

Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud

Esther Jean Langdon¹

Flávio Braune Wiik²

Este artículo presenta una reflexión acerca de como las nociones y comportamientos asociados a los procesos de salud y enfermedad están integrados a la cultura de los grupos sociales en los que estos procesos ocurren. Se argumenta que los sistemas médicos de atención a la salud, así como las respuestas dadas a la enfermedad son sistemas culturales que están en consonancia con los grupos y las realidades sociales que los producen. Comprender esta relación es crucial para la formación de profesionales en el área de la salud.

Descriptores: Cultura; Antropología; Atención a la Salud; Ciencias de la Salud.

¹ Antropóloga, Doctor en Antropología, Profesor Titular, Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil. Email: estherjeanbr@gmail.com.

² Cientista Social, Doctor em Antropología, Profesor Adjunto, Universidade Estadual de Londrina, PR, Brasil. Email: flaviowiik@gmail.com.

Correspondencia:

Flavio Braune Wiik
Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas.
Departamento de Ciências Sociais
Campus Universitário. Caixa-Postal 6001
CEP 86051-990 Londrina, PR, Brasil
E-mail: flaviowiik@gmail.com

Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde

O objetivo deste artigo foi apresentar uma reflexão de como as noções e comportamentos ligados aos processos de saúde e de doença integram a cultura de grupos sociais onde os mesmos ocorrem. Argumenta-se que os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem. A compreensão dessa relação se mostra fundamental para a formação do profissional da saúde.

Descritores: Cultura; Antropologia; Atenção à Saúde; Ciências da Saúde.

Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences

This article presents a reflection as to how notions and behavior related to the processes of health and illness are an integral part of the culture of the social group in which they occur. It is argued that medical and health care systems are cultural systems consonant with the groups and social realities that produce them. Such a comprehension is fundamental for the health care professional training.

Descriptors: Culture; Anthropology; Health Care; Health Sciences.

Introducción

Tal vez parezca dislocado abordar el tema de la cultura en una revista dedicada a las Ciencias de la Salud, así como darse cuenta de cómo el concepto de cultura puede ser útil para profesionales de esta área. Todos saben lo que significa "cultura" en su sentido común. Afirmamos que una persona "tiene cultura" cuando tiene formación escolar avanzada, se origina de una familia de alto nivel socioeconómico o conoce las artes y la filosofía. Es usual afirmar que un "buen paciente" es aquel que "posee cultura", cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el "sin cultura", considerado un paciente más "difícil", que actúa equivocadamente por "ignorancia" o guiado por "supersticiones".

En este artículo, discurriremos sobre otro tipo de cultura, cultura como concepto de base de la Antropología, así como un concepto instrumental

para cualquier profesional de la salud que actúe o haga investigaciones no solamente en áreas rurales o entre poblaciones indígenas, pero también en el contexto urbano caracterizado por la presencia de pacientes pertenecientes a diferentes clases sociales, religiones, regiones o hasta mismo a grupos étnicos. Estos pacientes presentan comportamientos y pensamientos singulares en cuanto a la experiencia de la enfermedad, así como nociones particulares sobre salud y terapéutica. Estas particularidades no provienen de las diferencias biológicas, pero sí de las diferencias socioculturales. En suma, partimos del concepto de que todos tienen cultura, y de que es la cultura que determina estas particularidades. Igualmente sustentamos que las cuestiones inherentes a la salud y a la enfermedad deben ser pensadas a partir de los contextos socioculturales específicos en los cuales los mismos ocurren.

Tal suposición no es exclusividad del campo y saber antropológicos, ya que han sido utilizados por teóricos, investigadores y profesionales del área de la salud – en especial de las áreas de la medicina y enfermería – desde la segunda mitad de la década del 60⁽¹⁻²⁾. Estos también sustentan que la biomedicina es un sistema cultural y que las realidades de la clínica médica deben ser analizadas a partir de una perspectiva transcultural. De la misma forma, llaman la atención para la relevancia del empleo de métodos y técnicas cualitativas en las investigaciones en salud, en especial, del método etnográfico⁽³⁾. A estas, se suman reflexiones acerca de las suposiciones teórico filosóficas presentes en la intersección entre salud y cultura, entre los imponderables observados en la intervención práctica del profesional de la salud frente a las teorías de la cultura, entre relativismo cultural y derechos humanos universales, entre la naturaleza de una profesión y el espacio más teórico y reflexivo de la antropología⁽⁴⁾.

