

DRAFT, NOT FOR ATTRIBUTION

Recasting the “ethno” in “epidemiology”

Michael Agar (1994) Recasting the “ethno” in “epidemiology”, *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 16:1-4, 391-403, DOI: 10.1080/01459740.1994.9966123

Traducción: Diego Díaz Córdova

Reformulando lo “etno” en “epidemiología”

La colaboración entre la antropología y la epidemiología tiene una larga y noble historia, mucho más profunda de lo que la mayoría de la gente admite. Este artículo presenta el argumento de que el creciente interés por la etnografía es, de hecho, un intento de restablecer las preocupaciones de la epidemiología del siglo XIX en relación al hospedador y al ambiente. La etnografía destaca significados y contextos de manera similar a los que solía hacer la epidemiología y los destaca desde una perspectiva tanto metodológica como epistemológica.

Dentro del paisaje intelectual, la epidemiología y la etnografía parecen territorios muy diferentes. La epidemiología examina la distribución de las enfermedades en grandes poblaciones con el objeto de aislar los factores de riesgo que permitan una intervención y en última instancia la posibilidad de tener el control. La etnografía destaca el contacto intensivo con grupos pequeños de gente para poder aprender sus formas particulares de ver y actuar en el mundo.

Desde otro punto de vista, sin embargo, diferentes territorios pueden establecer alianzas para llevar a cabo tareas conjuntas. La epidemiología es, después de todo, el estudio de las enfermedades humanas y *estos humanos* se encuentran muy ocupados *pensando, sintiendo y actuando en sus propios términos*; términos que no necesariamente son comprensibles para alguien de afuera. Debido a que una “enfermedad” incluye los mundos subjetivos -y el conocimiento de los sistemas interactuantes neuroanatómicos muestran que así es- entonces la etnografía con la capacidad que tiene de documentar esos mundos puede ofrecer información que hoy no es tomada en cuenta por la epidemiología. Por el otro lado, la epidemiología, puede brindar modos de generalizar los resultados etnográficos. De hecho la mayor parte de las colaboraciones entre la etnografía y la epidemiología se hacen teniendo en cuenta estos dos objetivos.

Por último, unas búsquedas recientes sobre las colaboraciones entre antropología y epidemiología, me persuadieron de que algo profundo estaba sucediendo. Aquí van algunas observaciones:

1 - Durante los '80 las colaboraciones entre la epidemiología y la etnografía se incrementaron, en los que se incluyeron numerosas áreas vinculadas con la salud además del campo del consumo de drogas (ver Janes, Stall, and Gifford 1986 para algunos ejemplos; acá unos trabajos recientes como los de Kunitz 1994 y Kunitz & Levy 1994; también se pueden ver algunos números recientes del *Medical Anthropology and Social Science and Medicine*).

2 - las “áreas vinculadas con la salud” crecieron e incluyeron toda clase de cosas, como la pobreza, la violencia, el estrés y el racismo.

3 - En general todas las colaboraciones entre etnografía y epidemiología reportan resultados positivos, aunque prácticamente todos ellos los califican como experimentales, exploratorios o no del todo bien resueltos (ver, por ejemplo, la declaración de clásica de Fleck y Ianni 1958; o ejemplos más recientes como los de True 1990; Jenkins y Howard 1992; Inhorn y Buss 1993). Tanto la naturaleza tentativa como entusiasta de este mezcla puede ser explicada, creo, tomando nota que la mayor parte de la discusión se realiza en términos metodológicos. Algunos agregan métodos etnográficos a la epidemiología para identificar nuevas variables o factores de riesgo. Otros agregan algunos métodos de la epidemiología a una etnografía para probar los patrones descubiertos en una población pequeña en relación a una población mayor. Por supuesto que no hay nada de malo con estas dos estrategias.

Pero es aún más interesante si consideramos lo siguiente: en vez de vínculos entre dos métodos diferentes, estamos siendo testigos de la emergencia de una configuración conceptual diferente, algo que fue defendido por Rubinstein y Perloff (1986). La epidemiología, al igual que muchos otros campos, está cambiando a medida que nos acercamos al fin del siglo. Y debe cambiar. Lo que ella estudia, el mundo en el cual se desarrolla, el uso que se le da a los resultados que obtiene -todos cambiaron en formas que representan los viejos marcos conceptuales que crecieron al amparo de la inadecuación de las enfermedades infecciosas. Y la epidemiología, como el resto de los campos hoy en día, se transforman en un mundo donde los cambios globales también la afectan, cambios que van del aislamiento al multiculturalismo, de estructuras jerárquicas a estructuras participativas, de límites disciplinarios claros a un fluido collage interdisciplinario.

La epidemiología está cambiando. En este artículo voy a argumentar que la etnografía no es únicamente un soporte metodológico; en vez de eso, considero que es el combustible del cambio. Experimentos que se están llevando a cabo con el Community Epidemiology Work Group y con el International Epidemiology Work Group en el National Institute on Drug Abuse, en colaboración con Nicholas Kozel, junto al esfuerzo de otros en diferentes áreas de la salud pública, se pueden mencionar como los movimientos pioneros del cambio. Los resultados, apenas entrevistados como en un esquema, no son epidemiológicos en el sentido en que los conocemos actualmente, ni etnográficos en el sentido que usualmente se le dan desde la antropología y la sociología. En vez de ello, lo que vemos es una epidemiología del contexto y del significado o una etnología focalizada en la salud. Es lindo jugar con las palabras y sugerir una “epnografía” o una “etnodemiología”, ya que la transformación que se está llevando a cabo merece una etiqueta lingüística para resaltar su importancia.

