farrar, Straus and Giroux.
- Garrido, María J. (2017). *Emopeditría: infancia, biología y cultura*. Ob Stare.
- Gaudillière, Jean-Paul & Löwy, Ilana. (Eds.). (2017). *The invisible industrialist: Manufactures and the production of scientific knowledge*. Palgrave MacMillan.
- Geertz, Clifford. (2005[1973]). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Gilleard, Chris & Higgs, Paul. (2013). *Ageing, corporeality and embodiment*. Anthem Press.
- Ginsburg, Faye D. & Rapp, Rayna. (Eds.). (1995). *Conceiving the new world order: The global politics of reproduction*. University of California Press.
- Ginsburg, Geoffrey S., & Willard, Huntington F. (2009). Genomic and personalized medicine: Foundations and applications. *Translational Research*, 154(6), 277–287.
- Goffman, Erving. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books
- Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- González, Carlos. (2007). *Bésame mucho: Cómo criar a tus hijos con amor*. Temas de Hoy.
- Good, Byron J. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Greifeld, Katarina. (2004). Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología*, 18(35), 361–375
- Gullette, Margaret M. (2003). *Aged by culture*. University of Chicago Press.
- Habermas, Jürgen. (2012). *El futuro de la naturaleza humana: ¿Hacia una eugenesia liberal?* Paidós.
- Hall, Edward T. (1990). *The hidden dimension*. Knopf Doubleday Publishing Group
- Haraway, Donna. (1991). *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*. Routledge.
- Haraway, Donna. (2000[1985]). *Manifiesto Cíborg*. Kaótica Libros.

- Haraway, Donna. (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.
- Healy, Davkd. (2004). *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York University Press.
- Helman, Cecil. (2007). *Culture, health and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
- Hernández, José M, y Echevarría, Paloma. (2015). El nacimiento hospitalario e intervencionista: un rito de paso hacia la maternidad. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 10 (3),401-426.
- Hernández, José M. (2009). *La deshumanización de la maternidad. Eva expulsada del paraíso*. Diego Marín.
- Hernández, José M. (2017). *El parto biotecnológico: Análisis antropológicos de los rituales mayéuticos de la era posthumanista*. Editorial Círculo Rojo.
- Hernández, José M. y De-Maya, Baldomero. (2019). Culturas cosmopolitas del parto. Contrastando sus bases antropológicas desde la perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 25(2), 225-234.
- Hernández, José M. y Maya, Baldomero. (2020). Antropología de la locura. De los paradigmas de exclusión e inclusión al rearme neokraepeliniano. *Mana*, 26 (2), 1-30.
- Hernández, José M., De Maya, Badomero, García, Francisco J. y Gomariz, María J. (2016). Los usos posthumanistas de la biotecnología. De la manipulación genética al cyborg, *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, 7, 213-228.
- Hernández, José M., y Echevarría, Paloma. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. *Revista Internacional De Sociología*, 74(1).
- Hinchliffe Steve. (2015). More than one world, more than one health: re-configuring interspecies health. *Social science & medicine* (1982), 129, 28–35.
- Hinchliffe, Steve. (2007). *Geographies of nature: Societies, environments, ecologies*. Sage.
- Hochschild, Arlie R. (2000). Global care chains and emotional surplus value. In W. Hutton & A. Giddens (Eds.), *On the edge: Living with global capitalism* (pp. 130–146). Jonathan Cape.
- Hollenberg, Daniel & Muzzin, Linda. (2010). Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary/alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review*, 19(1), 34–56.
- Horton, Richard. (2023). Offline: The case for global health. *The Lancet*, 401(10389):1639.
- Horwitz, Allan V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Horwitz, Allan V., & Wakefield, Jerome C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Howell, Britteny M., & Harrod, Ryan P. (Eds.). (2023). *Anthropological Perspectives on Aging*. University Press of Florida.