Esta temática ha sido abordada en la Revista Latino Americana de Enfermería a través de la publicación de resultados de estudios y investigaciones en salud conducidos por profesionales y teóricos del área⁽⁵⁻⁷⁾. A partir del empleo del método etnográfico y del análisis interpretativo, esos estudios apuntan para la centralidad de la construcción del significado de las enfermedades por parte de los pacientes, la cual se sobrepone a la causalidad y racionalidad biomédicas. Por ejemplo, en un estudio conducido con pacientes oncológicos, se observó que la simbología de la radioterapia bajo la perspectiva de los pacientes, construida a lo largo de la experiencia de la enfermedad y tratamiento, se mostró como poderoso reorganizador y reordenador delante de las rupturas causadas por la enfermedad y terapéutica. De igual manera, se ha observado la influencia de la creencia religiosa en la sobrevivencia de pacientes laringectomizados, los cuales son cercados por redes sociales afectivas religiosas que los acompañan y desean su cura. Por otro lado, estos estudios enfrentan los desafíos y paradojas inherentes al método etnográfico el cual requiere, concomitantemente, la *inmersión* del investigador en el universo sociocultural cotidiano del grupo (de pacientes) a ser investigado y un *distanciamiento* para que el primero no asuma posturas etnocéntricas. También se cuestiona la factibilidad entre el uso del interpretativismo, que tiende a la subjetividad hermenéutica, y la construcción de conocimiento que condice con la objetividad científica.

Un concepto instrumental de cultura

El universo que abarca la definición conceptual de cultura es extremadamente complejo y diverso, divisor de las varias corrientes analítico teóricas y formador de campos epistemológicos y metodológicos propios⁽⁸⁻⁹⁾. Debido a la finalidad del presente artículo, nos limitaremos a discurrir sobre algunos aspectos esenciales e instrumentales ligados al concepto de cultura, que a su vez, serán utilizados en la construcción tipológica y analítica propuestas.

La cultura puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas.

A partir de esta definición, tres aspectos deben ser resaltados para que podamos comprender el significado de la actividad sociocultural. La cultura es *aprendida*, *compartida*, y *estandarizada*⁽¹⁰⁾. Al afirmar que la cultura es *aprendida*, se afirma que no podemos explicar las diferencias del comportamiento humano a través de la biología de forma aislada. Sin negar su destacado papel, la perspectiva cultural(ista) afirma que la cultura modela las necesidades y características biológicas y corporales. De esta forma, la biología ofrece un paño de fondo para el comportamiento, así como fornece las potencialidades de la formación y desarrollo humano. Sin embargo, es la cultura compartida por los individuos formadores de una sociedad que torna estas potencialidades en actividades específicas, diferenciadas y simbólicamente inteligibles y comunicables.

Partiendo de esta prerrogativa, ser hombre o mujer, brasileño o chino no depende de sus respectivas composiciones genéticas, pero si, como éste, a través y en razón de su cultura, irá a comportarse o pensar. Algunos estudios etnográficos sobre patrones de comportamiento sexual según el género han indicado que existe grandes variaciones de comportamiento de los sexos y que estas variaciones tienen base en lo que las personas han aprendido en su cultura sobre lo que es ser hombre o mujer⁽¹¹⁻¹²⁾.

La cultura es *compartida* y *estandarizada*, ya que consiste en una creación humana compartida por grupos sociales específicos. Las formas materiales, contenidos y atribuciones simbólicas a ella ligados, son estandarizados a partir de interacciones sociales

concretas de los individuos, así como resultante de su experiencia en determinados contextos y espacios específicos, los cuales pueden ser transformados, entretejidos y compartidos por diferentes segmentos sociales. A pesar de que el contenido y formas inherentes a cada cultura puedan ser aprendidos y replicados individualmente – confirmando a la cultura un carácter de experiencia personal internalizada e incorporada – concierne a la antropología, i) identificar los patrones culturales repartidos por los colectivos de individuos; ii) inferir sobre lo que existe en común en las acciones, atribuciones de sentido, significados y simbolismo proyectados por los individuos sobre el mundo material y “natural”; iii) ponderar sobre la experiencia de vivir en sociedad, sobre enfermarse y cuidarse, definiéndola como experiencia eminentemente intersubjetiva y relacional, mediada por el fenómeno cultural.

