



## **Desafíos para la antropología de la salud: Repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación, la investigación y la acción**

**Challenges for a socio-anthropology of health: towards a theoretical and methodological approach regarding training, research, and action**

**Andrea Álvarez Carimoney**

Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Santiago, Chile) andrealcar@gmail.com

**Marisol E. Ruiz Contreras**

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (Valdivia, Chile) marisol.ruiz@uach.cl

**María Sol Anigstein**

Departamento de Antropología y Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Santiago, Chile) msanigste@uchile.cl

**Ana María Oyarce**

Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Santiago, Chile) aoyarce@med.uchile.cl

### **Resumen**

En este artículo se reflexiona sobre la Antropología de la Salud, entendida como un campo de convergencia entre las ciencias sociales y las ciencias biomédicas, para dar cuenta de sus posibilidades y desafíos en la disciplina de la salud pública. Se propone un enfoque dialógico crítico sobre los paradigmas que sustentan ambas disciplinas, configurando un espacio transdisciplinario que oriente la investigación y la docencia hacia la transformación de las condiciones de existencia que subyacen a las principales determinaciones de la salud y el bienestar de las personas y comunidades. A partir de la dicotomía mente-cuerpo en salud mental y salud reproductiva, se proponen tres áreas de tensión, con sus respectivas propuestas que hacen de la antropología una perspectiva única y poderosa para trabajar en el campo de la salud pública, a saber: tensión paradigmática y transdisciplinariedad; los dilemas entre lenguajes disciplinares y traducibilidad, así como la problemática entre antropología médica y antropología aplicada, proponiendo una antropología de la salud crítica, aplicada e implicada.

**Palabras clave:** antropología de la salud, antropología médica crítica, salud pública, transdisciplinariedad



### Abstract

This article reflects upon on the Anthropology of Health, understood as a field of convergence between the social sciences and the biomedical sciences, to account for its possibilities and challenges in the discipline of public health. A critical dialogical approach is proposed on the paradigms that support both disciplines, configuring a transdisciplinary space that guides research and teaching towards the transformation of the conditions of existence that underlie the main determinations of the health and well-being of people and communities. Based on the mind-body dichotomy in mental and reproductive health, three areas of tension are proposed, with their respective proposals that make anthropology a unique and powerful perspective to work in the field of public health, namely: paradigmatic tension and transdisciplinarity; the dilemmas between disciplinary languages and translatability, as well as the problematic between medical anthropology and applied anthropology, proposing a critical, applied and implied anthropology of health.

**Key words:** anthropology of health, critical medical anthropology, public health, transdisciplinarity

## 1. INTRODUCCIÓN

Las ideas presentadas a continuación forman parte de una discusión de larga data que ha intentado dar cuenta de las complejidades del quehacer antropológico cuando dialoga con otras disciplinas cuyo marco de acción proviene de paradigmas diversos (Menéndez 1985; Scheper-Huges 1990). Este artículo se introduce en esa reflexión, utilizando como ejemplo algunas de nuestras experiencias como antropólogas que trabajan en salud pública. Nuestro objetivo no es realizar una revisión histórica, aunque abordaremos de manera general algunos hechos que nos parecen relevantes de considerar, del mismo modo que no esperamos desarrollar una línea de pensamiento sobre las temáticas que serán tratadas. Buscamos situarnos en esa discusión, desde una óptica involucrada en el abordaje de los problemas y en el quehacer de la salud pública, tal como dejaremos de manifiesto en la revisión de los ejemplos que discutamos.

Este artículo recoge la reflexión y síntesis colectiva entre antropólogas que trabajamos en el campo de la salud pública desde la academia, esto es, en los campos de la investigación científica y los procesos de enseñanza-aprendizaje en el contexto de la docencia universitaria en dos instituciones, la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossens de la Universidad de Chile, y el Instituto de Salud Pública de la Universidad Austral de Chile, aun cuando este núcleo de Antropología y Salud del cual somos parte surgió bajo el alero de la primera institución. Partimos de la pregunta sobre los desafíos de hacer antropología de la salud desde una perspectiva crítica, a la luz del paradigma hegemónico de la biomedicina que se ha impuesto en la salud pública –positivista, que además utiliza de manera prácticamente exclusiva la metodología cuantitativa-, cuyos principios tensionan el sentido y la forma de nuestro quehacer en tanto antropólogas salubristas. Es entonces que en el encuentro entre antropología y salud pública se reabren dos debates que nos interesa abordar: 1) sobre la antropología médica crítica y la necesidad de que sea una disciplina aplicada (Scheper-Hughes 1990), y 2) el debate enunciado por Menéndez (1985), quien propone hacer una antropología de los procesos de salud-enfermedad-atención profundizando en el rol que juegan las condicionantes sociales y materiales de la enfermedad junto con las relaciones de poder que están a la base de los padecimientos. El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de nuestra labor como antropólogas en el campo de la salud pública, tomando como punto de partida estos dos debates



para llegar a una reflexión sobre las posibilidades y desafíos de hacer, en la actualidad una antropología de la salud crítica aplicada y –como proponemos en este artículo- implicada.

Comenzaremos la discusión con un posicionamiento desde la antropología de la salud y sus implicancias; luego desarrollaremos a la luz de dos ejemplos, tres tensiones que creemos existen entre el campo de la salud pública y la antropología de la salud, estas son: la tensión paradigmática de ambos campos y el modo en que se enfrentan ambas visiones; la tensión entre los lenguajes disciplinares (que se desprende de la primera tensión), y la tensión entre una antropología médica y una antropología de la salud crítica aplicada e implicada; para finalizar con una propuesta de acción que contribuya a diluir las tensiones observadas.

## 2. ¿ANTROPOLOGÍA MÉDICA O ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD?

Para comenzar a desarrollar nuestro pensamiento en torno a los alcances del quehacer antropológico en salud pública, consideramos necesario hacer una breve síntesis para contextualizar desde dónde nos enmarcamos, si desde la antropología médica, o desde una antropología de la salud.

La antropología médica es una disciplina aplicada de la antropología social y cultural, que ha adquirido importancia en los últimos años, especialmente para la salud pública, pese a lo cual es prácticamente desconocida para amplios sectores de la medicina contemporánea (Salaverry 2017). La moderna antropología médica comienza alrededor en la segunda mitad del s. XX, a partir del desarrollo de la antropología cultural norteamericana, en sus primeras etapas y en su vertiente latinoamericana como señala Menéndez (1985), tuvo una especial dedicación a las medicinas tradicionales y una inclinación por el estudio de los sistemas médicos populares. Los enfoques más comunes de la antropología médica tuvieron una inclinación hacia la dimensión aplicada en la solución de problemas socioculturales concretos, la llamada antropología médica aplicada a la salud, o el enfoque pragmático (Martínez-Hernández 2008) experimentó un notable desarrollo a partir de la Segunda Guerra Mundial en la creación y aplicación de programas de desarrollo en salud pública. En este período es cuando la antropología médica comienza a asumir un rol aplicado, y logra perfilarse como una disciplina tanto teórica como práctica, cuyo objetivo de hacer más efectivos los programas biomédicos en poblaciones indígenas con un marcado énfasis colonialista no estuvo exento de críticas.

