
LA CONSTRUCCION DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD¹

Marie Jose Devillard

Universidad Complutense de Madrid

RESUMEN. En el siguiente artículo se plantean los límites de la oposición entre lo biológico y lo social. Puede resultar clarificador, para un indispensable diálogo con la medicina, precisar las distintas dimensiones socioculturales que contribuyen a (e interfieren en) la construcción de la salud y de la enfermedad, en el campo social integrado por profesionales, profanos, médicos-enfermos y profanos-enfermos. Al destacar los múltiples significados con los que se percibe lo orgánico, así como las relaciones con los sistemas médicos, el enfoque antropológico permite restituir la complejidad inherente al tema.

Mediante el uso respectivo de los calificativos «mágico-religioso» y «científico» ha sido habitual oponer la dimensión *social* de la enfermedad en las sociedades llamadas «primitivas» o «tradicionales» con la dimensión *biológica* erigida en núcleo unívoco de atención por la medicina empírica². Me

¹ Este trabajo fue expuesto en la IV Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (mayo 1989), bajo el título *Las dimensiones de lo social en la construcción de la salud y de la enfermedad*.

² Resulta arduo encontrar un término diferenciador que no conlleve connotaciones erróneas, cuando no despectivas. Por insatisfactorio que resulte, utilizaré en la presente comunicación los términos más comúnmente empleados. Por lo tanto, distinguiré la medicina «científica» y el sistema «biomédico» de la medicina «popular» (al igual que F. Loux lo hace, en el sentido en el que está producida por el *pueblo*) y del sistema «sociomédico», respectivamente. En cualquier caso, y pese a la simplificación que implica el uso de un único término en ambos casos, ello no significa que los campos así cubiertos se presenten como unificados y homogéneos. Véase Laplantine (1986: 15).

atrevería a afirmar que es porque la antropología social se asimila a menudo con el estudio de *otras* sociedades (por lo tanto, de procesos de construcción de la salud y la enfermedad distintos del biomédico) por lo que se admite que los profesionales de esta disciplina incidan en un campo donde, de no ser así, parece que el antropólogo poco puede aportar. «*La enfermedad, la salud, la muerte* —constata Herzlich (1984: 189)— *constituyen objetos cuyo carácter "natural", "físico", "objetivo" es particularmente fuerte. En primer análisis, parece escapar de lo social: (...) [su] evidencia "física" (...) no se puede eludir y parece agotar su realidad.*» Pese a esta evidencia cabe preguntarse si la oposición entre la dimensión *biológica* y la dimensión *social* es oportuna para distinguir entre sí los diferentes modelos de construcción de la salud y la enfermedad.

Pero, ante todo, creo importante recordar que nuestro discurso, tanto médico como a menudo antropológico, juega ya de hecho con asociaciones de ideas y *aprioris* más o menos explícitos, que adquieren carta de naturaleza a través de los usos terminológicos, haciéndose así más difícil el replanteamiento de la cuestión. Ello resulta más claro recordando los polos dicotómicos alrededor de los cuales se articulan a menudo los campos cubiertos por la medicina biomédica y la medicina popular:

biológico	≠	social
natural	≠	cultural
empírico	≠	ideológico-simbólico
racional	≠	irracional
científico	≠	mágico-religioso
objetivo	≠	subjetivo
verdadero	≠	falso

Como se puede observar, una lectura horizontal del cuadro opone término a término las características supuestas de ambos campos; paralela e inseparablemente, una lectura vertical asocia entre sí, mediante deslizamientos sucesivos y aparentemente inexorables, una serie de asociaciones de ideas que, de buenas a primeras, difícilmente se puede explicar, de no ser por los lazos simbólicos que tejemos entre unas y otras características. La cuestión de definir hasta qué punto estas dicotomías dan cuenta de la realidad se convierte, pues, en una necesidad tanto metodológica como epistemológica. Esta revisión de las categorías se impone tanto más en cuanto que estos pares dicotómicos y asociaciones de ideas soslayan una determinada práctica y concepción del acto terapéutico, todavía vigente:

el conocimiento	≠	la ignorancia
la actividad	≠	la pasividad
el poder	≠	la desposesión/sumisión