A fin de ilustrar nuestro argumento, observemos los diferentes patrones culturales frente a los tipos de comida y alimentación. En Brasil, la combinación del arroz con los frijoles es fundamental para que la comida sea considerada completa. Sin esta, mismo habiendo carne, muchos afirman no satisfacer su hambre. Otros, siempre precisan de un plato de carne para sentirse alimentados. Estos pueden hasta “salir de la mesa con hambre”, después de comer un abundante plato de comida china lleno de legumbres mezclados con un poco de carne. Ya el chino, se siente completamente satisfecho con este tipo de comida.

No sólo el comer es determinado de manera particular por la cultura, pero también el cuándo comer también lo es. La mayoría de los brasileños tiene que comer la mayor comida del día, al medio día, para “digerir bien la comida” y quedar “bien alimentado para el trabajo” hasta el final de la tarde. Es común la afirmación de que comer mucho en la noche, sobre todo comer “comidas pesadas”, hace mal para el estómago. A su vez, el norteamericano, que no siente falta de frijoles, en general come poco al medio día e ingiere gran cantidad de alimento “pesado” (en la perspectiva de los brasileños) antes de dormir; para ellos, la comida en abundancia al medio día hace mal y estorba el trabajo en la parte de la tarde. En esta perspectiva, es la cultura que define los patrones sociales sobre lo qué y cuándo comer, así como la relación entre tipos de alimentos que deben ser combinados o no, y, por consiguiente, la experiencia de saciar el hambre es socialmente y biológicamente determinada. Cabe a la biología, indicar la necesidad de nutrición y evidenciar ciertas limitaciones en cuanto a los alimentos considerados tóxicos.

Al afirmar que la cultura está ligada a cualquier actividad física o mental, no estamos refiriéndonos a ella como una colcha de retazos compuesta de pedazos de supersticiones o comportamientos desprovistos de coherencia y lógica intrínseca. Fundamentalmente, la cultura organiza el mundo de cada grupo social, según su lógica propia. Se trata de una experiencia integradora y total, de pertenecer y, consecuentemente, formadora y mantenedora de grupos sociales que comparten, comunican y replican sus formas, instituciones, principios y valores culturales.

Dado su carácter dinámico y sus características político-ideológicas intrínsecas, la cultura y los elementos que la caracteriza, son fuentes mediadoras de transformaciones sociales, altamente politizadas, apropiadas, alteradas y manipuladas por grupos sociales a lo largo de la historia de las sociedades, según directrices trazadas por los actores sociales que las usan para establecer nuevos patrones socio-culturales y modelos de sociedades.

Además, cada grupo interactúa con un ambiente físico determinado, y su cultura define como sobrevivir en ese ambiente. Debido al carácter creativo y transformador inherente a las culturas humanas sobre el medio físico, podemos encontrar dentro de un mismo tipo de ambiente, varias soluciones particulares que responden por la sobrevivencia de las sociedades. El ser humano tiene capacidad de participar en cualquier cultura, aprender cualquier idioma, y desempeñar cualquier tarea. Sin embargo, es la cultura específica en la que él nace y/o crece que determina el(los) idioma(s) que hablará, cuales actividades deberá desempeñar, cuál será su movilidad social y posición jerárquica en la estructura social. Todas ellas son regidas según su edad, sexo, y demás variables, los cuales determinarán cuales técnicas corporales y patrones estéticos adoptará, cabiendo también desempeñar papeles sociales de acuerdo con tipos ideales proyectados por el sistema de parentesco y demás inserciones según instituciones vigentes en cada sociedad, y finalmente, con las cuales dialogará tanto como su sujeto y su objeto. Esto sucede, a lo largo de la vida, los individuos son gradualmente *socializados* por(en los) patrones culturales vigentes en su sociedad, contruidos a través de la interacción social cotidiana, así como a través de procesos rituales y filiaciones institucionales. Estos son responsables por la transformación de los individuos en personas, en miembros de determinado grupo que mutuamente se reconocen. De individuos transformados en personas,

aprenden y replican principios que orientan patrones ideales acerca de los tipos valorados y calificados de acción, de cómo se comportar, de vestir, de comer, y de técnicas sobre como diagnosticar y tratar las enfermedades. Sobre todo, la socialización de los individuos es responsable por la transmisión de los sentidos acerca del *porqué hacer*.