Menéndez introduce otro dilema para la antropología médica recogiendo los cuestionamientos que se desarrollaron hacia la disciplina, señalando que, por una parte, se han hecho grandes esfuerzos por describir situaciones y condiciones sin dar el necesario paso a la explicación de los fenómenos y, por otra parte, “la revisión de la producción antropológica regional nos indica que casi exclusivamente se estudian las enfermedades y los padecimientos, pero no la salud” (2018: 466). Es desde los países europeos de habla inglesa -con la consolidación de la antropología médica crítica- donde se comienza a objetar que la antropología médica se vincule exclusivamente con la medicina, puesto que se centraría sólo en la medicalización de la disciplina. Por el contrario, se busca alcanzar una visión más amplia del proceso estudiado, proponiendo cambiar el nombre hacia antropología de la salud (Martínez-Hernández 2008).

Si bien el término más utilizado para nuestro campo disciplinar es antropología médica, en este artículo nos situamos desde la antropología de la salud, entendida como una propuesta más amplia e inclusiva en la que se problematizan aspectos que trascienden el estudio de la construcción y significado de la enfermedad y las formas organizadas de atención de la salud, incluyendo de manera explícita y central



aspectos económicos, políticos y socioculturales que se ensamblan en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención. Recogemos en este enfoque lo señalado por Didier Fassin cuando sostiene que “se trata de constituir una antropología política de la salud con sus respectivas declinaciones en antropología política del cuerpo, de la medicina y de la salud pública” (Fassin 2004: 295).

En este escenario, el papel de la antropóloga que trabaja en el campo de la salud pública implica enfrentar las tensiones en relación con la potencia y alcance que han tenido las ciencias naturales en el desarrollo de la salud pública y, al mismo tiempo, asumir las limitaciones teórico-metodológicas propias de la antropología, en un campo de acción donde impera el modelo biomédico, el denominado modelo médico hegemónico (Menéndez 2003), caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normalización, de control y de legitimación (Menéndez 2020).

### **3. TENSIONES EN JUEGO ENTRE LA ANTROPOLOGÍA Y LA SALUD PÚBLICA**

Iniciaremos esta reflexión utilizando como ejemplo algunos fenómenos que han sido abordados por parte de dos investigadoras de este equipo. A través de estos ejemplos profundizaremos en las tensiones que hemos propuesto y aportaremos algunos caminos que pueden responder a este diálogo.

El primer ejemplo se presenta en el campo de la salud mental. El concepto de la mente separada del cuerpo físico surge de categorías profundamente positivistas (Foucault 1966, 2007; Kleinman y Good 1985; Kleinman y Cohen 1997; Cohen 2016), así como lo son también los conceptos de cuerpo y persona (Pérez 2004; Mills 2014). Estos conceptos naturalizados como universales son parte estructurante del modelo médico hegemónico (Menéndez 2003) y el consecuente abordaje sanitario de los padecimientos catalogados en el espectro de la salud mental. Las tensiones se hacen evidentes en el encuentro entre antropología y el abordaje sanitario de la salud mental, cuando se aplican los conceptos de enfermedades mentales como si fueran una realidad inmutable y no construcciones culturales y representaciones sociales.

Otra materia de investigación que sirve como ejemplo a la tensión paradigmática entre el abordaje de la salud pública y el que tiene la disciplina antropológica es el de aborto inducido. En nuestro país, el aborto fue completamente ilegal entre los años 1989 y 2017. Previamente existía una norma que permitía el aborto terapéutico y a partir del 2017 existe la ley de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Desde la salud pública, el abordaje histórico del aborto ha puesto en debate las cifras que lo vinculan a la mortalidad materna; situándose en esa vereda se releva la magnitud del fenómeno. Desde la antropología, históricamente, se intenta comprender las condiciones materiales, culturales, relacionales, económicas, en suma, las subjetividades de las mujeres como protagonistas en la realización de los abortos. Estas dos miradas tienen acentos diversos sobre el fenómeno, aunque ambas enriquecen la comprensión integral sobre el aborto como profundizaremos más adelante.

#### **3.1 Tensión paradigmática entre la antropología y la salud pública**

Quisiéramos partir señalando que existe una tensión histórica entre la disciplina antropológica y la disciplina de la salud pública. La antropología, que florece como disciplina social vinculada a un paradigma de corte constructivista, y que utiliza casi exclusivamente la metodología cualitativa, entra en tensión con



la corriente de pensamiento en la cual ha estado inmersa históricamente la salud pública tradicional, el paradigma positivista o pospositivista, que tiene un correlato metodológico eminentemente cuantitativo. Esto tiene consecuencias no solo a nivel epistémico, sino que influye en múltiples aristas del quehacer académico y científico, ¿Cuánto pesan estas definiciones iniciales en nuestras maneras de abordar la complejidad social, en los marcos teóricos, en los abordajes metodológicos, en las líneas de acción para construir políticas públicas y en las conversaciones interdisciplinarias? ¿Cómo se construyen las expectativas e inciden (e incidimos) en nuestros/as colegas de las profesiones de la salud considerando los paradigmas desde los que nos situamos?

La primera tensión que queremos profundizar es la que enfrentamos como antropólogas que trabajan en salud, lo que puede situarnos entre dos paradigmas distantes –el que ha imperado en las ciencias de la salud, y el que ha imperado en antropología-, y que son parte de la disputa por definir lo que llamamos salud y/o enfermedad. Aunque algunos autores (Echeverri Hernández 2010; Murillo 2017) plantean que estos dos paradigmas han tenido una fuerte relación con cierta complementariedad desde sus orígenes y que esto ha permitido configurar puntos de encuentro hasta la actualidad, el paradigma dominante en salud, el de las ciencias naturales y la biomedicina, ha marcado el sello de los abordajes en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención (Foucault 1966, 2007; Rose 2013). En el caso particular de la salud pública, como señala Restrepo, “las estrechas relaciones históricas entre la medicina y la salud pública han tenido como consecuencia, para esta última, la herencia de rasgos epistemológicos propios de la concepción positivista de la ciencia en la que se ha apoyado gran parte de los desarrollos teóricos de la medicina moderna” (2011: 94). Consecuentemente la salud pública continúa siendo el área con mayor anclaje a las ciencias sociales (dentro de este panorama cargado hacia el positivismo o pospositivismo), debido a su enfoque poblacional de la enfermedad que trasciende lo individual, y que la empuja a preguntarse por elementos estructurales o estructurantes de los resultados en salud para determinadas poblaciones.