Es de constatar que, en el origen, la distinción entre lo social y lo biológico deriva del proceso de segmentación de la realidad social por la ciencia y la creciente especialización de sus diferentes disciplinas, lo que dio lugar al aislamiento de lo fisiobiológico por la medicina. En el terreno ya de la antropología social, ello ha llevado a un desdoblamiento del problema que, de no ser por esta circunstancia, muy probablemente no tenía por qué haberse producido. Dando por supuesto la dimensión fundamentalmente biológica de la medicina científica, antropólogos como Ackerknecht, Foster, etc., procuraron averiguar si dicha oposición permite establecer una diferencia *cualitativa* entre el sistema biomédico y los sistemas médicos populares y/o entre estos últimos³. Sólo en fechas más recientes, se ha ido replanteando la premisa sobre la cual estaban basados estos discursos, analizando las dimensiones sociales de la construcción de la salud y de la enfermedad en el sistema biomédico mismo. Mi comunicación se inscribe en este último marco.

Una primera aproximación nos llevaría, indudablemente, a recordar el nexo entre la ciencia médica y la cultura⁴ así como el hecho de que aquélla sea el *producto social* de las circunstancias históricas de diversa índole (social, económica, política y científica) que han impulsado su desarrollo. Aunque no sea mi intención detenerme sobre esta cuestión, es conveniente tener presente que constituye el trasfondo sobre el cual se desarrolla todo lo demás. Asimismo, presumo que un gran consenso existe entre nosotros sobre el hecho de que la medicina ha ido desempeñando, mediante el sistema sanitario, un papel cualitativo indudable en la organización social y en la formación y cambio del sistema de ideas y de representaciones. Se puede

³ La distinción de Foster (1976) entre los sistemas «personales» y los sistemas «naturales» no recubre exactamente la distinción entre «medicina primitiva» y «medicina científica», ya que se trata de distinguir entre sí distintos tipos de sistemas etiológicos *no-occidentales*. No obstante, parte de unos presupuestos que no se alejan mucho de los que rigen dicha primera oposición. Su vocación es doble: de un lado, permiten mostrar que se dan otros principios de construcción médica que la «mágica-religiosa» en las sociedades tradicionales; además, al hablar de sistemas «naturales», permite romper una lanza a favor de una *aproximación* entre éstos y los sistemas «científicos», corrientemente considerados como más «racionales». Más recientemente, Augé defendió la hipótesis de que no hay nada que distinga fundamentalmente los distintos sistemas: «una misma lógica intelectual rige la puesta en orden biológica y la puesta en orden social», o, dicho de otro modo, «que hay una sola rejilla de interpretación que se aplica tanto al cuerpo individual como a las instituciones sociales» (1984: 36).

⁴ Las relaciones entre la cultura y la medicina fueron pronto puestas de relieve por los historiadores. Valga como testimonio esta cita de Sigerist sacada de su *Introduction a la médecine* (1932): «La medicina es una de las cosas más estrechamente vinculadas con el conjunto de la cultura, puesto que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por transformaciones en las ideas de la época», cit. por Canguilhem (1971: 73). Un antropólogo, François Laplantine, formula así la cuestión: «Sería erróneo pensar que la medicina que calificamos de científica ha conseguido imponerse poniéndose en el lugar de otra medicina. Sus condiciones de anclaje y, por consiguiente, de éxito pueden encontrar una explicación únicamente tomando en cuenta el hecho de que ha encontrado un terreno social (religioso en particular) favorable para su eclosión». (1986: 47). Un paso hacia ello ha sido ya iniciado por Foucault (1963) con su análisis de las condiciones sociales y políticas que permitieron el desarrollo del análisis clínico.