El *porqué hacer* tiene especial importancia, ya que nos permite entender la integración y la lógica de una cultura. La cultura, antes de todo, nos ofrece una *visión del mundo*, esto es, una explicación sobre cómo el mundo está organizado, de cómo actuar en el mundo que gana sentido y es valorado a través de la cultura. De esa manera, conforme discurrido anteriormente, es la cultura de un grupo la que provee a los actores sociales de un sistema clasificatorio y valorativo de aquellos alimentos considerados comestibles o no, define las técnicas y ambientes donde el alimento podrá ser encontrado, clasifica, organiza y valora los alimentos en varios tipos de comida, tales como: "buena", "débil", "fuerte", "ligera"⁽¹³⁾.

Tomemos otro ejemplo: el concepto de limpieza y de higiene, categorías fundamentales presentes todas las culturas. Cada cultura establece las categorías de las cosas, clasificándolas como "limpias y puras" o "sucias e impuras"⁽¹⁴⁾, así como determina cuales son las prácticas y conocimientos ligados a estas categorías que tienen por objetivo su manutención, clasificación y distinción. Entretanto, las definiciones acerca del lo que es considerado "limpio" o "sucio", "puro" o "impuro" son tan variadas cuanto la multiplicidad de culturas humanas encontradas en el mundo. Tal variación expresa una aserción fundamental en la construcción del campo de conocimiento antropológico: la constatación, paradójica, de la diversidad y unidad englobadas por el fenómeno cultural, que es, al mismo tiempo, uno y universal y diverso y particular.

Entre los indios Barasana de la selva amazónica colombiana⁽¹⁵⁾, además de comer hormigas con *casava* (pan de mandioca), la dieta consiste en carne o pescado obtenidos por los hombres que es comido junto con *casava* preparado por las mujeres. Cuando un cazador tiene suerte en la caza, en su retorno a la maloca (conjunto de chozas), entrega la mayor porción de carne para el hombre más anciano de su extensa familia. Su esposa o esposas cocinan la carne en una olla grande y la colocan en el suelo en el centro de la casa. Entonces, el hombre anciano llama primero a los hombres para comer siguiendo reglas jerárquicas basadas en intervalos de edad y de prestigio. En seguida, llama a las mujeres,

pero no siempre a todas. Los niños nunca son llamadas para comer cuando la olla tiene carne o pescado de tamaño grande.

Además de las reglas sociales con base en la jerarquía y distribución de poder que regulan la alimentación y todos los alimentos, las personas que los manipulan y los ingieren, son regulados por principios culturales de limpieza y pureza, denominados por los Barasana como *witsioga*. *Witsioga* consiste en una substancia presente en la comida, especialmente en la carne, que le hace mal a los niños pequeños, personas de ciertos intervalos de edad o en estados umbrales – tales como las que están entrando en la pubertad o que están siendo iniciadas en la pajelança (magia), mujeres que recién dieron a luz, y las personas enfermas. Además de eso, el pan es considerado un alimento "puro" y pero, si se come carne y en seguida se lo manipula, lo contamina.

Los Barasana tienen una clasificación compleja de los animales y pescados que son *witsioga*. Ella los clasifica según el tamaño, comportamiento, etc. Hay también principios que regulan una serie de prácticas y acciones que pueden y no pueden ser desempeñadas después de ingerir carne, además de prácticas higiénicas para retirar esa substancia de las personas que comen tipos de carne que contienen *witsioga*. El *Witsioga* también regula el diagnóstico, origen y etiología de las enfermedades, que a su vez está ligada a la cosmología de los indios. El mundo es controlado por seres ("espíritus"), y el *witsioga* atrae los espíritus malos que atacan a las personas que son clasificadas como debilitadas o vulnerables.

Este ejemplo ilustra que al encontrarnos con las costumbres presentes en otras culturas, debemos tratar de entender el *porqué*. De esta forma, evitamos una comprensión *etnocéntrica* a su respecto, o sea: juzgar a la cultura de los Barasana según nuestros propios valores y clasificaciones del mundo, y no según los que son propios de su cultura. Al citar que estos Indios se alimentan de hormigas, que comen en la misma olla, usando pan para agarrar la comida, que varias personas comparten una sola taza para beber, tal vez cause un poco de repulsión, ya que la "hormiga no es comida", "retirar la comida de la olla que está en el suelo es sucio". También, se puede pensar que la categoría *witsioga* es "superstición" y que ese procedimiento es opuesto al que comprendemos por "salud" y "limpieza", según la racionalidad biomédica.