En el ejemplo esbozado anteriormente sobre salud mental, la comprensión del cuerpo escindido de la mente como herencia cartesiana imprime enormes dificultades epistemológicas en el abordaje concreto de los padecimientos, en particular en comunidades con identidades culturales o sistemas médicos distintos al biomédico. El papel de la antropología es de vital importancia frente a estas tensiones para buscar un camino dialógico y relacional entre cuerpo y emociones (Martínez-Hernández 2006). En cuanto al segundo caso expuesto, de aborto inducido, la antropología de la salud puede constituirse en un puente que enriquece el conocimiento del fenómeno: vinculando el enfoque poblacional de la salud pública con la comprensión de la dimensión subjetiva, situada y sociocultural del aborto.

Para poder profundizar este puente que consideramos necesario que debe tejerse entre la visión salubrista clásica y la perspectiva antropológica, proponemos un abordaje transdisciplinario de los fenómenos. La brecha entre las disciplinas y los saberes, y la fragmentación de la realidad en objetos de estudio inconexos imposibilitan abordar fenómenos complejos que vayan más allá de los compartimentos estancos disciplinares y debilitan una aproximación pertinente y consistente que debiera caracterizar a la salud pública. En palabras de Restrepo “mientras las ciencias naturales y las ciencias sociales se disputan su objeto de estudio –la salud-, las condiciones de vida de las personas y los colectivos humanos se hacen cada vez más críticas y la voz de los científicos, cada vez más tímida e inoperante” (2011: 95).



Pérez y Setién (citados por Gavilán et al. 2018: 71) proponen que la complejidad del mundo nos obliga a valorar los fenómenos interconectados. Estos autores sugieren que las actuales situaciones físicas, biológicas, sociales y psicológicas no actúan, sino interactúan, recíprocamente. Así, indican que lo transdisciplinario tiene como intención superar la fragmentación del conocimiento, más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplina) y del intercambio epistemológico y de métodos científicos de los saberes (interdisciplina). Para estos autores, la transdisciplinariedad es un proceso según el cual los límites de las disciplinas individuales se trascienden para tratar problemas desde perspectivas múltiples con vistas a generar conocimiento emergente. Estos planteamientos nos ayudan a revisar las prácticas profesionales y de investigación a partir de las cuales podemos hacer el ejercicio de responder estas preguntas en el contexto de la realidad chilena.

Trabajar sobre los puntos de encuentro que sirvan para tender los puentes necesarios requiere una autocrítica constante y una atención continua a las relaciones que se van construyendo entre ambos mundos. Nuestra propuesta es que no basta con que las distintas disciplinas aporten en la producción de conocimiento para la explicación de un fenómeno; sino que es necesario el desarrollo de nuevos lenguajes transdisciplinarios, de nuevos entendimientos integradores donde se produzca la co-construcción de conocimiento en espacios colaborativos en los que participen investigadores/as de manera horizontal, donde las distintas perspectivas aporten a profundizar la lectura y los abordajes sobre los problemas de salud pública. En efecto, si bien representa un pilar para las políticas públicas, el campo de la salud pública está cada vez más tensionado por la necesidad de abordar problemas complejos, ante los cuales requiere tener una perspectiva transdisciplinar. Coincidimos con Benach, Pericàs y Martínez-Herrera (2017: 44) quienes señalan "(...) la urgente necesidad de disponer de científicos críticos que realicen análisis sistémicos (una suerte de "ciencia total"), en centros de investigación transdisciplinares que sean alternativos al sistema actual de investigación hegemónico, cada vez más reduccionista y mercantil, que simplifica la realidad y privatiza el saber convirtiéndolo en parte de un negocio clasista pensado las más de las veces para justificar el orden social existente".

El abordaje que proponemos debe contemplar que el campo de la salud pública no está exento de disputas epistemológicas, lo cual se evidencia en la coexistencia de diferentes corrientes (la corriente institucional y hegemónica, la medicina social latinoamericana, la salud colectiva, entre otras). La relación transdisciplinar debería facilitar la reflexión sobre las propias bases epistemológicas y ontológicas de nuestras disciplinas. Y en ese ejercicio, que es el único ejercicio que realmente puede llevar al diálogo transdisciplinario, se puede avanzar hacia el objetivo último del quehacer científico: la transformación social.

El empuje de una comprensión profunda sobre la ciencia y la investigación, algo que ha procurado largamente la antropología, puede ir abriendo nuevas preguntas e inquietudes para todo el campo disciplinar de la salud pública, y repercutir en las diversas profesiones que contribuyen en su quehacer.

### **3.2 Tensión entre los lenguajes propios de cada campo disciplinar**

Como hemos sostenido, en el marco de la salud pública el desafío disciplinar de la antropología debiera sostenerse en el avance hacia una innovación e integración metodológica transdisciplinaria. Como consecuencia, para el estudio de los fenómenos relacionados con salud, no resulta fructífero defender cuál enfoque metodológico (si el cualitativo o el cuantitativo) se adecúa más al objetivo de una





investigación, entendiendo que no hay una jerarquía entre ambas aproximaciones, ni mayor objetividad –como valor intrínseco- de uno respecto del otro (Silva Aycáguer 2000). Se trata de establecer al menos un lenguaje compartido, construyendo preguntas y objetivos de investigación comunes que abran paso a entender de manera integral los fenómenos que se estudian.