Se puede argumentar razonablemente que los problemas de la epidemiología están más profundamente arraigados que lo expresado, que reflejan la extensión inapropiada de la profesión médica en áreas para las que no está preparada para manejar. Asume la posición de que el poder atrincherado y la autoridad médica en los EEUU es un hecho, que vale la pena tratar de direccionar ese poder hacia los problemas relevantes y que la integración de la etnografía y la epidemiología sirven para ese propósito.

Las raíces

La transformación de la epidemiología es, hasta cierto punto, un redescubrimiento de sus raíces perdidas, ya que durante el siglo XIX la epidemiología era profundamente social en su naturaleza.

Trostle, cuyos trabajos históricos inspiraron fuertemente esta sección, resume a la epidemiología bajo tres principios:

La salud es un problema social; las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad; las medidas sociales e individuales deben tomarse para promocionar la salud y prevenir las enfermedades [Trostle1986a:44].

Tan sorprendentes como las raíces sociales de la epidemiología, son las raíces epidemiológicas de la antropología y la sociología. Rudolf Virchow, el fundador de la medicina social alemana fue profesor de un talentoso estudiante, Franz Boas, quien luego migró a EEUU y desarrolló la antropología norteamericana en la Columbia University.

Durante el siglo XIX, Emilio Durkheim escribió *El Suicidio*, un texto fundacional tanto para sociólogos como para antropólogos, este es un trabajo que tiene una base claramente epidemiológica. Durkheim quería establecer un nivel social de comprensión que no podía ser reducido al nivel individual. El suicidio, tal vez el acto más privado de todos, fue el elegido para probar sus hipótesis. Cuando observó que el suicidio se distribuía en forma diferencial en la población y que esas diferencias se debían a cuestiones sociales como la religión, pudo demostrar que existían los (hoy ya clásicos) Hechos Sociales, que no pueden ser reducidos a las intenciones individuales.

Esto me suena inquietante, tomando en cuenta lo que está sucediendo ahora. Un estudio epidemiológico ayudó a fundar la sociología. El fundador de la antropología norteamericana tuvo un entrenamiento en medicina social. John Snow -quien encontró la fuente de agua que causaba la epidemia de cólera en Inglaterra en el siglo XIX- introdujo el concepto del trabajo de campo y describió a un experimento natural de esta forma: la idea de que se puede organizar la variación que ocurre naturalmente con la lógica del diseño experimental.

Una mirada al desarrollo de la epidemiología durante el siglo XIX muestra un campo muy vinculado con la antropología y con la sociología, que quiere comprender a las enfermedades en su contexto humano, fuera del laboratorio y dentro del mundo de los "infectados". A grandes rasgos, esto es exactamente lo que está sucediendo con el uso que se le da a la etnografía en la epidemiología contemporánea.

Hasta cierto punto la transformación de la epidemiología moderna reinventa los temas del siglo XIX, que se habían perdido debido a los éxitos notables que obtuvo. A fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX atacó el flagelo de las enfermedades infecciosas -lepra, anthrax, tifus, tuberculosis, cólera, difteria, meningitis, la peste bubónica, malaria, etc.- (Trostle 1986b). Los epidemiólogos pudieron refinar sus análisis y señalar el camino que llevaba a la transmisión de enfermedades, lo que lideró la revolución moderna del cuidado de la salud (ver Kozel, Sanborn, y Kennedy 1991 para un bosquejo similar).

Pero nada es más perjudicial que el propio éxito. En un giro característico de la historia del conocimiento, el éxito en un esquina de un campo incrementa la atención, lo cual lleva a nuevos éxitos, que a su vez aumentan tanto la concentración, que esa esquina termina

definiendo a todo el campo. El éxito de la epidemiología con las enfermedades infecciosas tiene dos aspectos relevantes para la discusión que estamos planteando acá:

1 - Focaliza en el agente. En el modelo clásico del ensayo epidemiológico, se intenta comprender de qué forma un agente infecta a un hospedador en un ambiente dado. El hospedador y el ambiente formaban parte del campo en el siglo XIX. Con el dramático éxito de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, el agente se convirtió en el preeminente, en desmedro del susceptible y del ambiente, que cayeron en el abandono. Las preguntas críticas fueron entonces “¿cómo se transmite la enfermedad de un humano a otro? ¿cuáles son los agentes que portan la infección?”

2 - La doctrina de la etiología específica. El éxito con las enfermedades infecciosas instaló un principio general: cada enfermedad tiene una causa única. Si encontrás la causa podés controlar la enfermedad. Una “causa” no quiere decir necesariamente un solo evento. En el nuevo lenguaje promovido por el Círculo de Viena al comienzo del siglo XX, pueden haber varios eventos que sean “necesarios y suficientes” para que ocurra la enfermedad. Pero el supuesto permaneció -una enfermedad, una causa, un ensamblado causal.

Si bien estos supuestos fueron poderosos y útiles en el estudio de las enfermedades infecciosas agudas, a la vez oscurecieron los temas iniciales de la epidemiología del siglo XIX. El hospedador y el ambiente se hundieron en un rol subordinado, como variables o factores de riesgo que permitan identificar el trabajo de los agentes. La pregunta por la etiología específica limpió las variables y los patrones complejos de la sociedad y la historia que los fundadores del siglo XIX sabían eran de suma importancia para responder a la pregunta “por qué algunos sí y otros no”. La epidemiología no se atascó en este marco conceptual hasta los tiempos recientes. Vale la pena, sin embargo, hacer una pausa un momento para considerar algunas formas en las que estos dos principios -el foco en el agente y la doctrina de la etiología específica - todavía acechan a la epidemiología moderna cuando se trata del uso de drogas.

