

ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD. PRINCIPALES ENFOQUES TEÓRICOS

ANTHROPOLOGY OF HEALTH AND DISEASE. MAIN THEORETICAL APPROACHES

Gustavo Adolfo Paredes Villegas

Profesor del Departamento de Ciencias Sociales. Universidad de Los Andes. Núcleo Universitario “Rafael Rangel”. E-mail: gustavoparedesv@hotmail.com

Resumen

El objetivo principal de este artículo es presentar un estudio histórico de la Antropología de la Salud y la Enfermedad, desde los pioneros y precursores de finales del siglo XIX y comienzos del XX, hasta su consolidación como subdisciplina dentro de la antropología a mediados del siglo pasado. Al mismo tiempo se hace un análisis de tres de sus principales enfoques teóricos, a saber: ecológico, interpretativo y crítico, para concluir con los cuestionamientos recíprocos entre ellos, lo que ha enriquecido en los últimos años la comprensión del proceso salud- enfermedad.

Palabras clave: Modelo explicativo, adaptación, inequidad socio-sanitaria y biomedicina.

Abstract

The main goal of this paper is to present a historical study of the Anthropology of Health and Illness, since the pioneers and precursors of the late nineteenth and early twentieth century, until its consolidation as a subdiscipline within of anthropology in middle of last century. At the same time it does an analysis of its three main theoretical approaches, namely ecological, interpretive and critical, concluding with reciprocal questioning between them, which has enriched in recent years the understanding of the health-disease process.

Key words: Explanatory model, adaptation, socio sanitary inequality and biomedicine.

Recibido: 07/02/14 - **Aprobado:** 13/06/14

Introducción

Las nociones y prácticas sobre la salud y la enfermedad que manejan los diversos grupos humanos no se dan en un vacío cultural, tienen lugar dentro de un sistema lógico cargado de simbolismos, tradiciones y valores que modelan sus comportamientos e interpretaciones. Si bien en todas las sociedades está presente la necesidad de entender los padecimientos y buscar la curación, cada cultura tiene una forma particular de hacerlo, con base en la cual reconoce los síntomas que perturban el equilibrio físico-mental-emocional.

Visto así, la noción sobre la salud y la enfermedad propia de cada pueblo representa un conjunto de ideas y creencias que permiten nombrar, identificar, clasificar y darle significado a las afecciones y a los medios terapéuticos empleados en el restablecimiento de la armonía perdida. Estas ideas y creencias son aprendidas en las distintas etapas de socialización, insertas dentro de una visión de mundo, en la cobra sentido la experiencia del enfermo y la práctica del sanador y es precisamente allí donde “Actúa entonces la cultura sobre la enfermedad para transformarla de hecho puramente biológico en hecho bio-psico-social. La enfermedad es así concebida para provocar una constante creatividad y producción cultural, en todas las sociedades” (Clarac, 1996, p. 478).

Este despliegue de creatividad que se refleja en comportamientos clínicos de diversa índole, es según Nettleton (2006), el resultado de construcciones socioculturales que los individuos de una comunidad hacen dentro de un marco histórico particular. A manera de ilustración, la autora señala cómo a finales del siglo XIX comenzó a crecer en Europa la idea de procurar y mantener la higiene bucal, gracias al

impulso de los programas sanitarios para la atención y mantenimiento de la dentadura. Desde entonces se estableció un patrón de boca saludable, lo que dio origen a la odontología profesional como una ciencia médica especializada en la salud bucal y en consecuencia, la dentadura y su cuidado cobraron mayor importancia. De acuerdo con Nettleton (2006):

(...) un estudio de la odontología (...) demuestra cómo la profesión dental estableció como su objeto la dentadura y la potencial aparición de las caries en alianza con la salud pública, lo que a su vez ayudó a justificar la necesidad del cuidado bucal para asegurar la prevención de enfermedades infecciosas. El examen dental, implicó la evaluación y comparación de las bocas, sirviendo de base para establecer un criterio de boca “normal”, con la que todos los demás podrían ser comparadas. Así fue que se extendieron estas rutinas de prevención que confirmaron el objeto dental y con ello la aparición de la profesión más allá del simple desarrollo como una sub-rama especializada de la cirugía (p. 30. Traducción original del inglés).

Ahora bien, como construcción cultural las nociones de salud y enfermedad varían de un grupo humano a otro. Así, cada pueblo privilegia algunos hechos o situaciones como causales de la enfermedad, para las sociedades tradicionales pueden ir desde la transgresión de reglas de corte religioso que desatan la ira de los dioses, el maleficio de un hechicero, la secuela de un comportamiento pecaminoso hasta el destino signado por la providencia. Mientras que para las sociedades modernas, permeadas por la biomedicina, la enfermedad puede ser el resultado de la probabilidad genética, la acción de un agente patógeno, condiciones ambientales insalubres o los estilos de vida (Perdiguero, 2003).