Volvamos al ejemplo de la salud mental. Desde la perspectiva biomédica, la depresión es abordada a partir de los cambios en la función y el efecto de los neurotransmisores en el cerebro, y cómo interactúan con los neurocircuitos involucrados en mantener la estabilidad del estado de ánimo, en suma, como un desequilibrio biológico (Milak et al. 2005). Desde la antropología, el abordaje intercultural de la depresión permite iluminar al menos dos cuestiones. Por una parte, que la depresión responde a una etnocategoría occidental que carece de sentido aplicar como tal en contextos no occidentales como los pueblos indígenas, y, por otra parte, que la antropología ofrece posibilidades de ampliar la comprensión de la tristeza con un abordaje centrado en las experiencias y en los idiomas locales que expresan las pérdidas de fuentes de valor (Kleinman y Good 1985; Kleinman y Cohen 1997; Cohen 2016). La experiencia de investigación en mujeres Mapuche con diagnósticos de depresión clínica ha mostrado que la mayoría expresa la enfermedad en el cuerpo, es decir somáticamente; atribuyendo su dolencia a dimensiones relacionales como “mal por envidia”, “transgresiones” y “castigos”. Los signos y síntomas espontáneos y guías de la dolencia son múltiples, todos condensados en un “idioma del malestar” que es siempre local (Nichter, 1981, 2010), denominado *piwke kutran* (“dolor al corazón”) que implica angustia, pena, rabia, sensación de falta de aire, dolor de estómago. Se produce por conflictos familiares y de pareja, pobreza, preocupación por la situación de vida, migración de los hijos y malestar en general. El *piwke* corresponde a toda la zona epigástrica que puede traducirse como “corazón”, pero que claramente no corresponde al concepto del órgano biomédico, ya que se trata de un espacio del cuerpo físico donde se acumulan las preocupaciones, penas y lágrimas con sensación de opresión, ahogo y dificultad para tragar (Oyarce 2021).

Estos dos lenguajes, que pueden en ocasiones parecer irreconciliables, conducen a un desdoblamiento del fenómeno y del padecimiento, que suele afectar a las propias comunidades, debido a que las intervenciones que se planifican y ejecutan resultan ser poco o nada pertinentes en términos culturales.

En relación con este tema postulamos un campo compartido de conocimiento tanto para la investigación, formación de los/as profesionales de la salud pública y acción intercultural evitando el etnocentrismo y colonialismo en el diagnóstico de las enfermedades mentales, especialmente en la depresión considerada la “epidemia de occidente”. Este campo de acción transdisciplinar debe explorar y abordar seis aspectos claves: la relación entre cuerpo, mente y emociones; la construcción cultural de la persona; la orientación del ego en la cultura; el lenguaje de las emociones; los “idiomas del malestar” y el “trabajo de la cultura”.

Desde el enfoque que proponemos, la posición que sostiene a la depresión como una entidad culturalmente invariable no puede afirmarse. Por el contrario, es contundente la evidencia epidemiológica y narrativa de la investigación antropológica en países no occidentales que pone en cuestión dicha afirmación. Así, la depresión tal como está categorizada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) solo puede ser comprendida en el contexto actual del modelo médico hegemónico, neoliberal e individualista que la configura (Oyarce 2018a, 2018b, 2021).

El ejemplo relacionado con la salud mental nos conduce a relevar la necesidad de moverse entre paradigmas con cierto grado de libertad. Este desafío requiere contar con un conocimiento profundo



sobre las bases ontológicas y epistemológicas de la biomedicina como sistema, práctica e ideología, y sobre metodologías y técnicas de investigación propias de dicho campo. En el fondo, se trata de una interpelación a nuestra propia disciplina y al modo en que nos situamos “entre” ésta y la salud pública, generando una especie de bisagra que nos permita hablar los dos idiomas y articular, en conjunto con el resto de los profesionales de la salud pública, uno propio, distinto e integrado. Debemos ser capaces de comprender cómo operan las lógicas de los/as profesionales del campo de la salud desde un lugar que no caiga en prejuicios, estereotipos o reduccionismos. Proponemos entonces desarrollar una labor de traductibilidad entre los campos de la salud pública y la antropología para actuar a modo de bisagra, propiciando la articulación entre ambos mundos.

Tal como plantea Granda (2004), en el contexto del necesario viraje de un salubrismo técnico normativo a un salubrismo intérprete-cuidador nuestro papel debiera encaminarse al de una mediación que pueda desarrollar acciones orientadas a la promoción del cuidado de la salud, que se articule estratégicamente entre los poderes científico, político y comunitario para mejorar las condiciones de salud y de vida, como objetivo final de cualquier acción en salud pública. En otras palabras, el papel de traductibilidad no debe situarse solamente entre el mundo científico y los mundos locales, como es lo habitual del trabajo antropológico, sino también entre paradigmas, lo que implica propiciar diálogos interdisciplinarios para un desarrollo transdisciplinar. Con ello es necesario considerar que la antropóloga que trabaja en salud está de manera permanente entre múltiples mundos, entre los cuales siempre hay relaciones de poder que debiéramos visibilizar y hacer explícitas desde una perspectiva crítica para generar procesos de transformación social. Esta explicitación de las relaciones de poder requiere necesariamente un posicionamiento político, aspecto que será desarrollado a continuación.

### **3.3 Tensión entre una antropología médica y una antropología de la salud crítica aplicada e implicada**

Una tercera tensión a examinar en este trabajo es la planteada por la antropóloga Nancy Scheper-Hughes (1990) quien desarrolla un debate en torno a la antropología médica aplicada convencional. Ella señala que en este enfoque no hay rupturas epistémicas con la medicina científica, y la compara a la eventual ruptura de la antropología social con el mundo colonial y su hegemonía. En el contexto del auge de una antropología aplicada que sirve a fines pragmáticos (Martínez-Hernández 2008), los/as antropólogos/as aplicados/as a la clínica parecen estar trabajando por una expansión del conocimiento y la experiencia biomédica, donde se pueda incluir algún reconocimiento de las dimensiones no biológicas y sociales de la enfermedad. Scheper-Hughes llama la atención sobre el peligro que representa el que los padecimientos sean medicalizados y privatizados en lugar de politizados y colectivizados, tal como podríamos decir, sucede en la aplicación del enfoque biomédico en el tratamiento de la depresión.

La autora propone entonces una antropología médica alternativa y críticamente aplicada que necesita en primer lugar desengancharse, des-identificarse de los intereses de la biomedicina convencional. Desde este enfoque argumenta tres formas para que la antropología médica aplicada sea crítica: 1) Una medicina “rápida y corporal” que pueda reducir en vez de ampliar los parámetros de eficacia médica, haciendo un llamado para trabajar en un modelo más humilde de atención médica como si fuese un trabajo de “plomaría”, simple, un “trabajo corporal” que dejaría el papel de abordar enfermedades sociales y curación social a activistas, políticos, y enfermedades psicológicas/espirituales y otras formas de malestar existencial para los curanderos etnomédicos y espirituales; 2) Estandarización de medicinas alternativas, que conlleva el desarrollo de un discurso antropológico sobre la problemática, considerando formas no





biológicas de curación centrado en sus propios significados y marcos de referencia, que permita alternativas válidas a la hegemonía biomédica, y; 3) Uso de la institucionalidad biomédica como plataforma para una revolución.

