



Antropología para médicos

Una de las paradojas de nuestro tiempo es que cuanto mayores son los avances médicos y más destacado es el desarrollo biotecnológico, más necesitamos de teorías sociales que nos inviten a repensar la salud y la enfermedad en nuestro mundo desigual y diverso(1).

Todo contacto entre el médico y su paciente, contiene elementos significativos determinados por la sociedad y los poderes que operan en ella. Hasta la vivencia más subjetiva de un estado de enfermedad, está impregnada de la cultura del grupo en el que el individuo se ubica, y ésta es a su vez, la resultante de innumerables experiencias de vida, en situaciones históricamente determinadas y, al mismo tiempo, por el condicionamiento producido por los procesos de hegemonía y poder existente en el sistema social(2).

Entendemos por “Cultura”, a todo el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos y aprendidas por el hombre como miembro de la sociedad(3).

Las sociedades transmiten las diversas culturas, a través de toda forma de educación, ya sea: formal, informal, a-formal o la desescolarizada planteada por Iván Illich, historiador, filósofo y antropólogo austriaco. Desde que nace el individuo enfrenta un proceso de transmisión cultural.

Cuando el proceso educativo formal e institucionalizado culmina, muchas sociedades introducen dramáticamente a los iniciados en su nuevo rol, a través de rituales de restricción, ceremonias de iniciación llenas de dramatismo, estos normalmente contienen aislamiento del entorno, de la familia, y pruebas que el iniciado debe superar(4).

La educación médica, también es una forma de transmisión cultural, donde los educadores transmiten valores a los iniciados en

las universidades e instituciones médicas. El ritual de iniciación médica cuenta con muchas iniciaciones dramáticas, ceremonias de bata blanca, primer día en el anfiteatro con cadáveres, primera extracción de sangre, primera cirugía, primera atención de parto, todo esto en un entorno nuevo, diferente aislados de la familia y amigos, con largas horas de estudio y trabajo bajo la supervisión de profesores intimidantes(5).

Konrad Spindler, médico estadounidense, estudio los valores tradicionales y emergentes en la cultura estadounidense transmitidos en la educación médica en ese país, encontrando que, lo que más transmiten las facultades son valores tradicionales de la cultura norteamericana:

- *La moralidad puritana* (respetabilidad, ahorro, abnegación, restricción sexual)
- *Ética de éxito en el trabajo* (Las personas exitosas trabajaron duro para llegar a serlo. Cualquier persona puede llegar a la cima si se esfuerza lo suficiente)
- *Individualismo* (El individuo es sagrado y siempre es más importante que el grupo)
- *Orientación hacia el logro* (El éxito es un objetivo constante. No hay descanso en las glorias pasadas)
- *Orientación en el futuro* (El futuro, es lo más importante. El tiempo es valioso y no puede desperdiciarse. Las necesidades actuales deben ser negadas por las satisfacciones que se ganarán en el futuro)

Además se transmiten nuevos valores emergentes, que explican el accionar de los médicos como gremio.

- *Destrezas sociales* (a uno debería gustarle la gente y llevarse bien con ellos)
- *Actitud moral relativista* (Los absolutos en lo "correcto" y lo "incorrecto" son cuestionables. La moral se reduce a lo que el grupo cree que es correcto)
- *Consideración para los demás* (Todo lo que uno debe hacer debe hacerse con respecto a los demás y sus sentimientos)
- *Hedonismo* (Nadie puede decir qué le deparará el futuro, por lo tanto, uno debe disfrutar el presente, pero dentro de los límites de la personalidad y el grupo bien equilibrados)
- *Conformidad con el accionar del grupo* (Todo es relativo al grupo. La armonía grupal es el objetivo final)(6).

El resultado de esta educación (transmisión cultural), tanto en los médicos como en los otros profesionales, es un sujeto útil para el mercado y para las instituciones burocráticas de salud, quienes en este momento determinan los intereses generales de nuestra sociedad.

El dilema sobre la eficacia de los procedimientos terapéuticos

El “Relativismo Cultural” es una corriente antropológica surgida en el siglo XX, propuesta por Franz Boas, antropólogo estadounidense, y que consiste en negar patrones de medida universales que nos permitan afirmar que una cultura es superior a otra(7).