El análogo al “agente” en el campo de las drogas es, por supuesto, la propia droga. La droga se pasa de una persona a otra, que la consume y se vuelve “infectado”. Entre otras cosas, el foco en el agente explica la tendencia en epidemiología, a presentar los datos en términos de la propia droga -cuántos usan heroína, cuántos cocaína, etc. Quién la está usando, por qué la está usando, bajo qué circunstancias, son preguntas críticas que tienden a recibir una menor atención. Otra consecuencia de la tendencia a focalizar en el agente es la tendencia a enfatizar de donde viene el agente, como es que aparece e infecta al hospedador. Por ello, las explicaciones populares atribuyen el uso a “gente que viene de afuera”, que traen el “agente” e “infectan” a los locales, de este modo las políticas sobre drogas tienden a focalizar en la oferta más que en la demanda. Lo que se pierde con esta estrategia es que algunos usuarios buscan experiencias inducidas por las drogas; que algunos usuarios tienen un uso moderado y controlado; y que algunos usuarios deciden cuándo y dónde darse el atracón.

Consideremos ahora la influencia de la doctrina de la etiología específica. De acuerdo con esta doctrina, el uso de drogas es una enfermedad con una única causa. Sabemos que eso no es verdad. Una sustancia psicoactiva particular, utilizada con diferentes frecuencias y dosages puede contribuir a los diferentes estilos de vida de forma tanto constructiva como destructiva, especialmente si podemos abrir nuestra perspectiva a otras sociedades y a otros períodos

históricos. Aún así, la doctrina acecha las interpretaciones modernas de los datos epidemiológicos.

Por ejemplo, cuando los profesionales discuten el incremento reciente en el uso de la marihuana, muchas veces lo atribuyen al llamado fenómeno blunt, denominado así debido a que se vacía el cigarrillo de tabaco y se lo rellena con marihuana. Este tipo de cigarrillos era usado principalmente por la comunidad de hombres jóvenes urbanos y afroamericanos. Están asociados con un estilo de vida que incluye una marca particular de alcohol, un tipo de ropa, un tipo de música y un tipo de programa de tv o radio. El fenómeno blunt es el tipo de patrón que los indicadores tradicionales suelen utilizar. Como la mayoría de los indicadores sobrestiman a los residentes pobres de minorías urbanas. El fenómeno Blunt es un patrón de afroamericanos varones que viven en un entorno de pobreza y urbano; de esta forma el indicador del consumo de marihuana crece dramáticamente.

La doctrina de la etiología específica, en coordinación con la naturaleza sesgada del indicador, lleva a considerar el incremento en el consumo de marihuana con el fenómeno blunt. Muchos informes de los medios y anécdotas sugieren que la situación es más complicada. Existen al menos dos patrones más que contribuyen al incremento. Por un lado hubo un uso continuo desde los 80, que no tuvo mucha visibilidad debido al carácter represivo de las políticas de esa época. Por otro lado hay un incremento en el uso de la marihuana entre los jóvenes, aunque esto no está focalizado en el fenómeno blunt, sino que tiene que ver con un rango que va desde la experimentación, pasa por la recreación social y llega hasta el uso problemático. Esto sucede entre grupos culturales y segmentos de clases diferentes en los EEUU. Estos patrones, que nunca desaparecieron, ahora se ven con mayor frecuencia en público. El incremento reciente en el uso de marihuana no se debe, entonces, a una “etiología” específica. Los fantasmas de la focalización en el agente y en la etiología específica permanecen, no sólo en el campo del consumo de drogas, sino en otras áreas de la salud. Y son fantasmas, no son formas vivas que dominan completamente el escenario. La epidemiología reaccionó y cambió en respuesta a los eventos nuevos y desafiantes. De hecho durante el siglo XX resurgió un interés sobre los descuidados factores sociales por diversas razones.

Primero que nada, a medida que las enfermedades infecciosas iban siendo controladas, las enfermedades no infecciosas y crónicas características de la civilización industrial como el cáncer, las enfermedades cardíacas y la diabetes se incrementaron en forma notable. aislar los agentes bacteriológicos de estas enfermedades simplemente no tiene sentido y el concepto de etiología única se desvanece en un conjunto de circunstancias complejas que permiten que ocurra la enfermedad. Más aún las variables que tienen que ver con la experiencia del mundo que tiene el “paciente” empiezan a jugar un rol relevante, estas son variables que tienen que ver con conceptos elusivos como el estilo de vida o la ocupación.

Segundo, el surgimiento de la psiquiatría moderna introdujo un hospedador diferente para el “padecimiento” y teorías que compiten por la “causa” y que complicaron el panorama en forma considerable. No solamente el agente y la etiología se complejizaron; la misma definición clínica de “enfermedad” se hizo más problemática de lo que había sido nunca, debido a que la “diagnosís” se basaba más en procesos simbólicos que en procesos biológicos. La diagnosís se basa en la *interpretación de significados* y no el resultado de un test de laboratorio. Estas cuestiones aparecen en las múltiples controversias que se suscitaron en la psiquiatría

epidemiológica, como fueron las acaloradas discusiones acerca de las revisiones de “Diagnostic and Statistical Manual” durante varios años.