La perspectiva antropológica requiere que, al encontrarnos con culturas diferentes, no hagamos juzgamientos de valor con base en nuestro propio sistema cultural y pasemos a percibir a las otras culturas

según sus propios valores y conocimientos – a través de los cuales expresan una visión de mundo propia, que orienta sus prácticas, conocimientos y actitudes. A este procedimiento denominamos *relativismo cultural*. Es el que nos permite comprender el *porqué* de las actividades y los sentidos atribuidos a ellas de forma lógica, sin jerarquizarlos o juzgarlos, pero solamente, y, sobre todo, ireconociéndolos como diferentes!

Varios otros ejemplos también podrían ser extraídos de las investigaciones de orden etnográfico conducidas por profesionales de la salud citadas en este artículo⁽⁴⁻⁷⁾. Todos ellos nos llevan a reflexionar sobre las cuestiones relativas a hábitos de salud, rituales, técnicas de atención y cuidado, restricciones sobre uso de terapias (por ejemplo, transfusión de sangre o trasplante de órganos, o mismo el aborto); todos ellos mediados por sistemas culturales distantes, y hasta mismo opuestos, a los patrones culturales sobre los cuales el sistema biomédico es construido y los profesionales de salud entrenados.

Utilizamos ejemplos extraídos de una sociedad provista de cultura con la cual raramente tenemos contacto, también denominada sociedad *simple*. Sin embargo, delante de una sociedad *compleja* como la brasileña, que además de ser estratificada por clases sociales, es formada por numerosos grupos étnicos, segmentos poblacionales de las más diversas confesiones religiosas y costumbres regionales peculiares, encontramos diferencias culturales internas, con variaciones intergrupales. A pesar de que estos grupos comparten aspectos de la cultura general, abrigados bajo lo que, como convención, se llama “cultura brasileña”, reconocemos que estos grupos formadores de la población brasileña, detiene diferentes visiones del mundo y perciben la realidad de manera peculiar, generando un complejo y entrelazado mosaico sociocultural. Esta complejidad es paño de fondo del contexto que articula salud, cultura y sociedad, y en él sucede la inserción del profesional e investigador del campo de la salud.

Cultura, sociedad y salud

Partiendo del concepto de que la cultura es un fenómeno total y que, por lo tanto, provee una visión de mundo a las personas que la comparten, orientando, de esta forma, sus conocimientos, prácticas y actitudes, la cuestión de la salud y de la enfermedad está contenida en esta visión del mundo y praxis social.

La enfermedad y las preocupaciones con la salud

son universales en la vida humana, presentes en todas las sociedades. Cada grupo se organiza colectivamente – a través de medios materiales, pensamiento y elementos culturales – para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad e infortunios, sean ellos individuales o colectivos. Con este intuición, cada y todas las sociedades desarrollan conocimientos, prácticas e instituciones particulares que podemos denominar *sistema de atención a la salud*⁽¹⁾.

El sistema de atención a la salud engloba todos los componentes presentes en una sociedad relacionados a la salud, incluyendo los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes en acción en este “escenario”. A estos, se suman las relaciones de poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del “estado de salud”. Este sistema es amparado por esquemas de símbolos que se expresan a través de las prácticas, interacciones e instituciones; todos condicen con la cultura general del grupo, que a su vez, sirven para definir, clasificar y explicar los fenómenos percibidos y clasificados como “enfermedad”.

De esta manera el sistema de atención a la salud no está desacoplado de otros aspectos generales de la cultura, así como un sistema social no está disociado de la organización social de un grupo. Consecuentemente, la manera a través de la cual un determinado grupo social piensa y se organiza para mantener la salud y enfrentar episodios de enfermedad, no está disociado de la visión de mundo y de la experiencia general que este tiene al respecto de los demás aspectos y dimensiones socioculturales informadas. Será solamente a partir de la comprensión de esta totalidad, que se aprenderán los conocimientos y prácticas ligados a la salud de los sujetos formadores de una sociedad portadora de un sistema o cultura propia. De esta forma, caso desconozcamos que la categoría *witsioga*, entre los Barasana, está ligada a su cosmología, a las clasificaciones de los alimentos y a los estados/status de las personas, no comprenderemos la importancia dada por ellos a las maneras tenidas como correctas y “puras” de cómo preparar y comer los alimentos. También sería difícil comprender la importancia de este concepto dentro de sus preocupaciones con la salud, o convencerlos de que en un ambiente con pocos recursos de proteína, prohibiciones de carne, para niños pequeños y mujeres amamantando, pueden afectar su crecimiento si no disponen de otro recurso proteico adecuado.