Al respecto, el médico antropólogo Helman (2007) en su clasificación sobre los orígenes de la enfermedad, señaló cuatro

causas en las que de forma general agrupa diferentes visiones culturales, a saber: los hábitos individuales, el orden natural, el medio social y la esfera sobrenatural. Según el autor, las culturas no industrializadas suelen atribuir las enfermedades a elementos de orden sobrenatural y social, mientras que, las sociedades industrializadas a lo natural e individual. Sin embargo, matiza las líneas divisorias de su clasificación al señalar que lo más común es ver trazos de una y otra en ambas sociedades. “Así, en algunas situaciones según el contexto la gente va a actuar más ‘culturalmente’. En otras ocasiones, su personalidad, situación económica, creencias, o las características del entorno en el que vive” (Helman, 2007, p. 4. Traducción original del inglés).

El Nombre de la Subdisciplina

La Antropología de la Salud y la Enfermedad estudia la manera cómo cada grupo étnico construye, a partir de sus referentes culturales, su perspectiva de la salud y la enfermedad. Busca dar cuenta de los significados, propósitos e intenciones que subyacen en cada una de ellas, más allá de lo que resulta evidente, es decir, lo que permanece oculto y que en principio no se problematiza por su cotidianidad.

Ahora bien, dentro de la antropología no existe consenso sobre el nombre para denominar esta subdisciplina. Según Perdiguero (2003), una de las expresiones más usadas ha sido la de “Antropología Médica”, que se popularizó a partir de la década de los sesenta. Periodo en el que médicos y antropólogos estadounidenses comenzaron a estructurar el cuerpo teórico y metodológico de esta subdisciplina, tras la revisión de investigaciones antropológicas llevadas a cabo en diversas partes del mundo en décadas pasadas. Esfuerzo que sirvió para delimitar el objeto de estudio y centrarse

exclusivamente en su análisis, a diferencia de las primeras investigaciones en las que la comprensión del proceso salud-enfermedad se perdía entre los variados aspectos culturales de carácter religioso y ceremonial. Si bien para algunos el nombre de “Antropología Médica” no implica controversias, para otros el término presupone la hegemonía de un modelo, en este caso el biomédico, a partir del cual todas las demás formas de curación han de ser evaluadas (Ember y col., 2006). De allí que, ese

(...) excesivo médico-centrismo ha llevado a que se proponga como más adecuado, por más amplio y ajustado a la realidad el término Antropología de la Salud, que es, sin embargo, muy infrecuente en la literatura internacional. Otro término usado con cierta frecuencia es el de Antropología de la Enfermedad que resalta un objeto de estudio en el que se han centrado especialmente los estudios antropológicos dedicados a la problemática sanitaria (Perdiguero, 2003, p. 17).

Con base en estas consideraciones, a lo largo del presente artículo se empleará la denominación Antropología de la Salud y la Enfermedad, por ser más incluyente y menos circunscrita a una lógica cultural en particular (medico-centrista).

Historia de la Antropología de la Salud y la Enfermedad

El interés antropológico por entender las diferentes concepciones sobre el proceso salud-enfermedad en comunidades no occidentales, ha estado presente desde mucho antes del desarrollo de la antropología de la salud y la enfermedad como subdisciplina a partir de la segunda mitad del siglo XX. En general, los primeros trabajos etnográficos sobre salud-enfermedad y cultura, realizados a finales del siglo XIX y comienzos del XX, se llevaron a cabo fundamentalmente en sociedades no occidentales relativamente

pequeñas en el marco del colonialismo europeo, desde la mirada dicotómica de sociedades “civilizadas”, científicas y racionales del “mundo occidental” e “incivilizadas” mágico-religiosas de los “pueblos primitivos”. En este sentido, Good (1994) señala que:

Los antropólogos médicos apenas podían reconocer los vínculos entre el colonialismo y la temprana escritura antropológica sobre las “creencias y prácticas” médicas, lo que resultó en el uso de términos analíticos altamente peyorativos como los empleados por Rivers en “medicina, magia y religión” (p. 25. Traducción original del inglés).

A finales del siglo XIX investigadores de diversas disciplinas formaron parte de un sinnúmero de expediciones a tierras distantes en busca de “culturas exóticas”, cuyos trabajos de campo sirvieron de soporte para el desarrollo progresivo de la antropología en general y de la antropología de la salud y la enfermedad en particular. Dentro de este contexto, resaltan los trabajos del patólogo Virchow, considerado el padre de la medicina social y fundador de la Sociedad Antropológica de Berlín en 1869. En sus investigaciones hizo énfasis en los factores políticos y económicos que incidían en la distribución desigual de la riqueza, generando inequidad en el acceso a la asistencia sanitaria y en las condiciones de vida (Singer y Baer, 2012).

Más adelante, el médico antropólogo Rivers realizó varias expediciones que le permitieron recolectar información de los grupos nativos de Australia, observando con gran interés la relación entre el tratamiento de la enfermedad y las creencias culturales. Si bien planteó una visión holística de la relación entre la medicina y la cultura, no logró plasmarlo con éxito en teorías unificadas. De hecho, en un momento en el que se creía que las prácticas etnomédicas de las sociedades

no occidentales eran una mezcla confusa de tradiciones desconexas, “ (...) él argumentó, que las ideas y prácticas en torno a la salud y la curación que se encuentran en las sociedades ágrafas constituyen estructuras internamente coherentes de las creencias culturales sobre las causas de la enfermedad” (Singer y Baer, 2012, p. 12. Traducción original del inglés).

