

ANTROPOLOGÍA APLICABLE

Por el Académico de Número
Excmo. Sr. D. Carmelo Lisón Tolosana*

I

Voy a presentar tres escenarios, tres modos de ver y, por tanto, tres modos de conocer para sugerir perspectivas de aplicabilidad de mi disciplina. Había pensado hablar en esta presentación de la gripe A desde una vertiente antropológica pero el material que he recogido no es suficiente; la sociedad de riesgo y la cultura de la contingencia en que vivimos proveen, por otra parte, de múltiple material a seleccionar y analizar para sugerir formas suaves de antropología-acción. La primera pretende mostrar cómo desde la razón antropológica podemos sahumar aspectos de un omnipresente existencial humano, de la enfermedad que además de ser biológica y médica es cultural.

La etnomedicina es una importante parcela de la Antropología; va a hacer ya ochenta años que E.H. Ackernecht publicó sus primeros ensayos sobre medicina y etnología subrayando el carácter cultural en la representación nativa de la enfermedad por una parte y sus funciones sociales por otra. Hoy poseemos un aceptable elenco de monografías que mucho nos han enseñado sobre la enfermedad en amplitud intercultural. Obviamente este arsenal de conocimientos tiene una vertiente fundamentalmente práctica, tanto evaluativa como ética es, en principio y siempre, aplicable. Pero ¿qué aplicamos? La aplicación del saber antropológico es algo inmensamente complejo. Pasar del conocer al hacer, pensar que conocemos lo suficientemente como para saltar a la aplicación requiere ponderación y prudencia, no basta con el encomiable deseo de ayudar con nuestros conocimientos discipli-

* Sesión del día 20 de octubre de 2009.

nares al Otro. ¿Qué aplicamos a qué y a quién? Al pretender aplicar entramos en un campo que no es el nuestro, en una dimensión técnica ajena, en otro modo epistémico con un diferente objeto de estudio y análisis. Las particularidades de nuestra naturaleza, la biología y la química de nuestro cuerpo nos superan. Además la Ciencia en su forma ideal es investigación y ésta tiene un carácter teórico básico, obedece a un régimen lógico deductivo, es apodíctica y categorial, mora en lo universal y va mucho más allá de intereses concretos y deseos particulares. Para aplicarla es necesario transformarla, domesticarla lo que requiere particular experiencia y saber de uso, reconducirla al objeto pertinente, en este caso al cuerpo enfermo, lo que nosotros no tenemos ni sabemos. El lenguaje primario de esta Ciencia es matemático y las relaciones y procesos que explora y trata son numéricas; su epistemología se impone a todos y a todas culturas, no cambia ni en el espacio ni con el tiempo. A esta Ciencia se deben los logros espectaculares de que todos nos beneficiamos. Pero ¿es en realidad la Ciencia tan pura y científicamente científica? Lo cierto es que esta visión matemática vino precedida, y está siempre acompañada, por una razón práctica y como ya notaron Aristóteles y Rousseau, la razón práctica deriva el conocimiento de algo a algo.

Pero el tránsito del conocimiento teórico a la razón práctica requiere una mediación secundaria, esto es y dicho de otra manera, lo categorial y abstracto tiene que referirse y concretarse al objeto de estudio escogido para su aplicación, tiene que pasar por el tamiz de la selección metodológica pertinente, seleccionar y evaluar los medios, obedecer al orden social y legal etc. Y el objeto de estudio —el cuerpo y la enfermedad, la política del terror, la lujuria de la desmedida adquisición— impone a su vez, en y por sí mismo, condiciones selectivas de investigación congruentes con nuestra disciplina, que no son precisamente las biológicas o médicas, políticas o económicas. El cuerpo para nosotros es un hecho primariamente cultural sometido a hermenéutica conceptual, señoreado por supuestos vitales, expectativas humanas y fines intencionales y todo en un contexto variable a investigar y entender. Queremos vivir y vivir en salud, libertad y felicidad, queremos evitar el sufrimiento y la miseria; y como sabemos que vamos a morir todas las culturas han creado esquemas para ir más allá de la pobreza y de la desesperación, para vivir con calidad de vida. Y aquí estamos de lleno en la dimensión antropológica, en la etnomedicina para comenzar.

