

## **MODELOS DE ANÁLISIS DE SOCIOLOGÍA DE LA MEDICINA Y SU APLICACIÓN A UN ESTUDIO DE CASO SOBRE LA MEDICALIZACIÓN DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS (MAC)**

José Luis Fernández Martínez.

Universidad de Granada y Universidad Complutense de Madrid.

### **Introducción**

Asistimos a la proliferación de itinerarios “terapéuticos” alternativos (Coulter, 2004). Obviamente cada itinerario responde a razones ideológicas y estructurales diferentes. Por ejemplo, un movimiento social que reivindique con orgullo una supuesta patología como muestra de diversidad, guarda relación con teorías emancipadoras y activistas. En los casos de parto voluntario en el hogar y de preferencias por las medicinas alternativas y complementarias (MAC), los factores humanización y antihospitalización parecen tener gran importancia. Pero, ¿cabe desdeñar otras explicaciones como la individualización y mercantilización de los procesos sanitarios o la búsqueda de un mundo interior, espiritual y delicado? En últimos años, las MAC están siendo incorporadas por algunos profesionales a la “ortodoxia” médica (Eastwood, 2000; Mizrachi, 2005), por ejemplo, la legislación española contempla la unidad asistencial U.101- de terapias no convencionales, integrada en sistemas sanitarios autonómicos.

### **Objetivo y metodología**

El objetivo de la investigación es comprender una nueva tendencia, la medicalización por parte de la medicina oficial de las medicinas alternativas que surgieron en sus márgenes y, en gran medida, contra ella.

Para ellos se elaboró un mapa con los principales modelos de análisis de la sociología de la medicina, redefiniéndolos en: artístico-humanista; biotecnocrático; estructural-funcionalista; genealógico; interaccionista-etnometodológico; antimedicina; neomarxista; y culturalista. Siguiendo la estrategia de investigación descrita por Xavier Coller (2005) en su libro *Estudios de casos*, este mapa permitió establecer dimensiones y ámbitos de observación que resultaron especialmente útiles a la hora de abordar nuestro estudio de casos, concretamente un curso de MAC impartido durante un mes en un hospital público de

Madrid, al que el investigador asistió como observador participante.

Tras obtener consentimiento informado firmado, se grabaron más de 45 horas de material conversacional espontáneo producido mayoritariamente por personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, de ambos sexos), que práctica, promociona y se interesa por las MAC. El material fue analizado siguiendo los principios fundamentales de la *Grounded Theory* (Abela, 2007) usando el *software Atlas-ti*.

Los resultados tomaron forma de relato etnográfico, configurado alrededor de los ocho apartados correspondientes a los ocho modelos de análisis. Cada uno de ellos comienza con las voces de los participantes en el curso ejemplificando dichos modelos, seguidas por el desarrollo y aplicación de cada modelo a nuestro estudio de casos.

## **Resultados**

### El modelo de análisis artístico-humanista.

- Apiterapeuta: *“Cuando empecé la carrera de medicina vi que aquello no era lo que yo pensaba, estuve a punto de dejarlo [...] Y comencé a aprender otras terapias”* (fin).

- Antigua médica pública y actual médica antropológica: *“He hecho muchos años euritmia, pintura [...] empecé a hacer terapias artísticas durante mucho tiempo, veía los cambios que yo sufría y lo bien que estaba”* (fin).

- Farmacéutica y aromaterapeuta: *“Le debemos el inicio de la homeopatía a Hahnemann. Una mente prodigiosa, un hombre privilegiado. Con 23 años se hizo médico, dos años después químico [...] Dominaba el alemán, francés, inglés y otras cinco lenguas antiguas, el latín, el griego, el hebreo, el sirio y el arameo... Para ganarse la vida traducía textos* (fin).

El modelo artístico-humanista engloba la visión del personal sanitario que declara haber ingresado en la facultad de medicina por una vocación basada en el trato humano y cercano hacia los pacientes. Éstos no se oponen a los avances del método científico, pero sí critican los tiempos acelerados y la deshumanización de la práctica médica. Su visión del rol del médico se aproxima a la del terapeuta y a la del médico renacentista, sintiendo fascinación por el mundo del arte, la cultura y diferentes tradiciones filosóficas.

Figuras como Laín Entralgo y L. J. Henderson vieron en el desarrollismo y en la implantación de la avanzada tecnología en los hospitales, el inicio de la deshumanización de la práctica médica moderna. Henderson (1935) en *Physician and patient as a social system*,

afirma que las interacciones de los sentimientos son un fenómeno a tener en cuenta en el sistema social compuesto por el médico y el paciente, conectando de esta forma con la práctica psicoanalítica (Henderson, 1935, 821).