Por su parte, el antropólogo Clements elaboró una clasificación sobre las distintas causas de la enfermedad que, grosso modo, estaban presentes en todas las sociedades tradicionales: magia y hechicería, violación de tabúes, penetración del cuerpo por objetos, cuerpos poseídos por espíritus y pérdida del alma. Tanto Rivers como Clements fueron los primeros antropólogos en realizar etnografías sobre la curación y sus vínculos con elementos socioculturales, analizando los sistemas de curación como una institución más dentro de la sociedad.

En la década de los cuarenta el médico e historiador Ackerknecht investigó las prácticas curativas de las sociedades no occidentales, mostrando cómo los valores culturales operaban cual mecanismos de control para el mantenimiento del orden social. De acuerdo con Singer y Baer (2012),

(...) Ackerknecht trató de desarrollar un sistema de comprensión de las creencias y prácticas de curación haciendo hincapié en que los comportamientos saludables y las ideas tienden a reflejar las tradiciones culturales más amplias de la sociedad en que se desarrollan y que cualquiera que sea su capacidad para mejorar la salud de los pacientes, los sistemas de curación refuerzan los valores centrales de la cultura y las estructuras sociales que contribuyen a mantener el statu quo mediante el control de los conflictos sociales y la desviación (p. 15. Traducción original del inglés).

En sus investigaciones sobre cirugía, psicoterapia y prevención sanitaria “primitiva” intentó, a partir de argumentos procusteos ajustar las evidencias empíricas a sus propias hipótesis, que en definitiva calcaban las nociones de la cultura occidental. Sus afirmaciones sobre el poco desarrollo de la “cirugía primitiva”, debido a las limitaciones culturales de los pueblos tradicionales o el pretender dar cuenta de la atención sanitaria de otros pueblos, a partir de las estructuras occidentales y las nociones de la ciencia médica profesional, le dieron un carácter marcadamente etnocéntrico a sus proposiciones (Kleinman, 1980).

Ciertamente Rivers, Clements y Ackerknecht emplearon los términos “prelógico”, “primitivo”, “místico” y “mágico” para nombrar las prácticas terapéuticas de las distintas comunidades nativas que estudiaron. A partir de una estructura conceptual jerárquica de menor a mayor racionalidad, categorizaron los sistemas de salud en las sociedades no occidentales como expresión de los primeros estadios del conocimiento médico, pasando de la magia a la religión y de ésta a una “protociencia” que mostraba algunos aspectos racionales, que más adelante, según ellos, abriría paso a una ciencia médica completamente racional (Good, 1994).

En términos generales, estos investigadores transitaron por la dicotomía “primitivo-moderno” y se concentraron en estudios comparativos de los sistemas de curación en sociedades tradicionales. Contribuyeron no sólo a la conformación de la antropología de la salud y la enfermedad, también de manera indirecta a la hegemonía del paradigma biomédico, en la medida que no lo consideraron objeto de estudio de las investigaciones antropológicas, sino un producto del conocimiento científico universal y experimental que se desprendía

tanto de la razón como de la verificación empírica, es decir, como algo que estaba más allá de la cultura (Baer y col., 2003).

Para el médico antropólogo Kleinman (1980), al centrarse estos trabajos en las prácticas “mágico-religiosas” de comunidades pequeñas y ágrafas, además de focalizar la atención en las formas sagradas de curación, obstaculizaron el desarrollo de una concepción más amplia sobre la relación cultura-salud. De esta manera, la temprana perspectiva holística que se inició con Rivers derivó en estudios fragmentados, dejando muchos temas sin estudiar, tales como: los comportamientos específicos dirigidos a la búsqueda y mantenimiento de la salud, las vivencias del enfermo y de sus cuidadores, la respuesta cultural ante los padecimientos, las prácticas curativas, la relación entre el sanador y el enfermo, entre otros.

En las décadas de los cincuenta y sesenta la preocupación por los aspectos clínicos orientó los esfuerzos al desarrollo de concepciones teóricas de mayor alcance, las cuales permitieron reinterpretar un gran número de investigaciones etnográficas realizadas en años anteriores. De esta manera se fue conformando una visión mucho más amplia de la antropología de la salud y la enfermedad.

Durante ese período resaltan los aportes de Caudill, el primero en emplear en 1953 el nombre de antropología médica en una de sus publicaciones, término acuñado también por Scotch en 1963 en su artículo titulado: “Medical Anthropology”. Desde entonces la expresión se fue popularizando y con ella la expansión y consolidación de esta subárea antropológica, gracias a las ponencias internacionales y la incorporación de antropólogos en el campo de la salud, bien como docentes, investigadores, en labores administrativas, en la planificación

de programas de salud a nivel internacional o como médicos etnólogos. Actividades que muchas veces tuvieron un carácter etnocéntrico que desestimaba toda práctica sanadora distinta al modelo biomédico, sirviendo a su vez de “vías de penetración” de la cultura occidental en otros pueblos (Baer y col., 2003).