- Hsu, Elisabeth. (2008). *The transmission of Chinese medicine*. Cambridge University Press.
- Huarcaya-Victoria, Jeff. (2017). Síndromes culturales: Aportes de la psiquiatría peruana a la antropología médica. *Revista Peruana de Psiquiatría*, 7(1), 18–28.
- Hubble, Nick & Tew, Philip. (2013). *Ageing, narrative and identity: New qualitative social research*. Palgrave Macmillan.
- Huxley, Julian. (1957). *New Bottles for new win*. Chatto & Windus.
- Illich, Ivan. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral.
- Illouz, Eva. (2008). *Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. University of California Press.
- Iriart, Celia, Waitzkin, Howard, Breilh, Jaime, Estrada, Alfredo y Merhy Emerson E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2): 128-136.
- Iversen, Thomas N., Larsen, Lars, & Solem, Por E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22.
- Janes, Craig R. & Corbett, Kitty K. (2009). Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology*, 38, 167-183.
- Jaramillo, Juan F. (2015). *Fundamentos de la medicina tradicional china*. eLibros Editorial.
- Jenkins, Janis H. (2010). *Pharmaceutical self: The global shaping of experience in an age of psychopharmacology*. SAR Press.
- Jordan, Brigitte. (1978). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press.
- Juengst, Eric T., McGowan, Michelle L., Fishman, Jennifer R., & Settersten, Richard A. (2016). From “personalized” to “precision” medicine: The ethical and social implications of rhetorical reform in genomic medicine. *Hastings Center Report*, 46(5), 21–33.
- Kaptschuk, Ted J. (2000). *The web that has no weaver: Understanding Chinese medicine*. McGraw-Hill.
- Katz, Stephen & Calasanti, Toni. (2015). Critical perspectives on successful aging: Does it “appeal more than it illuminates”? *The Gerontologist*, 55(1), 26–33.
- Katz, Stephen. (1996). *Disciplining old age: The formation of gerontological knowledge*. University of Virginia Press.
- Kaufman, Sharon R. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. University of Wisconsin Press.
- Kaufman, Sharon R. (2005). *...And a time to die: How American hospitals shape the end of life*. Scribner.
- Kawachi, Ichirō & Wamala, Sarah P. (2007). *Globalization and health*. Oxford University Press.

- Kemp, Martin. (2010). Style and medicine: Vesalius, Renaissance illustration and the perception of the body. In W. F. Bynum & R. Porter (Eds.), *Companion encyclopedia of the history of medicine* (pp. 90–110). Routledge.
- Kimmelman, Jonathan. (2010). *Gene transfer and the ethics of first-in-human research: Lost in translation*. Cambridge University Press.
- Kirmayer, Laurence J. (2006). Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144.
- Kleinman, Arthur. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Kleinman, Arthur. (1988a). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kleinman, Arthur. (1988b). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Free Press.
- Kleinman, Arthur. (1995). *Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press.
- Kleinman, Arthur. (2007). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford University Press.
- La Mettrie, Julien O. (1748). *L’Homme machine*. Leyde.
- Laing, Ronald D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Penguin Books.
- Lamarque, Muriel & Moro Gutiérrez, Lourdes. (2020). Therapeutic Itineraries and Processes of Illness Care in Latin American Migrants: Conflicts, Negotiations, and Adaptations. *Revista Mexicana de Investigación en Salud*, v.1(1), artículo 1796.
- Lamb, Sarah. (2022). *Being single in India: Stories of gender, exclusion, and possibility*. University of California Press.
- Langdon, Esther J. (2018). Salud indígena en Brasil: Pluralismo médico y autoatención. *Desatascos*, 58, 8–15.
- Langdon, Esther J., y Garnelo, Luiza. (2017). Articulación entre servicios de salud y pueblos indígenas: reflexiones antropológicas sobre políticas públicas en Brasil. *Salud colectiva*, 13(3).
- Langwick, Stacey A. (2011). *Bodies, politics, and African healing: The matter of maladies in Tanzania*. Indiana University Press.
- Laplantine, François. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Ediciones del Sol.
- Lassiter, Luke E. (2005). *The Chicago guide to collaborative ethnography*. University of Chicago Press.
- Latour, Bruno. (1993). *The Pasteurization of France*. Harvard University Press.