El pensamiento de Laín Entralgo, según sociólogos de la medicina, se caracteriza por su proximidad al personalismo cristiano; la identificación de una estructura invariable en la relación médico-paciente; la consideración de la comunicación no verbal en la práctica médica; la crítica al abuso de la mentalidad mágica y técnica en la práctica médica (Álvarez-Uría, 2009). Esta interacción entre el médico y el mundo de la cultura y el arte se ve claramente reflejada a través de la pintura (Giménez, 1999). El rol ejercido por los médicos en su relación con los pintores ha tomado diferentes formas: de mecenas, como es el caso del oftalmólogo Max Linde que se convirtió en mecenas de Edward Munch; de descubridor de genios, como es el caso del dermatólogo vienés Paul Alexandre que costeaba una comuna de artistas sin recursos en la cual descubrió a Modigliani. Así mismo, la pintura ha dejado constancia de avances científicos en medicina, mostrando las instrumentarias, el instrumental y los espacios. Como es el caso de las *Lecciones de Anatomía* de Tulp y Deyman pintadas por Rembrandt en el siglo XVII e imitadas al final del siglo XIX por Eakins, Hinckley y Seligmann. Los avances en biomedicina del siglo XX serían representados por Lempicka y Otto Dix a través de imágenes de laboratorios y tubos de ensayo (Giménez, 1999). Durante el siglo XX pintores como Dalí, Van Gogh, Kokoschka y Munch miraron en el interior de los médicos sacando a la luz sus debilidades y fortalezas, en línea con la tendencia psicoanalítica y psicologicista que marca el paso del siglo XIX al siglo XX.

Sociólogos españoles (Varela, 2008) han descrito cómo tuvo lugar el descubrimiento del mundo interior en la Viena de finales del siglo XIX, a través de obras de artistas como Gauguin, Klimt y Schiele. Sin abusar del ejercicio de interpretación, no podemos considerar un hecho aislado que entre las preferencias de Laín Entralgo estuviese Gauguin o que algunos médicos convencionales practiquen terapias artísticas en sus consultas privadas. Y es que la relación médico y pintores no es algo anecdótico. La presencia de la profesión médica en el mundo de la pintura se ha debido tanto a la existencia de unos valores humanísticos más allá de los técnicos, como a factores económicos y de status social. En definitiva, en gran parte del discurso de los profesionales sanitarios que practican las MAC reluce un deseo e intención de retomar este rol del médico humanista.

### El modelo de análisis biotecnocrático.

- Alumna: *“Una cosa muy diferente entre la medicina convencional y las MAC, es que normalmente el médico no escucha porque no tiene tiempo [...] para él, el método científico fundamental es la prueba objetiva, una radiografía, un escáner, una analítica [...] Una de las características de las MAC es esa, que se toman su tiempo”* (diálogo).

- Médico: (Dirigiéndose a la alumna) *“Te quejas, entiendo, de la pobre comunicación médico-paciente [...] y dos, que parece que el interés fundamental de los médicos no es el individuo [...] sino objetivizar el problema hacia el resultado de un análisis, de una radiografía, de una autopsia [...] mientras tú percibes que en las MAC se mantiene ese respeto al individuo y a la comunicación entre el terapeuta y el individuo”* (fin).

El modelo de análisis biotecnocrático se centra en los saberes y prácticas tecnológicas, científicas y burocráticas realizadas por el personal sanitario, otorgándoles competencia para decidir sobre los cuerpos nacionales de un régimen político concreto. Los médicos que aplican con rigurosidad el método científico simbolizan una nueva hegemonía, opuesta a la visión médica personalista y humanista dominante hasta la mitad del siglo XX. Frente a la antigua hegemonía y la nueva hegemonía, están surgiendo contra-hegemonías, como es el caso de los médicos que practican MAC.

Durante los años treinta en EEUU y cincuenta en España, con la construcción de los primeros grandes complejos hospitalarios y la búsqueda de la eficiencia, los análisis sociológicos se centraron en la rutinización y tecnificación de la práctica médica moderna. En la mitad del siglo XX, con la existencia aún de las instituciones manicomiales, los sociólogos se centraron en describir el funcionamiento interno de dichas instituciones y las deplorables condiciones de vida de los internos. La situación ha cambiado notablemente gracias a los avances democráticos que supuso el movimiento antipsiquiátrico en la década de los setenta. En los ochenta se comenzó a extender el término biomédico desde una perspectiva crítica dentro de las ciencias sociales, caracterizándolo por la descripción del síntoma; la percepción de la enfermedad como una entidad propia; identificación de las causas orgánicas de la enfermedad; creencia en que el lugar más apropiado para el tratamiento es el ambiente médico; focalización en el individuo aislado, como sitio de la enfermedad; y orientación hacia la cura, más que hacia la prevención; e insensibilidad hacia el bienestar espiritual del paciente (Hart, 1985,10-13).

En los últimos treinta años, el interés sociológico por los espacios médicos ha variado. Los estudios sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad, han aunado corrientes de pensamiento como las de Foucault, Latour, Preciado y Butler. Los mecanismos de control sobre los cuerpos nacionales han cambiado. Ahora se habla de biopolítica y biopoder.