Más adelante, en los años setenta se comienza a valorar la perspectiva del enfermo y del entorno familiar, es decir, se reconoce el mundo cultural del paciente y de cómo éste orienta sus conocimientos en la búsqueda y mantenimiento de la salud, particularmente en las sociedades occidentales. Visión que contrasta con la relación dicotómica objeto-sujeto, propias de estas sociedades, donde el médico, único sapiente, receta un tratamiento al enfermo lego quien cumple pasivamente con la prescripción, guardando muchas veces no sólo una relación distante sino también de autoridad.

A lo largo de las décadas de los setenta y ochenta surgió un renovado interés por conocer distintos sistemas terapéuticos, ya no sólo de pueblos originarios relativamente pequeños, o comunidades étnicas minoritarias dentro de una sociedad nacional, sino también de culturas con poblaciones numerosas, tal es el caso de los sistemas de curación de la India, China, Latinoamérica, África y Medio Oriente, lo que promovió al mismo tiempo estudios comparativos entre ellos. A partir de entonces, las investigaciones antropológicas se extendieron a los sistemas terapéuticos de las sociedades occidentales, considerando a la biomedicina como un sistema médico más entre otros, cuestionando así su hegemonía (Good, 1994). De allí que, “ (...) la valoración de la biomedicina como una etnomedicina más ha sido quizá el acontecimiento más notable en el desarrollo de la Antropología de la Salud en las [últimas] décadas” (Perdiguero, 2003, p. 24).

Posteriormente, en la década de los noventa y en la primera del siglo XXI, las investigaciones acentuaron la influencia de los valores culturales de la sociedad globalizada en la aparición de nuevas enfermedades, tanto las infecciosas como las derivadas de los estilos de vida y el modelo de desarrollo occidental. Afecciones conocidas comúnmente como enfermedades del siglo XXI, a saber: la diabetes, el síndrome metabólico, el cáncer, los desordenes alimenticios y las enfermedades psicosomáticas.

Es así como en la primera década del siglo XXI, el fenómeno de estudio de la antropología de la salud y la enfermedad se desplegó en diversos temas. Además de los mencionados anteriormente, los trabajos se enfocaron en la diversidad de problemas como los ambientales, las formas de cultivo basados en agroquímicos, la expansión acelerada de los virus en la aldea global, la pobreza y el acceso a la salud, la industria farmacológica, la medicalización, las políticas públicas sanitarias, la etnobotánica, la superpoblación y los intereses económicos asociados con el sistema sanitario, entre otros, lo que en conjunto han enriquecido la producción teórica. En síntesis, Menéndez (2012) señala que

La Antropología Médica se desarrolló sobre todo en los EE.UU., si bien los estudios sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención se venían gestando desde finales del siglo XIX, como disciplina específica se irá organizando durante la década de 1950 para emerger en los 60 como especialización caracterizada por un vertiginoso desarrollo, que en los 80 la convertirá en la especialidad que no sólo cuenta con más antropólogos activos, por lo menos en los EE.UU., sino que ha dado lugar a la producción de una masa creciente de trabajos etnográficos, así como a la gestación de algunos de los principales aportes teóricos de la Antropología Social actual (s. p.).

La Antropología de la Salud y la Enfermedad en América Latina

De acuerdo con la periodización establecida por Menéndez (1985), en América Latina se pueden identificar, de manera general, tres etapas que corresponderían al inicio, desarrollo y consolidación de los estudios antropológicos sobre la salud y la enfermedad. La primera etapa, que abarca las décadas de 1920 y 1930, se llevan a cabo estudios aislados con escasa construcción teórica y con un acentuado enfoque biomédico.

La segunda etapa corresponde a 1940-1960, en ella se establecen las áreas temáticas, los procedimientos metodológicos y las bases teóricas de la antropología de la salud y la enfermedad en América Latina. Este periodo se caracterizó por un considerable aumento de investigaciones que se realizaron en centros locales de asistencia sanitaria en zonas rurales habitadas por comunidades campesinas de origen indígena, principalmente en México, Colombia y Perú. Las temáticas giraban en torno a las enfermedades tradicionales, los tratamientos autóctonos, la relación médico-paciente y condiciones especiales como el embarazo, la desnutrición, el alcoholismo y cierto número de problemas mentales. En su mayoría los investigadores eran de origen estadounidense, quienes mantenían estrecha relación con el Smithsonian Institution. Así, las reflexiones antropológicas de la época plantean que,

(...) la medicina científica debe ser reconocida como la medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas "tradicionales" tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones ideológicas (culturales) y productivas dominantes en la comunidad. Deben en consecuencia hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y aculturación de las prácticas médicas científicas,

sin alterar culturalmente a dichas comunidades (Menéndez, 1985, p.p. 13 y 14).

