

La construcción cultural de la salud y la enfermedad Aproximación desde un diálogo intercultural*

Germán Zuluaga R.**

Introducción

La presente reflexión surge de una historia personal de casi 25 años, en la que, por mi condición de médico cirujano, he tenido la oportunidad de entrar en contacto con distintos pueblos indígenas, campesinos y afrodescendientes de Colombia y otros países de Latinoamérica.

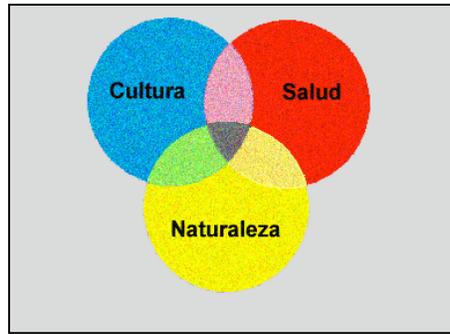
En efecto, mi formación profesional me ha exigido ofrecerles servicios de salud, pero la realidad me ha presentado un sinnúmero de obstáculos: las herramientas de la medicina occidental no parecen del todo adecuadas para el combate de las enfermedades; la situación de salud y enfermedad percibida por las comunidades parece diferir en mucho de la perspectiva epidemiológica; hay un enorme cúmulo de conocimientos, creencias, valores y prácticas que me resultan ajenos y extraños; en fin, hay un gran abismo entre mi condición médica profesional y la realidad de salud de estas comunidades.

El punto de partida se dio al entrar en contacto con un médico tradicional indígena del piedemonte amazónico colombiano. Tras experimentar un largo proceso personal de lo que podría llamar una *crisis epistemológica*, terminé por aceptar la posibilidad de que sistemas tradicionales de salud, diferentes a la medicina occidental, sean coherentes y eficaces.

Esto me obligó a que, de manera simultánea con el proceso de experiencia y aprendizaje con los indígenas, bajo sus ritmos, lenguajes y conceptos, tuviera que empezar a estudiar otras disciplinas ajenas a mi formación médica: antropología, botánica, química, filosofía, historia de las religiones y la entonces incipiente ciencia de la etnobiología. Años después se configuró la certeza de que la *salud* tenía una estrecha relación con la *naturaleza* y con la *cultura*, dando así lugar a una perspectiva interdisciplinaria que ha guiado nuestros trabajos desde entonces.

* Conferencia presentada en el Seminario Internacional de Etnoecología y Conocimiento Tradicional, Universidad del Rosario y Universidad Complutense de Madrid, Bogotá, Septiembre de 2006.

** Médico Cirujano, Director del Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y Director General del Centro de Estudios Médicos Interculturales.



Así mismo, comprendí que estaba obligado a que los principios de investigación, sin perder los fundamentos del pensamiento científico occidental, fueran redefinidos, tanto desde su perspectiva epistemológica, como en sus consideraciones ontológicas y éticas. De allí resultó el cambio de horizonte, pasando de la *investigación* al *diálogo intercultural*.

En todos estos años, llevado de la mano de los poseedores del conocimiento tradicional y junto con muchos otros compañeros y profesionales, hemos procurado contribuir a la consolidación de un adecuado marco conceptual que permita, desde nuestra orilla, aproximarnos con respeto y prudencia a los sistemas tradicionales de salud. En efecto, hemos participado en la creación de organizaciones no gubernamentales para brindar apoyo al trabajo con las comunidades, hemos incursionado en la inclusión prudente de conocimientos tradicionales en la práctica médica, hemos propuesto escenarios de formación profesional culturalmente sensible y desde la academia hemos organizado y participado en eventos y hemos contribuido con numerosas publicaciones. Con la presente reflexión quisiera comenzar a llenar un vacío de ese trabajo. La consideración de la cultura en el fenómeno de la salud, manteniendo el anclaje en el pensamiento médico.

El concepto de cultura*

Es importante tratar de definir mejor el término *cultura* y lo que este concepto significa en el panorama de la ciencia moderna. Hay un abuso extraordinario de esta palabra y su sentido ha cambiado a lo largo de la historia del pensamiento occidental, desde sus orígenes en el siglo XVIII. A continuación presento una somera revisión de la obra de Adam Kuper¹ a propósito de la definición de cultura.

* Este apartado corresponde a un resumen de la interesante revisión que hace Adam Kuper del término de cultura. La referencia completa se ofrece en la nota al final texto numerada con 1. Los autores citados pueden encontrarse estudiados de manera más profunda en la obra mencionada.

El estudio de la cultura se ha dejado en manos de las ciencias sociales y muy especialmente de la antropología. Ya en 1917, Lowie proclamaba que la cultura debe ser estudiada exclusivamente por la etnología, así como la conciencia es tema de la psicología, la vida de la biología y la electricidad conforma una rama de la física.

Con la instalación del pensamiento ilustrado, sobre todo en Francia, Alemania e Inglaterra, los pensadores necesitan nuevos conceptos que permitan expresar la noción de humanidad, racionalismo y ética global, al tiempo que se sintonizan con las nuevas teorías de la evolución y los descubrimientos topológicos de la etnología sobre los grupos humanos y las diferencias raciales durante la colonización de tierras de ultramar. Aparecen dos palabras nuevas que, en principio, se emplearon como sinónimos: *civilización* y *cultura*. La primera fue acuñada sobre todo por la escuela francesa, mientras que la segunda provenía del término *kultur*, sugerida por la filosofía alemana.

Era la época en que surgían dos tendencias filosóficas y políticas en Europa: de un lado, la noción de universalidad del hombre y los derechos humanos comunes; del otro, la tendencia a los nacionalismos (nacía la idea de estado-nación) y la polémica teoría de la superioridad de las razas. Civilización y cultura fueron los sustantivos de base para el debate filosófico. Frente a estos dos términos se oponían palabras tales como salvaje, bárbaro, incivilizado, primitivo, culto e inculto, o se dieron debates como aquel en que se discutía si pertenecer a una tradición cultural significaba ser nacionalista, preocupación propia de los judíos alemanes.

Mientras la noción de civilización se enmarcaba mejor en las ideas universalistas francesas, enraizada en los fenómenos sociales, la noción de cultura todavía parecía restringirse a un mundo autosuficiente del arte y la religión, opuesto al mundo material de la civilización y siempre colindante con la identidad nacional. El término alemán *kultur* procedía de *cultura* o *cultivo* en latín, haciendo especial referencia al cultivo del espíritu, como un logro de la sociedad o incluso de los individuos, meta que se debería alcanzar a través de un proceso de educación y de desarrollo intelectual. De aquí que aún hoy se hable de hombre *culto* para referirse a aquel que tiene gran sensibilidad artística, erudición y buenos modales; era y sigue siendo un término propio de las clases educadas, privilegio de la aristocracia, primero y de la burguesía, después. No en vano, Engels y Marx vieron con

desconfianza el concepto de cultura y nunca lo incluyeron en sus tesis filosóficas, por lo que la dictadura del proletariado no hacía distinción alguna entre culturas diferentes, algo que podría explicar el fracaso de la aplicación política de sus tesis en el momento de encarnarse en diferentes nacionalidades con sus pretendidas identidades culturales.

Lo que en principio fue una polémica filosófica con arduas implicaciones políticas que todavía no terminan (las guerras nacionalistas de fines del siglo XIX, las dos guerras mundiales del siglo XX, los movimientos fascista, nacional-socialista y marxista, las guerras étnicas de la última mitad del siglo XX, etc.), el concepto de cultura fue ocupando su lugar definitivo en las ciencias sociales, sobre todo en la sociología, culminada en la amplísima obra de Max Weber, considerado como el fundador de la sociología cultural y quien insistió en que las creencias y los valores eran tan reales como las fuerzas materiales, tratando así de eliminar la distancia entre el idealismo y el materialismo. Estas afirmaciones significaron el paso de la filosofía política a las ciencias sociales.