constatar, además, que este papel no ha sido constante, sino que se ha ido desarrollando en una doble dirección de lenta y creciente «desposesión»⁵ del profano de su capacidad de construir la enfermedad, y de paulatina tendencia a ampliar cada vez más el dominio de competencia de la biomedicina: «sin abandonar, obviamente, el terreno de la enfermedad —en palabras del antropólogo italiano Paolo Bartoli (1984)—, la medicina, sobre todo a través de la higiene, conquista o construye el terreno de la salud y es justamente sobre éste donde consolida definitivamente su propia vocación de reglamentar todos los aspectos de la vida cotidiana», introduciéndose en el terreno de una gama cada vez más amplia de hábitos (alimenticios, sexuales, natalidad, trabajo, etc.) Todo ello hace más perentorio aún, como Loux apuntó (1983: 289) al reflexionar sobre las relaciones entre medicina «científica» y medicina «popular», que nos interroguemos sobre las relaciones entre el *saber* y el *poder*. En cualquier caso, pese a la implacabilidad del pensamiento dicotómico que —ya lo hemos señalado— asocia de forma aparentemente ineludible el poder con el conocimiento, todos somos conscientes de que la posición de poder que se deriva de aquél está fundamentado tanto en dicho conocimiento como en las *condiciones sociales* de clase que permiten adquirirlo.

Sin embargo, una cuestión es reconocer el carácter *cultural, social e histórico* de la ciencia médica, así como su *compromiso* social, y otra distinta la de admitir que su *objeto* mismo tiene dimensiones sociales ineludibles. Pese a que, como lo observaron Revel y Peter, «es tarea del historiador, y quizá su privilegio, el poder tomar cualquier archivo como el producto de una operación» y que «a este respecto, precisamente, se desmarca de las evidencias médicas para interrogarse sobre lo que hace posible la constitución de un discurso o de una cadena de discursos sobre el cuerpo» (1974: 177), en esta otra dimensión de lo social sea tal vez donde más claramente se separan los enfoques antropológicos y biomédicos. De aquí que sea el argumento en el que centraré más específicamente mi atención. En lo que sigue haré un rápido repaso del estado de la cuestión, cuyo fin último será apuntar los aspectos que, según mi entender, pueden ser de interés para la historia médica, así como ofrecer alguna síntesis de los principales presupuestos que animan la investigación antropológica en la materia hoy en día.

La dimensión *social* de la construcción de la salud y de la enfermedad abarca varias vertientes que resulta útil confrontar. En efecto, las relaciones entre lo biológico y lo social, así como la importancia que van teniendo cada uno de ellos, se presentan de forma distinta según nos interese por la *práctica* biomédica, por las representaciones que de ella se hacen los profesionales, por el punto de vista de los profanos en general, o por el de los propios enfermos, con mayor o menor grado de deficiencia.

Por importantes que resulten los análisis epidemiológicos, sólo ponen de relieve uno de los nexos entre lo biológico y lo social. Bajo este punto

⁵ J. Revel y J. P. Peter (1974).

de vista, *lo social* queda limitado a la etiología (objetiva). Al confundirse en este contexto con la investigación *causal*, la reflexión médica incurriría así —desde un punto de vista antropológico— en un error parecido al que Augè denunciaba al mostrar que la asimilación entre lo social y lo mágico en la definición de la medicina popular por los antropólogos, derivaba del «privilegio otorgado a la noción de causa». Frente a ello subraya, por el contrario, que «*hay dimensiones sociales de las enfermedades distintas de la dimensión etiológica, unas dimensiones propiamente intelectuales que no se identifican tampoco con las meras instituciones de diagnóstico y de cura*» (1984: 50).