- Latour, Bruno. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press.
- Lemke, Thomas. (2011). *Biopolitics: An advanced introduction*. New York University Press.
- Leslie, Charles M. (1976). *Asian medical systems: A comparative study*. University of California Press.
- Leslie, Charles M. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine*. Part B: *Medical Anthropology*, 14(4), 191-195.
- Lock, Margaret & Kaufert, Patricia A. (Eds.). (1998). *Pragmatic women and body politics*. Cambridge University Press.
- Lock, Margaret & Kaufert, Patricia. (2001). Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology*, 13(4), 494-504.
- Lock, Margaret M. & Scheper-Hughes, Nancy. (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. In C. F. Sargent & T. M. Johnson (Eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and method* (pp. 41-70). Praeger Publishers.
- Lock, Margaret M. (1993). *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*. University of California Press.
- Lock, Margaret., & Nguyen, Vinh-Kim. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Lorey, Isabell. (2015). *State of insecurity: Government of the precarious*. Verso.
- Lupton, Deborah. (2016). *The Quantified Self: A Sociology of Self-Tracking*. Polity Press.
- Lyon, David. (2001). *Surveillance society: Monitoring everyday life*. Open University Press.
- Malm, Andreas & Hornborg, Alf. (2014). The geology of mankind? A critique of the Anthropocene narrative. *The Anthropocene Review*, 1(1), 62-69.
- Maquieira, Virginia y del Valle, Teresa (coord.). (2006). *Mujeres, globalización y derechos humanos*. Madrid: Cátedra.
- Marcel, Gabriel. (1954). *The mystery of being*. St. Augustine's Press.
- Marcus, George E. (1995). Ethnography in/of the world system: The emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95-117.
- Martin, Emily. (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- Martínez-Alier, Joan. (2002). *The environmentalism of the poor: A study of ecological conflicts and valuation*. Edward Elgar.
- Martínez-Hernández, Ángel, Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M. (2015). Genealogía de la Antropología Médica en España. *Disparidades. Revista de Antropología*, 70(1), 205-233.

- Massey, Douglas S. (2003). *Patterns and processes of international migration in the 21st century*. World Bank.
- Mayer, Jonathan D. (1996). The political ecology of disease as one new focus for medical geography. *Progress in Human Geography*, 20(4), 441–456.
- Mayes, Rick & Horwitz, Allan V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267.
- Mbembe, Archille. (2003). Necropolitics. *Public Culture*, 15(1), 11–40.
- Mbembe, Archille. (2019). *Necropolitics*. Duke University Press.
- Mead, Margaret. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. William Morrow.
- Mechanic, David. (1968). *Medical sociology: A selective view*. Free Press.
- Menéndez, Eduardo L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11–28.
- Menéndez, Eduardo L. (1985). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 09–32.
- Menéndez, Eduardo L. (1990). *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS.
- Menéndez, Eduardo L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–84.
- Menéndez, Eduardo L. (1996). *Salud y sociedad en América Latina: El sistema médico hegemónico*. Ediciones Nueva Visión.
- Menéndez, Eduardo L. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura medicatrix*, 51.
- Menéndez, Eduardo L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207.
- Menéndez, Eduardo L. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología* 28(3): 3.
- Menéndez, Eduardo L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990–2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14, 461–481.
- Menéndez, Eduardo L. (1997). Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología*, 15(51), 83–103.
- Meneu, Ricard. (2018). La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la “medicamentización”. *Farmacia Hospitalaria*, 42(4), 174–179.
- Mills, C. Wright (1959). *The sociological imagination*. Oxford University Press.
- Minsky, Marvin. (1986). *La sociedad de la mente, la inteligencia humana a la luz de la inteligencia artificial*. Ediciones Galápagos.
- Montes, María J. (2007). *Las culturas del nacimiento: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* (Tesis doctoral). Universitat Rovira i Virgili.