En la historia de la medicina han existido diferentes hegemonías: la sabiduría médica de tipo renacentista durante los siglos XV y XVI; el pensamiento clasificatorio-deductivo, propio de la lógica nosológica del siglo XVIII; la medicina positiva surgida en el 1770 y 1830 como consecuencia de abrir los ojos a la materialidad del cuerpo sin vida (Foucault, 1999). El salto al modelo biomédico durante los años sesenta del siglo XX debido al descubrimiento de la doble hélice y a las investigaciones sobre el genoma humano. Esta biologización de la medicina ha supuesto el surgimiento de una nueva hegemonía denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que consiste en demostrar con datos obtenidos principalmente a través de ensayos clínicos directos o de meta-análisis, qué tratamiento es el más adecuado. La MBE surgió como reacción a la práctica médica basada en las creencias y el saber no evidenciado del médico. Tras su consolidación, está surgiendo una nueva clase de médicos, los médicos alternativos, que critican tanto el método clasificatorio del siglo XVIII como el método científico actual, anteponiendo la experiencia humana y personal a la evidencia y la eficiencia.

#### El modelo de análisis estructural-funcionalista.

- Médico en un hospital público: *“Las funciones generales de todo personal sanitario son: curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”* (fin).

- Médico y organizador del curso: *“El pensamiento mágico es un pensamiento ancestral, de lo religioso, supersticioso... pero la ciencia que yo pregonó -esa ciencia espiritual- no tiene nada que ver con ese pensamiento mágico”* (fin).

Este modelo se caracteriza por el análisis sociológico de las interrelaciones que se producen entre los diferentes agentes e instituciones que forman parte del sistema y que hacen que éste continúe según las normas establecidas, se transforme o desaparezca. En sociología de la medicina destaca el estudio de los casos de desviación de la norma o ausencia de ésta (anomia).

Parsons (1976) en su libro *El sistema social* explica cómo la salud está implicada en los prerrequisitos funcionales del sistema social, por tanto, para que la sociedad funcione es necesario un nivel elevado de salud. Toda enfermedad será considerada una desviación o elemento disfuncional que pone en peligro el equilibrio social, legitimando así el control social de la enfermedad. Además, definió el rol del médico y del paciente/enfermo como las principales estructuras sociales en la práctica médica. Más allá de estas estructuras, identificó cuatro elementos que resultan útiles para analizar hoy las MAC: la incertidumbre en el diagnóstico y tratamiento; la creencia en la pseudociencia; la liminalidad en las profesiones sanitarias y la orientación colectiva que deben seguir los médicos.

Al abordar las situaciones de incertidumbre y los límites con los que se topa la medicina, Parsons recurre a las tesis de Malinowski (1994) expuestas tres años antes en *Magia, ciencia y religión* donde afirma que “*la pseudociencia es el equivalente funcional de la magia en el campo de la medicina moderna*” (Parsons, 1976, 434). El avance de la ciencia, no disipa por completo la incertidumbre, por tanto es normal que existan grupos que ofrezcan tratamientos de salud fuera de la profesión médica, atribuyendo a éstos la característica de liminares (Parsons, 1976, 403).

La orientación colectiva del médico es aquella en la que el médico antepone el bienestar del paciente sobre su propio interés, financiero o de otro tipo. Lo que implica que el médico privado no puede anunciarse según las reglas del marketing o prescindir de pacientes sin dinero. Considera el comercialismo como el enemigo más serio con que tiene que enfrentarse el médico (Parsons, 1976, 405).

Por su parte Merton (1938) en su artículo *Estructura Social y Anomia* muestra la tendencia en la teoría sociológica a atribuir el mal funcionamiento de la estructura social primeramente a los impulsos biológicos del hombre (1938, 672). La teoría de la desviación de Merton se basa en la combinación de dos elementos de la estructura social y cultural: las metas culturalmente definidas y los medios para alcanzarlas. Como resultado de esta disociación Merton presenta cinco formas de adaptación de los individuos dentro de una sociedad: (I) conformismo, (II) innovación, (III) ritualismo, (IV) evasión y (V) rebelión.

Desde este modelo se podrían entender las llamadas medicinas alternativas como una especie de intrusismo o desviación en un sistema de salud que ha dado a los médicos desde el siglo XVI el monopolio sobre las enfermedades. Los “conformistas” serían aquellos que no se cuestionan el rol dominante de la medicina biomédica, ni sus principios científicos,

sociales, económicos ni culturales. Los “innovadores” se alejarían del concepto de salud oficial y observarían con reticencias el monopolio de los médicos convencionales en el sistema de salud, su principal apuesta es la defensa de otras técnicas y prácticas médicas menos invasoras. Los “ritualistas”, no compartiendo el concepto de salud dominante, aún no darían el salto a consumir productos o servicios propios de la MAC. Las personas “evasivas” defenderían la MAC como sustitutiva de la convencional y tendrían un concepto de salud y enfermedad opuesto al de la biomedicina. Una posición hegemónica y continuada de las personas “evasivas” daría lugar al estado de rebelión, la quinta forma de adaptación con la que se inicia un nuevo sistema, o en términos de Kuhn, una revolución científica.