No obstante, un nuevo enfoque surge con las sorprendentes teorías de Sigmund Freud, quien toma partido en la discusión sobre civilización y cultura. En efecto, publica su obra *El malestar de la cultura*, cuyo nombre original era *Civilization and Its Discontents*, mostrando así que los dos términos eran todavía confundidos en 1930. Para Freud, la civilización se refería a todos los aspectos en los cuales la vida humana se ha elevado por encima de su estado animal, siguiendo la idea de que civilización correspondía a un proceso de cultivo humano con el sacrificio del instinto. Parecía alejarse de las discusiones políticas y centrar la cultura en un resultado del desarrollo de la psique humana. El aporte de Freud, sin embargo, fue eclipsado por el arrollador desarrollo de su teoría psicoanalítica.

Aparece entonces la academia de tradición liberal que se aproxima a la cultura con un talante científico, abriendo así la perspectiva antropológica, interesada más en los patrones de pensamiento y las características conductuales de un pueblo, que en las actividades intelectuales o artísticas de una élite. El filósofo y poeta T. S. Elliot describió en 1948 la cultura como:

Quiero decir, en primer lugar, lo mismo que los antropólogos: la forma de vida de una gente particular que vive junta en un lugar. Esa cultura se hace visible en sus artes, en su sistema social, en sus hábitos y costumbres, en su religión. Pero estas cosas yuxtapuestas o sumadas

no constituyen la cultura [...] una cultura es más que la reunión de sus artes, costumbres y creencias religiosas. Todas estas cosas actúan las unas sobre las otras y para entender completamente una, debes entenderlas todas.

De este modo, la cultura ya no se confinaba a una minoría privilegiada, sino que abarcaba a grandes y humildes, la élite y lo popular, lo sagrado y lo profano. La antropología recogía así el legado de casi dos siglos de conformación filosófica de la noción de lo cultural. Cultura, con mayúscula, se convertía en su objeto de estudio y servía de fundamento para reconocer aquellas cosas que hacían diferente a un grupo humano de otro. La cultura empezó a considerarse algo así como el alma de un pueblo. Su deslinde de los aspectos políticos o económicos permitió el reconocimiento de la diversidad cultural, sin discriminaciones, y sirvió de llamado a un respeto creciente por las otras culturas, al tiempo que nacía un movimiento de protesta por las tendencias a la homogenización de la cultura humana.

Es en el período de la post-guerra, cuando la escuela americana asume el liderazgo científico y corresponde a Talcott Parsons la consolidación académica de las ciencias sociales. En 1946 estableció en Harvard un Departamento de Relaciones Sociales, buscando desarrollar un modelo interdisciplinario. La psicología se ocuparía del individuo, con la naturaleza humana y sus individualidades, la sociología tomaría como objeto los sistemas sociales y sería la antropología la disciplina encargada de los sistemas culturales.

Sin embargo, lo que parecía el fin de un arduo proceso de construcción semántica, filosófica y científica sobre el concepto de cultura, fue simplemente el nacimiento de nuevas corrientes y nuevos conflictos. Los antropólogos empezaron a protestar por el encasillamiento a que se habían visto obligados; cultura parecía reducirse a un complejo de valores, creencias y símbolos, con vida propia e independiente del contexto ambiental, social, psicológico y económico de la sociedad. Incluso la polémica quiso ser zanjada con una declaración conjunta firmada por Parsons y Alfred Kroeber, en el Centro para Estudios Avanzados en las Ciencias de la Conducta, de la Universidad de Stanford, California, en la cual se hacía la distinción entre sistema cultural y sistema social.

Aún más difícil resultó la decisión de escoger los métodos adecuados para el estudio de la cultura. La interpretación intuitiva parecía ser el camino, pero la antropología encontró en

la lingüística, el psicoanálisis y las teorías conductistas herramientas para autoafirmarse como ciencia. Poco a poco se fue imponiendo la idea de que el método debería ser la interpretación, más que la explicación científica, concepción que ha dominado la ciencia antropológica hasta el presente. Sin embargo, una ciencia interpretativa no sería bien recibida por las disciplinas científicas del método experimental; se confirmaba un abismo entre ciencias sociales y ciencias puras o duras y la *cultura* pasaba a ser un fenómeno de opinión, a lo sumo, sin efectos sobre la realidad científica y la tecnología.

Entre los herederos de esta escuela antropológica americana, Clifford Geertz es quien eleva la cultura al nivel de elemento esencial de la naturaleza humana, así como la fuerza dominante en la historia, en oposición a la naciente escuela conductista instaurada en la Universidad de Yale. Siguiendo los extraordinarios aportes de Claude Lévi-Strauss, con base en la investigación sobre los sistemas de parentesco en las distintas sociedades, se plantea una nueva dicotomía: la oposición entre naturaleza y cultura. Los seres humanos son una mezcla de naturaleza y cultura, pero su identidad cultural es la que los hace humanos. Opinión que para el caso del etólogo Konrad Lorenz no tenía fundamento, pues también los animales tenían expresiones de organización, comportamiento y, en últimas, cultura.

David Schneider, antropólogo americano, sugiere además otro conflicto de la antropología cultural: el etnocentrismo. Según él, el método de estudio e interpretación de otras culturas pasa por el sesgo de la propia cultura a la que pertenece el investigador. Se abre una nueva posibilidad: también nuestro mundo es una cultura. Con el paso de los años esta denuncia abriría dos nuevos principios antropológicos: 1) el antropólogo debe involucrarse en la investigación; de la observación objetiva se pasaría a la observación participativa y, en los últimos años, a la investigación acción participativa, y 2) la antropología también podría estudiar la cultura occidental, dando lugar a enfoques como la antropología urbana o el estudio de minorías no relacionadas con la cuestión de raza: las sectas religiosas, los gay, los gitanos, el movimiento hippie, las comunas, los punk, etc.

El histórico esfuerzo de las ciencias antropológicas por resolver una a una las dificultades conceptuales y metodológicas ha culminado en el surgimiento de lo que algunos llaman antropología posmoderna. Predomina aquí el relativismo cultural, al tiempo que subyace un

compromiso político y ético, ya que corresponde a los antropólogos establecer la defensa de la diversidad cultural frente a las tendencias crecientes de la homogenización planetaria y la globalización. Parece paradójico, pero el origen del estudio de la cultura desde el pensamiento ilustrado, sobre la premisa de la universalidad de derechos, vuelve ahora a la legitimación de la diferencia. O como afirma James Clifford: “Estilos de vida distintos, destinados en tiempos a fundirse en el mundo moderno, reafirman ahora su diferencia de nuevas maneras [...] Es demasiado temprano para decir si estos procesos de cambio arrojarán una homogenización global o darán lugar a un nuevo orden de diversidad”.

Los antropólogos posmodernos americanos se han convertido en punto de apoyo para el movimiento social: la diferencia (identidad étnica, género, orientación sexual, minusválidos) se convierte en la plataforma para reivindicar derechos colectivos. El proceso de reidentificación étnica que aparece a finales del siglo XX es obvia consecuencia del legado antropológico. Los movimientos indígenas, la conformación del movimiento *rom* (nombre genérico adoptado por los pueblos gitanos del mundo)², la lucha de los afroamericanos, las nuevas tendencias étnicas europeas con los bretones, vascos, piemonteses, flamencos, kosovos, entre otras, encuentran apoyo teórico y práctico en la antropología y el relativismo cultural.

No obstante, el posmodernismo y las posiciones relativistas, en una nueva paradoja, le quitan peso científico a la antropología y a la noción de cultura. El respeto por la subjetividad como nuevo criterio de aproximación antropológica da lugar a lo que se ha dado en llamar *etnografías de la experiencia*; y ahora la etnografía se convierte sobre todo en un género literario. En efecto, aumentan en los últimos años las publicaciones con carácter etnográfico que describen principalmente la vida del autor entre sociedades extrañas, con tintes de heroísmo, conversión cultural o aventura.

Si la antropología fue la disciplina encargada de elevar el concepto de cultura al nivel de ciencia, aunque todo el mundo habla ahora de cultura, nadie busca a los antropólogos como guía. El multiculturalismo rebasa a la antropología y aparece una nueva guía en todas las academias del mundo occidental: los estudios culturales. La literatura, la historia, la sociología, el arte, la economía, vuelven a ocupar su asiento en la investigación sobre cultura.

Cultura y salud

Para adelantar una reflexión sobre la relación entre cultura y salud quisiera comenzar con la afirmación de Roersch³:

En general, el tema de la cultura, su influencia y su lugar en la práctica científica, no están mencionados en los discursos sobre ciencia. La ciencia está libre de valores. Estudia objetiva y racionalmente. Allí no hay lugar para valores y sentimientos; es objetiva.