Mientras para los especialistas en biomedicina, la enfermedad y la salud «representan —en palabras de Bartoli— condiciones del organismo medibles y describibles según parámetros, más o menos objetivos y topológicamente identificables», es preciso recordar a nuestra atención (como ya lo hicieron hace tiempo algunos sociólogos) que, aun así, la *realidad orgánica* es distinta de la forma en la que la sociedad y el cuerpo médico la *percibe*, la *reconoce* y la *identifica* como estado de salud o de enfermedad. Como Herzlich comentó a este respecto, el saber médico no es una simple *lectura*, sino, al igual que el saber popular, una *construcción*. En este mismo orden de ideas, esta autora observa además cómo, a lo largo de la *práctica sanitaria*, los médicos «*construyen activa y selectivamente durante los primeros años de ejercicio, unos sistemas de categorías y de nociones mediante los cuales aprehenden las enfermedades y a los enfermos con los que tienen relación, y organizan sus intervenciones diagnósticas y terapéuticas*». Experiencia médica y corpus de conocimientos especializados contribuyen a que se desestime una determinada configuración sintomática o que, por el contrario, se la considere como enfermedad. Pero además, como continúa Herzlich, «*estos sistemas que constituyen de hecho los saberes "operatorios" de la medicina general, dependen de las ideologías profesionales, de las representaciones que se hacen del lugar que ocupa la medicina general frente a la medicina especializada y/o hospitalaria, de sus concepciones del papel del médico generalista en la sociedad*» (1984: 198). De hecho, como bien lo pone la autora de relieve, la construcción de lo biológico, la identificación del estado de salud y de enfermedad bajo los cánones definidos en este marco, no están al abrigo de lo ideológico y de lo ético y, por lo tanto, de las facilidades y/o de las resistencias que imponen estos órdenes de hechos.

Pero resulta aún insuficiente apuntar el carácter necesariamente *relativo* e *ideológico* de la construcción *oficial* (científica) de la salud y de la enfermedad. Henri Pèquignot definió la medicina como «*el encuentro de una técnica científica y de un cuerpo*»⁶. Se pone así de relieve que, por importante y dominante que sea la influencia de la ciencia biomédica en la construcción de la salud y de la enfermedad, la práctica médica y el sistema sanitario difícilmente pueden comprenderse sin tener en consideración que constituyen el producto de un *encuentro* en el que participan el especialista, el médico/

⁶ Citado por Laplantine (1986: 17).

enfermo, el profano y el profano/enfermo. Este mismo argumento es el que defendió Canguilhem hace tiempo al discutir la tesis de Leriche sobre la invalidez del juicio del enfermo: «(...) nosotros pensamos que no hay nada en la ciencia que no haya aparecido antes en la conciencia y que, particularmente en este caso que nos ocupa, el punto de vista del enfermo es en el fondo el verdadero (...). Por lo tanto, ciertamente siempre de derecho sino actualmente de hecho, existe una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, y no porque hay médicos se enteran los hombres de sus enfermedades» (1971: 64-65). Visto desde otra perspectiva, el carácter ineludible de este diálogo está bien puesto en evidencia en la propia automedicación (Comelles: 1988).

Este diálogo no se agota con la relación de *cara a cara* que el médico establece con el enfermo (y sus próximos) en la consulta y/o en el marco hospitalario. Yendo más allá de la formulación técnica de Péquignot, Laplantine define la medicina como «una relación que sale de la confrontación entre *dos campos de conocimientos y de significaciones*» (1986: 17). Se apunta así hacia «*la otra cara*» —como dice Herzlich— de la enfermedad⁷. Esta, prosigue, «(...) exige siempre una interpretación que sobrepasa el cuerpo individual y la etiología específica. Conlleva siempre la formulación de preguntas respecto a sus causas —que no se reducen, en nuestra conciencia, a un germen o a unos factores genéticos— y más aún a su significación: “¿por qué yo?”, “¿por qué él?”, “¿por qué aquí?”, “¿por qué ahora?”» (1984: 201).

Si la construcción de la salud y de la enfermedad tiene «dos caras», quisiera destacar que el ámbito simbólico abarca varias dimensiones, no excluyentes entre sí, estableciéndose entre lo biológico y lo social relaciones diversas. Herzlich (1969) pronto destacó un hecho que debía de ser confirmado por la mayoría de los estudios posteriores: el discurso profano sobre la salud y la enfermedad es fundamentalmente un discurso sobre las relaciones entre el *individuo* y la *sociedad* en el que aquéllas funcionan como «*significante*» (Herzlich: 1984) de éstas. Ello se observa tanto en las representaciones en torno a la etiología (en cuyo caso, dicho sea brevemente y simplificando, las relaciones son *pensadas* muy comúnmente en los términos *conflictivos* de una *agresión* padecida por el influjo de agentes *maléficos*, procedentes de la sociedad) como en las consecuencias de la enfermedad (entre las cuales los aspectos de minusvalía van ocupando un lugar de primer orden) y en la construcción de la idea de *persona*.