#### El modelo de análisis genealógico.

- Farmacéutica y aromaterapeuta: *“Edward Bach (1886-1936) era un médico-bacteriólogo inglés. Enferma gravemente de cáncer y eso cambia su vida y su forma de afrontar la salud. Opina que el origen de la enfermedad es emocional, psicosomático. Deja la consulta exitosa de Londres y el Colegio de Médicos, y se dedica a curar con flores. [...] Él dice, cúrese usted mismo. Localice la emoción alterada y elabórese su elixir floral, sea su médico”* (fin).

- Antigua médica pública y actual médica antroposófica: *“El yo tiene que ver con algo muy presente. Estamos es una época que es muy yoica [...] Si vais a Estados Unidos veréis que la gente es “next, next, next”, no digo que ese sea el mundo mejor, pero ese es el mundo que nos está tocando [...] Si no estás en tu lugar, estará otro por ti. Entonces ¿cómo trabajamos el yo de una persona? El primer paso es la meditación [...] Ese ser necesita un cuerpo que lo albergue y ese cuerpo que alberga al yo se llama organización del yo”* (fin).

El método de análisis genealógico en medicina se adentra en *el espesor de lo histórico* para explicar el presente, analizando hechos aparentemente no transcendentales pero que esconden relaciones de fuerza y poder que generan un conjunto de creencias, prácticas, valores e instituciones médicas.

Foucault, hijo de un cirujano, publica en 1963 *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Analiza un período breve pero transcendental en la práctica médica y clínica que va desde 1770 a 1830 y en el que identifica el nacimiento de la medicina positiva como consecuencia de abrir la mirada médica a la materialidad del cuerpo sin vida. Lo

invisible se hace visible y a partir de ese momento la mirada médica cambia para siempre (Foucault, 1999, 194).

A través de manuales médicos de la primera mitad del siglo XVIII Foucault observa cómo a través de la práctica nosológica el paciente es tratado *como “un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre”*, portador de numerosas perturbaciones como la edad o el género que impiden conocer la verdad del hecho patológico, para lo cual *“el médico debe abstraerse del enfermo”* (Foucault, 1999,23). En definitiva, hoy en día algunos defensores de MAC se basan en la crítica a ese procedimiento, porque según ellos se privilegia la teoría en detrimento de la observación, ya que ellos no buscan reconocer en el paciente una enfermedad descrita anteriormente en un manual para aplicarle un tratamiento, sino a través de la observación directa -y de la curación, en parte, a través de la palabra- ir construyendo el caso individualizado y personalizado del paciente.

Otro hito en el modelo genealógico de la medicina lo encontramos en el libro de Robert Castel, Françoise Castel y Anne Lovell (2006) titulado *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano* y publicado en 1979. En él se analiza el proceso de instauración del hospital psiquiátrico en los Estados Unidos durante el siglo XIX y cómo ha ido transformándose en diferentes mecanismos de control sobre la población, con el fin de organizar nuestra existencia cotidiana y de ampliar el campo de la salud mental a los “normales”, “no enfermos” o “no discapacitados”.

Los capítulos *Alternativas a la psiquiatría y psiquiatrización de las alternativas; Los nuevos consumidores de bienes psi* (Castel, 1999), da pie a una de nuestras preguntas de investigación sobre la relación entre el proceso social conocido como psicologización del yo y la creciente implantación de las MAC en nuestra sociedad. Según Castel, hasta los años setenta la mirada se había centrado en cómo el sistema psiquiátrico había ido expandiendo su jurisdicción en el campo de la salud mental. No obstante, durante esos años tuvieron lugar importantes transformaciones en la sociedad norteamericana, especialmente en sus márgenes. Nos referimos al movimiento de la contracultura nutrido por el *drop out* juvenil y otras minorías raciales y políticas. Dicho movimiento cuestionaba la organización social y fue fraguando, a través de instituciones alternativas, el movimiento de las *Community Organisation*, las cuales perseguían un nuevo tipo de sociabilidad con la implantación en este caso de las *free clinics*. Los valores que defendían estas nuevas clínicas eran la libertad, la autenticidad de las relaciones personales, la contestación a la jerarquía médica,



el rechazo entre tratantes y tratados, la desmitificación de la tecnicidad del saber médico, el ataque a la noción de experto, la defensa del intercambio bajo la forma del don y de una atmósfera donde primase la amistosidad, la informalidad y la intimidad. Si bien las *free clinics* fueron iniciadas por profanos a las profesiones médicas, la tendencia ha sido la reprofesionalización. Abriendo un nuevo espacio de mercado y trabajo, en el que donde no llega el psiquiatra actúa el paraprofesional, anulando las grandes oleadas contestatarias de los años sesenta. En definitiva, asegura Castel, se trata de una organización de la existencia cotidiana compuesta por nuevos ingenieros del alma.