Pero no voy a referirme ahora a la incidencia de factores patógenos socio-culturales —la cultura puede ser patogénica—, ni a la ecología de la enfermedad, ni a sus muy significativas clasificaciones locales, ni a los estilos de muy variadas terapias ni a la riqueza de las diagnósticos por numerosos especialistas populares con todo su simbolismo y expresión de la *world-view*, propio de la etnomedicina, porque todo esto ya lo he indicado en relación a Galicia. Pero sí que voy a intentar, siguiendo el esquema teórico-técnico que he planteado, mostrar en acción tanto la vertiente humana de nuestro acercamiento a esta compleja problemática como la real tensión inicial, y convergencia final, de estas dos formas de conocimiento. Porque la reali-

dad es que podemos entender la enfermedad también desde otra perspectiva y de otra manera, no solo a través de la formulación técnico-médica, por estadísticas y con números, sino por la experiencia del propio cuerpo y por la experiencia comunitaria del cuerpo que en cierto grado podemos alcanzar en diálogo con informantes pacientes y sanos y, desde luego, con personal observación. He podido apreciar en Galicia cómo ante la enfermedad, ante el hecho bruto biológico del dolor y del sufrimiento, arrancan valor y sentido convirtiéndola por el ritual en algo activo y ético, en una experiencia colectiva balsámica.

Más concretamente: antropologizamos, esto es, culturalizamos y humanamos la enfermedad —a la que me voy a referir en primer lugar— al situar la naturaleza, la biología y el cuerpo en su representación colectiva, en causación cualitativa, en conciencia y significado con lógica endoxal, en vocabulario y verdad zonal, en deseo, creencia, intención, frustración, rebeldía y terapia ritual, en un arco que engloba estamento personal, grupo y sociedad. Tarea inmensa, investigación necesariamente lenta pero penetrante como ninguna otra y profunda que hace que nuestros patrocinadores desesperen de nuestra tardanza en producir resultados y que no siempre aprecien la riqueza contextual del estudio y su potencial generalizante, pero lo que presentamos es el lado humano de la enfermedad. Construimos nuestro objeto de estudio, en segundo lugar, tratando de hacer del modo enfermedad algo culturalmente inteligible, esto es, poniéndonos en relación empática con el espacio vital del enfermo, con sus conceptualizaciones de la afección o trastorno que padece, inquiriendo cómo la recibe, acepta o rechaza, la preocupación, el miedo o la angustia que le produce, sus expectativas de curación, sus dudas e incertidumbre; sugiero también que hay que investigar su grado de fe en santos, imágenes y rituales a la vez que en la terapéutica médica y analizar el coeficiente místico de la imagen del médico y de las medicinas. Descubrimos debajo de todo esto el *ethos* del grupo, significado emotivo y sentido moral o, en nuestro vocabulario, la enfermedad como parte de la cultura.

Acabo de indicar que el médico tiene en cuanto especialista una aura enigmática que irradia —e inspira— en su quehacer. Su volumen y espacio de conocimiento le avalan porque nuestra sociedad cree en la medicina occidental; estamos en sus manos, dependemos de él. Nos examina y oye, dialoga y escucha, nos toca y palpa, presencia nuestra enfermedad, participa de ella y es testigo de nuestro estado. Este modo médico, denominado antes médico de familia, adquirió su cima cuando, hasta hace poco, visitaba a toda la familia en su casa, conocía a todos sus miembros, justipreciaba personalmente el proceso, veía qué era productivo y práctico y, en conjunto, consideraba al paciente como una persona y no como un número o caso; si a todo esto añadía el oro de la incertidumbre y la plata de la duda culminaba su rol humano. La sociedad de consumo no incita hoy al médico que en primera visita nos atiende a ejercitar estos valores humanos, a humanizar encuentros rápidos y repetidos durante horas monótonas, a buscar sentido en el conjunto de la situación. La técnica que crece y mejora cada día ha cambiado hoy, en buena parte,

este anterior escenario. El médico ya no domina ni tiene un conocimiento abarcador familiar como antes: se ha convertido en una intérprete de intérprete de intérprete. Primero interpreta al paciente y ordena, por ejemplo, una ecografía; recibe, además de la placa, una interpretación de un experto en técnica que decide si la placa está bien hecha, la interpreta a su vez y la envía al primero quien, a la vista de todo, vuelve a interpretar. Fundamentado en este cuádruple proceso fisiologíza, o biológíza o genetiza, clasifica y medica; crea, en una palabra un objeto y campo de estudio, produce, por tanto y en cierta medida, otro individuo, un sujeto médico.