Esto, sin embargo, no es del todo cierto. Ya hemos visto que la cultura es el objeto de estudio de las ciencias sociales y de la antropología en particular. Lo que está en entredicho realmente es la diferencia entre ciencias exactas y ciencias sociales. A decir verdad, impera la noción de que ciencia, estrictamente ciencia, corresponde a las ciencias exactas, producto del *método científico* formulado a partir de las matemáticas y la física.

En la medida en que las ciencias médicas son consideradas dentro del espectro de la ciencia occidental pura, la consideración de la cultura y su influencia en la salud y la enfermedad se menosprecia o ignora. Se considera que la cultura no es una variable que la medicina deba considerar, o en el mejor de los casos, la medicina está por encima de las distintas realidades culturales.

De manera contraria, se considera que las medicinas tradicionales o sistemas tradicionales de salud son un producto cultural, no científico, persistiendo en esta nociva dicotomía conceptual, y por lo tanto su estudio corresponde no a las ciencias de la salud sino a las ciencias sociales. En efecto, desde el comienzo, el estudio de las medicinas tradicionales ha sido responsabilidad de la antropología y han sido estudiadas sobre todo por las ciencias sociales. En esa medida, son el resultado de una construcción cultural, al igual que las expresiones artísticas o religiosas, y hasta no hace mucho era vistas como fenómenos folclóricos.

Diversos estudios han mostrado que grupos étnicos, sociales y económicos diferentes presentan patrones patológicos distintos y perciben la enfermedad y actúan frente a ella en forma diferente. Las subculturas populares, mezcla de diversos elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres, creencias, desarrollo social) tienen modelos conceptuales para explicar el origen de la enfermedad que van desde concepciones mágico-religiosas hasta el extremo positivista pasando por el espectro de variadas

interpretaciones, y unas prácticas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación acordes con esa cosmovisión.⁴

Aunque el interés de la antropología por las prácticas médicas de otras culturas ha estado vigente desde su nacimiento como ciencia, el abordaje no fue sistemático sino hasta las últimas décadas. Para muchos la antropología médica nace con el antropólogo británico William Rivers cuando publica en 1924 su obra *Medicine, Magic and Religion*. Poco a poco surgen nuevos estudios, en los que se busca comprender las prácticas médicas de distintos pueblos, incursionando en terrenos inexplorados tales como los conceptos de salud y enfermedad, las clasificaciones de las enfermedades y las relaciones culturales y ambientales con la salud. Es así como debemos a la *antropología médica* la mayor cantidad de información sobre las medicinas tradicionales y las primeras elaboraciones conceptuales sobre su importancia.

Herrera y Loboguerrero⁵ hacen un seguimiento histórico de esta disciplina; afirman que fue Benjamín Paul, quien dio en 1955 un salto significativo al buscar la aplicación de la antropología médica en la salud pública, con su ya clásica obra *Health, Culture and Community*. Ya no era sólo una ciencia que investigaba para acumular información, sino una herramienta para la construcción de nuevos modelos de salud.

Posteriormente, aparecen en la década de 1960 autores importantes como George Foster, Richard Adams y Gonzalo Aguirre, quienes promueven su aplicación definitiva en la academia mundial. Luego, en los últimos 40 años, van surgiendo diferentes escuelas de antropología médica, entre las que sobresalen dos: a) la escuela ambientalista, con autores como Steven Polgar y Alexander Alland, quienes resaltan que la salud deja de ser un fenómeno estrictamente médico, para constituirse en un fenómeno ecológico, y b) la escuela culturalista, con autores como Kroeger, Barbira Freedman, Levi Strauss y el mismo Foster, que establecen una orientación socio-cultural del fenómeno de la salud y la enfermedad.

La *antropología médica* ya se ha ganado un lugar merecido en el contexto internacional. Diversas universidades, sobre todo en Estados Unidos y Europa, ofrecen postgrados, especializaciones, maestrías y doctorados sobre el tema, al tiempo que las publicaciones aumentan día a día, incluso en revistas periódicas especializadas. En otros casos, los

antropólogos deciden hacer su especialización en Salud Pública o Programas de Administración en Salud, procurando así aproximarse mejor al universo de los sistemas formales de prestación de servicios médicos.

No podemos, sin embargo, considerar que corresponda a la antropología médica la exclusividad del estudio de las medicinas tradicionales. Sus aportes son fundamentales e invaluable; pero, como disciplina social que es, no alcanza a abordar otros elementos no menos importantes, en los que están llamados a participar áreas del conocimiento biológico (biología, química, ecología), del conocimiento médico (farmacología, salud pública, medicina) y nuevas áreas interdisciplinarias (etnobiología y etnomedicina).

Las limitaciones de la antropología son reconocidas incluso por algunos de sus mismos estudiosos. Fernández nos ofrece un testimonio personal, en su extenso estudio de la medicina tradicional andina de Perú y Bolivia:

Las contradicciones que el antropólogo sufre al realizar su propia investigación, las dudas sobre su cometido ético, los placeres y sinsabores del trabajo de campo suelen adornar las páginas de la libreta [...] Las puntualizaciones emotivas o testimoniales suelen marginarse de las publicaciones finales, por ser consideradas subjetivas y acientíficas [...] Cuando el dolor, la agonía y la muerte constituyen el contexto común de referencia de los informantes, me resulta difícil conformarme con modelos conjeturales sin detenerme en resaltar toda la carne (o el alma) contenida en las revelaciones de las personas implicadas en cada conflicto.⁶

En cierto modo, la información de campo que recogen los antropólogos suele enmarcarse en entrevistas de campo, observación participante y diálogos cotidianos, casi siempre por fuera del momento del fenómeno de la enfermedad. Como lo sugeríamos en un estudio sobre la medicina tradicional de San Agustín (Huila)⁷ y posteriormente de la medicina afrocolombiana del Chocó⁸, hay un abismo entre la información dada a la luz serena de una entrevista o de una salida de campo con los curanderos o miembros de una comunidad y la evidencia de las prácticas terapéuticas que se manifiestan en el momento en que alguien se enferma de gravedad.

La medicina tradicional tiene dos niveles distintos de persistencia histórica. Por un lado, la persistencia de la memoria cultural, en la que muchas personas suelen recordar las

prácticas ancestrales de salud, las plantas medicinales, sus formas de preparación y uso, los rituales que se empleaban, etc.; es una información que abunda en contenidos y permite suponer que la medicina tradicional está viva. Pero, de otra parte, la persistencia del uso cultural, en la que las personas, además de recordar, usan todavía algunos elementos o incluso todo el arsenal de la medicina tradicional.

Un ejemplo que ilustra esto último lo vivimos en el río Anchicayá: durante dos días estuvimos recogiendo plantas medicinales para el dolor de cabeza y nuestro informante alcanzó a describir 20 de ellas, tras largas caminatas por la selva. Sin embargo, al día siguiente, cuando fuimos a continuar la entrevista, su esposa nos dijo que él estaba en cama con un fuerte dolor de cabeza; quisimos entonces saber cuál de las plantas anotadas estaba usando en ese preciso instante. ¡Grande fue nuestra sorpresa al ver que no había usado plantas y había preferido tomar tabletas de ácido acetilsalicílico y dipirona!

En otra ocasión participamos en un taller sobre enfermedad diarreica aguda y medicina tradicional con otra comunidad campesina de los Andes colombianos. Durante dos días las mujeres que asistieron nos contaron con lujo de detalles los distintos procedimientos y plantas que usaban para el manejo de la diarrea; una información antropológica extraordinaria que nos mostraba la persistencia de la medicina tradicional; no obstante, en los meses siguientes pudimos observar que esas mismas mamás acudían a la farmacia para comprar medicamentos cuando alguno de sus hijos presentaba un cuadro de diarrea.

Estos ejemplos ilustran la diferencia significativa entre la información antropológica ofrecida por una comunidad cuando está ante la presencia o la ausencia de un evento de enfermedad. En nuestra condición de médicos, iniciamos entonces una nueva modalidad de trabajo, que hemos llamado *la antropología desde el dolor*. La información se obtiene durante la práctica médica, en el consultorio, a la hora en que aparece una enfermedad y en la que se pone en evidencia la real permanencia y uso de la medicina tradicional, así como el verdadero impacto que ésta tiene en el manejo de la salud y la enfermedad.