Un discurso antropológico médico crítico podría comenzar preguntando en qué podrían convertirse la medicina y la psiquiatría sí, más allá de los objetivos y valores científicos que defienden, comienzan a reconocer las necesidades no satisfechas y los anhelos frustrados que pueden desencadenar una explosión de síntomas de la enfermedad, “entonces podríamos comenzar a tener las bases para una medicina verdaderamente "social" y una antropología médica aplicada críticamente” (Scheper-Hughes 1990: 71).

Esta propuesta dista mucho de una vertiente positivista, desde donde, por lo general, se construye ciencia en salud pública. Un ejemplo que sirve a la comprensión de una antropología de salud crítica es el caso del aborto inducido. Retomando lo señalado previamente, se trata de un fenómeno que suele utilizarse en el ámbito sanitario como un modelo de desarrollo de políticas públicas, en el que la introducción de avances tecnológicos –anticoncepción- disminuyó drásticamente la mortalidad materna asociada al aborto inducido que fue habitual hasta hace unas cinco décadas. La perspectiva sanitaria en Chile se ha ocupado de caracterizar el fenómeno en su magnitud, a través de indicadores que dan cuenta del descenso de la mortalidad (Donoso y Carvajal 2012), el tránsito de una tasa global de fecundidad de 5,4 hijos por mujer en 1960 a 1,9 hijos por mujer en 2014 (Szot 2003), el comienzo de la maternidad a edades cada vez más tardías (Donoso 2004) y la actividad sexual cuyo inicio ocurre en edades más tempranas (Donoso 2004; Donoso y Carvajal 2012), dando cuenta de una ampliación del periodo de actividad sexual sin fines reproductivos y de un cambio en la norma procreativa.

La interpretación de estas cifras, sin embargo, apuntan a direcciones contrapuestas; por un lado, se interpretan como un éxito sanitario debido al uso de métodos anticonceptivos y la capacidad de las mujeres de controlar su fecundidad, negando la existencia del aborto inducido a partir de la disminución de la mortalidad materna por aborto (Donoso 2004; Koch et al. 2012) –aunque no lo señalen las publicaciones se trata de autores, abiertamente antiaborto que, sin embargo, no se han posicionado explícitamente de ese modo. Por otro lado, utilizando cifras estimadas a partir de egresos hospitalarios por complicaciones relacionadas con abortos, otros autores afirman la existencia del aborto clandestino en una cifra que daría cuenta de un hecho que sería cotidiano –más de 100 mil abortos anuales- (Molina et al. 2013). Es decir, la construcción sanitaria del fenómeno del aborto inducido podría conducirnos a dos interpretaciones, y por tanto discursos respecto a la realidad, opuestas; afirmar o no la existencia del aborto clandestino. No hay que perder de vista que en ambos casos se trata de actores interesados en el debate, y que debieran tener un posicionamiento explícito en virtud de favorecer un proceso de transparencia y de promoción de la perspectiva crítica.

Desde la vereda de la antropología de la salud en Chile, Mónica Weisner se ocupó tempranamente del fenómeno. Ya en 1985 publica un trabajo pionero que exploró las motivaciones que tenían las mujeres de sectores populares respecto a su decisión de abortar y los determinantes sociales que las aquejaban. La antropología, que se ocupa de los fenómenos sociales desde el punto de vista de quienes los vivencian, no podría dudar acerca de la existencia del aborto inducido en nuestro país. Las cifras esconden una realidad puesto que se trata de un hecho clandestino (completamente clandestino hasta hace solo el año 2017 cuando entró en vigencia la ley de aborto en tres causales). No obstante, esta realidad es habitual



desde la experiencia de las mujeres. La regulación de la práctica del aborto, su licitud o prohibición, se liga históricamente con la particularidad de los contextos políticos, sociales y culturales. El control de la capacidad reproductiva de las mujeres es funcional a las necesidades societales en las que se entrelazan consideraciones sobre las culturas, intereses políticos y hegemónicos, discursos religiosos y morales, y estrategias de modelos de desarrollo (Maira 2010). Estas transformaciones, que se han acelerado en las últimas cinco décadas, se conectan a otros cambios socioculturales en la esfera de las relaciones de género y en la situación de las mujeres y reflejan una expansión en su capacidad para decidir respecto de la maternidad como un proyecto personal, a ser gestionado en el marco de un conjunto de otras dimensiones del proyecto biográfico (Shepard 2000; Palma et al. 2018). La transgresión de la norma legal es comprensible si consideramos un acercamiento transdisciplinario, que considere el contexto sociocultural, al mismo tiempo que las estrategias individuales que permiten a las mujeres apropiarse del uso de tecnología para interrumpir un embarazo de forma clandestina, pero segura (Palma, Moreno y Álvarez 2020); de manera que los abortos no se traduzcan en muertes (Palma et al. 2018).

Como señalamos, la tensión hacia una antropología de la salud crítica aplicada e implicada, debiera ocuparse de fenómenos ligados a los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados, con una mirada crítica respecto al papel de la biomedicina y los procesos de medicalización que surgen a partir del modelo médico hegemónico. En esta línea podría situarse la desmedicalización de la depresión y del aborto. En el primer caso, varios/as psiquiatras que trabajan desde perspectivas teóricas de la salud colectiva crítica han hecho explícita la patologización de las conductas de la vida cotidiana y las relaciones entre el poder de la industria farmacológica y el aumento de los diagnósticos de depresión, especialmente en mujeres de los sectores subalternos (García 2019; Cohen 2016; Desviat 2016). Desde otro punto de vista, en el caso del aborto, el que ocurra fuera del contexto sanitario, no implica que las mujeres no apropien conocimiento biomédico y tecnología para realizar los procesos. Aunque poco estudiado aún, es posible sostener, siguiendo el trayecto de otros países de la región (Guttmacher Institute 2015), que el uso de métodos tradicionales y de métodos quirúrgicos, ha sido reemplazado en las últimas décadas por la utilización de fármacos específicos para interrumpir embarazos. Estos últimos posibilitarían la autogestión del aborto y serían más seguros para la salud de las mujeres (Ramos 2016), aunque en Chile su distribución está fuertemente restringida. No obstante, esta práctica se ha realizado y se continúa haciendo de forma clandestina de forma autónoma o a través de redes solidarias de acompañamiento feminista.

La mayor capacidad de autonomía de las mujeres respecto de las decisiones personales en el ámbito de sus trayectorias reproductivas no ha devenido solo en una nueva norma cultural, sino que se afirma como un derecho a ser garantizado, lo que tiene consecuencias en el espacio sanitario, el abordaje de las relaciones "médico-pacientes", y la construcción de una salud pública que responda a los cambios socioculturales del mundo actual.