⁷ Como fácilmente se puede entender, la cuestión de la construcción de la salud y la enfermedad por los profanos no tiene un alcance meramente distintivo como pudo ser el planteamiento antropológico tradicional; para muchos de los antropólogos que se dedican a la cuestión, no se trata únicamente de poner de relieve los aspectos por los que los puntos de vista profanos y biomédicos se *diferencian, asemejan o aproximan*, por importantes que sean, ya que se parte del presupuesto que dichos modelos *interactúan* con el biomédico. En este sentido no se trata únicamente de romper con la puesta entre paréntesis del enfermo, la «*desposesión*», a la que ha abocado la construcción de la medicina, sino de tomar en cuenta los *dos niveles de análisis* (Véase Herzlich, 1985: 207).

Bajo este punto de vista más amplio, si bien el *contenido* dado a esta relación —Herzlich señala cómo las relaciones sociales en sí mismas aparecen como «neutralizadas» tras la polución, el ruido, la alimentación (1984: 204)— así como las formas en las que el mal se manifiesta, cambian, se observa una innegable *continuidad* entre estas representaciones y las que suelen articular las concepciones populares donde los trastornos orgánicos son concebidos corrientemente como *manifestaciones* de la relación del individuo con su entorno ecológico y social. Lisón Tolosana destaca así el hecho de que, para los interesados, la enfermedad es fundamentalmente «polisémica» y «contextual», lo cual —constata— levanta un muro de incomunicación difícilmente franqueable que choca con el «carácter monosémico de la concepción e interpretación médica» (1979: 97).

No obstante, los estudios sobre las representaciones en torno a las enfermedades crónicas deberían ayudar a dar una respuesta más matizada sobre la forma en la que las *relaciones* entre lo biológico y lo social *se conciben* (a nivel simbólico). En un reciente estudio que realizamos Rosario Otegui, Pilar García y yo misma entre 25 personas que padecían de artritis reumatoide⁸, hemos podido comprobar cómo la dimensión orgánica aparecía en el discurso bajo varias formas. Discursos múltiples, pues, de los cuales se entresacaban —paralelamente a unas representaciones en torno a la discapacidad más directamente— unas construcciones en torno a la deficiencia propiamente dicha en la que se desarrollaba toda una elaboración mental alrededor del *movimiento*⁹ así como unas imágenes en torno al *mal*¹⁰, que abarcaban desde la etiología hasta la forma en la que irrumpe en el

⁸ Los primeros resultados han sido consignados en un informe depositado en el Centro de Investigaciones Sociológicas que subvencionó la investigación: M. J. Devillard, R. Otegui Pascual y P. García Ferrero, *Problemática sociológica de una enfermedad crónica: la artritis reumatoide*. Avances del material allí recogido se publicaron en el núm. 808 de *Jano. Medicina y Humanidades*.

⁹ Resulta interesante recordar que Herzlich pone de relieve cómo la *actividad* constituye el núcleo alrededor del cual se construyen las representaciones en torno a la salud y a la enfermedad (1969). La «*actividad*» es la traducción funcional del *movimiento*. De hecho, nosotros hemos averiguado que, al hablar de «movimiento», lo que más se lamentaba, efectivamente, es la discapacidad (M. J. Devillard, 1987; 1988). No obstante, creo que, sin generalizarle ni agotar la construcción del significado en él mismo, es importante salvaguardar la relativa *autonomía* de las imágenes en torno al «movimiento», en la medida en que, en el discurso de determinados enfermos, llega a tener dimensión propia. A mi entender, en sacar diferencias de este tipo es lo que se gana en pasar de las representaciones generales sobre salud y enfermedad a los planteamientos elaborados a partir de una experiencia directa (cuanto más si se trata de enfermedades donde el componente orgánico es mayor).