En cambio, el **etnocentrismo** “es la creencia de que nuestras propias pautas de conducta son siempre naturales, buenas, hermosas o importantes, y que los extraños, por el hecho de actuar de manera diferente, viven según patrones salvajes, inhumanos, repugnantes o irracionales”(8).

El relativismo cultural es aquel “principio que afirma que todos los sistemas culturales son intrínsecamente iguales en valor, y que los rasgos característicos de cada uno tienen que ser evaluados y explicados dentro del sistema en el que aparecen”. Según este principio, “toda pauta cultural es intrínsecamente tan digna de respeto como las demás”(8).

Existe una crítica muy bien documentada, como la de Ayn Rand, filósofa rusa, en contra del “Relativismo Cultural” extremo que afirma que: “*Todos los sistemas culturales son intrínsecamente iguales en valor*” y que “*toda pauta cultural es intrínsecamente tan digna de respeto como las demás*”(9).

Para muchos autores, los derechos éticos elementales de la persona humana son universales por su estructura lógico-material, a pesar de que hayan sido construidos originariamente en la cultura occidental (por ser ésta la inventora de la Filosofía y, consiguientemente, de la Ética como disciplina racional filosófica). Si estos derechos éticos son universales, entonces todas las pautas culturales que atenten contra ellos son condenables, no son dignas de respeto y, más que un valor, suponen un contravalor. Por eso no tiene ningún sentido apelar a la tolerancia para defender estas prácticas contrarias a la Ética, como, por ejemplo: abuso sexual, violencia, discriminación, esclavitud, culturalmente sancionadas en el mundo occidental; deben ser rechazadas en cualquier cultura, entendiendo que existen unos derechos y unas obligaciones éticas elementales y universales (que afectan a todas las personas humanas)(10).

Para la “Antropología Postmoderna”, cada cultura es un mundo con una coherencia sui generis, y no es posible traducir unas culturas a otras sin traicionarlas. Por esta razón, el “Relativismo Cultural” suele ir asociado a los “emic” (es el punto de vista de los actores nativos), e introducido por Kenneth Pike, lingüista y antropólogo estadounidense, categorías tales como: magia, ciencia, mito, etc.; son meras denominaciones eurocéntricas, no existen verdades universales que tengan vigencia en todas las culturas, no

se pueden establecer comparaciones interculturales porque cada cultura es única y maneja sus propios parámetros (11).

Para Karl Popper Schiff, filósofo y epistemólogo austro-inglés, las ciencias son sólo hipótesis teóricas, y las hipótesis científicas ocuparían en nuestra sociedad el mismo lugar que las hipótesis mágicas ocupan en las sociedades pre-estatales (12).

La Medicina, al igual que las ciencias, está basada en un lenguaje particular, lleno de palabras difíciles y únicas, este lenguaje solo puede ser hablado e interpretado por una persona cuando egresa de una Facultad de Medicina, *"Una ciencia del discurso - afirma Bourdieu - debe establecer las leyes que determinan quién puede (de hecho y de derecho) hablar, a quién y cómo, es decir, determinar las condiciones de instauración de la comunicación"*. También *"debe determinar el contexto social en el cual la comunicación se instaure, y en particular, la estructura del grupo en el cual se lleva a cabo. Debe tener en cuenta no sólo las relaciones de fuerza simbólica que se establecen en el grupo, sino las leyes mismas de producción del grupo que hacen que algunas categorías estén ausentes. Estas condiciones ocultas son determinantes para comprender lo que puede decirse y lo que no puede decirse en un grupo..."*(13).

El discurso médico es valorado por la sociedad occidental como un capital cultural, el cual no está disponible para toda la población. Para Bourdieu, la dominación no sólo se ejerce en el terreno económico, sino también a través del acceso/exclusión al consumo de los bienes simbólicos (culturales), disponibles en una sociedad en un momento dado(13). Los grandes centros hospitalarios en los Estados Unidos y la última tecnología médica, solo son accesible para pocas personas del "Tercer Mundo", término acuñado por Alfred Sauvy en 1952, economista y sociólogo francés, para referirse a países periféricos subdesarrollados o en vías de desarrollo sin una connotación ideológica, propia de la guerra fría.

Lo que está cercano y disponible son las medicinas caseras, naturales y tradicionales, por el costo y el fácil acceso, si estas son menos o más eficaces que la medicina occidental no es una discusión pertinente; peor aún compararlas, o buscar evidencia cuantitativa.