En la década de los 60 irrumpe la "Sociología Médica", que si bien en sus inicios se basó en los estudios antropológicos de corte funcionalista, en los 70 se distancia de este enfoque y sugiere la necesidad de nuevos modelos explicativos tal como se evidenció, de acuerdo con Menéndez, en la Reunión de Cuenca de 1972 en Ecuador. A diferencia de la antropología que se había apoyado en las investigaciones de campo y el trabajo conjunto con los centros de salud a nivel local, la sociología médica se desarrolló dentro de las instituciones universitarias con una fuerte orientación teórica y con escaso trabajo de campo.

La perspectiva funcionalista de corte culturalista, hasta entonces dominante en la antropología de la salud y la enfermedad en Latinoamérica, fue cuestionada por la sociología médica desde el marxismo y la teoría de la dependencia, por los supuestos contenidos ideológicos que enmascaraban las relaciones de dominación de la que formaban parte las instituciones sanitarias. Estas críticas representaron un debilitamiento de la antropología de la salud y la enfermedad, en la medida en que la teoría marxista en sus distintas variantes comenzaba a ganar terreno dentro del ámbito académico y sociopolítico, como una postura que denunciaba las relaciones de desigualdad en América Latina.

La tercera etapa comienza en la década de los 70, en este periodo la sociología médica ganó espacio en detrimento de la antropología, logrando imponerse en los círculos académicos en los años siguientes. Sus indagaciones sobre fenómenos no estudiados hasta entonces por la antropología, por ejemplo: "(...) las relaciones entre clase y la mortalidad, la salud laboral, la industria

de la salud o las funciones del modelo médico ‘científico’ se convertirán en los ‘nuevos problemas’” (Menéndez, 1985, p. 16). En contraste con la preocupación antropológica por la “integración cultural”, la sociología se posicionó como un modelo “histórico-estructural” con un fuerte interés en los aspectos económicos (Menéndez, 1985).

Notablemente las investigaciones antropológicas de estos años transitaron por las mismas temáticas de los periodos anteriores, siendo cortapisa para el desarrollo de nuevos y diferentes estudios que permitieran interpretar la realidad desde perspectivas teóricas mucho más amplias y que al mismo tiempo aportaran soluciones a los problemas de salud en la región. Al concentrarse las investigaciones antropológicas en los aspectos de carácter étnico y en las prácticas culturales en torno al proceso salud enfermedad, según Menéndez (1985), se desestimaron las variables estructurales que modelan el sistema de atención médico en las diversas sociedades.

Para Menéndez (1985), algunos postulados funcionalista de la antropología en América Latina a lo largo de estas etapas quedaron en entre dicho por la misma realidad. Por ejemplo, la sostenida afirmación de la resistencia de las comunidades indígenas y campesinas al paradigma biomédico, resultó no ser tan cierta al observarse una gran receptividad por parte de estos grupos hacia sus medicamentos y terapias. Asimismo, debido a la ausencia de modelos explicativos, las abundantes etnografías que pretendieron interpretar el fenómeno apenas lograron describirlo.

Además no pudo prever la mayoría de los cambios significativos que operaron en el área salud/enfermedad, ni pudo proponer alternativas explicativas

respecto de los “nuevos” problemas que se iban configurando en nuestros países (...) al escotomizar la realidad contribuyó a ocultar los determinantes estructurales, y operó de hecho como apoyo indirecto de las ideologías “aculturativas” y desarrollistas (Menéndez, 1985, p. 20).

No obstante, en 1979 el Congreso Mundial de Etnomedicina realizado en Perú, permitió la socialización de nuevos trabajos como los del mexicano Cabieses y la chilena Weisner, los cuales mostraron que la antropología de la salud y la enfermedad en Latinoamérica era más que un campo para el trabajo etnográfico de investigadores estadounidenses y europeos, en esta misma dirección se inscriben los estudios etnohistóricos de la antropóloga Clarac en Venezuela. A partir de entonces se abren espacio en la antropología latinoamericana distintas orientaciones, por ejemplo el neomarxismo, el interaccionismo simbólico, el posestructuralismo, entre otras.

Tres Enfoques en el Campo de la Antropología de la Salud y la Enfermedad

Desde la antropología el proceso salud-enfermedad se ha estudiado desde diferentes enfoques, a continuación se presentarán tres de los más conocidos: ecológico, interpretativo y crítico, analizando sus planteamientos más importantes.

Enfoque Ecológico

Los trabajos del microbiólogo Dubos y del antropólogo Alland sobre la cultura y sus recursos adaptativos, sirvieron de fundamento para el desarrollo del enfoque ecológico, concepción que hunde sus raíces en la teoría evolutiva y la ecología cultural. Su planteamiento central se basa en el concepto de “adaptación”, que hace referencia a los cambios biológicos y comportamentales, tanto a nivel grupal como individual, que realizan las personas

en un entorno específico para garantizar su supervivencia. En consecuencia, la salud se percibe como el resultado positivo de la adaptación a un hábitat determinado, siendo la cultura el ámbito donde se aprenden y regulan los comportamientos orientados a prevenir la enfermedad. Visto de esta manera la cura chamánica o la atención biomédica se pueden considerar estrategias culturales de adaptación (Singer y Baer, 2012).