#### El modelo de análisis interaccionista-etnometodológico.

- Médico y naturópata: *“El papel del médico, del terapeuta, es exclusivamente entretener al paciente mientras la naturaleza le cura [...] Los médicos no curamos a los pacientes, deberíamos ser como asesores de salud, invierta usted en este plan de vida [...] El paciente debería pagar al médico solo mientras está sano y cuando enferma dejarle de pagar, como hacían los chinos”* (fin).

El modelo interaccionista-etnometodológico en medicina comparte en gran medida su objeto de estudio con el modelo biotecnocrático. En cambio se distingue por prestar especial atención a los aspectos rutinarios intersubjetivos como la comunicación y el lenguaje.

Alain Coulon (1988) recoge en su libro *La Etnometodología* los objetos de estudio sobre medicina abordados por esta corriente: *“Las prácticas médicas, la gestión de la muerte en los hospitales, las categorizaciones de los pacientes, las prácticas de diagnóstico, de cuidados, de responsabilidad y de trabajo sociales en los hospitales psiquiátricos y servicios hospitalarios para enfermos mentales”* (Coulon, 1988:100).

La obra de Alfred Schütz destaca los aspectos rutinarios e intersubjetivos de la vida cotidiana como la intercomunicación y el lenguaje, su huella se deja ver en la obra de Cicourel, de corte más etnolingüística. Cicourel ha publicado en las últimas décadas una serie de trabajos que abordan el estudio del uso del lenguaje en escenarios médicos (1985; 1987; 1994; 2004; 2005; 2011). A la hora de analizar conversaciones aboga por la necesidad de incluir material etnográfico y realizar observación participante, otorgando así gran importancia al contexto. En un artículo publicado en 1987 añadía lo siguiente: *“He elegido una conversación entre tres médicos en un centro médico universitario para*

*subrayar la importancia del contexto a diferentes niveles de análisis”* (Cicourel, 1987,217). A través de ese material conversacional demuestra la importancia de los detalles socioculturales a la hora de analizar el significado de las conversaciones. En el artículo mencionado anteriormente presenta material empírico que considera representativo de la rutina de actividades burocráticas institucionalizadas en la mayoría de los hospitales universitarios en países occidentales (1987:220). Metodológicamente, Cicourel reflexiona sobre el hecho de grabar las conversaciones y cómo ello condiciona la relevancia que se le otorga a la información recogida.

Por su parte Erving Goffman (2004), en su libro *Internados* cuestiona la relación médico-paciente, al observarla como una relación personalizada de servicios, basada en la reparación, semejante a la relación que tenemos con los mecánicos de coches en los talleres. Actualmente observamos el paso de una relación basada en la reparación propia del modelo biotecnocrático, a una relación de mantenimiento propia de los médicos alternativos. El concepto de relación de mantenimiento no ha de confundirse con aquella rama de la medicina oficial que se centra en la prevención, atendiendo a los factores socioculturales y ambientales de la salud. La relación de mantenimiento a la que nos referimos es aquella donde los médicos pasan a ser, según palabras de un médico alópata y homeópata, “asesores de salud”, a los que hay que pagar mientras uno está sano y dejar de hacerlo cuando enferma. Como si de una compañía aseguradora se tratara. No es por tanto casual que en numerosas ocasiones los médicos alternativos utilicen la palabra cliente para referirse a sus pacientes.

#### El modelo neomarxista.

- Médico organizador: *“Dos personas que tienen que ver de alguna manera con el mundo sanitario... una de ellas forma parte de este hospital como auxiliar al servicio de medicina interna y se la ve pululando mucho por el hospital porque se ha aficionado a una técnica (Reiki) que legalmente no debe estar impartiendo por ahí, pero ella se ha dado a eso”* (fin).

- Farmacéutica y aromaterapeuta: *“Os quería comentar que los patrocinadores que tenemos hoy son Laboratorios Nutergia”* (fin).

- Antigua médica pública y actual médica antroposófica: *“Con nosotros está la directora de Weleda. Es la directora farmacéutica, así que si tenéis dudas de farmacia tenemos una oportunidad estupenda”* (fin).

El modelo de análisis neomarxista en medicina analiza las relaciones de poder y fuerza que se dan entre los diferentes niveles de categorías profesionales sanitarias; la distribución y acceso desigual a los servicios sanitarios; la mercantilización de la salud; y las diferentes formas de sentir la enfermedad según la clase social.

En 1972 Luc Boltanski publica *Los usos sociales del cuerpo*, en el que a través del análisis secundario de datos obtenidos durante más de una década de encuestas, relaciona la sociología y antropología del cuerpo con estudios sobre las prácticas médicas modernas y las categorías socioprofesionales.