La eficacia o no de los ritos o las curaciones tradicionales, tienen que ver más con las creencias de los individuos y de las familiares que con el rito en sí. "Eficacia Simbólica" o efecto placebo, no es otra cosa, que la efectividad de la experiencia corporal simbólica.

En Sócrates, filósofo ateniense del siglo V a.C., según Platón, se puede leer que *"La cura para el dolor de cabeza era una infusión de una hoja medicinal, que debía ir acompañada de un encanto, la persona debe repetir el hechizo al mismo tiempo que se usa la medicina"*; pero, sin enunciar el hechizo, la hoja medicinal no serviría de nada(14).

Los rituales vistos como símbolos, tienen una capacidad única para influir en las emociones, los pensamientos y el cuerpo simultáneamente, crean una conexión entre símbolos, pensamientos, cuerpo y emociones, este fenómeno complejo es lo que denominamos "Eficacia Simbólica"(15).

Los cuerpos deben ser entendidos a la luz de la sabiduría cultural de las sociedades(16). Los conceptos de "encarnación"(17) y de los fenómenos "socio-somáticos"(18) "*la dialéctica fundamental entre el cuerpo y el mundo social*" nos invitan a una comprensión más profunda de la conexión entre, mente-cuerpo por un lado y por otro lado, cultura-sociedad. Entendiendo el "efecto placebo", como una respuesta de significado socialmente aceptado (19).

El rechazo a la medicina occidental

En muchos países desarrollados el popular uso de las medicinas complementarias y alternativas, está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria. Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como: las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes la medicina complementaria y alternativa parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática (20).

En toda sociedad hay múltiples tradiciones culturales, una hegemónica o dominante y otras subordinadas. (21). El itinerario terapéutico, que realizan indígenas y mestizos en los países andinos, incluyen "remedios caseros" y rituales simbólicos, sumado a prácticas híbridas llenas de indicaciones farmacéuticas, entrelazadas con yerbas, limpiadores, curanderos, charlatanes, shamanes; en una elección aparentemente ilógica de terapéuticas disímiles.

Para entender por qué las poblaciones pobres eligen uno u otro tipo dentro de las ofertas terapéuticas, en el camino de sanación, hay que hacer uso del concepto de "sentido común", entendiendo por éste "*las creencias alrededor de la recuperación de la salud, compartido por una comunidad, como consecuencia de la convicción de dichos individuos de que es un saber práctico, significativo y correcto*" (22).

Se elabora y se modifica continuamente un sistema de oposiciones y correlaciones, mediante una traducción simbólica de estas formas o figuras del trayecto hacia la cura, que busca integrar todos los elementos de una situación total, en la que las representaciones y prácticas, ocupan un lugar bien articulado (23).

Por tal motivo estos caminos se convierten en modelos a seguir para toda la comunidad, constituyen una mediación entre las con-

diciones materiales de vida y la experiencia subjetiva de la salud y la reproducción, convirtiéndose en “un sistema cultural de salud”, que en esencia, rechaza los discursos y enseñanzas de la medicina occidental y sus practicantes (24).

El habitante rural, al recibir charlas de educación para la salud, impartidas por educadores, médicos, enfermeras, para no “traicionar” el “*Sistema cultural o de creencias*” compartidos por su comunidad, utiliza lo que en pedagogía se denomina, “*disonancia cognitiva*”, así se denomina al conflicto mental que surge al considerar de forma simultánea creencias o actitudes contrapuestas. . León Festinger, psicólogo social estadounidense, quien propone la “Teoría de la Disonancia Cognitiva” en un libro que recibiría el mismo nombre y publicado en 1957 (25), sugirió que esta disonancia posee características motivacionales. Supongamos que una persona está utilizando medicinas tradicionales aprendidas de sus padres con su hijo que tiene fiebre y supongamos también que recibe una charla de un promotor de salud, que le indica que debe acudir al médico si el niño tiene fiebre, así que debe elegir. La disonancia se experimenta si al elegir, ir al médico, cuando ella tiene conocimiento de ciertas características negativas de las prácticas médicas y de otras positivas acerca de la medicina tradicional. La cantidad de disonancia depende de la intensidad relativa de los elementos disonantes. Si la mamá es mestiza y conoce del uso del acetaminofén y la eficacia del médico local, la disonancia será pequeña y probablemente acudirá a la unidad de salud.