Así, la salud de un grupo refleja el tipo de relaciones que establecen los individuos entre sí y de éstos con el ambiente natural: clima, topografía, cuerpos de agua, diversidad de flora y fauna, entre otros. En este sentido, la causa de la enfermedad se considera un hecho natural y externo al organismo y los tratamientos acciones destinadas a corregir o contrarrestar los desequilibrios corporales ocasionados por el ambiente. Es precisamente en este aspecto que entra en juego la cultura como orientadora de la “capacidad adaptativa” de los seres humanos al entorno natural (MacElroy y Townsend, 2009).

En los últimos años este modelo ha tratado de matizar su marcado carácter biologicista, al acercarse al paradigma crítico ha valorado otros elementos que le han permitido ampliar su mirada de la enfermedad, la salud y la cultura. Al respecto, las antropólogas McElroy y Townsend (2009) señalan que:

Nuestro modelo se basa en ciertas premisas acerca de la ecología de la salud y la enfermedad. En primer lugar, no hay una sola causa de la enfermedad. El estímulo inmediato, clínicamente detectable de la enfermedad puede ser un virus, deficiencia de vitaminas, o un parásito intestinal, pero la enfermedad en sí misma es, en última instancia parte de una cadena de factores relacionados con los desequilibrios de los ecosistemas. En segundo lugar, la salud y la enfermedad se desarrollan dentro de un conjunto de

sistemas físicos, biológicos y culturales que se afectan continuamente el uno al otro. En tercer lugar, el medio ambiente es más que el hábitat físico, el suelo, el aire, el agua, y el terreno en el que vivimos y trabajamos, sino también el medio ambiente culturalmente construido: calles y edificios, granjas y jardines, barrios y suburbios. Además, las personas también crean y viven en entornos sociales y psicológicos, y su percepción del ambiente físico y de su papel se ve influida por los valores sociales y la visión de mundo. Por lo tanto, nuestro medio ambiente y la salud se vinculan en un modelo que reconoce plenamente el impacto de la conducta humana en el medio ambiente (p. 30. Traducción original del inglés).

Pese a esta valoración de los elementos económicos y políticos, este enfoque sigue orientando sus investigaciones más hacia los problemas ambientales y sus consecuencias en la salud, que hacia las desigualdades sociales y el acceso a la atención médica.

Enfoque Interpretativo

En oposición al modelo ecológico surgió el interpretativo cultural. En la década de los ochenta, el médico antropólogo Kleinman (1980), planteó que la enfermedad debía ser vista no sólo como un hecho natural, sino también como una construcción cultural elaborada por cada pueblo. Esta construcción representa un “modelo explicativo” del proceso salud-enfermedad, que da cuenta de los orígenes de las dolencias, maneras de diagnosticarla y tratarla, asignación de roles al sanador, enfermo y cuidador. Ideas que sirven de hilo conductor en la elección de las terapias y en el significado de las vivencias que durante y después de la enfermedad tienen todos los actores involucrados. Si bien, tanto los padecimientos como los esfuerzos orientados a mantener la salud son universales, según él, los diferentes pueblos construyen su noción de la enfermedad desde sus particulares referentes culturales.

Siguiendo a Kleinman (1988), en todo modelo explicativo subyacen criterios comunes que le dan orden y sentido a las formas de curación, tales como: las causas de la enfermedad (etiología), el momento y la forma en que se presentan los indicios (sintomatología), el tipo de afección (patología), el desarrollo (evolución), la terapia de curación y los terapeutas (tratamiento y sanador) y los efectos de la misma tanto físicos, mentales y emocionales como las implicaciones en la vida y el entorno familiar y social (secuelas).

Ahora bien, de acuerdo con este enfoque, al interior de una cultura conviven tanto el modelo explicativo del curador como del enfermo, así,

(...) entender los pacientes y sanadores pasa por estudiarlos en un entorno cultural particular y luego hacer comparaciones interculturales para buscar generalizaciones sobre estas experiencias humanas fundamentales (...) En cada ciudad, los pacientes difieren en su manera de pensar, experimentar y responder a sus enfermedades. Tienen diferentes instituciones, patrones de comportamientos colectivos e individuales relacionados con la salud y la atención sanitaria (Kleinman, 1980, p.8. Traducción original del inglés).

Kleinman (1980) clasificó las diferentes formas de atención médica en tres tipos: popular, ejercida por personas con escasa formación, capaces de identificar y tratar buena parte de las enfermedades; sanadores, cuya terapéutica exige una formación un poco más especializada dada por la tradición, aunque no tan estructurada como la recibida por los profesionales de la salud; y por último, biomédico, que requiere de una amplia preparación académica para su práctica legal. La escogencia de uno de estos tipos dependerá del modelo explicativo por el cual transite el enfermo, sin embargo, lo más probable es que recurra a todos ellos

de manera gradual o paralela, situándose en una “red terapéutica” en donde las recomendaciones del entorno familiar serán de gran importancia.