Tercero, el desarrollo de los programas de salud en países no occidentales, que dispararon cuestiones vinculadas con las diferencias culturales. Trostle (1986b) trazó la carrera de John Cassel como un caso paradigmático. Cassel comenzó en el programa Polela, en Sud Africa, justo después de la II Guerra Mundial, trabajando con diferentes grupos culturales en programas de cuidado de la salud. En la obra histórica de 1962, Cassel describe un caso de estudio, “como un ejemplo de la mirada provista por el conocimiento de los patrones culturales y de la situación social y del impacto de éstos en la conducta, que de otro modo podrían aparecer como actos inexplicables y no relacionados”. Cassel, junto a otros pioneros como Fleck y Ianni (1958), establecen que las “nuevas” enfermedades están relacionadas con cuestiones de interpretación, de los mundos subjetivos de la población afectada, de las prácticas locales en las cuales estaban involucrados los riesgos y las medidas preventivas, las diferentes nociones de lo que se considera una “enfermedad” y aún de lo que es o no es una “enfermedad”.

El surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, el importante desarrollo de la psiquiatría y el creciente número de encuentros entre los sistemas de salud y culturas diferentes, todas estas fuerzas históricas modificaron el foco bacteriológico, mitigándolo, de la epidemiología del comienzo del siglo XX. Los fantasmas de aquella era -el foco en el agente y la etiología única - están todavía entre nosotros, como mostramos en el ejemplo de las drogas que mencionamos anteriormente, pero la epidemiología se flexibilizó y se acomodó a la nueva situación. Se flexibilizó y de considerar una causa pasó a considerar múltiples, los “factores de riesgo” probabilísticos. Se flexibilizó y pasó de la causa al “ensamblado causal”. Modificó su mirada, mediante la persona y de las variables de lugar, de vuelta hacia el hospedador y el ambiente.

Pero de alguna forma, esta flexibilidad no alcanza la meta de la documentación, la comprensión y la intervención exitosa en el fenómeno de interés. Los ensamblados causales crecieron y se hicieron más sofisticados, con flechas bidireccionales causales que conectan grandes números de variables. Los agentes se volvieron más y más complicados con una comprensión de conceptos como “portales de salida” y “entradas” y “vectores” donde los *simbólico* para las “nuevas” enfermedades y donde los sistemas simbólicos tiene que ser decodificado antes de ser entendido. El hospedador y el ambiente es más que un racimo de las típicas variables demográficas y de una dirección en una calle. Los factores de riesgo son más que unas tasas basadas en variables socioeconómicas; son prácticas incrustadas en las rutinas que la gente lleva a cabo cada día, prácticas que solo pueden ser comprendidas y accedidas si el mundo de esas personas es explorado. Y por último a medida que el foco se ampliaba e incorporaba categorías como homicidios o accidentes, el propio concepto de “enfermedad” no era aplicable.

Como escribe Nations, citando lo que ella llama la “paradoja de la epidemiología”, extraído de una ponencia presentada en Dunn, en un congreso científico, existe una:

habilidad decreciente que permita manejar cuantitativamente los ensamblados causales a medida que su tamaño y complejidad se incrementan y su alcance se extiende hacia los dominios de los psicosocial [Nations1986:119]

Ha llegado el tiempo de despertar al siglo XIX y la etnografía se sirve como el café de la mañana.

Hacia una nueva epidemiología

La clave que destraba la nueva mezcla entre epidemiología y etnografía es el siguiente: en vez de pensar en la tarea de tomar métodos del campo X en los problemas del campo Y, mejor pensemos en X e Y como interactuando en un nivel conceptual. Rubinstein y Perloff, en un artículo titulado "On Integrating Epidemiological and Anthropological Understandings" lo explican de la siguiente manera:

Las preguntas del método se vuelven significativas únicamente luego de que los entendimientos antropológicos y epidemiológicos hayan sido usados juntos para conceptualizar un proyecto de investigación. Nuestra propuesta entonces contrasta con algunas discusiones en la antropología y en la epidemiología, que han sido conducidas como si los problemas del método puedan ser considerados en solitario [Rubenstein and Perloff 1986:3031.

De hecho, ellos argumentan que la conceptualización del problema se endereza "la integración conceptual puede ser exitosa, aún cuando la pregunta de investigación pueda ser respondida por una sola de las disciplinas" (1986:303).

Una revisión de los temas esquematizados en este bosquejo histórico muestra que su resolución lleva a una inevitable relación conceptual entre la etnografía y la epidemiología. Primero que nada consideremos el cambio del foco, desde el agente hacia el hospedador y el ambiente que vuelven a ocupar un lugar central.

El hospedador es un humano. En los días de las enfermedades infecciosas, fue utilizada una explicación del tipo materialista para describir cómo se produjo la infección. En el reino psicosocial, la analogía podría ser con el viejo modelo conductista, donde el hospedador reacciona de acuerdo a modos que pueden ser resumidos en leyes a los estímulos externos. Este tipo de explicaciones ya no sirve como una forma válida de la conducta humana. Por ejemplo, una premisa básica del interaccionismo simbólico es el famoso dicho de W.I. Thomas, cuando la gente percibe a las situaciones como reales, las consecuencias de estas situaciones son también reales. En Inteligencia Artificial se suele hablar de "sistemas intencionales", programas que dependen, para su comprensión y su acción de modelos que tengan patrones y un propósito, es decir modelos que aprenden a lo largo del tiempo. En la teoría literaria el lector se entiende ahora como un participante activo en la construcción del significado textual, tanto en el nivel de la biografía individual como en el del período histórico.

Se pueden contrastar estos dos modelos si pensamos en un juego de billar (pool en Argentina). El modelo materialista funciona muy bien, si se golpea la bola blanca ésta viaja de acuerdo a una dirección previsible, en función del golpe. Luego golpea otra bola, con un efecto también predecible dada la velocidad, el ángulo y la rotación. Imaginemos ahora una bola blanca inteligente. Es cierto, una vez golpeada tiene que moverse. *La explicación material no es irrelevante, pero no es del todo adecuada.* Dependiendo de cuán inteligente sea la bola blanca, lo que piensa y lo que quiera hacer, podría acelerar o desacelerar, cambiar la dirección, rotar de un modo diferente o saltar fuera de la mesa y abandonar el juego.