El *sistema de atención a la salud* es un modelo

conceptual y analítico, no una realidad en si para los grupos sociales con los cuales convivimos o estudiamos. Sin embargo, este auxilia la sistematización y comprensión de un complejo conjunto de elementos y factores experimentados en lo cotidiano de manera fragmentada y subjetiva, sea en nuestra propia sociedad y cultura o delante de otras no familiares.

Cabe resaltar que en una sociedad *compleja*, como la brasileña, existen varios sistemas de atención a la salud operando concomitantemente, sistemas estos que representan la diversidad de grupos y culturas que la constituyen. Aquí, a pesar de que el sistema médico estatal sea el biomédico, que ofrece servicios de salud vía Sistema Único de Salud (SUS), la población, cuando se enferma, recurre a varios otros sistemas. Muchos grupos no buscan biomédicos, pero utilizan la *medicina popular*, otros utilizan sistemas médicos religiosos, otros también recorren a varios sistemas a lo largo del proceso de enfermedad y cura. Pensar el sistema de atención a la salud como un sistema cultural de salud nos ayuda comprender estos múltiples comportamientos.

El sistema cultural de salud

El *sistema cultural de salud* resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre *salud* e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable. Poseen también clasificaciones acerca de las enfermedades, y estas son organizadas según criterios de síntomas, gravedad, y otros. Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas. Por ejemplo, *arca caída* (anomalía del apéndice xifoideo), *cobreiro* (dermatosis, herpes zoster), *quebranto* (estado de debilidad) y *mal de ojo*⁽¹⁶⁾ son consideradas enfermedades para varios grupos brasileños, entre tanto no son reconocidas o tratadas por los (bio) médicos. Las clasificaciones de estas enfermedades son organizadas según criterios propios los cuales guían los diagnósticos y terapias, cuyos especialistas tienen elementos y materiales para tratarlas y reconocerlas si están curadas.

De esta forma, la cultura ofrece teorías etiológicas basadas en la visión del mundo de determinado grupo, las cuales, frecuentemente, apuntan causas múltiples para las enfermedades, que pueden ser, por ejemplo: "místicas" y/o "no místicas". Entre las causas "no

místicas" ("no religiosas", "no somáticas", entre otras) encontramos teorías y percepciones sobre el cuerpo y su (mal) funcionamiento frente a la ingestión no adecuada de determinados alimentos, clima, relaciones sociales y de trabajo tenso. Estas, a su vez, se combinan para ofrecer una medicina preventiva ligada al comportamiento y a la higiene, así como elementos ligados a una medicina curativa. En cuanto a las causas "místicas" estas, frecuentemente, se combinan con las "no místicas" y pueden indicar más de un tipo de tratamiento necesario; por ejemplo: uno para curar el cuerpo físico y otro para curar el cuerpo o estado espiritual o social⁽¹⁷⁾. Teorías etiológicas que incluyen "causas naturales" también están presentes en sistemas *etnomédicos*, o sea, no biomédicos. Para las "causas naturales" de las enfermedades, los sistemas *etnomédicos* cuentan con tratamientos basados en el conocimiento de yerbas y técnicas de manipulación corporal, y su eficacia evidencia el etnocentrismo biocientífico, muchas veces presente, delante de los demás sistemas culturales de atención a la salud.

El sistema social de salud

El sistema de atención a la salud es tanto un *sistema cultural* como un *sistema social de salud*. Definimos el *sistema social de salud* como aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas a la salud, a la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a este. Comúnmente, esta dimensión del sistema de atención a la salud también incluye especialistas no reconocidos por la biomedicina, tales como: *actos de bendición, curanderos, brujos, hechiceros, meso terapeutas, padres-de-santo, pastores y curas*, entre otros.

En el universo de cada grupo social, los especialistas tiene un papel específico que desempeñar frente al tratamiento de determinada enfermedad, y los pacientes tiene ciertas expectativas sobre como ese papel será desempeñado, cuales enfermedades el especialista puede curar, así como una idea general acerca de los métodos terapéuticos que serán empleados.