Con la etiqueta de enfermo es recluido en estructuras de exclusión —clínicas, hospitales, manicomios, residencias etc.—, espacios de disociación en los que es aparente la fragilidad de su cuerpo y también la vulnerabilidad de su espíritu; el primero le recuerda que tiene que tolerar su propia naturaleza, no en su mejor estado, y no repudiar su animalidad, y por el segundo queda degradado, humillado, avergonzado en sus imágenes de dignidad personal, de masculinidad y feminidad. Mutilado en su yo cultural se siente débil, en situación de estrés emotivo, reducido a otro como realmente es. La enfermedad deshumaniza. Su cura requiere no solo píldoras sino tacto, compasión, restaurar su humana dignidad, su autonomía, la capacidad de la persona, su valor moral. La clasificación original es médica, pertenece a la estadística y a la ciencia y focaliza una o varias partes del cuerpo distintivamente, pero esa rigurosa y necesaria ordenación abstracta no solo no anula sino que potencia intensos sentimientos, valores y significados que abren otro amplio campo a nuestra específica investigación antropológica a la vez que coadyuvan a agravar o acelerar la rehabilitación.

En realidad esto no es todo ni lo más importante. Los extraordinarios avances científicos al desubstanciar nuestra humana e insondable naturaleza se enfrentan a valores humanísticos; concretamente la biogenética puede amenazar nuestro actual sentido de la dignidad y de la autonomía. Nuestra noción de humanidad se basa en la creencia de que nuestra naturaleza está dentro y fuera del cosmos, de que al mismo tiempo que somos parte de él lo excedemos y que en nuestro actual conocimiento la manipulación biogenética precisa prudencia y frontera porque puede afectar la manera de cómo nos entendemos a nosotros mismos. ¿Podemos, por ejemplo, autodeclararnos superiores para *crear* a otros? Problema moral que dejo de lado.

En todo caso y al menos la química puede afectar la autonomía del orden simbólico, pero no es menos cierto también que nuestros valores y definiciones de nosotros mismos no son estables, cambian culturalmente y que nuestra identidad y dignidad para ser y para ser efectivas tienen que venir reconocidas por el grupo, es decir, tienen que ser conquistadas con esfuerzo y sacrificio. Y si ciertos niveles de sustancias químicas pueden afectar la memoria, nuestras capacidades y decisiones, nuestros valores en una palabra, el espacio abierto entre la ciencia y la ética obliga a pensar, sobre todo si además tenemos en mente que es posible fijar un ordenador en el cerebro de una rata y dirigir sus movimientos, sus actividades y decisiones

“espontáneas”, porque todas ellas están decididas por una agencia externa. Más aun, en marzo de 2002 fue conectado a un ordenador el sistema neural de un profesor de la Universidad de Reading lo que hizo posible proporcionar datos a una persona sin pasar por sus cinco sentidos¹. En resumen: la investigación actual parece orientarse a indagar cómo el cerebro emerge de la interrelación simbólica entre cultura y materialidad. Problema que también dejo de lado.