El hospedador en la nueva epidemiología es como la bola blanca inteligente Tiene intencionalidad y participa de convenciones aprendidas que son las que guían sus acciones. Ve las cosas de una cierta manera y se comporta dentro de un mundo en un modo que podría ser completamente diferente para alguien de afuera (para dos ejemplos ver: Hall 1994; Marin 1989). En algunos casos la diferencia puede ser idiosincrática anclada en características de un modo de vida diferente con una identidad social diferente. No hay forma de saberlo con certeza -dónde están esas diferencias, cuáles diferencias son biográficas y cuales son sociales o culturales- hasta que no se investigan, documentan y comprenden los significados que asigna ese hospedador. *La etnografía tiene 100 años de historia investigando los significados mediante los cuales los hospedadores organizan su experiencia* (Agar 1994).

Por último, que podemos decir del ambiente, el otro tema olvidado de la tríada, agente, hospedador y ambiente. En el apogeo del impresionante éxito de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, el ambiente también fue visto en términos materialistas. La pregunta era, ¿qué tipo de condiciones materiales son las que habilitan al agente a prosperar y a potencialmente infectar a las personas que habitan el mismo ambiente?. Nos viene a la memoria la famosa historia de John Snow, cuando se da cuenta de la relación entre la canilla de agua y el cólera.

Del mismo modo que con el hospedador, las explicaciones materialistas en la nueva epidemiología no desaparecen, ni deberían desaparecer. El colesterol causa placas que obstruyen las arterias coronarias. Los cancerígenos existen. Pero, del mismo modo que con el hospedador, las explicaciones materialistas no nos cuentan la historia completa. Los hospedadores viven tanto en ambientes simbólicos como materiales. De hecho cuando nos movemos de un ambiente material, desde una perspectiva biológica a ambientes simbólicos tal como son vistos por los hospedadores, es que preferimos hablar de contexto y no de ambiente (para un ejemplo ver, Zavertrnik 1993).

¿Por qué Robbins, Helzer, y Davis (1975) encontraron que los veteranos de Vietnam que habían usado heroína allá, no la consumían cuando tenían que volver? Aparentemente algo que tuvo que ver con el contexto hizo la diferencia. ¿Por qué Stall (1986) encontró que los patrones de bebida cambian (aumentan o disminuyen) con la edad si la red social también cambia? Aparentemente algo que tuvo que ver con el contexto hizo la diferencia. ↕ Por qué algunos adictos en Nueva York, en los tempranos 70, cambiaron de heroína a metadona como su narcótico preferido? Porque el contexto había cambiado. ¿Por qué Zinberg (1984) encontró que algunos usuarios de marihuana, de alucinógenos o narcóticos pueden controlar el uso mejor que otros? Porque lo que se llama Configuración y Configuraciones, es decir dos aspectos del contexto.

La nueva epidemiología ahora lucha por un cambio de un ambiente material y bien definido a un contexto simbólico, que es real para los hospedadores que lo utilizan. El contexto se refiere también a los posibles niveles de análisis. En el nivel micro se refiere a la situación inmediata que enfrentan lxs humanxs. En el nivel macro se refiere a la política económica y al momento en la historia mediante los cuales las naciones y sus instituciones adquirieron sus formas. Los contextos son simbólicos. Los contextos están en los ojos de los observadores. El humano, el hospedador, se mueve a través de ellos y los lee en función de las señales de donde se encuentra, de lo que puede ser posible, de los resultados que se pueden obtener. En algún sentido, la especificación del contexto es como descubrir al hospedador, a saber, investigar los

sentidos que lxs humanxs usan para organizar la experiencia. Desde otra perspectiva, no es tan sencillo tampoco.

No es tan sencillo debido a que el hospedador no es consciente de todos los aspectos del contexto. El hospedador enfrentará un “ahí”, un sentido de que “las cosas son como son”, ahora por qué son así y como llegaron a ser así, es algo que está más allá de su habilidad para articularlo. Ningún adicto me dijo nunca que la metadona se volvió un partido de fútbol político entre el alcalde Lindsey de Nueva York y el gobernador Rockefeller. ningún adicto me mostró la gráfica que mostraba como las internaciones por metadona en el área metropolitana pasó de prácticamente nada a 40 mil casos en pocos años. El contexto para los adictos a los narcóticos cambió drásticamente, del mismo modo que el ambiente material. El cambio en el contexto me ayudó a interpretar lo que había visto, pero los datos vinieron de los archivos, no de las palabras o actos de alguien que andaba en las calles.

La investigación sobre el ambiente, sobre los diferentes niveles del contexto, requiere de un estudio cuidadoso de los significados y las acciones de las instituciones que moldean el mundo en el que habitan los hospedadores. En la nueva epidemiología, el estudio del ambiente se articula con el estudio de los contextos, desde las circunstancias inmediatas a las características más generales de la política económica. Y, una vez más, la etnografía tiene 100 años de historia investigando los contextos en términos de los cuales los grupos organizan sus actividades. Para resumir, una tendencia en epidemiología -un redescubrimiento de las raíces del siglo XIX- es el significado renovado del hospedador y del ambiente. Dado el tipo de estudio de los problemas de salud pública viejos y nuevos al final del siglo XX, el mundo subjetivo percibido por los hospedadores y los diferentes niveles del contexto a través del cual los hospedadores se mueven, deben formar parte de la ecuación. Para comprender al hospedador y al ambiente, dentro de la nueva epidemiología, hay que comprometerse a comprender el significado y el contexto. La investigación del significado y del contexto es, de hecho, una definición operativa de lo que hace la investigación etnográfica.

