

más allá de la opresión de género y el derecho al aborto, la opresión de raza y clase y necesitaba de programas para resolver la esterilización forzosa, las tasas de mortalidad infantil o la salud de las mujeres de color encarceladas.

Los orígenes del movimiento *Reproductive Justice*, en 1983, dentro del movimiento negro por la salud de las mujeres (*National Black Women's Health Project*) y su desarrollo posterior hasta la fecha, se estudian en el capítulo 6. El concepto de *Reproductive Justice*, que se acuñó en la década de 1990 tras la Conferencia de El Cairo, sitúa los derechos reproductivos en un marco amplio e interseccional de derechos humanos, como el derecho al trabajo, a una vivienda digna, a la educación y a la erradicación de la pobreza, en tanto que requisitos imprescindibles para garantizar la libre elección en el ámbito de la reproducción en general, y de la anticoncepción y el aborto en particular. Un movimiento que subraya que la capacidad de cualquier mujer para decidir en materia de reproducción es una decisión individual que está condicionada por su pertenencia social y racial y que Nelson relaciona también con el activismo de izquierdas y todo el movimiento precedente feminista por la salud de las mujeres.

Este magnífico libro aúna historia del feminismo, historia de las mujeres blancas y afroamericanas e historia de la salud pública con una perspectiva interseccional, para reivindicar la atención sanitaria como un derecho humano global que sigue sin estar consolidado en los Estados Unidos de América. Las resonancias y diferencias transnacionales animan a seguir indagando en la historia del movimiento feminista de salud de las mujeres a este lado del Atlántico. ■

**Teresa Ortiz Gómez**

[orcid.org/0000-0003-0499-6178](https://orcid.org/0000-0003-0499-6178)

Universidad de Granada

■ **Joseph E. Davis, Ana M. González. To Fix or to Heal. Patient care, Public Health and the Limits of Biomedicine.** New York: New York University Press; 2016, viii + 233 p. ISBN: 9781479878246. € 28.00 (Paperback).

Este libro es el resultado de las ponencias presentadas a un *workshop* sobre *Construction of New Realities in Medicine* organizado por el *Social Trends Institute* y que tuvo lugar en 2010 en Barcelona. Un coloquio multidisciplinar con sociólogos, historiadores, psicólogos y filósofos en torno a las relaciones entre el «reduc-

cionismo» y el «holismo» en la Medicina actual, una problemática conceptual y teórica sobre aspectos relevantes del papel que actual de la Medicina juega en el proceso de medicalización y su proyección en la bioética. El libro se compone de una introducción y unas conclusiones a cargo de Joseph H. Davis, sociólogo, y de once aportaciones misceláneas organizadas en tres grandes bloques, *Reductionist Medicine in Cultural Context*, *Reductionist Medicine and the Disease Burden* y una tercera parte, con un título vindicativo y, hasta cierto punto, con voluntad aplicada *The Need for a More Holistic Ethical Discourse*.

Joseph Davis, en el primer bloque y en su capítulo, efectúa un recorrido limitado desde un punto de vista bibliográfico sobre el modo como se ha conceptualizado del holismo y el reduccionismo en medicina y la situación actual de hegemonía del reduccionismo. Considera que se trata de dos polos entre los cuales se debate la disciplina y en la metáfora entre el *fix* y el *heal* distingue entre la hegemonía del diagnóstico como pieza clave del pragmatismo relacionado con la eficacia y la necesidad de comprender la complejidad del contexto puesto en juego en torno al individuo enfermo. Destaca como, tras la hegemonía del holismo hasta finales del XIX, el modelo médico ha ido tendiendo hacia el reduccionismo que, en el periodo actual, exige una reconsideración o una vuelta al holismo. Su argumentación se construye, sobre todo, a partir de consideraciones sociológicas y filosóficas, pero el aparato crítico que aporta desde la perspectiva de los hechos y las prácticas —esto es del registro histórico o etnográfico—, es limitado, en parte por el perfil dominante de los participantes en el coloquio, entre los cuales los historiadores de la ciencia están en minoría frente a filósofos y sociólogos con vocación teórica. Su aportación específica en el capítulo primero sobre la construcción cultural de la *auctoritas* del reduccionismo no añade demasiado a los rasgos constitutivos del modelo médico hegemónico y a la larga serie de aportaciones efectuadas sobre esa temática en las últimas décadas, olvida la amplísima evidencia historiográfica y etnográfica sobre las temáticas de las que se ocupa y, aunque el coloquio tuvo lugar en Barcelona, ignora completamente la literatura —abundantísima— en lenguas latinas.