El desafío, entonces, no es solo para la investigación, sino también para las consecuencias que tiene el proceso investigativo, los motivos para generar el conocimiento que se desarrolla, y el modo en que se realiza. Por otra parte, se enarbola un enorme desafío para la docencia que se dicta en las disciplinas vinculadas a las ciencias de la salud, puesto que se requieren hacer comprensibles los fenómenos desde una perspectiva sociocultural. Esto tiene relación con el conocimiento situado y la traductibilidad que requiere necesariamente un posicionamiento, vinculado a lo ideológico, pero también a lo experiencial. Es un aporte desde la antropología respecto a otras disciplinas, donde el posicionamiento adquiere un papel fundamental. Los "conocimientos situados" definidos por Haraway (1991) giran en torno a la



construcción de la verdad. Según Haraway, se trata de prácticas concretas, de personas específicas que construyen el conocimiento; cita como ejemplo a los científicos de un laboratorio que no se limitan a observar o a realizar experimentos con una célula. Al mirarla, medirla, darle nombre y manipularla, son co-creadores de lo que es efectivamente una célula. Si extrapolamos este concepto al campo disciplinar de la salud pública, nos encontramos con prácticas que construyen -efectivamente, no solo simbólicamente- la salud y el bienestar de las personas (Menéndez 1984). Los ejemplos antes descritos (respecto a la salud mental y al aborto) son fiel reflejo de la construcción de terminología y padecimiento que devienen en abordajes más o menos pertinentes a situaciones de salud.

La pregunta por el sentido de nuestro quehacer no es banal si consideramos la producción investigativa en el campo de la salud, y el modo en que se encuentra atravesada por diseños de estudio que apuntan más a la producción de conocimiento sin finalidades claras o cuyos resultados aportan a la aplicación de acciones de salud que contribuyen escasamente a la mejora de la salud de las poblaciones, y que no necesariamente buscan apuntar al buen vivir y a la justicia social.

Tener como horizonte la transformación social implica sobre todo un desarrollo teórico-metodológico que ponga en valor las herramientas y caminos para una mirada crítica del campo de la salud pública. En palabras de Fassin, la antropología de la salud, “como antropología, tiene la vocación de unir la mirada minuciosa y atenta del trabajo etnográfico y la perspectiva más amplia del comparativismo, implícito o explícito, que siempre ha puesto en obra. En tanto que se interesa por la salud, ella teje a partir de realidades ordinarias los lazos entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida que, con seguridad, estarán entre los desafíos cruciales de los tiempos que se avecinan” (Fassin 2004: 312).

Desde nuestra perspectiva, se trata de una lectura crítica sobre las condiciones materiales en las que tienen lugar los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados, pero también –y despegándose del enfoque de la enfermología (Granda 2004) los factores y determinaciones sociales que los condicionan y los ejes que las articulan. Una antropología de la salud no puede dejar de estar en sintonía con este objetivo mayor. Un ejemplo de ello es su papel en la crisis actual que se vive a nivel planetario en relación con la pandemia por COVID-19. Esta pandemia, de la cual no podemos dejar de hacer referencia, ha mostrado cuán urgente es recuperar un objetivo emancipador como parte del quehacer de la salud pública y develar las condiciones de desigualdad donde se asientan los padecimientos, empujando los límites de la acción hacia el cambio social (Ruiz et al. 2020).

En este artículo se da continuidad al debate iniciado por Schepher-Hughes (1990) y Menéndez (1985), quienes problematizaron la labor de la antropología en el campo de la salud. Si bien es un debate de más de 30 años, que ha suscitado otras reflexiones, lo que se ha abierto a partir de esa discusión muestra aún cierta vigencia y nos lleva a retomar sus principales propuestas.

Una antropología que abriga preocupación por parte de las y los investigadores de profundizar en los mecanismos por los cuales las personas y colectividades ven aquejada su salud y bienestar, develando a su vez los aspectos que podrían generar un proceso de transformación social, debiera ocurrir en un espacio transdisciplinar para fortalecer su área de acción. Proponemos que la antropología está llamada a posibilitar ese diálogo urgente y a propiciar la articulación transdisciplinar, desde un posicionamiento que nos implica y obliga a evidenciar las motivaciones, los anhelos, y los objetivos políticos detrás de nuestro quehacer. A este entramado complejo, que representa un gran desafío, le hemos llamado una



antropología de la salud crítica aplicada e implicada. Esto quiere decir que este tipo de antropología no solo busca transformar la realidad de forma concreta y con ello superar la actividad científica como mero extractivismo de conocimiento, sino además comprometerse con la acción e investigación con implicancias políticas de transformación de la realidad.

Quienes trabajamos en este campo somos y debemos ser agentes de cambio. Esto nos obliga a implicarnos, a comprometernos políticamente con los temas, sujetos y comunidades con las cuales trabajamos. Este objetivo se trenza con aspectos metodológicos donde se conjuga la comprensión profunda de los fenómenos, lo que requiere apertura a las herramientas de distintos enfoques metodológicos para dar respuesta a fenómenos complejos que precisan un abordaje integral.

Un ejemplo de ello es la aproximación de la investigación-acción participativa (IAP) (Loewenson et al. 2014), que reconoce la riqueza de los recursos que los miembros de la comunidad aportan a los procesos de crear conocimiento y actuar para lograr un cambio. El proceso de IAP es una sucesión de ciclos, donde la experiencia, el aprendizaje y la transformación de la realidad se convierten en el punto de partida para un nuevo ciclo de indagación colectiva y autorreflexiva. Nos parece que este tipo de abordaje es imprescindible en este momento donde se esperan grandes transformaciones sociales, las que no pueden ser impulsadas y llevadas a cabo solamente “desde arriba”, desde la experticia técnica y/o intelectual. Es justamente ahí donde la antropología de la salud puede adquirir un mayor protagonismo, ejerciendo su labor de bisagra para propiciar los diálogos y acercamientos necesarios entre los saberes colectivos y las élites del conocimiento formal, para potenciar una fuerza integradora de transformación social.

#### 4. PALABRAS FINALES

En esta reflexión conjunta hemos querido exponer la necesidad de generar una articulación, de tejer una red de entendimientos entre disciplinas que tienen un enorme potencial si se logra sostener un proceso dialógico. En definitiva, nuestra invitación es a repensarnos y pensar la salud pública como una disciplina esencialmente social y transdisciplinaria, desplazando o al menos cuestionando una corriente hegemónica de pensamiento de corte positivista, que es mayoritaria hoy en día, hacia una articulación paradigmática donde se incorpore una perspectiva crítica y se logre tender un puente entre los aspectos macrosociales y los microsociales que están involucrados en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados. Y lo que proponemos es que la disciplina antropológica tiene características particulares que la configuran como una propiciadora del diálogo transdisciplinar, por lo que instamos a que tome ese lugar.