¹⁰ La clasificación introducida por la OMS para diferenciar las distintas dimensiones de la enfermedad —la «*deficiencia*», la «*discapacidad*» y la «*minusvalía*»— resulta limitadora para dar cuenta de las distintas dimensiones subjetivas con las que los enfermos perciben la dimensión orgánica. Así, y basándonos en la analogía del malestar y el empleo menos usual de mal como sinónimo de enfermedad (*estar malo*), optamos por utilizar este último vocablo para referirnos a la representación de la deficiencia, cuando los enfermos la distinguen de sus manifestaciones somáticas.

cuerpo y progresa, pasando por las formas en las que se representa la enfermedad.

Como demuestra Laplantine (1986), al averiguar la existencia de cuatro modelos etiológicos y cuatro modelos terapéuticos en los discursos sobre enfermedad elaborados tanto por los profesionales en los distintos sistemas médicos como por los profanos, no resultaría difícil mostrar que la estructura fundamental *subyacente* a los sistemas de representaciones respectivos a la *deficiencia* y al *mal* no se alejan tanto como a menudo se cree de las matrices que estructuran el discurso biomédico: con respecto a la etiología, por ejemplo, las oposiciones entre lo *ontológico* y lo *relacional*, lo *exógeno* y lo *endógeno*, lo *sustractivo* y lo *aditivo*, lo *benéfico* y lo *maléfico*, son elementos comunes que son fáciles de identificar en la base de las representaciones que el enfermo de artritis reumatoide se hace de la enfermedad. Siguiendo el análisis de este autor, la cuestión no parece poder derivarse de la influencia del discurso biomédico sobre las representaciones profanas: «*La variabilidad extrema de los modos de imputación causal —constata Laplantine con respecto a los sistemas médicos franceses—, así como de las respuestas terapéuticas consideradas, no debe disimular que la interpretación de la enfermedad y de la curación, en su proceso mismo de elaboración, tiene a su disposición sólo un número limitado de términos: apenas treinta que constituyen las palabras claves, las ideas fuerza que puntúan todos los discursos que hemos recogido, todos los textos que hemos leído*», (1986: 42). Estructuras mentales más profundas estarían, pues, en la base de estas afinidades discursivas.

Tal constatación resulta útil e instructiva para desmitificar la supuesta incompatibilidad del discurso médico y del discurso profano. No obstante, más allá de la identificación de las similitudes, el mayor interés de las investigaciones monográficas (además de restituir la cara subjetiva de la enfermedad y de abrir una ventana sobre el mundo de las asociaciones simbólicas que rodean las concepciones de la salud y de la enfermedad cuando están libres del corsé que impone el discurso científico) es de desvelar los procesos que *generan* estas representaciones apuntando, por el contrario, las *diferencias* contextuales que llevan a *formas distintas* conceptual y existencialmente de abordar la situación. En el ya citado estudio sobre la artritis reumatoide hemos podido observar, por ejemplo, cómo la importancia de los aspectos orgánicos con respecto a las dimensiones sociales de la enfermedad (minusvalía), y por lo tanto las construcciones en torno a la salud y a la enfermedad, podían ser muy variables según el grado de afectación de la enfermedad, su proceso de desarrollo, pero también el sexo y la edad, la aceptación o no aceptación de la misma por parte del entorno, o la situación económica, social y familiar del enfermo. Asimismo, una comparación entre la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple¹¹ muestra cómo los mis-

¹¹ F. Pereña y J. Ibáñez (1984).

mos elementos somáticos y sociales van adquiriendo una dimensión e importancia *diferente y diferenciadora* en uno y otro caso.