Christina Simko utiliza el registro autoetnográfico y autobiográfico para poner de relieve la complejidad mediante la cual las narrativas de los pacientes y los ciudadanos abordan el problema del sufrimiento en contextos culturales e históricos distintos. Su capítulo se inscribe en uno de los actuales desarrollos más significativos en antropología médica que abrieron autores como Arthur Frank y Arthur Kleinman y en los debates en torno a la producción de categorías diagnósticas.

Luis Echarte abre un debate sobre el concepto de medicalización, a partir de una revisión crítica de la formulación clásica del concepto que hace Peter Con-

rad. El principal problema es que, en su comentario, obvia el hecho del presentismo de la definición de Conrad y eso le lleva a olvidar la dimensión económico política —y la profundidad histórica— no tanto del concepto de medicalización como del «proceso de medicalización», como proceso de construcción cultural. Se limita a una visión que solo incluye parcialmente los intereses de los profesionales y su papel como intelectuales orgánicos, para cuya consideración siempre es necesario establecer al servicio de qué o quién estuvieron. Según Echarte el proceso habría empezado hacia 1950 con lo cual, lamentablemente, todo lo que viene después se pierde con los habituales convencionalismos respecto al papel de los medicamentos y a los hechos específicos de la medicalización de la salud mental, cuyas raíces vienen de no poco antes que 1950. Sin embargo, su etiqueta de «medicina cosmética» me parece sugestiva, aunque, de nuevo, el propio autor no percibe como el propio proceso de medicalización, en su estadio actual, puede prescindir incluso de la *auctoritas* profesional y construirse a partir de saberes dispersos en la galaxia comunicativa.

La aportación de Robert Dingwall sobre el concepto de paciente en la medicina contemporánea es interesante. Efectúa un recorrido sintético sobre las principales corrientes post-parsonianas al respecto, algo importante en los tiempos que corren, porque estas referencias fundacionales suelen ser olvidadas o ignoradas, a pesar que siguen impregnando los debates. Por un lado, la concepción del rol del paciente como «dependiente», por otro los matices entre el concepto de desviación aplicado al crimen considerado motivado o a la enfermedad considerada como desviación inmotivada, pero productora de estigma. En una segunda parte de su capítulo efectúa una muy interesante aportación al modo en el que el estado del bienestar moderno se articula con el mercantilismo más radical, tanto en los sistemas de seguro social europeos como en los de aseguramiento privado. Pone de relieve el papel de la vieja noción de *sick role* dependiente como una de las estrategias, o de los efectos, de los sistemas de seguro, favoreciendo el reduccionismo a partir de la necesidad de establecer criterios clínicos rigurosos e ignorar los contextos culturales y sociales en los que se ubica la enfermedad.

En el segundo bloque, *Reductionist Medicine and the Disease Burden*, Anne Hardy discute la tendencia —y la necesidad— de orientar las políticas de salud y la práctica médica hacia la prevención. Para ello efectúa un recorrido histórico sintético desde la *medizinische polizei* de Johan Peter Frank al periodo actual, con el objeto de insistir en la orientación preventivista de la «higiene y sanidad» previas a la II Guerra Mundial, explorar la hegemonía terapéutica —la revolución terapéutica—, que sitúa entre los cincuenta y los ochenta, y un periodo actual que vendría presidido por el debate sobre los «estilos de vida». En su síntesis

destaca como ya en los sesenta se alzaron voces críticas al respecto, atentas a la transición perceptible entre un paisaje dominado por las infecciones agudas a otro presidido por la hegemonía de los padeceres crónicos.

Deborah Lupton abre una perspectiva que hace una década era impensable. Aborda el hecho que en la era del Web 2.0 algunos de los principios clásicos de la *autoritas* de la biomedicina tal y como se había ejercido —me atrevo a decir que desde los hipocráticos—, están viviendo una revolución. Parte de la idea que el *empowerment* individual relativo a la salud, presente desde los cincuenta en el mundo anglosajón y que ha marcado una indudable transición en el significado de las políticas de prevención, se ve subvertido por la presencia masiva de tecnología accesible al margen de la relación física entre los pacientes y las instituciones y profesionales, a partir de la posibilidad de un autocontrol tecnológico sobre parámetros del propio cuerpo, mediante la monitorización de variables y el manejo del Big Data. Esto la lleva a una interesante discusión sobre el concepto de riesgo, que también pone de relieve el papel de la Web. 2.0, algo que no era previsible en escritos clásicos como los de Robert Castel o Ulrich Beck.

