

Artículo de Reflexión/Ensayo

Salud e interculturalidad: saberes, asimetrías y lugares comunes

Saúde e interculturalidade: conhecimento, assimetrias e lugares comuns

Health and interculturality: knowledge, asymmetries and common places

Gastón Julián Gil^a , María Florencia Incaugarat^b 

^aConsejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – CONICET, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata – MDP, Mar del Plata, Argentina.

^bFacultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata – MDP, Mar del Plata, Argentina.

Cómo citar: Gil, G. J., & Incaugarat, M. F. (2022). Salud e interculturalidad: saberes, asimetrías y lugares comunes. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3334. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN255533343>

Resumen

Ya sea como un efectivo instrumental teórico, cliché discursivo o apelación moral, el análisis de la interculturalidad como parte constitutiva del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado forma parte cada vez en mayor medida de las inquietudes cotidianas de los profesionales de la salud. Sin embargo, ese aparente y creciente consenso no siempre es acompañado por una efectiva utilización de los abordajes socioantropológicos que permitan superar las limitaciones del saber biomédico o del empleo del sentido común. En este artículo se analizan algunos de esos frecuentes usos de lo “cultural” que no logran plantear abordajes comprensivos y superadores. Para ello, a partir de algunas experiencias de una terapeuta ocupacional con formación en antropología, se utilizan algunos casos etnográficos que permiten mostrar la relevancia de contar con sólidas herramientas teóricas y metodológicas con el objeto de reducir al máximo un uso “asimétrico” de la noción de cultura. Ello implica que “lo cultural” tiende a verse como un exotismo o hasta una irracionalidad que sólo merece un análisis cuidadoso cuando los pacientes pertenecen a grupos y colectivos que contrastan notoriamente con la supuesta normalidad del nosotros. Por el contrario, se intenta mostrar que “lo cultural” es constitutivo de esa normalidad cotidiana de las personas que utilizan el sistema de salud.

Palabras-clave: Cultura, Política de Salud Pública, Etnografía, Antropología.

Resumo

Seja como instrumento teórico eficaz, clichê discursivo ou apelo moral, a análise da interculturalidade como parte constitutiva do processo saúde-doença-cuidado e do

Recibido Mayo 23, 2022; 1ª Revisión Mayo 31, 2022; 2ª Revisión Jun. 21, 2022; Aceptado Jul. 7, 2022.

Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.



cuidado faz parte cada vez mais do cotidiano dos profissionais de saúde. No entanto, esse aparente e crescente consenso nem sempre é acompanhado por um uso efetivo de abordagens socioantropológicas que possibilitem superar as limitações do conhecimento biomédico ou do uso do seu sentido comum. Este artigo analisa alguns dos usos frequentes do termo “cultural”, que não propõem abordagens abrangentes e de superação do ideário biomédico. Para tanto, a partir de algumas experiências de uma terapeuta ocupacional em formação em antropologia, são utilizados alguns casos etnográficos que permitem mostrar a relevância de se contar com sólidos instrumentos teóricos e metodológicos a fim de minimizar um uso “assimétrico” da noção de cultura. Isto implica que “o cultural” tende a ser visto como um exotismo ou mesmo uma irracionalidade que só merece uma análise cuidadosa quando os pacientes pertencem a grupos e coletivos que contrastam marcadamente com a nossa suposta normalidade. Ao contrário, tenta mostrar que “o cultural” é constitutivo dessa normalidade cotidiana das pessoas que utilizam o sistema de saúde.

Palavras-chave: Cultura, Política Pública de Saúde, Etnografia, Antropología.

Abstract

Whether as an effective theoretical instrument, a discussion cliché, or a moral appeal, the analysis of interculturality as a constitutive part of the health-disease-care process is increasingly part of the daily concerns of health professionals. However, this apparent and growing consensus is not always accompanied by effective use of socio-anthropological approaches that overcome the limitations of biomedical knowledge or the use of common sense. This article analyzes some of those frequent uses of the “cultural” that fail to propose comprehensive and overcoming approaches. For doing so, some ethnographic cases are used to show the relevance of having solid theoretical and methodological tools to minimize an “asymmetric” use of the notion of culture. This implies that “the cultural” tends to be seen as an exoticism or even an irrationality that only deserves a careful analysis when patients belong to groups and collectives that contrast markedly with our supposed normality. On the contrary, it tries to show that “the cultural” is constitutive of the daily normality of the people who use the health system.

Keywords: Culture, Public Healthcare Policy, Ethnography, Anthropology.

Salud, “Malos Entendidos” e Interculturalidad

“Vos sabés de esas cosas” le planteó por teléfono una profesional de salud a la terapeuta ocupacional, una de las autoras de este artículo. En una sala de salud municipal de una pequeña localidad cercana a la ciudad de Mar del Plata (Provincia de Buenos Aires, Argentina) el equipo de profesionales había encontrado durante un control pediátrico que un bebé de padres chinos mostraba manchas azules en la zona lumbar. La desorientación de los médicos motivó la consulta a la terapeuta-antropóloga que “estudia chinos” y que podía develar un enigma que tal vez evitara trámites burocráticos innecesarios, como una eventual y, en este caso, errónea denuncia por maltrato infantil.