Una dimensión del análisis de Boltanski es el carácter de transacción comercial que impera en la relación médico-paciente, principalmente en los médicos privados. El médico intenta limitar el control que sobre sus actos pudiera ejercer el enfermo, así como evitar la apropiación total de la capacidad médica por parte del enfermo. Se trata sobre todo de conseguir el punto óptimo de información médica, según el cual "*los sujetos sociales deberían estar lo suficientemente educados como para percibir sus sensaciones mórbidas y desear recurrir al médico, pero no tanto como para sustituir parcial o totalmente al médico o discutir sus decisiones*" (Boltanski, 1975: 44).

En su empeño por recuperar la dimensión social de los comportamientos corporales, Boltanski focaliza su atención en lo que denomina cultura somática, delimitándola a las variaciones que se producen en el consumo médico según la clase social y las condiciones objetivas de existencia de un grupo. Observa cómo el consumo médico no está relacionado únicamente con factores biológicos o fisiológicos, sino con la necesidad médica, la cual está ligada a su vez con la capacidad para convertir la sensación en síntoma, incrementándose en las clases altas debido a su nivel mayor nivel de instrucción que le otorga más capacidad para verbalizar sus sensaciones (1975:29). Boltanski no obvia la variable económica, pero constata como en grupos diferentes con similares salarios se dan prácticas sanitarias diferenciadas, debido a que están sujetos a normas específicas que rigen cada grupo, es decir, el *habitus*. Ahora bien, estas normas específicas son resultado de condiciones objetivas como puede ser el uso diferenciado del cuerpo entre clases sociales para conseguir los medios materiales de existencia y la densidad médica de una determinada región o área, en la que a medida que satisfacemos unas necesidades aumentan otras,

produciéndose un proceso circular de la satisfacción y de necesidad que provoca la ampliación constante del mercado de bienes y consumo.

En el caso concreto de las MAC está emergiendo una sublínea de investigación que tiene que ver con el estudio clásico de los grupos y categorías profesionales, centrándose en las relaciones de poder existente entre los diferentes niveles de profesionales sanitarios. Un estudio realizado (Kelner 2004) a través de entrevistas a médicos, enfermeros, nutricionistas clínicos y fisioterapeutas canadienses, de ambos sexos, muestra que estos grupos son reacios a la profesionalización de las MAC en vista a salvaguardar su posición dominante en el campo médico. Otro estudio (Adams, 2006) muestra cómo debido a las tensiones y luchas internas entre los obstetricistas y las matronas, éstas últimas defienden las MAC al considerarlas como una extensión de su rol que las provee de mayor autonomía frente a la dominación de los obstetricistas en el cuidado de la mujer.

#### El modelo antimedicina

- Enfermera y alumna: *“Llevo 32 años ejerciendo la enfermería y cuando me detectaron un Colestiatoma me sentí profundamente agotada por la medicina. Dije: no voy a entrar en esa espiral por el cansancio y el agotamiento que me iba a suponer entrar en esa dinámica. Así que me replanteé una dirección diferente”* (diálogo).

-Médico y organizador del curso: (Dirigiéndose a la alumna anterior) *“O sea que tú no cataste el veneno que das todos los días”* (risas) (Fin).

- Mujer: *“No se sabía qué era, el dolor cada día era peor y la dosis de morfina más alta [...] Me medicaron a tope y aquello no mejoraba. La desesperación de mi marido era tal que puso sobre la mesa un montón de alternativas. Y fue la apiterapia [...] Descubrimos cuál era mi enfermedad: era leishmaniosis”* (diálogo).

-Médico: (Dirigiéndose a la alumna anterior) *“Es una enfermedad infecciosa no muy frecuente producida por una bacteria y que muchas veces se debe a una picadura de un insecto o garrapata”* (diálogo).

-Apiterapeuta: *“En este caso fue por un arañazo de un perro”* (diálogo) [...] *Llegamos a esa conclusión por una razón, porque cuando empezamos a tratarla con apiterapia lo que pasó es que apareció aquello que le habían enmascarado con las medicinas”* (fin).

El modelo antimedicina hunde sus raíces en el pensamiento libertario y la contracultura. Se basa en una cierta desconfianza hacia los médicos, los hospitales, la industria farmacéutica y en un temor constante a la intoxicación.

Ivan Illich (2006) es si cabe uno de los mayores exponentes, y defensores radicales, de este modelo. Desarrolla el concepto de iatrogenesis atendiendo a sus dimensiones clínica, social y cultural. La iatrogenesis clínica sería aquellos estados clínicos en los que los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos (2006:554). La iatrogenesis social se refiere a las lesiones que se deben a transformaciones socioeconómicas que engranan con la forma institucional que ha adoptado la asistencia a la salud y que fomentan la burocracia y monopolio médicos (2006:591). La iatrogenesis cultural, se refiere al hecho de que la sociedad haya transferido a los médicos el derecho exclusivo de determinar que constituye enfermedad y quién está enfermo.