En las sociedades complejas, además de los tradicionales, se encuentran especialistas chinos y orientales en general. En los últimos diez años, hemos visto también la búsqueda creciente por especialistas y terapeutas que pertenecen a lo que se ha denominado de "nueva era"⁽¹⁸⁾. Dentro de una misma ciudad, existen especialistas detentores de varios métodos terapéuticos

alternativos (parte de los sistemas culturales de atención al salud), siendo factores determinantes para su elección o rechazo: principios religiosos, económicos, familiares, sociales, entre otros factores de orden política y/o legal (por ejemplo, la persecución por parte del Estado de determinado terapéutica no oficial)⁽¹⁶⁾.

Estudios sobre salud, cultura y sociedad en Brasil

En Brasil, los estudios e investigaciones sobre salud, cultura y sociedad se han multiplicado circunstancialmente en los últimos veinte años⁽¹⁹⁾. En la última década, la Antropología de la Salud se viene consolidando como un espacio de reflexión, formación académica y profesional de médicos, enfermeros y demás profesionales del Área de la Salud del país⁽¹⁹⁾. Hay centros interdisciplinarios universitarios y núcleos de investigación envolviendo antropólogos y demás investigadores y teóricos de la salud colectiva y pública, dedicados a la investigación de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos relacionados a las cuestiones de salud⁽¹⁹⁾. Algunas publicaciones han tratado sobre la experiencia de la enfermedad y del cuerpo enfermo bajo la perspectiva de las cuestiones de género, principios religiosos, nociones de cura y sus narrativas⁽²⁰⁻²¹⁾. Algunas publicaciones recientes retratan etnografías de los contextos médicos, como en hospitales o clínicas⁽²²⁻²³⁾. La Editora FIOCRUZ publica la *Colección Antropología y Salud* desde la mitad de la década de los 80, cuyos números han contribuido para la diseminación de la producción proveniente de centros de investigación y posgraduación nacionales dirigidos al área de la salud. *Cuadernos de Salud Pública*, también editada por la FIOCRUZ, ha publicado un gran número de artículos dirigidos a tratar problemáticas contemporáneas, tales como: DST/Sida, estructura y funcionamiento de los servicios de salud, evaluación de las políticas de salud y salud indígena.

Conclusiones

A pesar de pasibles de contradicciones internas y, consecuentemente, generadores de predicamentos, sustentamos la premisa de que los valores, conocimientos y comportamientos culturales ligados a la salud forman un sistema sociocultural integrado, total y lógico. Por lo tanto, las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias. Los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, consonantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican. De esta forma, para fines teóricos y analíticos, el sistema de atención a la salud biomédico debe ser considerado como un sistema cultural, tal cual cualquier otro sistema *etnomédico*. Para comenzar, las interpretaciones e intervenciones sobre los fenómenos mórbidos – operados tanto por parte de los individuos/pacientes, como los observados y tratados por los profesionales de la salud formados en el sistema biomédico – deben ser analizados y evaluados por el concepto de *relativismo cultural*, evitando, de esta manera, la toma de posturas y análisis *etnocéntricos* por parte de estos profesionales y teóricos.

Finalmente, se puede afirmar que somos todos sujetos de la cultura, y la experimentamos de varias formas, inclusive cuando nos enfermamos y buscamos tratamiento. Sin embargo, al actuar como profesionales y investigadores del Área de la Salud, nos encontramos con sistemas culturales diversos del nuestro (o en el cual fuimos entrenados), sin relativizar nuestro propio conocimiento médico. Eso sucede, especialmente en el campo de la salud, ya que en el occidente moderno y racional, *naturalizamos* el campo médico, cubriéndolo de verdad universal y absoluta, alejándolo de las formas de conocimiento *culturalizado*, esto es, cuya verdad es particular, relativa y condicional.

Referências

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley (CA): University of California Press; 1980.
2. Leininger MM, organizadora. Qualitative research methods in nursing. Orlando (FL): Grune & Stratton; 1984.
3. Clammer J. Approaches to ethnographic research. In: Ellen RF, organizadora. Ethnographic research. Londres: Academic Press; 1984. p. 57-72.
4. Leininger MM, organizadora. Culture care, diversity and universality: A theory of nursing. New York (NY): National League for Nursing Press; 1991.
5. Muniz R, Zago M. A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: um remédio-veneno. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008 novembro-dezembro; 16(6):998-1004.
6. Aquino V, Zago M. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007 janeiro-fevereiro; 15(1):42-7.
7. Vieira N, Vieira L, Frota M. Reflexão sobre a abordagem etnográfica em três pesquisas. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