Repito, la antropología médica está llamada a mantener su lugar preponderante en la investigación sobre medicinas tradicionales, pero sus resultados deben ser leídos en un contexto parcial y cotejados con los resultados obtenidos desde otras disciplinas sociales, biológicas y médicas. Las ciencias sociales y biológicas siguen construyendo teorías e

hipótesis en torno a la noción de cultura, y las interrelaciones entre una y otra resultan cada vez más evidentes. Las ciencias etnobiológicas son, en la actualidad, la simbiosis que ha resultado de tales interconexiones. Pero las ciencias de la salud, con muy pocas excepciones, se han mantenido ajenas a la aceptación de la cultura como determinante de la praxis médica, pretendiendo definirse a sí mismas como ciencias exactas, objetivas, en las que lo cultural viene a ser una variable subjetiva, digna de menosprecio o que se debe evitar en sus investigaciones. Lozoya es tajante al respecto:

Con el surgimiento del pensamiento ilustrado y la aplicación del racionalismo científico, la ciencia médica se adjudicó el concepto de *verdad científica* y se apropió del conocimiento médico negando la intervención de otros aspectos de la cultura. Así la cultura transita por un pasillo de la sociedad, mientras la ciencia utiliza otro camino [...]

Cultura y Ciencia han quedado separadas en compartimentos diferentes. Esta situación explica la notable crisis en que ha caído la medicina y que refleja el profundo conflicto cultural por el que atraviesa la sociedad en este fin de siglo.⁹

En el ejercicio de abordar la cultura y su papel en la noción de salud y enfermedad, aparece en el escenario académico como un esfuerzo por aproximar los factores condicionantes de salud y enfermedad a la realidad cultural. Así lo reflejan las palabras del doctor Duncan Pedersen, Director Adjunto de la División de Ciencias de la Salud del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, en Québec, Canadá:

Explorar las interacciones entre la cultura, los estilos de vida, la salud y enfermedad, es como caminar por un jardín con senderos que continuamente se bifurcan, como una suerte de pesadilla Cartesiana. El derrotero nos induce a recortar artificialmente la realidad y aislar la cultura, marginando del análisis otros determinantes básicos en la construcción de la salud y la enfermedad, como son la condición económica, el ambiente natural, las bases biológicas y la red de intervenciones médicas –modernas o tradicionales- disponibles [...] Nuestra tarea hoy es explorar uno de estos conjuntos: el de la cultura y los estilos de vida.

[...] la disyuntiva que se nos presenta es aún más difícil de resolver: o bien mantener a la cultura como un todo indiferenciado con la misma textura y color de un telón de fondo, y por lo tanto como parte neutral u ornamental en la descripción del fenómeno, o bien, entender la noción de cultura como un conjunto pleno de significados y, por lo tanto, como un vector con atributos propios y con un rol central en la construcción de la salud y de la enfermedad [...]

En este último sentido, la cultura y los estilos de vida tienen distintas dimensiones, efectos y valores, ya sea como productores de salud o determinantes de enfermedad (efecto protector o *patogénico* de

la cultura), o bien como modeladores de la experiencia, es decir, que la modifican continuamente y que le adjudican sentido y significado (efecto *patoplástico* de la cultura).

¿Se puede seguir subestimando la influencia de lo cultural en el proceso salud-enfermedad? ¿Cuál es el rol que representa la cultura en la producción de la salud y en la génesis de la enfermedad? ¿Cuál es el nuevo paradigma de lo cultural vigente entre los antropólogos de América Latina? [...] ¿Cuál es el rol de lo cultural en el manejo del medio ambiente?”¹⁰

Cuando la Organización Mundial de la Salud propone llevar la medicina moderna a todos los lugares del planeta, no hace ninguna consideración sobre las diversidades ambientales, sociales y culturales en las que se instala. Sin pretenderlo de manera explícita, exige que la cultura se acomode a la ciencia médica y jamás ofrece la posibilidad de lo contrario.

Esta discusión, en otro contexto, se ha adelantado en relación con la misión de la Iglesia de llevar el evangelio a todos los pueblos. Desde hace 2000 años esto se ha hecho con un criterio similar al de la medicina. Que todos los pueblos y su realidad cultural se acomoden al evangelio. Mas la crisis de la evangelización ha llevado en los últimos decenios a una reflexión teológica y pastoral que ha conducido al concepto de la encarnación del evangelio en las distintas culturas o en otras palabras a “la inculturación del evangelio”. Considero que un fenómeno similar ha de ocurrir con la medicina moderna, aceptando con plena convicción la importancia y la necesidad de ofrecer sus servicios a todos los pueblos, pero bajo la perspectiva de la “inculturación de la medicina”.

Pero no es sólo inculturar la medicina en los pueblos. Es también admitir el valor y la eficacia de sistemas de conocimiento distintos del nuestro. Sería, para comenzar, la tolerancia de la diversidad, aquí expresada en términos de salud. Britton denuncia que “solo la creación del conocimiento por vía de la investigación científica y tecnológica propia, de la más alta calidad, puede garantizar el encuentro del camino del desarrollo”,¹¹ afirmación que fue sostenida por los académicos y científicos iberoamericanos que se reunieron en Bolivia con miras al aporte de la ciencia en las transformaciones económicas del futuro. En una perspectiva cultural la autora concluye diciendo: “Es imposible separar la ciencia de la cultura si aspiramos a un desarrollo sostenible, si deseamos llegar a ser hombres más completos frente a ese utópico siglo venidero en que ciframos tantas esperanzas”.

No obstante, la legitimación del permiso de las ciencias de la salud para el abordaje de los fenómenos culturales no está exenta de peligros “médicocentristas”. Que la Universidad y

particularmente la facultad de medicina abra las puertas a esta reflexión no significa que cambien los criterios para a su vez proponer cambios en la educación médica o en la prestación de servicios de salud. Pinzón, Suárez y Garay, al enfatizar en la relación cultura–salud, expresan sus dudas sobre la manera como se ha enfocado la investigación, inquietud que nos viene bien para los propósitos actuales:

Y se vuelve a hablar del efecto cultura-salud porque a través de esta ligazón se han producido adesivos cuya responsabilidad no es exclusiva de los médicos. Desde el mismo nacimiento del término antropología médica o etnomedicina, hay también un atrapamiento en el concepto occidental de cultura.¹²

Aproximación a la cultura desde el diálogo intercultural

Con estos elementos, propongo una reflexión en torno a seis acepciones de cultura que se presentan en el lenguaje común y el científico: 1) folclore, 2) cultivo del espíritu, 3) grupos étnicos, 4) grupos humanos con una característica común, 5) la forma como un grupo humano satisface sus necesidades, y 6) la forma como un grupo humano se relaciona con la trascendencia. Finalmente, quiero plantear la noción de salud y enfermedad a partir de estas aproximaciones culturales.

- 1) **Cultura** entendida como *folclore*. Se refiere a expresiones y costumbres propias de un grupo humano. Hace referencia a una visión muy popularizada de cultura asociada a las artesanías, la música, el vestido, la comida. Lo cultural está atrapado por las tareas del Ministerio de Cultura en casi todos los países del mundo, cuya labor y presupuesto están orientados a apoyar las orquestas sinfónicas, los museos de arte o todas aquellas expresiones artísticas; los diversos carnavales regionales, tales como el de Barranquilla, el de blancos y negros en Pasto, el del diablo en Riosucio; las iniciativas como el Ballet de Sonia Osorio o la música de Totó La Momposina; los maravillosos lugares que se convierten en patrimonio cultural de la humanidad como Machu Pichu, el corralito de piedra en Cartagena o las pirámides de Yucatán. En todos los casos, expresa esa diversidad de cultura en expresiones antiguas y auténticas pero ajenas a la modernidad.
- 2) **Cultura** entendida como *cultivo del espíritu*. Ya había anotado esta perspectiva en la noción alemana de *kultur*. Está, pues, asociada a una educación en la que el individuo adquiere unos conocimientos, valores y conductas enmarcados en la perspectiva de superioridad, pero sobre referentes occidentales. Supone ser capaz de conocer y

apreciar las obras de arte de un museo pictórico, poder desenvolverse con seguridad en el protocolo de una cena de gala, portar el vestido adecuado para ingresar a un concierto de música clásica y al mismo tiempo toser en el momento correcto o aplaudir sólo cuando terminan los movimientos de la obra musical. De allí se ha generalizado, sin ser explícita, la noción de una persona *culta*, es decir poseedora de cultura. El inculto, por lo tanto, es todo aquel ajeno a esta noción occidental de cultivo del espíritu. El inculto es sinónimo de analfabeta o por lo menos de poco estudiado. Sobra decir que todos los movimientos propios de otras culturas para enriquecer el espíritu son despreciados: aquel que es aprendiz de chamán, el que estudia la cosmovisión de su pueblo o simplemente el que disfruta el arte a su manera y que se enmarca dentro del mal llamado arte popular.