II

La convergencia de las ciencias cognitivas, de la información por la red, de la nanotecnología y de la biotecnología evidencia el triunfo, sin precedentes, de la medicina al mismo tiempo que abre todo un campo de expectativas, pero plantea a la vez problemas ético-morales que no son de su esfera y serías deficiencias científicas que en parte lo son. Nunca hay una sola solución al predicamento del enfermo puramente racional o exactamente matemática. El indiscutible éxito de la ciencia médica oculta imperfecciones que precisan de reconocimiento y solución; la práctica médica está coloreada por complejidad e incertidumbre en su diagnosis. Los medicamentos que matemáticamente han probado ser eficaces en determinadas enfermedades no son igualmente aplicables ni beneficiosos para todo el enfermo hospitalizado; la condición, o conjunción de condiciones del paciente requiere especial atención y olvidar momentáneamente el cientismo médico porque se trata de un único ser humano. El 15% de las diagnosis médicas son inexactas o están equivocadas². Se ha repetido que solo desde principios del siglo XX un enfermo tenía algo más de un 50% de probabilidades de curarse y que durante 2400 años los “médicos” agravaban más que curaban al enfermo³. La esperanza en curarse y más la expectativa en encontrar atención y significado en esa dolorosa situación parecen haber contribuido a la continuidad de una variopinta profesión. Era lo que había. “O señor fixo o que pudo” me decían en la Galicia rural cuando el “profesional” de la aldea o de la comarca había fallado en su quehacer.

Como en cualquier otra profesión no todos tienen las habilidades técnicas necesarias para hacerse cargo de pacientes y esto sin tener en cuenta que, en ocasiones, atender a las necesidades, deseos y temores y contar con los valores y actitudes del enfermo puede ser tan importante como la prescripción de conocidos y potentes fármacos. Por otra parte una encuesta americana realizada a 1600 médicos

¹ Todo esto puede ampliarse en S. Zizek: “Bring me my Philips Mental Jacket”, *London Review of Books*, vol. 25, nº 10, 22 de mayo, pp. 3-5.

² Obviamente las cifras no son mías. Sigo a R. Horton: “What’s rong with Doctors” en *The New York Review of Books*, vol. LIV, nº 9, 21 de mayo 2007, pp. 16-20. Horton comenta el libro de J. Groopman *How Doctors Think*.

³ S. Shapin: *Possessed by the Idols*, comentario al libro *Bad Medicine: Doctors doping Harm since Hippocrates*, de D. Wootton, Oxford, que viene en el vol. 28, nº 23, 30 nov. 2006, pp. 31-33, *London Review of Books*.

revela que nueve de cada diez están relacionados con la industria farmacéutica de la que reciben muestras e invitaciones diversas y pingües beneficios. Las gigantes corporaciones farmacéuticas adquieren sus ganancias millonarias de productos estrella para los que buscan aplicación gastando también billones en estrategias de mercado, en recomendaciones y presiones políticas no siempre transparentes ni con escrúpulos. Desde el momento en que la mayor parte de investigación científica viene financiada por la empresa privada es obvio que hay detrás intereses comerciales. No todo es racionalidad médica. Se calcula que en torno al 80% de las medicinas que tomamos no son más eficaces que placebos.

La inexperiencia y el error, la falta de profesionalidad y el descuido pueden matar; pero, por otra parte, la realidad de los errores y de las acusaciones formales que sufren los médicos hace sentirse al profesional culpable y solo. Sobre él pesa una heterogénea carga: las condiciones de trabajo, el hospital como un gran Corte inglés para despachar salud, la jerarquía, la burocracia, la programación política de la salud, el cansancio y la necesaria toma de decisiones rápidas en momentos críticos tensan su estado anímico, producen estrés. No siempre ayudan los enfermos con su dolor e impaciencia como también lo sufren las enfermeras; hablan cada vez más el lenguaje de los derechos y *exigen*, es el verbo *princeps* de nuestra sociedad, el cumplimiento de los deberes de los doctores y enfermeras. Para el paciente el saber se convierte también en poder. La relación del enfermo con el médico —y con la enfermera— es compleja y polivalente, asimétrica y cambiante lo que dibuja un dinámico campo de fuerzas que requiere mirada antropológica lo mismo que el conjunto hospital, o clínica o residencia de mayores porque conforman tanto un sistema social como un universo mental *sui generis* que, bien etnografiado en sus propios términos podría mostrar en acción redundancias innecesarias, fenómenos de *gaspillage*, deficiente comunicación, líneas de rigidez etc. que solventadas darían mayor eficacia a redundar últimamente en el enfermo. El paciente no es un cliente, pero también tiene *deberes*. Otro campo de experimentación etnográfica.