Previamente argumenté que la relación entre la epidemiología y la etnografía era conceptual, que los cambios que se suceden en la epidemiología configuran las condiciones para una estrategia etnográfica y que ésto no sólo era conveniente sino inevitable. La segunda parte de mi argumento consiste en describir el segundo vínculo entre la nueva epidemiología y la etnografía, desde el nivel conceptual, a través de la doctrina de la etiología específica. Con las enfermedades infecciosas, la doctrina de la etiología específica se reveló como un éxito al poder aislar el agente bacteriológico que causaba una enfermedad. Una vez reconocido este agente, se pueden tomar medidas que apuntan a la prevención.

Luego que las enfermedades infecciosas estuvieron bajo control y las enfermedades crónicas pasaron al frente, la vida epidemiológica se volvió más complicada. Observemos el cáncer. Primero que nada, el cáncer no es una enfermedad única. Segundo, muchas cosas pueden “causar un cáncer”, incluyendo la dieta, el estilo de vida, la calidad del aire, la residencia, la ocupación, el estrés y muchos otros “factores de riesgo”. La responsabilidad no es de un solo agente. La epidemiología cambia su lenguaje y pasa de la “etiología específica” al “ensamblado causal” para poder representar mejor esta compleja red de “factores de riesgo” socioculturales y políticas económicas que interactúan con los procesos biológicos.

Pero el “ensamblado causal” no soluciona adecuadamente el problema. Mientras más psicosocial es la “enfermedad”, más obvias se muestran sus limitaciones. Por ejemplo, en el

estudio sobre el estrés que lleva al suicidio a los jóvenes Inuit en Canadá, O'Neil (1986) mostró que las cambiantes circunstancias económicas y políticas, tomadas en conjunto con las diferentes formas en que esos jóvenes se adaptaron a los cambios, representaron tanto el éxito como el fracaso en el suicidio. Rubenstein y Perloff (1986) escribieron sobre la "nueva morbilidad" entre los niños, una constelación de problemas que aparecen de formas muy diversas y que avanzan o retroceden en función del contexto. Los factores de riesgo y el ensamblado causal no explica qué son estas enfermedades, por qué y cómo ocurren en algunas personas sí y en otras no y qué intervenciones deben ser llevadas a cabo para poder atenuarlas. En el campo del uso y abuso de sustancias, la cuestión se vuelve aún más complicada. Más allá de los impresionantes e importantes avances en nuestro entendimiento acerca de las interacciones neurofisiológicas entre la droga y la persona, no sabemos todavía por qué algunos sólo experimentan, otros tienen un consumo controlado y otros se vuelven usuarios compulsivos; por qué algunos renuncian y otros *no* -con o sin ayuda; o cómo el uso o abuso de las sustancias se adaptan o no en el flujo de la vida para diferentes individuos en diferentes sociedades y en distintos tiempos. Pensamos que el uso y el abuso de las sustancias se correlaciona con la pobreza y con las minorías en EEUU. Pero aún esto es sospechoso debido a que, por un lado, esta conclusión se basa en indicadores que aprovechan las instituciones que justamente negocian con estas dos poblaciones; y, por el otro lado, aún los datos anecdóticos menos sistemáticos muestran que esta imagen es, al menos, incompleta. No sabemos cuál es la causa del abuso de drogas. Ni siquiera sabemos, en verdad, qué significa "abuso de drogas". Hasta cierto punto, el problema nos recuerda a la cuestión del hospedador y del ambiente; es decir, la comprensión de la enfermedad requiere una comprensión más sofisticada de significados y contextos. Pero el problema va más allá, los significados y los contextos -por no mencionar a las explicaciones materiales y los procesos biológicos- necesitan entretejer explicaciones. Las interacciones múltiples entre una variedad de elementos, definen mejor al sistema que el ensamblado causal. Extraer la "causa" de un sistema emergente tan complejo e interactivo no es una tarea sencilla.

La epidemiología se mueve en la dirección de la ecología médica (Dunn y Janes 1986). De hecho, este punto de vista sistémico u holístico, se ha considerado como el vínculo clave conceptual entre la epidemiología y la etnografía. True (1990:301) escribe que ambos campos tienen una "mirada holística sobre el proceso de salud enfermedad y que esto sienta las bases para futuras colaboraciones". True argumenta que la integración de los factores biológicos y socioculturales es de hecho, el tipo de "holismo" que aparece en la fundación de la antropología, una fundación que, irónicamente, muchos antropólogos contemporáneos parecen haber abandonado. Para la nueva epidemiología, el holismo es esencial. Con el cambio de la doctrina de la etiología específica a la ecología médica, la etnografía se vuelve a meter en el paisaje epidemiológico (para un ejemplo ver Rubel y Garro 1992). Las características del análisis etnográfico implican una descripción modelada de cómo interactúan los aspectos de la vida grupal para proporcionar una comprensión de cómo surgen ciertas situaciones particulares. Muchas estrategias de investigación enfatizan en aislar algunas variables para poder controlarlas y manipularlas. La etnografía permite descubrir componentes del sistema que eran desconocidos, en muchos niveles diferentes y construir modelos que explican cómo interactúan estos componentes.

El problema es que la investigación de los sistemas de la ecología médica se focaliza en un caso específico, en vez de medir indicadores en grandes poblaciones. Pero, una vez que se comprenden bien esos sistemas locales, estas hipótesis pueden ser generadas para aprovechar la fuerza de los enfoques epidemiológicos tradicionales. Janes, Stall, y Gifford lo describen de esta manera, si bien ellos usan el concepto de “ensamblado causal” en vez de “ecología médica”.