- 3) **Cultura** entendida como *etnia*. Hablamos pues, con naturalidad, de un grupo indígena como pueblo, como etnia, es decir como cultura. Decimos el pueblo o la cultura aymara, el pueblo o la cultura maya, el pueblo o la cultura griega. Hace pues referencia a un grupo humano con unas características comunes que lo diferencian de otros grupos humanos.

Es bien sabido que el término ‘indígena’ nació de un enorme equívoco histórico, cuando Cristóbal Colón creyó llegar a las Indias Orientales y consideró que los habitantes de América eran ‘indios’. Esta expresión se generalizó para todos los aborígenes del Nuevo Mundo y de allí el adjetivo de *indígena*, término que también fue acuñado en las lenguas sajonas. Posteriormente el término fue empleado para definir a los aborígenes de otras regiones, tales como los habitantes del centro de África, pero sobre todo los pueblos aborígenes del sudeste asiático, Polinesia, centro y norte de Asia y los habitantes cercanos al Polo Norte. A pesar del error histórico la palabra es hoy empleada incluso por muchos pueblos que se definen a sí mismos como *indígenas*.¹³

Por su parte, *etnia* ha sido el término académico que desde el siglo XIX se viene instaurando para referirnos a esos pueblos distintos de la cultura occidental moderna. En principio, corresponde a un concepto racial: “agrupación natural de individuos de igual idioma y cultura” y étnico: “perteneiente a una nación o raza”, de tal manera que la etnografía se define como la ciencia que estudia, describe y clasifica las razas y los

pueblos. Pero su connotación desde el principio apunta a describir “las otras razas” y aún hay resistencia a considerar que la etnografía puede o debe estudiar nuestra propia cultura occidental moderna.

La noción de *etnia*, para referirse a un grupo humano, no es todavía aceptada en forma universal y en la actualidad hay gran polémica en la oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas respecto a la promoción de la carta de los Derechos de los Pueblos Indígenas, sobre todo al intentar establecer como sinónimos "pueblo indígena" y "grupo étnico".

- 4) **Cultura** entendida como *lo diferente*. En este sentido la palabra se ha empezado a utilizar para describir a un grupo humano que voluntariamente asume unos rasgos y valores comunes para diferenciarse de otros. Decimos entonces la cultura hippie, la cultura metal o punk, la cultura feminista y se podrían incluir los diversos clubes de pertenencia en la posmodernidad.
- 5) No obstante, las anteriores acepciones de cultura, además de disímiles y que dan pie a confusión, no resultan útiles para un abordaje más profundo de las relaciones entre cultura y salud. Por eso ahora quisiera proponer la noción de **cultura** entendida como *la forma como un grupo humano satisface sus necesidades*. En efecto, todos los grupos humanos, cualquiera que sea su condición en el tiempo y en el espacio, sin importar las diferencias de género, de edad, raciales o geográficas, tienen unas mismas necesidades.

Esto ha sido mencionado por el economista Manfred Max-Neef en su propuesta del Desarrollo a Escala Humana¹⁴, cuando enumera nueve necesidades comunes a todos los seres humanos: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Aunque estas necesidades podrían ser redefinidas, considero que debemos agregar una muy importante: la necesidad de trascendencia.

Lo importante es comprender que dichas necesidades pueden ser satisfechas de maneras muy diversas y en esto encontramos la impronta de lo cultural. Cada grupo humano tiene unos satisfactores diferentes frente a las mismas necesidades. Antes de pensar en un mundo globalizado, es fácil entender que dichos satisfactores en cada grupo humano eran resueltos a partir de la oferta ambiental y del propio desarrollo cultural, enmarcado en sus cosmovisiones y su estructuración social. Todos los grupos

humanos, finalmente, se adaptaron de manera adecuada a su entorno para satisfacerlas plenamente.

La transformación cultural resulta fundamentalmente de cambiar las formas de satisfacer sus necesidades. Por un lado aparece la evolución tecnológica, aun sin entrar en contacto con otros pueblos. Por el otro, dicho contacto abre la puerta para introducir las formas de satisfacción de otros pueblos que pueden resultar más fáciles, más cómodas, más económicas (en términos de tiempo invertido en trabajo, en recursos o en dinero) o simplemente más agradables. Pero esto trae consigo unos costos inevitables: la incapacidad del entorno para satisfacer las necesidades de nuevas y ajenas maneras. De allí surge, por lo tanto, el intercambio, la competencia, la guerra y la dependencia económica. Nos permite entender con una nueva mirada la evolución de la historia humana, las implicaciones económicas, fenómenos como el colonialismo y, sobre todo, el difícil problema de la aculturación.

Para el caso de América y los pueblos aborígenes, por ejemplo, la introducción del hacha y las herramientas de metal representó uno de los principales móviles para entender el proceso de conquista y colonización. Una sola herramienta trajo consigo una transformación cultural dramática, si comprendemos los cambios en las prácticas productivas, en los ritmos y tiempos de trabajo y ocio, en las formas de intervenir y conservar los ecosistemas y en la obligada dependencia de los invasores.

Esta perspectiva cultural me permite ahondar en la reflexión. De manera ideal, un grupo humano tiene unas buenas condiciones integrales de salud, si sus necesidades son resueltas en forma adecuada con satisfactores que su entorno y su grupo social le brindan. Cuando su territorio, sus recursos naturales, sus condiciones climáticas y estacionales, sus tecnologías apropiadas, sus reglas de interacción e intercambio funcionan y satisfacen, es posible pensar que el grupo humano está más cerca de la salud. La enfermedad se introduce o se agrava en el momento en que esto se desequilibra y aparece la inequidad, la injusticia, la competencia, la guerra y la dependencia de otros, dentro del grupo o en relación con otros grupos externos y dominantes. Hablo por supuesto de enfermedad en un rango muy amplio: individual, social, económico y ambiental. Pero cuyas implicaciones médicas, si las pensamos

desde nuestra disciplina occidental, también dan como resultado problemas tales como la pobreza, la violencia, la desadaptación y finalmente podemos así llegar a la desnutrición, la aparición de epidemias y endemias, y las consecuencias metabólicas, proliferativas o degenerativas que estos cambios iniciales provocan en la salud de los individuos.

Y aquí se suscita un asunto difícil y polémico. El concepto de *desarrollo*. Ya es común hablar de países desarrollados y países en vía de desarrollo o subdesarrollados. Y la constante mundial supone, sin mayor análisis, el ideal de que todos los países lleguen al *desarrollo*. Este modelo de desarrollo es, sin embargo, bastante objetable; sigue generando pobreza, violencia, injusticia y deterioro ambiental; parte de la noción absurda de que el crecimiento económico es ilimitado, sin tener en cuenta que los recursos son limitados. Mientras unos consumen más, por consecuencia, otros tienen sus necesidades básicas cada vez más insatisfechas.

Y la implantación del modelo de desarrollo, aceptado por igual en la economía capitalista y en la socialista, implica la imposición de satisfactores que no resultan adecuados al entorno y, en últimas, a la cultura. Lo mismo ocurre cuando hablamos de manera más específica de la imposición de un modelo de salud, desde el llamado Primer Mundo y según las políticas de la Organización Mundial de la Salud. Son modelos que no se ajustan a la realidad ambiental, social y cultural de los pueblos.