Volvamos ahora nuevamente al esquema científico planteado, pero partiendo de un hecho clínico: el dolor no sufre unidades objetivas como el calor o la luz ni está sometido a leyes de presión o frecuencia, es más, como todos experimentamos en nuestras visitas al dentista, su naturaleza incierta hace difícil su localización espacial. El dolor es una cualidad que está en nuestra conciencia y como la belleza está también en nuestra mente. Su doble naturaleza abre la puerta al antropólogo porque no todo se puede medir y contar; el saber técnico requiere en nuestro caso ser equilibrado con el sentido de la medida, con el saber práctico humanizado, esto es, con un *tâche d'humanité*. Nuestra disciplina perfuma con valor humano la objetivación matemática necesaria del enfermo bajo un esquema de ley general y eso lo hacemos socializándolo al encuadrarlo en contextos relacionales, familiares y económicos y culturalizándolo al enmarcarlo en intenciones, deseos, significados y sentidos, valores y creencias, porque estas coordenadas complementan el espacio que la

ciencia deja en penumbra, sin explicación. El por qué del dolor y del sufrimiento, del Mal —con mayúscula— y de la muerte no solo desbordan el objeto de la ciencia sino que son preguntas que ni siquiera las hace; no sabe, no responde. El método científico es incuestionable y necesario pero no es apto para regular cómo debemos vivir, para prescribir la ética comunitaria y los valores morales porque no integran su objeto de análisis, lo sobrevuelan. La ciencia no es sensible a problemas de felicidad, florecimiento y realización diferencial de los seres humanos; no es el único modo de encuesta intelectual ni la única fórmula que nos lleva a la verdad⁴. La pura objetividad científica nunca es alcanzable.

Otro escenario que solo toco de pasada. Desde 1943 a 1945 la refinada antropóloga Ruth Benedict fue asesora del Departamento de Guerra norteamericano para aconsejar sobre territorios ocupados o enemigos. Escribió *El crisantemo y la espada. Patrones de la cultura japonesa* en el que radiografía a Japón con penetraciones muy estimables. Sirvió como manual al ejército de ocupación. Desde entonces toda ocupación norteamericana va precedida del reparto de folletos a los soldados que les instruyen sobre el modo de vida y cultura de la gente. Esto sucedió con profusión en la guerra del Vietnam donde el uso y abuso de monografías antropológicas suscitó protestas formales de antropólogos, a pesar de que alguno se vio implicado en contra de los principios morales del código *The Society for Applied Anthropology* de 1951.

Desde hace sesenta años los Swat del Pakistan —entre la frontera de Afganistán e Islamabad punto crítico talibán y preocupación máxima del gobierno Obama— son conocidos antropológicamente por las excelentes monografías que sobre ellos se han escrito. Los Swat odian tanto a los talibán como a los norteamericanos porque creen que estos son la causa real de su terrible situación; unos razonan con lógica endoxal y otros con lógica práctico-racional. Ayudaría mucho a la autoridad militar que conociera mejor la estructura social y la historia local y política para encauzar sobre base real los problemas; lo mismo vale sobre los talibán que sólo se combaten con las armas que ya fracasaron en el Vietnam. La información antropológica es amplia, y en Norteamérica parecen estar dispuestos a tener en cuenta la radicalidad de la etnicidad. La madre de Obama fue antropóloga e investigó durante treinta años en Indonesia. El general Petreus, calificado como genio militar de la guerra en Irak estudió Antropología y se asesora de antropólogos, pero la guerra impone también otra dinamicidad sobre todo al soldado que emplea una metralleta, lo que exige un estudio *per se*.

Un último escenario. Al leer u oír interpretaciones sobre la actual crisis económica me ha sorprendido la repetida alusión a conceptos morales y juicios evalua-

⁴ Más sobre esto en C. Lisón (ed): *Invitación a la Antropología social y cultural*, Akal 2007, caps. primero y último.

tivos tales como credibilidad, desconfianza, crédito en su doble sentido, equidad, veracidad, educación, responsabilidad etc., nomenclatura que envía el tema substantivo económico de que trata a un régimen lógico distinto, a un campo argumentativo diferente, al universo cultural en una palabra; dentro de éste me refiero en concreto al clima ético de nuestro tiempo caracterizado por la erosión de valores tradicionales. El mensaje que creo advertir parece indicar que la dinamicidad interna de la economía puede no ser la única razón de la crisis global actual.