El enfoque de “abajo hacia arriba” utiliza los métodos de la epidemiología básica pero también incorpora el ensamblaje causal. Dentro de este enfoque una comprensión del riesgo se deriva de la observación naturalista de los datos y de sus interrelaciones. Lo que se le agrega a la investigación epidemiológica es un conjunto de factores potencialmente importantes que reflejan procesos significativos [ara el individuo o para la población bajo estudio. De este modo, una antropología de la enfermedad es una epidemiología a la inversa, un método que permite derivar medidas cuantitativas a partir de análisis cualitativos.[Janes, Stall, y Gifford 1986:204]

Un movimiento hacia la ecología médica muestra una comprensión de que la "enfermedad" moderna es el resultado de sistemas complejos cuyo funcionamiento debe entenderse antes de comprender la naturaleza de esa "enfermedad" y que por lo tanto, permiten aplicar programas de intervención apropiados. La investigación de este tipo de sistemas exige una focalización intensiva en los ejemplos locales. Y, otra vez más, recordando lo que dijimos, *la etnografía tiene 100 años de historia investigando y modelizando los sistemas humanos locales.*

Trestle (1986b) plantea algo interesante, algo que vale la pena repetir en función de mis recientes lecturas sobre la teoría del caos y la complejidad. La ecología médica se basa en la teoría de sistemas y en modelos cibernéticos que aparecieron poco después de la II Guerra Mundial, modelos que inspiraron la revolución informática que ahora damos por sentada. Recientemente, físicos y economistas cansados de las deficiencias de sus propias teorías comenzaron a desarrollar nuevos modelos matemáticos. Estos modelos tienen supuestos similares, o idénticos, a los que posee la investigación etnográfica. La “teoría de la complejidad”, vista como el estudio de los sistemas emergentes, complejos y adaptativos, es suficiente para mostrar los paralelismos. Desgraciadamente, no soy idóneo para profundizar en este tema, pero puedo predecir que la nueva epidemiología, que cobrará forma en los próximos años, interactuará, aportará y tomará inspiración del nuevo campo de las teorías de la complejidad.

Hay también otros aspectos que discutir. Por ejemplo, la epidemiología, se ha vuelto más consciente, reflexionando sobre sus conceptos y sobre los métodos de estudio. Desde un punto de vista tradicional, tal reflexión afecta las viejas nociones de objetividad y replicabilidad. Pero desde otro punto de vista, muestra un progreso al incorporar al epidemiólogo, con sus presupuestos y sus actividades al proceso de investigación, revelando un aspecto que influye en los resultados. Una vez más, *la etnografía tiene 100 años de historia luchando con el problema del etnógrafo como parte del estudio que lleva a cabo.*

Esa reflexión es la que le va a permitir a la epidemiología realizar su transformación. Por ejemplo Gifford (1986) describe como un “riesgo” es tanto socioambiental, desde un análisis epidemiológico como biográfico en la práctica clínica. Las traducciones entre ambos contextos son difíciles en el mejor de los casos. Otro ejemplo, un examen etnográfico de los procesos

sociales mediante los cuales se generan los datos cuantitativos podría ser muy útil. Esta reflexión puede beneficiar a la epidemiología tradicional en temas tan generales como el “problema del numerador” (True 1990) o tan específicos como la forma en que se menciona a la droga en el momento en que un paciente ingresa a la sala de emergencias.

CODA

La epidemiología, para repetirlo una vez más, está cambiando. Y tiene que cambiar. El tipo de problemas con el que trata, la compleja red de factores interactuantes que los producen, la bien establecida interdependencia entre los sistemas biológicos y los sistemas simbólicos, nuestra sofisticación creciente para vincular los niveles de análisis micro y macro -estas y otras características del mundo de la investigación contemporánea se unen para desafiar la epidemiología tradicional, al describir y analizar a las “enfermedades” en formas que van mucho más allá de lo que los fundadores del campo se imaginaron.

Al mismo tiempo, los “nuevos” desafíos recuerdan a los viejos temas epidemiológicos; la fundación del campo durante el siglo XIX venía con una preocupación por los aspectos sociales, culturales y políticos así como por la naturaleza biológica de la enfermedad. Los desafíos, entonces, pasan por restablecer algunos temas históricos a la luz de materiales que no estaban disponibles anteriormente.

El nuevo material es etnográfico y no solamente en términos de métodos o de modos específicos de recolectar diferentes tipos de datos. El nuevo material es conceptual, con raíces en la epistemología antropológica y en el objetivo etnográfico de construir teorías a partir de las personas y de las acciones características del concepto tradicional de cultura.

La conexión entre la epidemiología y la etnografía se establece a partir de la solución de dos problemas. Primero, el énfasis renovado en el hospedador y en el ambiente implica una preocupación por el significado y el contexto, que son, por cierto, el objetivo principal de la investigación etnográfica, ya que “cultura” implica justamente esa clase de modelos. Segundo, el cambio de la causa a la ecología conlleva la idea de un modelo sistémico, un modelo holístico, en vez de un modelo lineal simple. La etnografía, en contraste con la mayoría de las otras perspectivas de investigación, siempre construyó modelos sintéticos más que analíticos, esto es, la cultura se construyó para mostrar las interacciones entre los diferentes componentes en múltiples niveles.