- Moore, Jasib W. (2016). *Anthropocene or Capitalocene? Nature, history, and the crisis of capitalism*. PM Press.
- Moravec, Hans. (1988). *Mind children: The future of robot and human intelligence*. Harvard University Press.
- Moro, Marie R. (1994). *Parents en exil: Psychopathologie et migrations*. Presses Universitaires de France.
- Moulaert, Thibault y Biggs, Simon. (2012). International and European policy on work and retirement: Reinventing critical perspectives on active ageing and mature subjectivity. *Human Relations*, 66 (1), 23-43.
- Myerhoff, Barbara. (1980). *Number our days: A triumph of continuity and culture among Jewish old people in an urban ghetto*. Touchstone.
- Nash, Eugenio B. (1989). *Fundamentos de la terapia homeopática*. El ateneo.
- Nasr, Seyyed H. (1976). *Science and civilization in Islam*. Harvard University Press.
- Nathan, Tobie. (1993). *La folie des autres: Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Dunod.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2008). *NCCAM Special Report: What is CAM?* U.S. Department of Health & Human Services.
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2020). *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* U.S. Department of Health & Human Services.
- Navarro, Vicente. (2007). *Neoliberalism, globalization and inequalities: Consequences for health and quality of life*. Baywood Publishing Company.
- Nguyen, Vinh-Kim. (2010). *The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Duke University Press.
- Nichter, Mark (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, 20, 109-132.
- Nixon, Rob. (2011). *Slow violence and the environmentalism of the poor*. Harvard University Press.
- Orringer, Nelson R. (2008). La antropología médica de Pedro Laín Entralgo: Historia y teoría. *Ars Medica. Revista de Humanidades*, 2, 190-205.
- Packard, Randall M. (2016). *A history of global health: Interventions into the lives of other peoples*. Johns Hopkins University Press.
- Palacios, José. (2019). Cartografías postestructurales entre las prácticas alternativas en salud y las nuevas espiritualidades. *Disparidades. Revista De Antropología*, 74(1).
- Parreñas, Rhacel S. (2001). *Servants of globalization: Women, migration, and domestic work*. Stanford University Press.
- Perdiguerro, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.). (2000). *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra.

- Perdiguero, Enrique y Uribe, José María. (2015). *Antropología médica en la Europa meridional: 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Perdiguero, Enrique. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 140-145.
- Petchesky, Rosalind. (2003). *Global prescriptions: Gendering health and human rights*. Zed Books.
- Petryna, Adriana. (2009). *When experiments travel: Clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton University Press.
- Pfeiffer, James & Nichter, Mark. (2008). What can critical medical anthropology contribute to global health? *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 410–415.
- Pfeiffer, James. (2003). International NGOs and primary health care in Mozambique: The need for a new model of collaboration. *Social Science & Medicine*, 56(4), 725-38.
- Pierre-Joseph, Laurent. (1999). *La construction sociale des maladies: Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Presses Universitaires de France.
- Pizza, Giovanni. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea: Hegemonía, capacidad de actuar (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15–32.
- Pizzini, Franca. (1999). *Corpo medico e corpo femminile: parto, riproduzione artificiale, menopausa*. Franco Angeli.
- Plaza del Pino, Fernando J., Chraibi, Ghita, Molina-Gallego, Brigita, Humanes-García, María, Sánchez-Ojeda, María A., & Ugarte-Gurrutxaga, María I. (2024). Access to the Health Care System of Undocumented Moroccan Migrant Slum Dwellers in Southern Spain: A Qualitative Study. *Nursing Reports*, 14(1), 494-505.
- Porter, Roy. (1997). *The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity*. Harper Collins.
- Puleo, Alicia H. (2011). *Ecofeminismo para otro mundo posible*. Cátedra.
- Puleo, Alicia H. (2019). *Claves ecofeministas para rebeldes que aman a la Tierra y a los animales*. Plaza y Valdés.
- Rabinow, Paul. (1996). *Essays on the anthropology of reason*. Princeton University Press.
- Rivers, William H. (1927). *Medicine, Magic and Religion*. Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.
- Robbins, Paul. (2012). *Political Ecology: A Critical Introduction* (2nd ed). John Wiley & Sons, Ltd.
- Rose, Nikolas & Novas, Carlos (2004). Biological citizenship. In A. Ong & S. J. Collier (Eds.), *Global assemblages: Technology, politics, and ethics as anthropological problems* (pp. 439–463). Blackwell.
- Rose, Nikolas. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self* (2nd ed.). Free Association Books.