Desde la antropología de la salud que proponemos, la salud pública es concebida como un campo de disputas políticas y con un horizonte emancipador o de transformación social, donde las comunidades y territorios debieran ser protagonistas de estos procesos, desarrollando estrategias y posicionando intereses que exceden al campo tradicional de la salud pública. Ejemplo de esto es la perspectiva que recogemos en un artículo sobre desigualdades sociales y procesos de salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19 (Ruiz et al. 2020), así como el trabajo que venimos desarrollando desde el Colectivo Crítico por la Salud, que surge en el contexto de la pandemia por Covid-19 y se orienta al diálogo entre la academia, las organizaciones sociales y los territorios con el objetivo de problematizar y ampliar aquello que entendemos por salud<sup>1</sup>. Otra iniciativa en esta misma línea es la que hemos construido de forma

<sup>1</sup><http://www.saludpublica.uchile.cl/academicos/salud-y-comunidad/colectivo-critico-pandemia-y-salud/163017/repositorio-videos-de-ciclo-de-dialogos-virtuales-covid-19>



transdisciplinaria junto a otros/as académicos/as de diversas universidades y áreas del conocimiento para sistematizar los cabildos autoconvocados que se realizaron en Chile luego del estallido social de octubre de 2019 (Unidad Social et al. 2021) en el que ponemos a disposición de la ciudadanía el conocimiento generado en el proceso de movilización social, en vista a la actual coyuntura de la generación de una nueva Constitución en nuestro país.

Desde una vertiente hegemónica que amenaza con colonizar a la salud pública, no se ha evidenciado una interiorización de las transformaciones estructurales requeridas, aunque ha habido una apropiación teórica del marco de la promoción de la salud y de los llamados determinantes sociales de la salud, con grandes hitos histórico-políticos de por medio, como la Carta de Ottawa, la Conferencia de Alma Ata, entre otros (Kornblit et al. 2007). Por el contrario, se ha continuado con la opción teórico-conceptual que pone en el centro el discurso respecto a la importancia de considerar los estilos de vida como un factor estructurante del cambio en los comportamientos en salud. Este enfoque sitúa la transformación a nivel individual, donde existen comportamientos que son considerados de riesgo para la salud (hábitos como fumar, el sedentarismo, o tener una dieta rica en grasas saturadas, entre otros donde se invisibiliza el contexto local-comunitario y macro-sociocultural (Trostle 2005). Esta opción ha estado plenamente vigente desde la década de 1980, y se ha mantenido como la columna vertebral del modelo médico hegemónico hasta el presente (Menéndez 2003).

A contrapelo, desde el enfoque de la salud colectiva y desde una antropología de la salud activista, se concibe a los/as profesionales de la salud, incluyendo a quienes hacemos investigación, como sujetos políticos, con un rol histórico-político que requiere utilizar el conocimiento “como instrumento de denuncia para promover la movilización creciente de la sociedad en demanda de la realización de su potencial de salud y ejercicio del derecho de la ciudadanía” (Almeida Filho y Silva Paim 1999: 15). Desde las ciencias de la salud, hegemónicamente dominadas por un sistema de salud biomédico, recuperativo y centrado en hospitales (Menéndez 2003), hay aún mucho camino por recorrer.

La visión de la salud colectiva incorpora las concepciones históricas, económicas y socioculturales de los sujetos y el reconocimiento de las desigualdades estructurales (Granda 2004). Al respecto, nuestra propuesta no es alentar el divorcio con la salud pública tradicional, sino más bien contribuir a la crítica necesaria para que el quehacer de la salud pública integre concepciones como las planteadas por la salud colectiva, que han sido subordinadas al modelo cartesiano de la ciencia exacta.

Observamos a la sociedad como parte de un proceso histórico, dialéctico, complejo y multidimensional que abarca la producción de condiciones de salud, de vida, de muerte, cuyo desarrollo se genera en medio de la relación sociedad y naturaleza, sometido a su vez a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura. Este entramado macro, a menudo olvidado por la salud pública, excluye a los sistemas de salud específicos de cada comunidad y la influencia de cambios sociales como la urbanización, la modernización, el capitalismo, el patriarcado y la globalización en el proceso salud/enfermedad/atención y cuidados.

Es necesario concebir a las comunidades y territorios no solo como espacios donde se produce y reproduce la salud y la enfermedad, sino también como parte de los ejes analíticos de la participación en los programas de salud; relevar lo colectivo como fundamental para la salud y el buen vivir, y entender que el objeto salud no es representado solamente por los cuerpos biológicos, sino por cuerpos sociales:



grupos, comunidades y clases sociales que, junto con construir sus propios procesos de atención, se constituyen a sí mismos. Las personas tienen un lugar central en este abordaje, pues es en sus realidades materiales, sus condiciones concretas de existencia donde se juegan las posibilidades de la salud colectiva.

En este contexto, el papel de la antropología de la salud en el espacio transdisciplinar propio de la salud pública cobra valor sobre todo considerando la necesidad de incorporar la mirada de las ciencias sociales en los procesos de formación y capacitación de los/as profesionales de la salud, incluyendo metodologías creativas e innovadoras fortaleciendo la investigación y la articulación con los servicios de salud entregados a las comunidades. La antropología entonces puede construir los puentes necesarios para dar lugar a una salud pública que se comprometa con las transformaciones sociales necesarias para promover la igualdad y la justicia social. En este sentido, la salud es un objeto construido y transformado cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana, como producto de nuestras prácticas y de nuestro trabajo desde la posición que asumimos y del papel que debemos desempeñar desde la academia: la docencia, la investigación y la generación de nuevo conocimiento para convertirlo en acción transformadora hacia la equidad y el bienestar de las personas y comunidades.

## Bibliografía

- Almeida Filho, N., y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5-30.
- Benach, J., Pericàs, J. M., y Martínez-Herrera, E. (2017). La salud bajo el capitalismo: Contradicciones sistémicas que permean la ecohumanidad y dañan nuestra mentecuerpo. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 137, 29-56. <https://transecos.files.wordpress.com/2017/09/j-benach-y-otros-salud-bajo-el-capitalismo-papeles-137-2017.pdf>
- Cohen, B. (2016). The psychiatric hegemon and the limits of resistance. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(3), 301-303. <https://doi.org/10.1353/ppp.2016.0034>
- Desviat, M. (2016) *Cohabitar la diferencia. De la Reforma Psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Editorial Grupo 5.
- Donoso E. (2004). The reduction in maternal mortality in Chile, 1990-2000. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(5), 326-30. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2004.v15n5/326-330/es/>
- Donoso E. y Carvajal, C. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5º objetivo del milenio. *Revista Médica de Chile*, 140(10), 1253-1262. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012001000003>
- Echeverri Hernández, J. V. (2010). Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(2), 47-55. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922010000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000200005)
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318. <https://doi.org/10.22380/2539472X.1226>
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica* (Primera edición). Fondo de Cultura Económica.