Los lazos entre la epidemiología y la etnografía, entonces, representan un cambio conceptual, una transformación para que la epidemiología pueda responder a enfermedades que son más que biológicas, hospedadores cuya experiencia subjetiva influencia sobre los resultados, ambientes que son percibidos y que se agregan al medio material y mundos que se encuentran interconectados y que no son lineales. Los lazos implican mucho más que una mezcla de métodos, si bien hay que decir que esas mezclas son muy útiles. En vez de ello, señalan a la nueva epidemiología, que queda mejor equipada para renovar el poder tradicional de la epidemiología con las enfermedades infecciosas, dentro del dominio de las “enfermedades” complejas y diversas -si es que son enfermedades- que afectan la vida del final del siglo XX.

BIBLIOGRAFÍA

Agar, M. H. 1994 *Language Shock: Understanding the Culture of Conversation*. New York: William Morrow.

Cassell, J.C. 1962 Cultural Factors in the Interpretation of Illness: A Case Study. In *A Practice of Social Medicine*. S. L. Kark and G.W. Steuart, eds. Pp. Edinburgh: E.S. Livingstone.

Dunn, F.L. and C. R. Janes 1986 Introduction. In *Anthropology and Epidemiology*. C.R. Janes, R. Stall, and S.M. Gifford, eds. Pp. 3-34. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

Inhorn, M.C. and K. A. Buss 1993 Infertility, Infection, and Iatrogenesis in Egypt: The Anthropological Epidemiology of Blocked Tubes. *Medical Anthropology* 15:217-244.

Fleck, A.C. and F.A.J. Ianni 1958 *Epidemiology and Anthropology. Some Suggested Affinities in Theory and Method*. *Human Organization* 16(4):38-40.

Gifford, S. M. 1986 The Meaning of Lumps: A Case Study of the Ambiguities of Risk. In *Anthropology and Epidemiology*. C. R. Janes, R. Stall, and S. M. Gifford, eds. Pp. 213-248. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

Hall, J. M. 1994 Lesbians Recovering from Alcohol Problems: An Ethnographic Study of Health Care Experience. *Nursing Research* 43(4):238-244.

Janes, C. R. 1986 Migration and Hypertension: An Ethnography of Disease Risk in an Urban Samoan Community. In *Anthropology and Epidemiology*. C.R. Janes, R. Stall, and S.M. Gifford, eds. Pp. 175-211. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

Janes, C. R., R. Stall, and S. M. Gifford, eds. 1986 *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

Jenkins, C. and P. Howard 1992 The Use of Ethnography and Structured Observations in the Study of Risk Factors for the Transmission of Diarrhea in Highland Papua New Guinea. *Medical Anthropology* 15:1-16.

Kozel, N. J., J. S. Sanborn, and N. J. Kennedy 1991 A Conceptualization of Addictive Disease Epidemiology as Compared to Infectious and Chronic Disease Epidemiology. Presented at the International Symposium on Drug Dependence, Mexico City, January, 1991.

Kunitz, S. J. 1994 *Disease and Social Diversity: The European Impact on the Health of Non-Europeans*. Oxford: Oxford University Press.

Kunitz, S. J. and J. E. Levy 1994 *Drinking Careers: A Twenty-Five Year Study of Three Navajo Populations*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.

Marin, G. 1989 AIDS Prevention among Hispanics: Needs, Risks Behaviors, and Cultural Values. *Public Health Reports* 104(5):411-415.

Nations, M. K. 1986 Epidemiological Research on Infectious Disease: Quantitative Rigor or Rigormortis? Insights from Ethnomedicine. In *Anthropology and Epidemiology*. C. R. Janes, R. Stall, and S. M. Gifford, eds. Pp. 97-124. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

O'Neil, J. D. 1986 Colonial Stress in the Canadian Arctic: An Ethnography of Young Adults Changing. In *Anthropology and Epidemiology*. C. R. Janes, R. Stall, and S. M. Gifford, eds. Pp. 249-274. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

Robbins, L. N., J. E. Helzer, and D. H. Davis 1975 Narcotic Use in Southeast Asia. *Archives of General Psychiatry* 32.

Rubel, A. J. and L. C. Garro 1992 Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis. *Public Health Reports* 107(6):626-636.

Rubinstein, R. A. and J. D. Perloff 1986 Identifying Psychosocial Disorders in Children: On Integrating Epidemiological and Anthropological Understandings. In *Anthropology and Epidemiology*. C. R. Janes, R. Stall, and S. M. Gifford, eds. Pp. 303-332. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

Stall, R. 1986 Respondent-identified Reasons for Change and Stability in Alcohol Consumption as a Concomitant of the Aging Process. In *Anthropology and Epidemiology*. C. R. Janes, R. Stall, and S. M. Gifford, eds. Pp. 275-302. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

Trostle, J. 1986a Early Work in Anthropology and Epidemiology: From Social Medicine to the Germ Theory, 1840-1920. In *Anthropology and Epidemiology*. C. R. Janes, R. Stall, and S. M. Gifford, eds. Pp. 35-58. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

1986b Anthropology and Epidemiology in the Twentieth Century: A Selective History of Collaborative Projects and Theoretical Affinities, 1920-1970. In *Anthropology and Epidemiology*. C. R. Janes, R. Stall, and S. M. Gifford, eds. Pp. 59-96. Dordrecht and Boston: D. Reidel Publishing Company.

True, W. R. 1990 Epidemiology and Medical Anthropology. In *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method*. T. M. Johnson and C. F. Sargent, eds. Pp. 298-318. New York: Greenwood Press.

Zavertnik, J. J. 1993 Strategies for Reaching Poor Blacks and Hispanics in Dade County, Florida. *Cancer* 72(3 Suppl):1088-1092.

Zinberg, N. 1984 *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, Connecticut: Yale University Press