El argumento central de este problema reside en el concepto de pobreza, que resulta demasiado ambiguo ya que a él pueden corresponder diferentes categorías de percepción del mundo, como afirmaba en un estudio sobre las comunidades afrocolombianas del Pacífico¹⁵. Los indicadores de calidad de vida utilizados por la sociedad moderna no necesariamente coinciden con los empleados por múltiples sociedades tradicionales (indígenas, campesinas, negras). En la civilización occidental entendemos por pobreza la falta de televisión y aparatos electrodomésticos, la persistencia de viviendas elaboradas con materiales endógenos o construidas en espacios colectivos con estructuras que difieren de los espacios urbanos, la fabricación doméstica y no industrial de licor de caña o de guarapo, el no uso de detergentes, limpiadores, jabones, perfumes y otra serie de artículos decorativos y ornamentales. La cuchara de palo, la batea, el zumo de yerbas para remedio,

el chinchorro, el jabón de tierra, los tubérculos tradicionales, el arrullo, el tabaco preparado en casa, el cernidor de palma, son para la mirada discriminatoria de Occidente elementos de una cultura pobre y simbolizan la pobreza de una cultura.

En Occidente los indicadores físicos definen la pobreza como la no posesión de bienes de consumo o la no adquisición de tecnologías modernas; la economía de mercado la define según el ingreso *per cápita*, incluso para sociedades que aún no han ingresado a la economía mercantilista moderna y en las que todavía su economía es de autosubsistencia.

Una vez más pregunto ¿son realmente pobres las gentes del llamado Tercer Mundo y en particular las sociedades tradicionales? Según los indicadores modernos, estas comunidades siempre han sido pobres, realmente pobres. Sin embargo, hoy en día, la mayor pobreza no estriba en la escasez de bienes de consumo, en el bajo ingreso *per cápita* o en la persistencia de modelos tradicionales de producción y de vida. Radica, más bien, en la situación generada por un severo proceso de aculturación e imposición de una cultura individualista, utilitarista y consumista; por la pérdida de aquellas tradiciones que les permitieron la óptima adaptación al medio forestal; por el cambio que supone dejar de ser comunidades autosuficientes para ingresar a una nueva escala social conformada por campesinos, asalariados, emigrantes o desempleados. Sociedades que pasan de una riqueza basada en valores no tangibles, a una pobreza que raya con la miseria:

Es aconsejable profundizar lo más posible en el concepto de calidad de vida que fundamenta la estabilidad de las comunidades indias y negras que, al fin y al cabo, han protegido secularmente esta biodiversidad [...] Los objetivos de estas comunidades difieren en puntos fundamentales de los de los colonos del interior [...] Se trata de familias que han estado asentadas a lo largo de los ríos desde hace varias generaciones manteniendo un estilo de vida muy austero en el que valores sociales como la paz, la amistad y la solidaridad han tenido mayor importancia que el aumento y la acumulación del ingreso monetario. Este modo de vivir es coherente con las características de su medio físico, el cual les provee de nutrición, recreación y vivienda adecuada, siempre y cuando no se destruya la selva cercana o se contaminen los ríos. Sin embargo, su nivel de vida es bajísimo y su pobreza absoluta, si utilizamos para medirlos cualquiera de los índices socioeconómicos popularizados por las Naciones Unidas.¹⁶

La pobreza entendida en los términos occidentales es un verdadero factor determinante de las enfermedades, ya que limita el acceso a los recursos médicos modernos, restringe unas condiciones sanitarias adecuadas e impide el consumo de una alimentación balanceada.

Son pobres para poder acudir al sistema médico sanitario moderno, pues no cuentan con recursos para el transporte, para el pago de los servicios médico-hospitalarios, para la compra de los medicamentos, para el lucro cesante por estado de enfermedad; pero su pobreza se ha agravado por la pérdida de sus conocimientos tradicionales de salud que antes ofrecían solución a muchos problemas cotidianos de salud y ahora, poco a poco, dejan de ser siquiera una opción terapéutica. Son pobres para poder adquirir un sistema sanitario óptimo, pues no cuentan con capacidad para disponer de servicios de acueducto, alcantarillado y energía eléctrica o para construir modernas viviendas de material; pero su pobreza se agrava porque se les está enseñando que sus viviendas tradicionales son feas, incómodas e insalubres y no se les ofrecen tecnologías sanitarias más adecuadas para los ecosistemas donde viven. Son pobres para adquirir en el mercado una alimentación que se considera balanceada y por lo tanto tienden a la desnutrición, pero su pobreza se agrava porque a través de los medios masivos de comunicación son invitados al consumo de gaseosas, bebidas alcohólicas, golosinas y chatarra sin ningún valor proteico, reemplazando el consumo tradicional de frutas, bebidas fermentadas con propiedades nutritivas, entre otros alimentos propios. Son pobres, en fin, porque se han perdido los estímulos para la siembra y el consumo de alimentos tradicionales, agradables y nutritivos, y se han reemplazado por productos importados.

Cultura, entendida como forma de satisfacer las necesidades, desarrollo y pobreza, están en el trasfondo de una difícil situación del modelo de salud y de su impacto en el combate de las enfermedades. El crítico estado de salud de nuestras comunidades, más allá de las estadísticas y la epidemiología, sigue dependiendo de la pobreza que entonces podría definir como la incapacidad de satisfacer las necesidades de forma saludable.

Una última advertencia. Aún de manera ingenua, filantrópica o simplemente por competencia profesional, los agentes sanitarios nos convertimos en portadores de un modelo de desarrollo, con su discurso, sus conceptos, sus impactos y sus consecuencias, que contribuye no sólo a no solucionar los problemas de salud, sino a incrementarlos.

- 6) El encuentro con los sistemas tradicionales de salud provoca una posible última perspectiva del concepto de **cultura**, entendida como *la forma como un grupo humano*

se relaciona con la trascendencia. Si bien la quinta acepción nos obliga a acercarnos a límites críticos de la reflexión, considero que aún deja por fuera un asunto más importante. En cierto modo, las consideraciones siguen siendo materiales, económicas y productivas, con un efecto sobre la salud humana. Siguiendo las pistas del análisis realizado por los obispos católicos de Latinoamérica en la Conferencia de Puebla, en la que sugieren la cultura como un modo de relacionarse con Dios¹⁷, y considerando la confirmada expresión de que el ser humano es también y sobre todo *homo religiosus*¹⁸, es preciso asumir sin eufemismos una reflexión religiosa sobre el tema. En efecto, todos los pueblos manifiestan una profunda y estrecha relación con el mundo trascendente.

Como punto de partida, para considerarse como “pueblo”, todos los grupos humanos tienen un mito de origen. Por supuesto, invoco el concepto de mito deslindado de la distorsión moderna que lo asimila a leyenda, fantasía o mentira. El auténtico mito, presente en todas las culturas, intenta describir con un lenguaje simbólico una realidad histórica en la que se establece un encuentro entre el mundo visible y el mundo invisible. O como diría Eliade, una *hierofanía*¹⁹. Podría afirmar entonces que Occidente conjuga cuatro mitos fundacionales: a) el mito judaico del génesis, del que deriva el pensamiento cristiano, b) los mitos de la antigua Grecia, de los que deriva el pensamiento racional, c) el mito científico de origen del universo a partir del Bing Bang, del que deriva un pensamiento causalístico y d) el mito marxista que propone en el origen de la humanidad un arcaico estado de igualdad de las sociedades tribales. Cada uno de estos mitos supone una percepción diferente del mundo y trae consigo unas profundas implicaciones sociales, éticas, económicas, científicas y espirituales. Pero, ¿tendría esto alguna incidencia en los modelos de salud?

El mito fundacional de cada pueblo no es simplemente un texto escrito, en letra muerta, que se relee en cada generación. Por supuesto, los mitos arcaicos y originales, en la medida que presuponen una intervención del mundo invisible, afirman la existencia de seres invisibles y creadores, en últimas y siempre la de un primer Ser Creador. Y en cada época la comunicación original se repite a través del ritual que significa *culto*, expresión plena de la *cultura*, mediante el cual se mantiene la relación con el mundo trascendente.