Efectivamente, el funcionamiento del mercado supone y tiene como base ideas y evaluaciones morales sobre lo bueno y lo malo, lo correcto e incorrecto en la acción, lo justo, equitativo, razonable, sobre deuda, restitución, endeudamiento, *fairness* (no fácil de traducir), juego limpio etc. y otras formulaciones que están a la base de la actividad moral humana. Además, y no menos importante, devolver, restituir, y más abstractamente la reciprocidad, es un universal humano, algo que encontramos en la praxis de todas culturas. Expresado de otra manera: el subsistema económico subraya implícita y explícitamente dimensiones de nuestra común humanidad.

Por otra parte, conceptos del juego del capitalismo como honorabilidad, equilibrio, honestidad, verdad, justicia, responsabilidad y otros, tienen raíces y perfume teológico; no hay que olvidar que en el cristianismo la creación de riqueza ha estado considerada como una virtud. La injusticia, la irresponsabilidad, la explotación y el afán desmedido de riqueza contaban antes como pecado, vocablo hoy sumamente debilitado. El pensar sistemáticamente el endeudamiento como modo normal de creación de riqueza ha desbancado a la antigua práctica virtuosa del ahorro; pero las consecuencias globales de la crisis han reactivado en Europa y en Norteamérica, y a nivel popular, la tradición y responsabilidad ética en la sociedad que ahora pide encausar a los supuestos culpables no solo para hacerles comparecer como reos ante la justicia para que devuelvan lo robado sino para que por su agravio y engaño ciudadano —por su pecado en vocabulario poco aceptable hoy— sean condenados al “infierno” de la cárcel. Las presunciones, originalmente religiosas, reaparecen con otra moderna narrativa. Todavía más: los científicos, expertos, ecologistas y otras organizaciones similares llevan años subrayando y llamando la atención sobre la depredación a que los humanos hemos sometido a la madre naturaleza que acusa el inhumano trato con la escasez de recursos, el calentamiento global, la emisión de gases, la desaparición de especies etc. y nos conciencian en que todos tenemos una deuda a pagar a nuestro planeta. Es hora, nos dicen y vocean a los estados, de poner fin a la degradación consecuencia de la cultura de consumo y de la explotación dilapidadora de recursos; nos invitan a reflexionar sobre la obligación moral de pensar en el futuro. En resumen: afloran en la crisis económica actual presunciones éticas incrustadas en conceptos teológicos que un análisis semántico puede fácilmente desvelar y trazar su emigración a contextos profanos, aunque el modo de pensamiento, el tono y estilo verbal del momento sean diferentes; difícilmente puede ser de otra manera pues el modo económico es un subsistema del sistema cultural total.

III

He estado sugiriendo, en cuanto permiten la brevedad de estas líneas, todo un conjunto de áreas y dimensiones no técnicas que pueden investigarse desde nuestra disciplina. Nuestro modo no compite ni aminora el enforque y rol del especialista, lo complementa desde una perspectiva socio-cultural. Consideramos la enfermedad como un todo mereológico amplio en que unas partes se relacionan, funcionan con y dependen de otras; en ese conjunto maussiano la ciencia viene, en parte, escorada hacia la cultura. Valores tales como identidad, dignidad, libertad, significado y sentido, imágenes y representaciones, ética y moralidad, solidaridad y reciprocidad son inseparables y condicionan el modo enfermedad; ninguno de estos valores se deduce de la ciencia porque para ésta los hechos en sí mismos no tienen ni relevancia ni significado espiritual. Y, obviamente, este enfoque cultural viene fundamentado y dirigido por la racionalidad, por un razonamiento discursivo, por un proceso de inferencia rigurosa que argumenta desde la evidencia etnográfica —nadie ni nada nos salva del trabajo de campo— y por la interpretación desde la hermenéutica. Racionalidad quiere decir también racionalidad compartida, compromiso práctico con el mundo, obligación moral humana al servicio de todos. La solidaridad humana no es contingente. Tenemos que responder de nuestro conocimiento —y de nuestra ignorancia y desidia— ante nuestra comunidad porque formamos parte de una convivencia regida por un código moral⁵.