Pero en otro caso, si a un médico sub especialista, que nunca renovó lo que aprendió en la universidad, y realiza la misma práctica desde hace 10 años; le invitamos a cambiar, porque existen elementos sólidos para considerar que esas prácticas no son adecuadas, creará gran disonancia que provocará un gran rechazo a estos nuevos argumentos.

La disonancia puede ser entendida como la “teoría del autoengaño”, tenemos muchos conocimientos acerca del mundo y de nosotros mismos; pero cuando chocan, aparece una discrepancia, lo que resulta en un estado de tensión conocido como disonancia cognitiva. Como la experiencia de la disonancia es desagradable, estamos motivados para reducirla o eliminarla lo antes posible, y lograr restablecer así la consonancia (es decir, el acuerdo).

El problema de la interculturalidad

En Latinoamérica como respuesta a la lucha política de los años 90’s, existe un discurso de interculturalidad de parte de los estados, que se limita a normativas, que exigen a los funcionarios públicos, ser sensibles a la diferencia cultural, que sean “más interculturales” y se les capacita para ello, también en el campo de la salud.

Las palabras “Intercultural” e “Interculturalidad”, son hoy en día de uso común y ocupan un lugar central en la nueva retórica neo-indigenista del Estado. A mediados de los años 90’s, la interculturalidad se remitía más bien a un accionar y a un pensamiento político anti-sistémico, que ponía en tela de juicio el etnocentrismo de la sociedad dominante y el sesgo cultural imperante en los distintos aparatos del Estado (escuela y salud pública), la interculturalidad representa tanto una característica de la condición socio-histórica del individuo indígena como un reclamo de las bases, movilizadas de la población nativa que rechazan la política homogeneizadora de la institucionalidad dominante (26).

En Ecuador, Catherine Walsh, socióloga y sociolingüista estadounidense, señala lo siguiente: *“La interculturalidad - principio clave del proyecto político del movimiento indígena - está directamente orientada a sacudir el poder de la colonialidad y del imperialismo”* (27) (28). Y añade más adelante: *“[...] la interculturalidad no está entendida como un simple nuevo concepto o término para referir al contacto y al conflicto entre el Occidente y otras civilizaciones [...]. Tampoco sugiere una nueva política [...] que, originada en una práctica emancipadora, deriva de una responsabilidad hacia el Otro. Representa, en cambio, una configuración conceptual, una ruptura epistemológica”*.

Este proyecto político inconcluso, tiene una respuesta oficial denominada, “espacio de encuentro entre dos culturas”, esta respuesta positivista, tiende a desvincular los problemas culturales de los procesos socio-históricos de dominación social, explotación económica y sujeción política, traicionando los enunciados de los movimientos sociales.

Desde nuestro punto de vista, los médicos poco tenemos que ver en la conquista de la interculturalidad política, al considerarla como un campo social en el que los agentes llevan a cabo luchas de poder y hegemonía. Para la práctica médica preferimos entonces, utilizar la categoría denominada interculturalidad real.

Laura Bartoli, antropóloga italiana, plantea la imposibilidad de considerar la medicina tradicional de unas comunidades indígenas mexicanas como saberes inalterables; ella encuentra estrategias, en muchas ocasiones *“híbridas”*, entre saberes de los sujetos y los grupos locales indígenas para afrontar con mayor o menor éxito los procesos de sufrimiento y enfermedad a los que se ven sometidos en su devenir cotidiano. No existen culturas puras, ni medicinas puras, lo que existe, es un entrelazamiento y rearticulación de la pluralidad de recursos existentes en la comunidad, que van desde la medicina doméstica a la de los curanderos o a la del personal del Centro de Salud (29).

Interculturalidad Real

La “Interculturalidad Real” corresponde más que a una cualidad de la relación entre sistemas de sanación, a una cualidad del médico,

en la forma de establecer la relación con el usuario. El profesional indaga sobre la comprensión que el paciente tiene de sus procesos de salud y enfermedad, y a partir de esa comprensión inicia la negociación de los caminos de curación que sugerimos como médicos.