Según Illich existe una ilusión en la eficacia de los médicos y sus remedios, ya que si observamos la evolución de las principales epidemias como la tuberculosis, el cólera, la disentería, la fiebre tifoidea, y otras muchas, podemos apreciar que disminuyeron independientemente del control médico y antes de la introducción de antibióticos, como consecuencia de las mejoras en la vivienda, la nutrición, el agua y el aire. Siendo el ambiente un factor determinante en correlación con el nivel de igualdad sociopolítica.

Entre los defensores de las MAC se observa el deseo de devolver la salud a las personas, que según ellos, les fue expropiada por la medicina moderna. Sin embargo, no señalan la necesidad de llevar la enfermedad a su lugar de origen -la familia y el vecindario- como defendían Foucault e Illich. En cambio, enfatizan el hecho de que el paciente pueda elegir entre diferentes opciones médicas, eligiendo su propio camino.

### El modelo culturalista

- Antigua médica pública y actual médica antroposófica: *“El ser humano cuando toma la decisión de encarnarse sobre la Tierra, va pasando por diferentes esferas planetarias. Primero pasa por la de Saturno, donde se forman los huesos, la médula y la sangre. Además coge el carácter de Saturno que es introvertido, investigador, hacia dentro [...] Y luego pasa por la esfera de la Luna donde se forman todas las fuerzas del cerebro y los órganos reproductivos. Por eso cerebro y reproducción están tan unidos. Para luego bajar a la Tierra”* (Fin).

El modelo culturalista en medicina critica el planteamiento metodológico que se basa en comparar únicamente indicadores sociodemográficos clásicos como los ingresos, la edad o la educación. Para descubrir la tendencia cultural que subyace en el campo de la salud y la medicina, hay que partir de indicadores con una base más ancha, como son los valores espirituales y materiales. Por último, hay que relacionar el campo de la salud con elementos de la vida cotidiana como son las modas en la alimentación, la vestimenta, la decoración, el ocio; y las industrias culturales como la prensa popular, los libros de autoayuda, el horóscopo, los *talk shows* y las series.

Illouz en su libro *La Salvación del alma moderna: terapia, emociones y la cultura de la autoayuda* muestra los resultados del análisis de guías populares de autoayuda psicológica; películas; *talk shows* de Oprah Winfrey; teóricos de la psicología y el psicoanálisis; y artículos pertenecientes a revistas como *Cosmopolitan* y *Ladies' Home Journal* escritos entre las décadas de 1930 y 1990. Considera que el discurso terapéutico es excelente *para el análisis cultural porque ha atravesado todo el siglo XX*. Illouz cuestiona la creencia de muchos sociólogos comunitaristas de que el *ethos* terapéutico es antiinstitucional, afirmando todo lo contrario: la creciente *institucionalización del yo* (2010,19).

La antropóloga británica, Mary Douglas, ha combatido la idea de que los llamados pueblos "primitivos" poseen una lógica o método de pensamiento diferente. Para profundizar en ello, en sus últimos trabajos analiza nuestras sociedades occidentales y las conductas contemporáneas no comprensibles desde la racionalidad instrumental y utilitarista. En línea con la investigación realizada por Adorno en *Bajo el signo de los astros*, donde da cuenta del proceso de institucionalización de la superstición y del paso cada vez más importante de los elementos irracionales en la vida moderna.

Douglas (2008) en *Estilos de Pensar: ensayos críticos sobre el buen gusto* sostiene que existe una dimensión común en todas las comunidades, que consiste en una escala de diferentes grados de formalidad (2008, 15). En el capítulo, *La elección entre lo somático y lo espiritual: algunas preferencias médicas*, Douglas sitúa la elección de un tipo de terapias alternativas en el contexto de una tendencia cultural que denomina la delicadeza.

Además profundiza en la construcción que hace el paciente del terapeuta como guía hacia una realidad diferente (Douglas, 2008, 39). Por ejemplo un londinense enfermo que elige una MAC es el que equivalente al aldeano africano que acude a los fármacos. Ambos

no están eligiendo entre ciencia o magia, sino entre la comunidad terapéutica dominante o alternativa. Es posible que las personas que eligen una terapia alternativa en nuestras sociedades estén eligiendo una comunidad terapéutica que los apoye con su amistad y su consejo. No obstante al existir cada vez más campos específicos a los que la gente puede adherirse, se corre el riesgo de ahondar en el conflicto cultural.

En definitiva, para Douglas las MAC representan “*una alternativa cultural a las tradiciones filosóficas occidentales*” (2008,41). Por ello mientras exista un déficit democrático y sigan aumentando los corazones solitarios, la crítica espiritual seguirá desafiando las formulaciones de la medicina occidental.