Álvarez, A; Ruiz, M; Anigstein, M; Oyarce, A. (2021) Desafíos para la antropología de la salud, repensando un abordaje teórico-metodológico para la formación, la investigación y la acción. *Revista Chilena de Antropología* 43: 96-112 - <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64434>



- García, O. (2019). La construcción del DSM. Genealogía de un producto sociopolítico. *Theoria: An International Journal for Theory, History and Foundations of Science*, 34(3), 441-460. <https://www.jstor.org/stable/26828180>
- Gavilán, V., Viguera, P., Madariaga, C. y Parra, M. (2018). La antropología social y la transdisciplina en el Sur. Compartiendo experiencias en el campo de la salud. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 13(1), 69-91.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es)
- Guttmacher Institute (2015). *Aborto inducido en Chile*. <https://www.guttmacher.org/report/induced-abortion-chile>
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres La reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- Kleinman, A. y Cohen, A. (1997). Psychiatry's Global Challenge. *Scientific American*, 276(3), 86-89. <https://www.jstor.org/stable/24993661>
- Kleinman, A. y Good, B. (1985). Introduction and Epilogue. En Kleinman and B. Good (Eds.), *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. University of California Press.
- Koch, E., Thorp, J., Bravo, M., Gatica, S., Romero, C.X., Aguilera H. y Ahlers, I. (2012). Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *PLoS One*, 7(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036613>
- Kornblit, A. L., María, A., Diz, M., Francisco, P., Leo, D., y Camarotti, A. C. (2007). Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), 9-25. <https://www.redalyc.org/pdf/269/26950802.pdf>
- Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Ambrosio, L., y Shroff, Z. (2014). *Investigación-Acción participativa en sistemas de salud, una guía de métodos*. EQUINET.
- Maira, G. (2010). *Aborto y feminismo en Chile (1990-2009): reflexiones desde el cuerpo y la sujeto*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Género y Desarrollo, FLACSO Sede Ecuador. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/2991>
- Martínez-Hernández, Á. (2006). La mercantilización de los estados de ánimo. *Política y Sociedad*, 43(3), 43-56. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0606330043A>
- Martínez-Hernández, Á. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- Menéndez, E.L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 84-119. <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>
- Menéndez, E.L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15972803>
- Menéndez, E.L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>



- Menéndez, E.L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 14(3), 461-481. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Menéndez, E.L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Milak M.S., Parsey R.V., Keilp J., Oquendo, M.A., Malone, K.M. y Mann J.J. (2005). Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 397-408. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.397>
- Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge.
- Molina-Cartes, R., Molina, T., Carrasco, X., y Eguiguren, P. (2013). Profile of abortion in Chile, with extremely restrictive law. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(10), 732-738. <https://doi.org/10.4236/ojog.2013.310135>
- Murillo, A. (2017). A medicina social-saúde coletiva latino-americanas: Uma visão integradora frente à saúde pública tradicional. *Revista Ciências de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternative in the expression of psychosocial distress: A case Study from South India. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 5, 379-408. <https://doi.org/10.1007/BF00054782>
- Nichter, M. (2010). Idioms of distress revisited. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(2), 401-416. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9179-6>
- Oyarce, A.M. (2018a). Healing systems of the Mapuche people in Chile. En F. Suman y R. Moodley (Eds.), *Global psychologies. Mental health and the Global South* (pp. 201-214). Palgrave MacMillan.
- Oyarce, A.M. (2018b). From denial to collaboration: Reflections on shamanism and psychiatry based on a case study in Chile. En F. Suman y R. Moodley (Eds.), *Global psychologies. Mental health and the Global South* (pp. 279-298). Palgrave MacMillan.
- Oyarce, A.M. (2021). Cultura y Depresión: reflexiones, dilemas y propuestas para un abordaje dialógico en el pueblo mapuche desde la salud mental colectiva. En C. Madariaga, A.M. Oyarce, A. Martínez-Hernández y E. Menéndez (Eds.), *Repensar la salud mental colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas* (pp. 183-228). Editorial ContraKorriente.
- Palma, I., Moreno, C., Álvarez, A. y Richards, A. (2018). Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study. *Contraception*, 97(2), 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.09.008>
- Palma, I., Moreno, C. y Álvarez, A. (2020). El ultrasonido anterior al aborto en contexto de ilegalidad: un estudio sobre las prácticas discursivas de profesionales desde la experiencia de las mujeres. *Saúde e Sociedade*, 29(4). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020181168>
- Pérez Sales, P. (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural, bases prácticas para la acción*. Desclee de Brower.



- Ramos, S. (2016). Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 31(3), 833-860. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-72102016000300833](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833)
- Restrepo, D. (2011). La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las posibilidades de una salud pública comprensiva. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29(1), 94-102. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12020036010.pdf>
- Rose, N. (2013). *Políticas de la vida: medicina poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIFE.
- Ruiz, M., Álvarez, A., Anigstein Vidal, M., y Oyarce, A. (2020). Desigualdades sociales y procesos de salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19: un análisis en clave antropológica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 68-78. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/60387>
- Salaverry, O. (2017). Antropología de la salud: una mirada actual. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 165-166. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2988>
- Scheper-Hughes, N. (1990). Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science & Medicine*, 30(2), 189-197. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90079-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90079-8)
- Shepard, B. (2000). The 'double discourse' on sexual and reproductive rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions. *Health and Human Rights*, 4(2), 110-143. <https://doi.org/10.2307/4065198>
- Silva Aycaquer, L. C. (2000). *Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria*. D. de Santos.
- Szot, J. (2003). Mortalidad por aborto en Chile: análisis epidemiológico 1985-2000. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(4), 309-14. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262003000400007>
- Trostle, J. (2005). *Epidemiology and culture*. Cambridge University Press.
- Unidad Social (2021). *Demandas prioritarias y propuestas para un Chile diferente: Sistematización de 1.233 cabildos ciudadanos*. Universidad de Chile. <https://doi.org/10.34720/wk9d-dp94>
- Weisner, M. (1985). Comportamiento reproductivo y aborto provocado en mujeres de sectores populares. En Colegio de Antropólogos de Chile, *Actas I Congreso Chileno de Antropología* (pp. 127-144). Acta Académica. <https://www.academica.org/i.congreso.chileno.de.antropologia/9.pdf>

Recibido el 4 Nov 2020

Aceptado el 30 Abr 2021