Mito y rito están entrelazados por un pacto, una alianza entre el Creador y su pueblo, a partir del cual se establecen unas normas para vivir bien. Así lo anticipa Eliade:

Enfocado en lo que tiene de vivo, el mito no es una explicación destinada a satisfacer una curiosidad científica, sino un relato que hace revivir una realidad original y que responde a una profunda necesidad religiosa, a aspiraciones morales, a coacciones e imperativos de orden social, e incluso a exigencias prácticas. En las civilizaciones primitivas el mito desempeña una función indispensable: expresa, realza y codifica las creencias, salvaguarda los principios morales y los impone; garantiza la eficacia de las ceremonias rituales y ofrece reglas prácticas para el uso del hombre. El mito es, pues, un elemento esencial de la civilización humana [...] El conocimiento que el hombre tiene de esta realidad le revela el sentido de los ritos y de los preceptos de orden moral, al mismo tiempo que el modo de cumplirlos.²⁰

El Génesis judeo-cristiano es el mito fundacional que da como resultado una alianza entre Yahvé y su pueblo y del que derivan las tablas de la ley y una minuciosa y rigurosa legislación revelada en los textos del Éxodo y el Levítico y que da la impronta cultural definitiva al pueblo hebreo. Esto mismo se puede encontrar en todas las tradiciones de los diferentes grupos humanos sobre la tierra. Es particularmente evidente entre los indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta o los Tukano del Vaupés, quienes hacen permanente referencia a su Ley de Origen.

El ritual no debe ser visto en forma reducida como un acto religioso repetitivo. Allí se establece de nuevo la comunicación con el origen y al recrear el mito se renueva el mundo. Esto tiene una clara repercusión en la salud, desde la perspectiva de los sistemas tradicionales de salud. En efecto, el acto médico allí se realiza como un ritual y por lo tanto la mirada occidental lo interpreta en una perspectiva exclusivamente religiosa; y en la medida en que se niega la validez de lo invisible y se supone la falacia del mito, termina despreciándolo o rechazándolo como un auténtico “acto médico”.

Si queremos entenderlo, es preciso comprender entonces que la salud corresponde al cumplimiento de la ley de origen. El devenir histórico trae consigo la desobediencia, el desorden y la enfermedad. En el rito, al recrear el mito, se renueva el pacto, su cumplimiento y así la restauración del orden y la salud.

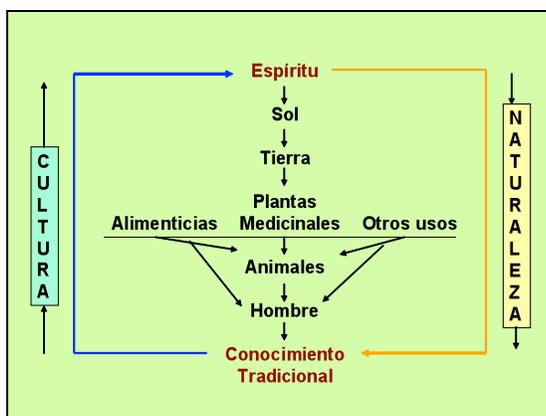
El conocimiento tradicional propio de los sistemas tradicionales de salud debe ser entendido en este contexto. No puede equipararse al conocimiento occidental, pero

tampoco puede condenarse como un conocimiento no científico. Me atrevo a definir conocimiento tradicional como *el camino de conocimiento* que un pueblo asume para aprehender la realidad y vivir en ella. Su punto de partida es el mito del que deriva la *ley de origen*, se renueva en el *ritual* o *culto* y se perpetúa en el *aprendizaje* de las nuevas generaciones.

En el umbral de una nueva perspectiva

Comencé la reflexión considerando la certeza de una relación de la salud con la naturaleza y la cultura, particularmente en los puntos de intersección de las tres dimensiones esquematizadas en tres círculos. Esto sigue teniendo validez para insistir en la importancia de la perspectiva interdisciplinaria para la construcción de nuevos modelos de salud.

No obstante, al hacer el recorrido por las distintas acepciones de cultura para llegar finalmente a las dos últimas -la forma como un grupo humano satisface sus necesidades y la forma como éste grupo establece la relación con el mundo de la trascendencia-, puedo plantear una nueva perspectiva.



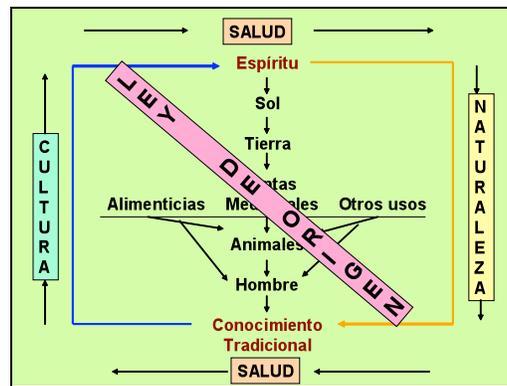
Todos los pueblos expresan en sus mitos que la vida proviene del mundo del espíritu. Para el ser humano esta vida se manifiesta plenamente en la realidad del sol. En efecto, toda la energía de la tierra proviene directamente del sol. La tierra capta esa energía lumínica y calórica a través del reino vegetal. Las plantas, gracias a su condición de autótrofas, pueden captar dicha energía y transformarla, ya que poseen una molécula, la clorofila, con la que pueden realizar la magnífica reacción química de la fotosíntesis. Transforman la energía solar en alimentos, medicinas y otros elementos útiles, que son consumidos por el reino

animal, y finalmente llegan al hombre directamente de las plantas o a través de los animales.

Es la energía que necesita el hombre para, siguiendo la clásica expresión de la biología, nacer, crecer, reproducirse y morir. Pero no sólo esto. Es la misma energía que necesita para pensar, sentir, jugar, orar y amar. El conocimiento, tanto el científico occidental como el tradicional, son posibles gracias a esa energía. Pero el conocimiento tradicional mantiene la conciencia de su origen en la realidad del espíritu y hace su tránsito por el mito, el rito y la renovación. Hay toda una praxis para volver a comunicarse con el espíritu.

Este sistema permite entender que hay un constante flujo en dos ciclos. Aquel que parte del espíritu y culmina en el hombre, visible por lo menos desde el sol y que se expresa en la materialización de la vida. De éste el pensamiento occidental ofrece una buena explicación, aunque todavía desconozca muchos detalles; a este ciclo lo denomino naturaleza, correspondiendo así en cierto modo a la realidad que estudian las ciencias físicas, químicas, biológicas y ambientales. El otro ciclo parte del hombre, se expresa en términos de su conocimiento tradicional y culmina en la comunicación con el espíritu; este ciclo, aparte de su manifestación lingüística y ritual, resulta invisible y el pensamiento occidental lo niega o simplemente lo interpreta como construcciones simbólicas; a este ciclo lo denomino cultura, correspondiendo así en cierto modo a las realidades que estudian las ciencias sociales, tales como la antropología, la sociología, la filosofía y la teología.

De aquí se desprende que *la salud* se entiende como el correcto flujo espiritual, energético y material de este sistema vital y *la enfermedad* es el resultado de la interrupción o alteración de dicho flujo. Por lo tanto la medicina, por lo menos la medicina tradicional, aunque creo que también podría aplicar parcialmente a la medicina occidental, tiene dos funciones: a) contribuir al flujo adecuado, lo que en los sistemas tradicionales de conocimiento corresponde a *protección y prevención*; y b) contribuir al restablecimiento del flujo, lo que corresponde a *curación y renovación*.



Es preciso aclarar, sin embargo, que aunque el sistema puede ser visto como común a la tierra entera y a todos los hombres, se reproduce en formas particulares y específicas en cada contexto y para cada grupo humano. En efecto, todo el devenir de la naturaleza cambia de manera radical dependiendo de que nos situemos en la selva tropical, en la estepa asiática, en las regiones de alta montaña de las cordilleras o en cualquier otro ecosistema diferente. El flujo energético se manifiesta en una diversidad de paisajes, climas, flora, fauna y seres humanos. Aunque pueda captarse un denominador común a todos ellos, sin embargo cada uno tiene sus propias reglas, tiene diferentes ritmos y diferentes ofertas ambientales. Resulta obvio que cada grupo humano se adapta a su propio ecosistema, intentando conocer esas especificidades para lograr así satisfacer de manera adecuada sus necesidades. Y es en ese contexto particular que el ser humano sigue el camino de conocimiento para conocer y vivir en esa realidad. No obstante, siempre su punto de partida es el mito que entrega la *ley de origen*, se renueva en el *ritual* o *culto* y se perpetúa en el *aprendizaje* de las nuevas generaciones. Y cada pueblo tiene entonces su propia carta de navegación, es decir, su propia ley de origen. Es por esto que de una diversidad biológica se desprende una diversidad cultural. Y por lo tanto, finalmente, cada pueblo tiene su propia medicina tradicional. Podríamos decir que esto explica la diversidad de medicinas.