### **Conclusiones.**

A través del proceso de escritura del relato etnográfico, que no deja de ser un acto performativo, hemos apuntado algunas de las claves para entender el proceso de medicalización, o si se prefiere, institucionalización de las MAC. Una de las hipótesis que cobran más peso es que parte de la medicina oficial está tratando de responder a la ofensiva de prácticas sanitarias no médicas (“intrusismo”) incorporando las MAC y sustituyendo una relación médico-enfermo basada en la reparación a una basada en el mantenimiento (que no prevención), donde el médico/a es “*asesor de salud*”, terapeuta y guía emocional. No obstante, como hemos observado es imprescindible la combinación de múltiples modelos de análisis para llegar a una comprensión profunda del fenómeno.

### **Bibliografía**

- ABELA, J. A. (2007), Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo, Madrid, CIS.
- ADAMS, J. (2006), “*An exploratory study of complementary and alternative medicine in hospital midwifery: Models of care and professional struggle*” en *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(1): 40-7.
- ÁLVAREZ-URÍA, F. (2009), Sociología de las instituciones: Bases sociales y culturales de la conducta, Madrid, Morata.
- BARRETT, B. (2003). Themes of holism, empowerment, access, and legitimacy define complementary, alternative, and integrative medicine in relation to conventional biomedicine. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(6), 937-947.

- BOLTANSKI, L. (1975), *Los usos sociales del cuerpo*, Buenos Aires, Periferia.
- CASTEL, F., CASTEL, R., (1980), *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*, Barcelona, Edit Anagrama.
- CICOUREL, A.V. (2005), "*Bad news, good news: Conversational order in everyday talk and clinical settings*" en *Language in Society*, 34(2), 282-291.
- CICOUREL, A. V. (1985), "*Reasoning and diagnosis: the role of language and clinical understanding in medicine*" en *Actes De La Recherche en Sciences Sociales*, (60), 79-89.
- CICOUREL, A. V. (1994), "*Distributed knowledge in collaborative medical diagnosis*" en *Sociologie Du Travail*, 36(4), 427-449.
- CICOUREL, A. V. (1987), "The interpenetration of communicative contexts: Examples from medical encounters" en *Social Psychology Quarterly*, 50(2), 217-226.
- CICOUREL, A. V. (2004), "*Cognitive overload and communication in two healthcare settings*" en *Communication & Medicine*, 1(1), 35-43.
- CICOUREL, A. V. (2011), "*The effect of neurodegenerative disease on representations of self in discourse*" en *Neurocase*, 17(3), 251-259.
- COLLER, X. (2005), *Estudio de casos*, Madrid, CIS.
- COULON, A. (1988), *La etnometodología* (2ª ed. ed.), Madrid, Cátedra.
- COULTER, I. D.(2004), "*The rise and rise of complementary and alternative medicine: A sociological perspective*" en *Medical Journal of Australia*, 180(11), 587-589.
- DOUGLAS, M. (2008), *Estilos de pensar: Ensayos críticos sobre el buen gusto*, Barcelona, Gedisa.
- DU CASTEL, F. (1980), *La sociedad psiquiátrica avanzada: El modelo norteamericano*. Barcelona, Anagrama.
- EASTWOOD, H. (2000), "*Why are australian GPs using alternative medicine? Post-modernisation, consumerism and the shift towards holistic health*" en "*Journal of Sociology*", 36(2), 133-156.
- FOUCAULT, M. (1999), *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (19ª ed. (1ª de Siglo XXI de España) ed.), Madrid, Siglo XXI de España.
- GIMÉNEZ, F. (1999), *Médicos al óleo*, Madrid, Ediciones Europubli.
- GOFFMAN, E. (2004), *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1a. ed., 8a. reimp.ed.), Buenos Aires, Amorrortu.
- HART, N. (1985), *The Sociology of Health and Medicine*, Ormskirk, Causeway Press.



- Henderson, L. J. (1935), "*Physician and patient as a social system*" en *New England Journal of Medicine*, 212, 819-823.
- ILLICH, I. (2006), Obras reunidas. México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- ILLOUZ, E. (2010), La salvación del alma moderna: terapia, emociones y la cultura de la autoayuda, Madrid, Katz Editores.
- KELNER, M. (2004), "*Responses of established healthcare to the professionalization of complementary and alternative medicine in Ontario*" en *Social Science & Medicine*, 59(5), 915-930.
- MALINOWSKI, B. (1994), Magia, ciencia, religión ([1a. ed. en col. Ariel] ed.), Barcelona, Ariel.
- MERTON, R. K. (1938), "*Social structure and anomie*" en *American Sociological Review*, 3(1), 672.
- MIZRACHI, N. (2005), "*Boundary at work: Alternative medicine in biomedical settings*" en *Sociology of Health & Illness*, 27(1), 20-43.
- PARSONS, T. (1976), El sistema social ([2a. ed.] ed.), Madrid, Revista de Occidente.
- VARELA, J. (2008), Materiales de sociología del arte, Madrid, Siglo XXI de España.