Intimamente ligada a esta concepción de la salud y de la enfermedad está la idea de *totalidad* que van destacando varios autores y a la que ya aludí implícitamente al hacer alusión a las relaciones entre las ideas en torno a la salud y a la enfermedad y las que configuran la imagen de *persona*. Y es que, en efecto, se puede decir de la enfermedad lo que Pierret constató con respecto a la salud: «*Hablar de la salud es hablar de la vida*», o sea, del conjunto de las prácticas corporales y sociales. La higiene, la alimentación, la sexualidad, el ocio, el deporte, el hábitat, el trabajo, la educación, la salud y la enfermedad, las representaciones en torno al cuerpo, la vida y la muerte, la concepción de la persona y las relaciones con los demás, etc., constituyen una *totalidad* que resulta difícil deslindar las unas y las otras. Al proporcionar el conocimiento de la cultura que falta normalmente en los estudios cuyo fin es conocer las representaciones que circulan en torno a la salud y a la enfermedad en general, o a éstas con respecto a un determinado colectivo que no tiene más punto en común que el de padecer una misma enfermedad, los estudios de comunidad son los que más claramente permiten destacar esta característica fundamental de la construcción de la salud y de la enfermedad por el profano. Un ejemplo notorio es la reciente monografía de María Cátedra Tomás (1988) en la que esta autora muestra la forma en la que dichas concepciones están íntimamente ligadas a la cosmogonía vaqueira.

No obstante estas constantes, las interrelaciones entre los elementos prácticos y representacionales que conforman el modo de vida y la forma de pensar no deben disimular la *variedad de formas* con los que se les articula unos a otros. Ello queda bien ilustrado por la imposibilidad, constatada por parte tanto de Herzlich (1969) como de Pierret (1984), de hablar de *la* salud en singular, y por la variedad de los modelos aislados de los análisis de las representaciones tanto de la enfermedad como de la salud. Con las diferencias que impone la diversidad de enfoque o de tratamiento de la cuestión, todos los análisis coinciden en destacar esta variedad¹².

¹² Herzlich (1969), en congruencia con su planteamiento general, definió la enfermedad en función de la forma en la que los individuos se la representan en relación a su posición en la sociedad, averiguando así tres modelos fundamentales: la «*enfermedad-destructora*», la que es «*liberadora*» y la «*enfermedad-oficio*», en la cual la «función reconocida al enfermo es la de *luchar contra la enfermedad*». A su vez, pero sin separar la salud de la enfermedad, Romizzi (1987) averiguó así en Perugia cuatro modelos: el «*organicista*», en el que prima la atención a los aspectos anatómicos y biofisiológicos; el «*funcionalista*», en el que se antepone el cumplimiento/incumplimiento de los roles sociales; el que el autor denomina «*eficientista*» por poner los entrevistados el énfasis sobre la identificación del sujeto con su rol social y la eficiencia con la cual lo realiza; y, por último, el «*ambientalista*», el cual incide mayormente sobre la influencia del entorno en el estado de salud y enfermedad. La investigación que Pierret (1984) llevó a cabo en París y en dos departamentos franceses, *l'Essone* y *l'Herault*, toma como «*categoría operativa*» a la *salud* exclusivamente. Dicho de otro modo, al no partir de la idea de que la salud se define necesariamente con referencia a la enfermedad, o que

Para terminar, quisiera sacar unas breves conclusiones sobre el enfoque antropológico-social de la salud y de la enfermedad. Además de centrarse sobre las dimensiones *sociales* del problema, tal vez lo que más le caracteriza es el intento de restituir la *complejidad* propia de los hechos sociales. Ello pasa por la reintegración del profano en la arena biomédica; por una atención especial a la contextualización y a la multiplicidad de las formas; por la reconstrucción de la totalidad y de su lógica subyacente; pero sobre todo por la restitución en el conjunto del sentido que constituye la cara de la salud y de la enfermedad tal vez más olvidado por la biomedicina. Y es que, en efecto, como recuerda Herzlich, «*el cuerpo solo no habla*».