Aspirar a una Interculturalidad de este tipo, no obstante, implica varios requisitos para cada unidad de salud, entre los que se consideran:

- A nivel institucional el reconocimiento consciente de la primacía del usuario en la determinación de su “camino de la cura” y las formas de complementación entre los diversos sistemas de salud. No implica en ningún caso que el médico utilice categorías diagnósticas o procedimientos terapéuticos de otros sistemas, sino solo que los constate y facilite en el usuario el reconocimiento de su utilidad específica y su pertinencia.
- En el nivel del médico integral, formación en pautas y estrategias para el adecuado reconocimiento del camino terapéutico, entendiendo el lenguaje popular y con una comprensión hermenéutica de las decisiones del usuario.
- Desde esta perspectiva, se entiende la Interculturalidad Real como aquella cualidad de los servicios de salud y del médico en particular, que respetan, permiten y/o fortalecen el acto de complementación que realiza el usuario en forma independiente, a través de la materialización de su itinerario terapéutico, acto en el cual se expresan diferentes matrices culturales y que, en la práctica, demuestran la existencia real de interculturalidad (30).



Mira e video en
Saludesa TV:

<https://goo.gl/i2Fm9w>

Referencias bibliográficas

1. 1. Martínez Hernández Á. Teorías sobre la Cultura, el Poder y la Enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.
2. Antropología Medica Critica Editorial. Revista de Antropología Social. 2005; 14: p. 7-38.
3. Martínez Hernández Á. Teorías sobre la Cultura, el Poder y la Enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2008.
4. Lévi-Strauss C. Tristes trópicos. Buenos Aires: Eudeba; 1970.

5. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Madrid: EDAI; 1998.
6. Clifford Geertz J. Cea. El surgimiento de la antropología posmoderna. Barcelona: Gedisa, editor; 1991.
7. Antropología Médica Crítica Editorial. Revista de Antropología Social. 2005; 14: p. 7-38.
8. Harris M. Introducción a la Antropología General. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
9. Lévi-Strauss C. Tristes trópicos Buenos Aires: Eudeba; 1970.
10. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos Madrid: EDAI; 1998.
11. Clifford Geertz J. Cea. El surgimiento de la antropología posmoderna. Barcelona: Gedisa, editor; 1991.
12. Popper Carlos R. La lógica de la investigación científica. Madrid: Tecnos, editor; 1874.
13. Bourdieu P. La eficacia simbólica Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009.
14. Popper K. La lógica de la investigación científica. Madrid: Tecnos, editor; 1874.
15. Bourdieu P. La eficacia simbólica Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009.
16. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005; 2002.
17. Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Religión y sociedad. México D.F.: CRIM-UNAM; 2002; p. 541.
18. Sánchez Parga J. Los caminos de la cura. Quito, Ecuador: Centro Andino de Acción Popular (CAAP); 1982.
19. Miller B. Antropología Cultural (Quinta Edición ed.) Madrid: Pearson Educación; 2011.
20. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005; 2002.
21. Harris M. Introducción a la Antropología General. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
22. Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Religión y sociedad. 2002; p. 541.
23. Sánchez Parga J. Los caminos de la cura. Quito, Ecuador: Centro Andino de Acción Popular (CAAP); 1982.
24. Miller B. Antropología Cultural (Quinta Edición ed.) Madrid: Pearson Educación; 2011.
25. Festinger L. Theory of Cognitive Dissonance: Stanford University Press; 1957.
26. Boccara G. Interculturalidad como campo social ("Interculturalism as a social field"). Cuadernos Interculturales. 2012; 10(18): p. 11-3011.
27. Walsh C. Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento 'otro' desde la diferencia colonial, en Catherine Walsh, Álvaro García Linera y Walter Dignolo (Comps.), Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento, serie El desprendimiento, pensamiento crítico y giro des-colonial. Buenos Aires: Editorial Signo; 2007.
28. Castro S, Grosfoguel R. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global Bogotá: Siglo de Hombres Editores; 2007.
29. Bartoli L. Antropología Aplicada, Historia y Perspectivas desde América Latina: Quito: Abya Yala; 2002.
30. Cabellos F. J. B. De la Interculturalidad Ideal a la Interculturalidad Real: la Figura del Usuario Mapuche en la Discusión de la Interculturalidad en Salud. [Online]. San Felipe: Colegio de Antropólogos de Chile; 2004. Available from: <https://www.aacademica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/99>.