El propósito del texto de Jon Arrizabalaga es analizar la construcción de nuevas categorías diagnósticas, así como la reaparición de viejas enfermedades infecciosas a partir de la irresponsabilidad en el uso de innovaciones tecnológicas y, asimismo, revisar las estrategias relativas a la pandemia VIH/SIDA. Estos objetivos le llevan a efectuar una aproximación a los efectos de lo que suele llamarse salud global, que corresponde a la ampliación de la mirada más allá de los límites de Occidente. Sintetiza en ocho puntos sus conclusiones: los límites en la confianza respecto a la eficacia de la medicina, el fracaso del reduccionismo aplicado a las enfermedades infecciosas, la necesidad de contextualizar adecuadamente la perspectiva biotecnológica, la necesidad de pensar que determinados avances pueden no ser irreversibles, que las soluciones son interdependientes a escala de la salud global, que deben involucrar a los colectivos y no deben limitarse al cortoplacismo. Vindica finalmente una aproximación crítica respecto a las enfermedades infecciosas en la línea de las propuestas de Paul Farmer.

Bruce Alexander disecciona, desde una perspectiva crítica, el concepto hegemónico de «adicción» en los USA. A partir de un recorrido de la historia del concepto y de la incorporación de la *dislocation theory* pone de relieve las contradicciones entre los discursos oficiales y la realidad práctica, articulados con los problemas de fragmentación social y desafiliación, frente a las interpretaciones reduccionistas y morales del uso político y «medicalizador» del término.

La tercera parte de la obra reúne tres ensayos y las conclusiones del compilador Joseph Davis. John Evans efectúa un interesante ejercicio de caracteriza-

ción de la medicalización como producto de lo que llama *professional jurisdiction* y que corresponde a una formulación actual del viejo concepto escolástico de *auctoritas* con la idea de, a partir del control sobre una esfera de conocimiento, discutir el papel de la profesión de bioético en el contexto de la *medical jurisdiction* y con ello poner de relieve la evolución de las relaciones entre unos y otros, y muy especialmente en determinados espacios de intervención en general y en el hospital.

Jeffrey Bishop analiza la posición de las llamadas humanidades médicas en el contexto de radicalización de la biomedicina que subrayan todos los autores. Destaca, por una parte, el papel del concepto de biopsicosocial y la aparición de un discurso sobre un nuevo humanismo que sería adaptable a la relación clínica actual, así como una necesaria des-teologización de la bioética en un sentido básicamente laico. Ana María González aborda el problema de un nuevo marco ético en el campo de la salud a partir de la diferencia entre el bien y lo saludable.

Si bien el libro es de lectura muy aconsejable deja cierto sabor de boca de *déjà vu* —salvo algunas excepciones—. No se trata de un demérito. Pensando en el lector joven ofrece pistas sobre temáticas y debates relevantes, casi siempre muy «etno (anglo sajón) céntricos». Además, a pesar de la vocación interdisciplinar del libro, el peso de sociólogos y filósofos con vocación teórica no tienen en cuenta las aportaciones actuales de la historiografía —salvo en el caso de los dos historiadores de la ciencia—, y de la etnografía —salvo en la aportación de Christine Simko—, que han aportado en las últimas décadas una enorme cantidad de pruebas que permiten refinar profundamente el presentismo de las definiciones de medicalización que la mayoría de autores del libro parecen creerse. Tampoco se vislumbra que tengan en exceso relevancia en muchas de las aportaciones las muy sólidas críticas que recibiera el concepto de *sick role* de Parsons —de todos los clásicos el más citado—. En ese sentido este libro —insisto que no en todos los casos— da la impresión de un *déjà vu* que se limita a una visión muy sesgada de una problemática, en la que los planteamientos críticos son minoritarios, aunque particularmente relevantes. ■

**Josep M. Comelles**

[orcid.org/0000-0003-0064-364X](https://orcid.org/0000-0003-0064-364X)

Medical Anthropology Research Center

Universitat Rovira i Virgili