Hacia la diversidad epistemológica

Con esto finalmente, quisiera señalar un enorme reto que se insinúa en la reflexión. Aceptar que existen sistemas de conocimiento distintos al de la ciencia occidental, implica reconocer diferentes aspectos del conocimiento:

- a) *Ontológicos*: ¿De dónde proviene el conocimiento? Para Occidente el conocimiento es única y exclusivamente producto de la razón humana. Tiene su fuente y su origen en el ser humano. Mientras que para muchos otros pueblos el conocimiento proviene de un mundo trascendente y en cierto modo el hombre de conocimiento tradicional lo que debe hacer es disponerse a escuchar y aprender. Es pues un conocimiento revelado.
- b) *Epistemológicos*: ¿Cuál es el método del conocimiento? Ya está suficientemente ilustrado el método científico occidental. De la observación y la hipótesis para llegar a la comprobación, a partir de elementos que se consideran objetivos. El conocimiento tradicional opera con otras reglas de juego. Para estar dispuesto a conocer la revelación, el discípulo (el *científico tradicional*, podríamos decir) debe cumplir una rigurosa disciplina personal y sobre todo alcanzar la aptitud de vivir otros niveles de conciencia, de manera que pueda conocer la realidad integral, no sólo la visible, sino también la invisible.
- c) *Hermenéuticos*: ¿Cuál es el lenguaje del conocimiento? Occidente ha adoptado un lenguaje científico preciso. Pero termina confundiendo el lenguaje con que describe la realidad con la realidad misma. En el conocimiento tradicional se acepta que el lenguaje tiene un límite, a partir del cual le es difícil expresar lo *inexpresable*. Surge el símbolo, definido como el lenguaje de la revelación, el cual tiene la función de mediación; permite el paso de lo invisible a lo visible. Aparecen los contenidos míticos en un marco ritual. Por eso se afirma que “el símbolo es un signo que remite a un significado inefable y por eso debe encarnar concretamente esa adecuación que se le evade, y hacerlo mediante el juego de las redundancias míticas, rituales, iconográficas que corrigen y completan la inadecuación”²¹.

Estas consideraciones preliminares obligan a considerar que, una vez establecido el propósito de conservar una diversidad biológica y de proteger una diversidad cultural, desde una perspectiva médica estamos *ad portas* de admitir y ratificar el propósito de defender una diversidad epistemológica.

A manera de conclusión

Las reflexiones precedentes suscitan numerosas inquietudes, dudas y, sobre todo, confrontaciones. No podría ofrecer afirmaciones concluyentes, y más bien me atrevo a extender las preguntas: ¿Se trata de volver a unir medicina y religión, cuando la medicina occidental se precia de haber roto esta relación? Y si afirmamos que las medicinas tradicionales sólo pueden entenderse en un contexto ambiental y cultural, ¿tendrán eficacia sobre la salud humana en otros contextos ambientales y culturales? Y si la medicina occidental, con sus logros y fracasos, no contempla estas relaciones con la cultura y la naturaleza ¿podrá ofrecer soluciones definitivas al problema de la enfermedad? Por último, si estamos en un mundo civilizado, homogenizado y globalizado ¿a cuál ley de origen deberíamos someternos para encontrar la salud? ¿Cómo conjugar la diversidad cultural, la diversidad biológica y la diversidad de medicinas en un único mundo?

No ha sido propósito de esta reflexión responder a estas preguntas. Quizá el provocarlas justifique ya su ejercicio. Admito que las proposiciones que resultan del texto son todavía preliminares y que están llamadas a un análisis crítico más profundo, especialmente para considerarlas en la construcción de nuevos modelos de salud, más eficaces, más integrales y más humanos. Será preciso incursionar en una investigación que permita confirmar o descartar los efectos de la naturaleza y de la cultura en la salud y la enfermedad humana. Pero ese seguirá siendo nuestro propósito, basados en la certeza de que la medicina occidental ofrece maravillosos beneficios pero tiene también profundas limitaciones.

En más de veinte años he comprendido que la medicina occidental, de la que soy parte, no es la única. Más bien que hay una sola medicina, a través del tiempo y del espacio, cuya plenitud sólo será posible encontrarla cuando se fundamente en el respeto a la diversidad. Diversidad de paisajes, diversidad de culturas, diversidad de medicinas y diversidad de epistemologías.

Notas

- 1 Kuper, Adam. *Cultura: la versión de los antropólogos*. Barcelona: Piados Básica, 2001.
- 2 Gómez. Venecer. *Itinerario de un pueblo invisible*. Bogotá: Editores Compiladores, 2000.
- 3 Roersch, Carles. “Práctica y teoría en el sector salud”. En *Medicina tradicional 500 años después: Historia y consecuencias actuales*. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana, 1993.
- 4 Bernal, Jaime (Ed). *Sistemas de salud de las comunidades indígenas y negras de Colombia estudiadas por la Gran Expedición Humana*. Terrenos de la Gran Expedición Humana Serie Reportes de Investigación No. 9. Bogotá: Universidad Javeriana, 1996, 19.
- 5 Herrera, Xochitl y Miguel Loboguerrero. *Antropología médica y medicina tradicional en Colombia*. Bogotá: Etnollano, 1988.
- 6 Fernández, Gerardo. *Médicos y yatiris: salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. Cuadernos de Investigación. La Paz: OPS/OMS, 1999, 41-42.
- 7 Zuluaga, Germán y Carolina Amaya. Cultura popular de salud: diagnóstico de salud en San Agustín (Huila). *Universitas Humanistica: Antropología de la Salud* [Bogotá], Universidad Javeriana 18, No. 30 (enero-junio 1989): 93-150.
- 8 Zuluaga, Germán. *La botella curada: aproximación a los sistemas tradicionales de salud de las comunidades negras del Chocó biogeográfico*. Bogotá: Universidad El Bosque, Amazon Conservation Team, Instituto de Etnobiología, 2003.
- 9 Lozoya, Xavier. *Plantas, medicina y poder*. México: Editorial Pax, 1994, 6-7.
- 10 Pedersen, Duncan. “La construcción cultural de la salud y la enfermedad en la América Latina”. En *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli, 1993, 143-151.
- 11 Britton, Rosa. “Ciencia, tecnología y cultura” *Innovación y Ciencia*, Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia [Bogotá] 3, No. 2 (1994): 22-24
- 12 Pinzón, Carlos Ernesto, Rosa Suárez y Gloria Garay. “Modernidad, cultura popular y salud: crisis o nueva identidad del sujeto social”. En: *Cultura y salud en la construcción de las Américas: reflexiones sobre el sujeto social*, Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología, Comitato Internazionale per lo Sviluppo del Popoli, 1993, 194.
- 13 Zuluaga Germán y Camilo Correal. *Medicinas tradicionales: introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*. Cuadernos del Observatorio de la Vida, Vol. 3. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002.
- 14 Max-Neef, M., A. Elizalde y M Hopenhayn. *Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro*. Medellín: CEPAUR, Fundación Dag Hammarskjöld, Proyecto 20 editores, 1996, 42.
- 15 Zuluaga, Germán. *La botella curada*, 37-39.
- 16 Carrizosa, Julio. “El Chocó y el resto del mundo”. *Ecológica* [Bogotá], año IV, No. 15-16 (mayo-oct. 1993).
- 17 Conferencia General del Episcopado Latinoamericano (III), *Puebla: La evangelización en el presente y en el futuro de América Latina*. Caracas: Ediciones Trípode, 1984, 112-117.
- 18 Eliade, Mircea. *Mito y realidad*. Barcelona: Labor, 1983, 99.
- 19 Eliade M., *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económico, 1975, 10-14
- 20 Eliade, Mircea. *Mito y realidad*. 26-27.
- 21 Durand, Gilbert. *La imaginación simbólica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1968, 21.