- Rose, Nikolas. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- Rosen, George. (1993). *A history of public health*. Johns Hopkins University Press.
- Rozanova, Julia. (2010). Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24(4), 213–222.
- Rubin, Olivier. (2019). The glocalization of antimicrobial stewardship. *Globalization and Health*, 15(54).
- Sadler, Michelle, Santos, Mário J., Ruiz-Berdún, Dolores, Rojas, Gonzalo L., Skoko, Elena, Gillen, Patricia & Clausen, Jette A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55.
- Santos, Boabentura. de Sousa. (2014). *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Paradigm Publishers
- Saraceni, Guido (2005). Cyborg, post-umanesimo e biometria, *L' Arco di Giano*, 45, 75-92.
- Saraceni, Guido. (2007). El cuerpo del delito. Reflexiones jurídico-filosóficas sobre el posthumanismo. En J. Ballesteros y E. Fernández (Coords.), *Biotecnología y posthumanismo* (pp. 139–152). Editorial Aranzadi.
- Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41.
- Scheper-Hughes, Nancy. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press.
- Scheper-Hughes, Nancy. (2001). Commodity fetishism in organs trafficking. *Body & Society*, 7(2–3), 1–26.
- Sen, Gita, Germain, Adrienne & Chen, Lincoln C. (Eds.). (1994). *Population policies reconsidered: Health, empowerment, and rights*. Harvard University Press.
- Shiva, Vandana. (1988). *Staying alive: Women, ecology and development*. Zed Books.
- Simmons, Leo W. (1945). *The role of age in primitive society*. Department of Sociology, Yale University.
- Simons, Ronald C., & Hughes, Charles C. (1985). *The culture-bound syndromes: Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Reidel.
- Singer, Merrill & Baer, Hans A. (1995). *Critical medical anthropology*. Routledge
- Singer, Merrill & Baer, Hans A. (2018). *Introducing medical anthropology: A discipline in action* (3rd ed.). Rowman & Littlefield.
- Singer, Merrill. (1990). Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment. *Social Science & Medicine*, 30(2), 179–187.
- Singer, Merrill. (1995). Beyond the ivory tower: Critical praxis in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(1), 80–106.