Para nosotros como antropólogos, y de manera especial, la teoría es práctica y la práctica teoría pues partimos simultáneamente de la etnografía campera en su atención al matiz y a la distinción, que es lo nuestro, y de su interpretación. Nuestra observación del enfermo y de la enfermedad y sus respectivas formulaciones conceptuales vienen marcadas por el marchamo cultural, por categorías locales que son repositorios de la tradición y por formulaciones antropológicas que han probado ser fértiles en monografías ya clásicas, y también por la sabiduría que proviene de haber vivido en común y por la participación en la vida del Otro. A todo esto hay que añadir la aplicación flexible, irónica de ismos y la perspectiva *hic et nunc*, sensible siempre a situación. No hacemos Antropología, no hay real conocimiento antropológico sin este enfoque empírico-conceptual, sin este doble tráfico entre teoría y práctica. La naturaleza, la bacteria, el número, nuestro cuerpo y su medicación, la biología y la técnica son inseparables de nuestra identidad personal, de nuestra conciencia y lenguaje, del significado, de la verdad de la moral y de la creencia. El predicamento del enfermo nunca es puramente racional o exactamente matemático. Con estudio previo podemos sugerir cómo dulcificar procesos de alzheimer o situaciones terminales o de guerra.

⁵ Interesante acercamiento a la teoría como práctica, del que me he servido, en H-G. Gadamer: *Praise of Theory*, Yale University Press 1998; el original en alemán es de 1983.

Quiero terminar diciendo algo de la llamada Antropología aplicada en un marco general. Hay plurales versiones de lo que llamamos Antropología aplicada, múltiples modos, formas y maneras de ejercerla, diversidad de enfoques, conceptos y modelos, lo que no constituye una desventaja, al contrario, testimonia la dinamidad de la disciplina que no se deja encorsetar sino que pretende abordar los problemas en su polivalencia, dificultad y complejidad. No obstante, en el universo de la opinión y del valor, de la intención, del deseo y de la personal apreciación hay y se impone un *locus* privilegiado para la deontología profesional: la antropo-*ética*, porque la maquinaria de la manipulación y del control está siempre al acecho; nada hay realmente puro y la ideología se impone solapada. Veo por mi parte la Antropología no solo en su función *para o a servicio de* sino como algo que me parece más radical: la Antropología como criterio de inteligibilidad de lo humano como valor en sí mismo y porque puede aportar sorpresas inesperadas.

¿Qué quiero decir con esto? Que la interdisciplinariedad es necesaria pero que también tiene límites; es necesario acercarse y otear otros campos y disciplinas pero desde el propio y con la propia. En cuanto antropólogos no somos médicos ni políticos ni moralistas etc., estos profesionales hacen mejor su propio oficio que nosotros; a nosotros corresponde cumplir con nuestro rol y profesión, a saber, hacer antropología *per se*, antropología de la buena y ésta será siempre *aplicable*... por otros, por expertos; la buena voluntad de ayudar al prójimo no basta. Lo nuestro es, repito, hacer antropología *aplicable*, esto es, exponer la inmensa complejidad de los problemas humanos aplicando nuestros específicos paradigmas, es decir, el arsenal teórico y pragmático de nuestra disciplina para analizar en profundidad los problemas actuales, candentes, como por ejemplo, la cultura del individualismo, de la avaricia y del egoísmo, o exponer los problemas y consecuencias de la afluencia, de la pobreza, de la violencia y de la discriminación, describir los modelos que protegen la vida comunitaria, el voluntarismo cívico y las estructuras descentralizadoras, analizar la teoría y práctica de la democracia y la actual disyunción entre sociedad y política, arrojar luz sobre la democracia distante, la corrupción política y la dictadura electoral y del despotismo democrático ya previstos por Tocqueville. Necesitamos imaginación antropológica para re-pensar la guerra contra el terror, el eje del mal, las inevitables crisis políticas venideras, la pérdida de derechos y libertades etc. desde una perspectiva hermenéutica subrayando cómo el sistema cultural es parte siempre de todo comportamiento humano.