unos mismos modelos culturales articulan el campo formado por ambos, la autora puede identificar «formas del estado de la salud» en los que la enfermedad no constituye el núcleo obligado que articula las prácticas y las representaciones. Al lado de la salud-enfermedad, averigua así la existencia de un concepto de salud-instrumento (la salud constituye un capital a preservar), la salud-producto (la salud es el resultado de los comportamientos, de las condiciones de vida y del sistema social) y la salud-institución (concepción política donde la salud es un patrimonio colectivo a cargo de la sociedad). En comparación con este más reciente estudio, el que Herzlich hace de las «formas de salud» mantiene bajo alguna forma u otra un componente orgánico de referencia: la «salud-vacía» (caracterizada por la ausencia de la enfermedad o de la conciencia del cuerpo), el «fondo de salud» (constituido por la fuerza, la resistencia a las enfermedades), el «equilibrio» (bienestar psicológico y físico). ¿Estas diferencias entre las representaciones en torno a la salud son el resultado de la aplicación de una metodología y de una definición distintas del objeto en estudio?; ¿o el producto de la evolución que culminó en que la salud se vuelva un «valor emergente»? (Pierret, 1984); ¿o de ambas cosas a la vez?

BIBLIOGRAFIA

- ACKERKNECHT, E. H. (1985) [1971]: *Medicina y antropología social*, Akal.
- AUGÉ, M. (1984): «Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'évènement», en M. Augé y C. Herzlich (eds.), *Le sens du mal*, Editions des Archives Contemporaines.
- BARTOLI, P. (1984): «Pratiche sociali e modelli culturali relativi alla malattia, alla salute e alla medicina», *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva*, 7, 4.
- CANGUILHEM, G. (1966): *Le normal et le pathologique*, Quadrige, PUF.
- CÁTEDRA, M. (1988): *La muerte y otros mundos*, Júcar Universidad.
- COMELLES, J. M. (1988): «La importancia creciente de los no profesionales en los procesos asistenciales», *Canelobre*, Instituto de Estudios Juan Gil-Albert, Alicante.
- DEVILLARD, M. J. (1987): «Factores orgánicos y sociales en las enfermedades crónicas progresivas», IV Congreso de Antropología, Alicante.
- (1988): «La artritis reumatoide: una realidad cotidiana», *Jano. Medicina y Humanidades*, 808.
- DEVILLARD, M. J.; OTEGUI, R., y GARCÍA, P. (1986): *Problemática sociológica de una enfermedad crónica: la artritis reumatoide* (informe mecanografiado); *La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo con artritis reumatoide*, Ediciones de la Comunidad de Madrid (en prensa).
- FOSTER, G. M. (1976): «Disease etiologies in non-western medical systems», *American Anthropologist*, LXXVIII, 773-782.
- GARCÍA FERRERO, P. (1988): «Imágenes en torno a la artritis reumatoide», *Jano. Medicina y Humanidades*, 808.
- HERZLICH, C. (1969): *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Ed. de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- (1984): «Médecine moderne et quête du sens: la maladie signifiant social», en M. Augé y C. Herzlich, *op. cit.*
- HERZLICH, C., y PIERRET, J. (1984): *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot.
- LAPLANTINE, F. (1986): *Anthropologie de la maladie*, Payot, París.
- LISÓN TOLOSANA, C. (1979): *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*, Akal Editor.
- LOUX, F. (1983): *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Inter Editions.
- OTEGUI PASCUAL, R. (1988): «El enfermo crónico y sus representaciones sobre la asistencia médica», *Jano. Medicina y Humanidades*, 808.
- PEREÑA, F., y IBÁÑEZ, J. (1984): *Situación y problemática sociosanitaria de los enfermos de esclerosis múltiple. Investigación cualitativa*, INSERSO, Documento Técnico 37/85.
- PIERRET, J. (1984): «Les significations sociales de la santé: Paris, l'Essonne, l'Herault», en M. Augé y C. Herzlich, *op. cit.*
- REVEL, J., y PETER, J. P. (1974): «Le corps. L'homme malade et son histoire», en J. LE GOFF y P. NORA, *Faire de l'histoire*, Gallimard.
- ROMIZI, R. (1987): «Immagini della salute e della malattia: un'indagine sperimentale della città di Perugia», *Educazione Sanitaria e Medicina Preventiva*, vol. 10, 2.