Dentro de esta perspectiva también se encuentran los trabajos de Frake y Turner, realizados desde una visión lingüística y simbólica. Aunque ambos contribuyeron a consolidar el enfoque que privilegiaba la relación entre el sistema cultural y los cuidados terapéuticos, sus escritos tuvieron un lento impacto en los investigadores médicos y psiquiatras, pues los mismos no estaban dirigidos a este tipo de público (Kleinman, 1980). Resaltan también los aportes de Good (1994), para quien la cultura es una construcción simbólica mediante la cual las personas experimentan el mundo que les rodea, siendo la salud-enfermedad parte de dicha construcción, de allí que las sensaciones corporales y la evaluación de los síntomas por el enfermo y el sanador reflejen las representaciones culturales de los grupos humanos a los que pertenecen.

En definitiva, para el modelo interpretativo la antropología debe tener como propósito develar y examinar los elementos culturales que componen el proceso salud-enfermedad. Esto es, la vivencia del paciente, el tratamiento del sanador, los roles asignados a cada uno de ellos, los conceptos, clasificaciones y posibles causas de los padecimientos, todos insertos dentro del sistema sociocultural.

Enfoque Crítico

Entre las décadas de los ochenta y noventa surge el modelo crítico, basado en la tradición marxista y neomarxista, en la Escuela de Frankfurt y en los trabajos del sociólogo Mills. Entre sus principales representantes se encuentran Baer, Susser y Singer. Este paradigma plantea que las interacciones sociales se dan al interior

de estructuras verticales que se expresan a nivel local, nacional, regional y global. Estos vínculos jerárquicos que penetran todo el tejido social modelan actitudes, hábitos, pensamientos y emociones de acuerdo con una lógica que reproduce las relaciones de dominación y desigualdad entre clases sociales, grupos étnicos y de género. (Singer y Baer, 2012).

Desde esta perspectiva, la antropología de la salud y la enfermedad debe analizar la noción de salud de una determinada sociedad a partir de las fuerzas históricas que explican su origen y las condiciones sociales que posibilitan su consolidación. Razón por la cual, una etiología de la enfermedad debe dar cuenta de la inequidad social, la desigualdad en el acceso al sistema médico, la discriminación en el trato y cómo estos factores de índole socioeconómicos afectan la salud de la población. El enfoque crítico sostiene que en la sociedad moderna occidental la estructura de atención médica, al igual que el resto de las instituciones sociales, está orientada por una ideología hegemónica que beneficia a los sectores política y económicamente privilegiados, en detrimento de los menos favorecidos.

Para Baer y col. (2003), en la mayoría de las sociedades occidentales la ideología capitalista penetra el sistema de salud en sus distintos niveles. Así, en el nivel macro la biomedicina ha logrado posicionarse como el conocimiento médico dominante impulsado por el avance tecnológico, lo que le ha permitido el empleo de sofisticados instrumentos médicos y la producción masiva de fármacos para un sinnúmero de enfermedades. Por su parte, el Estado contribuye a legitimar este sistema al crear las condiciones legales, financieras y políticas para su posicionamiento en menoscabo de otros sistemas terapéuticos.

En el nivel intermedio, el de las instituciones sanitarias, hospitales, clínicas, ambulatorios y centros médicos, la lógica del sistema capitalista se evidencia tanto en el ámbito público como privado. En este nivel el poder se transfiere por medio de una estructura jerárquica, en la que los intereses económicos de los distintos estratos ligados a ella: médicos, enfermeros, camilleros y auxiliares están bien establecidos y recompensados según la capacitación profesional, lo que evita por un lado el acercamiento entre los distintos sectores y por otro la homologación de intereses laborales.

En el nivel micro se dan las interacciones entre el médico y el enfermo, donde aquél asume determinados roles, por ejemplo, es quien “sabe” sobre la enfermedad y su tratamiento, no siempre en función del paciente sino de sus conocimientos y propósitos, muchas veces orientados por una visión mercantilista que cosifica al enfermo, en correspondencia con los intereses del lucro y el consumo promovidos desde el nivel macro. De esta manera,

Las interacciones médico-paciente con frecuencia refuerzan las estructuras jerárquicas a lo largo de la sociedad, haciendo hincapié en la necesidad de que el paciente debe cumplir con el juicio de los expertos. Aunque un paciente este experimentando estrés relacionado con el trabajo que puede manifestarse en diversos síntomas difusos, el médico puede recetar un sedante para calmar al paciente o ayudarlo a hacer frente a un ambiente de trabajo difícil en lugar de desafiar el poder de un jefe o supervisor (Baer y col., 2003, p. 15. Traducción original del inglés).

Conclusiones

Como se ha podido observar a lo largo de este escrito, el proceso salud-enfermedad va más allá del estudio biológico o médico, en la medida en que forma parte

del quehacer humano, del conjunto de valores, representaciones y acciones que tienen lugar dentro de un contexto cultural. Visto así, el estudio antropológico amplía el panorama interpretativo, permitiendo concebir la salud-enfermedad como una manifestación sociocultural.

Por consiguiente no se puede hablar de un solo sistema de salud, sino de múltiples, cada uno con formas particulares de entender la etiología de la enfermedad, las técnicas terapéuticas, las redes de cuidado, los medicamentos suministrados, la asignación de roles tanto del sanador como del enfermo y el fomento de comportamientos saludables. De allí que no es procedente una concepción evolucionista y etnocéntrica que ubique a la biomedicina en la cúspide de los cuidados sanitarios, pues se trata de uno más entre los diversos sistemas de curación.