- Singer, Merrill. (2009). *Introduction to syndemics: A critical systems approach to public and community health*. Jossey-Bass.
- Singer, Merrill. (2016). *Anthropology of infectious disease*. Routledge.
- Singer, Peter. (1996). *Rethinking life and death*. St. Martin's Griffin.
- Singh, Ilina. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 957–964.
- Sloterdijk, Peter. (2012). *Has de cambiar tu vida: Sobre antropológica*. Pre-Textos.
- Small, Meredith F. (1998). *Our babies, ourselves: How biology and culture shape the way we parent*. Anchor Books.
- Sokolovsky, Jay. (2020). *The cultural context of aging: worldwide Perspectives*. Praeger
- Solar, Oscar & Irwin, Alexander. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. WHO.
- Spencer, Paul. (1965). *The Samburu: A study of gerontocracy*. Routledge and Kegan Paul.
- Spencer, Paul. (1988[1932]). *The Maasai of Matapato: A study of rituals of rebellion*. Indiana University Press.
- Starr, Paul. (1982). *The social transformation of American medicine*. Basic Books.
- Stolcke, Verena. (2004). La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Estudios Feministas*, 12(2), 77–105.
- Summerfield, Derek. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ*, 336(7651), 992–994.
- Tarazona, Francisco J., de la Cámara Juan M, Vidán María T. y García, José A. (2021). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 56(1), 47-53
- Temper, Leach, Del Bene, Daniela & Martínez-Alier, Joan. (2015). Mapping the frontiers and front lines of global environmental justice: The EJAtlas. *Journal of Political Ecology*, 22(1), 255–278.
- Thelen, Tatjana. (2015). Care as social organization: Creating, maintaining and dissolving significant relations. *Anthropological Theory*, 15(4), 497–515.
- Topol, Eric. (2016). *The patient will see you now: The future of medicine is in your hands*. Basic Books.
- Trawick, Margaret E. (1983). Death and nurturance in Indian systems of healing. *Social Science & Medicine*, 17(14), 935–945.
- Tronto, Joan C. (2006). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge.
- Tronto, Joan C. (2013). *Caring democracy: Markets, equality, and justice*. New York University Press.

- Turner, Bryan S. (1996). *The body and society: Explorations in social theory* (2ª ed.). Sage.
- Twigg, Julia. (2004). The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 59–73.
- van der Geest, Sjaak. (2002). Respect and reciprocity: Care of elderly people in rural Ghana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17(1), 3–31.
- Vincent, Jhon A. (2006). Ageing contested: Anti-ageing science and the cultural construction of old age. *Sociology*, 40(4), 681–698.
- Viola, Francesco. (2007). La defensa de la persona humana en la era tecnológica. En J. Ballesteros y E. Fernández (Coords.), *Biotechnología y posthumanismo* (pp. 47–62). Editorial Aranzadi.
- Virchow, Rudolf. (2006[1848]). *Informe sobre la epidemia de tifus en Alta Silesia*. Editorial Complutense.
- Watters, Ethan. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Free Press.
- Watts, Nick et al. (2018). The 2018 report of The Lancet Countdown on health and climate change: Shaping the health of nations for centuries to come. *The Lancet*, 392(10163), 2479–2514.
- Whiting, John & Whiting, Beatrice. (1975). *Children of six cultures: A psychocultural analysis*. Harvard University Press.
- Whitmee et al. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, *The Lancet*, 386(10007), 1973–2028.
- Whorton, James C. (2002). *Nature cures: The history of alternative medicine in America*. Oxford University Press.
- Wiener, Norbert. (1948). *Cybernetics: Or control and communication in the animal and the machine*. Hermann & Cie & Camb. Mass.
- Wilson, Edward. O. (1998). *Consilience: The unity of knowledge*. Knopf.
- World Health Organization (WHO). (2000). *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Traditional medicine strategy 2002–2005*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014–2023*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization.
- Worthman, Carol M. (1995). *Ethnopediatrics: An outline* [Acta de taller]. Departamento de Antropología y Laboratorio de Biología Humana Comparada, Universidad de Emory.

- Young, Allan. (1981). When rational men fall sick: An inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 317–335.
- Young, Allan. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.
- Ytterbrink, Klas, Olsson, Jan E. & Bertinson, Bo C. (2022). Diagnosis and treatment of vulnerable migrants: a retrospective study at a Doctors of the World clinic in Stockholm. *BMC Health Services Research*, 22(212).
- Zelizer, Viviana A. (2005). *The purchase of intimacy*. Princeton University Press.
- Zhou, Peng et al. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270–273.
- Zolla, Carlos. (1983). *La Medicina invisible: introducción al estudio de la medicina tradicional de México*. Folios Ediciones.
- Zuboff, Shoshana. (2019). *The age of surveillance capitalism: the fight for a human future at the new frontier of power*. PublicAffairs.