Ahora bien, desde sus orígenes los estudios antropológicos sobre la salud y la enfermedad han transitado por distintos enfoques, cada uno acentuando unas variables más que otras. No obstante, la necesidad de entender la complejidad del fenómeno ha llevado progresivamente a un intercambio de ideas entre los mismos, pasando previamente por décadas de cuestionamientos mutuos.

Al respecto, el modelo interpretativo criticó al ecológico por considerar la enfermedad resultado de las circunstancias ambientales, ente objetivo separado del mundo axiológico y al sistema médico como una respuesta cultural que actúa sobre el entorno natural. En consecuencia, el paradigma ecológico superpone la naturaleza a la cultura y su estudio queda reducido a la “eficacia adaptativa” del hombre al medio, lo que circunscribe las acciones humanas a un comportamiento meramente reactivo a las condiciones naturales (Good, 1994).

Para los interpretativistas, a diferencia de los teóricos críticos, es fundamental dar cuenta de las construcciones culturales desde las cuales los miembros de una sociedad otorgan sentido a sus prácticas, en lugar de trasladar un concepto de justicia ajeno y pretendidamente universal que cuestiona los valores y normas sociales propias de cada pueblo. Consideran que el énfasis en aspectos económicos y políticos, no permite visualizar la diversidad de las relaciones culturales más allá de los intereses contrapuestos entre los estratos sociales y las estructuras de dominación, ignorando que en la vida social también tienen lugar relaciones de cooperación entre las partes. De allí que, para el paradigma interpretativo los cuidados terapéuticos son el resultado de las representaciones cognitivas que manejan los grupos humanos, a partir de las cuales delimitan, conceptualizan y entienden el binomio salud-enfermedad, más que la consecuencia de las relaciones de desigualdad que se reflejan en un sistema médico determinado.

Desde el modelo ecológico se cuestiona al interpretativo por enfatizar aspectos subjetivos, que dejan de lado fenómenos derivados de las relaciones del hombre con la naturaleza y el ambiente construido. Para el enfoque ecológico las condiciones ambientales propician determinadas prácticas culturales, muchas de las cuales están dirigidas a prevenir, mitigar o atender patologías generadas por el entorno en el proceso adaptativo, ignorar esto conlleva a no entender el significado de muchos comportamientos, tradiciones y hábitos culturales. En relación con el paradigma crítico, el modelo ecológico sostiene que los sistemas médicos se establecen como respuesta a unas condiciones ambientales determinadas y no exclusivamente en función de intereses grupales, clasistas o étnicos.

Por su parte, el enfoque crítico señala que el ecológico y su concepto de adaptación, así como el interpretativo y sus modelos explicativos, no toman en cuenta las relaciones de dominación y desigualdad que se expresan en el sistema de salud, desestimando el rol de la cultura en la producción, reproducción y legitimación de esta situación. Inequidad que se manifiesta en el acceso a la asistencia médica en el contexto de una estructura jerarquizada, donde la autoridad reposa en el médico y el enfermo juega un rol pasivo o de paciente.

Finalmente, la comprensión del proceso salud-enfermedad se ha ampliado por la integración de estos enfoques, así como por los aportes provenientes de la sociología, la economía, la politología, entre otras disciplinas. De acuerdo con Baer y col. (2003), en los últimos años la investigación multidisciplinaria ha sido impulsada por el interés en entender la complejidad de esta realidad y la necesidad de una visión sistémica que permita dar cuenta de los factores presentes en las distintas prácticas curativas y su relación con el sistema sociocultural.

Referencias Bibliográficas:

- Baer H, Singer M, Susser I. *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*. 2da Ed. USA: Greenwood Publishing Group. 2003.
- Clarac J. *La enfermedad como lenguaje en Venezuela*. Mérida: Consejo de Publicaciones ULA. 1996.
- Ember C, Ember M, Peregrine P. *Antropología*. 10ma Ed. España: Pearson. 2006.
- Good B. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. USA: Cambridge University Press. 1994.
- Helman C. *Culture, health and illness*. 5ta Ed. USA: Oxford University Press. 2007.
- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press. 1980.
- Kleinman A. *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*. USA: Perseus Books Group. 1988.
- MacElroy A, Townsend P. *Medical anthropology in ecological perspective*. 5ta Ed. USA: Westview. 2009.
- Menéndez E. *Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica*. *Gazeta de Antropología*. 2012, 28(3). Consultado en abril 25 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/22988>.
- Menéndez E. *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*. *Nueva Antropología*, 1985, 7 (28):11-28.
- Nettleton S. *The sociology of health and illness*. Cambridge, UK: Polity. 2006.
- Perdiguero E. *Salud y enfermedad. Una visión antropológica*. En: *Salud pública y enfermería comunitaria*. 2da Ed. Volumen I. España: McGraw-Hill Interamericana. 2003.
- Singer M, Baer H. *Introducing medical anthropology. A discipline in action*. 2da Ed. USA: AltaMira. 2012.