Este episodio pone en evidencia ciertas lógicas hegemónicas de los abordajes sanitarios que asumen que lo “cultural” sólo es objeto de atención en “casos extremos” o de exotismos que, de manera excepcional, obligan a apelar a un experto en “cultura” o que conozca a

esos grupos exóticos. Este esquema de interpretación se sustenta en la habitual asimetría que entiende que “lo cultural” es digno de consideración cuando las prescripciones, tratamientos o diagnósticos fallan o encuentran límites ante los comportamientos, en ocasiones considerados “irracionales” de los pacientes. Aunque concebido para el campo de los estudios sociales de la ciencia, el concepto de simetría puede aplicarse para enmarcar el problema de esta evaluación diferencial de las prácticas y tratamientos en salud. Bloor (1998), en su ataque a los enfoques dominantes en historia y filosofía de la ciencia hasta la década de 1970, destacó -entre otros aspectos- que las explicaciones de las creencias, tanto de las “falsas” como las “verdaderas”, deben estar sostenidas en el mismo tipo de causas. En la problemática aquí analizada, la asimetría se refiere a que mientras determinadas situaciones merecerían un “abordaje” sociocultural, la normalidad cotidiana podría prescindir sin ningún inconveniente del conocimiento de las dimensiones culturales que atraviesan a las personas que utilizan el sistema de salud.

Este artículo se propone entonces desarrollar un enfoque crítico de las prácticas hegemónicas en el campo de la salud, que suelen estar sustentadas en general por declaraciones grandilocuentes e imposturas que apelan a la importancia de lo “cultural” pero que no incorporan herramientas teóricas y metodológicas para pensar enfoques genuinamente comunitarios del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Utilizada como un cliché discursivo, incluso como marca de distinción moral, la apelación a la “variable sociocultural” no siempre es formulada con la precisión y sistematicidad que requiere un abordaje integral de los procesos socio-sanitarios. En consecuencia, este texto toma de modo prioritario un conjunto de episodios etnográficos que pertenecen a la investigación doctoral en antropología social de una de las autoras -terapeuta ocupacional como formación de grado- para formular lineamientos conceptuales a la hora de pensar la salud en clave comunitaria más allá de los casos de exotismo cultural. El artículo también está sostenido por un abordaje autoetnográfico de la labor docente y de investigación que los autores desempeñan en una carrera de grado de terapia ocupacional en la que predomina un perfil profesionalista (Gil & Incauragarat, 2018). En contraposición, el texto refleja de algún modo las acciones emprendidas desde una asignatura marginal en el plan de estudios de la carrera (Antropología) y un seminario optativo vinculado a la teoría y práctica etnográfica. En definitiva, el abordaje propuesto en este texto consiste en contribuir a la formación de terapeutas híbridos, creativos y que cuenten con la capacidad de recurrir a herramientas teóricas y metodológicas para la comprensión e intervención de los procesos socio-sanitarios.

Exotismo y distancia cultural

El “malentendido” que dio inicio a este artículo constituye no sólo un rico dato etnográfico sino que permite visualizar con elocuencia los problemas que entrañan las perspectivas asimétricas en cualquier disciplina científica. En efecto, el extrañamiento radical que produjeron las llamadas “manchas mongólicas” (o melanocitosis dérmica congénita) en los profesionales médicos revela una actitud frecuente en una amplia diversidad de representantes de saberes expertos, no sólo vinculados con la salud. Es lo que ocurre frecuentemente con los “agentes modernizadores” que entienden que la “variable cultural” sólo entra en juego cuando las prescripciones (desde la implementación de un tratamiento médico hasta un plan de “modernización” social)

son rechazados por los destinatarios de esas intervenciones o cuando se enfrentan a una incompreensión del contexto en el que se deben desempeñar. El exotismo presentado nos coloca precisamente frente a ese esquema de interpretación que supone que lo “cultural” se nos presenta como una dimensión digna de consideración en los casos que trascienden la normalidad del “nosotros”, la racionalidad de actores que “saben” cumplir con las prescripciones médicas. En este sentido, suele haber una dificultad desde esta cosmología médica para catalogar como “culturales” a otros grupos que no provengan de áreas rurales, poblaciones indígenas o migrantes, es decir, grupos que portan ese supuesto “exotismo”. Ese criterio clasificatorio no incluye a pacientes insertos en el mismo contexto urbano del profesional pero de diferentes clases sociales, religiones, o identidades de género, que también presentan prácticas y representaciones diversas en lo relativo al proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (Langdon & Wiik, 2010). Este es el caso de los llamados “factores de riesgo” y “protectores”, asociados a lo que desde el ámbito médico se denomina como “estilo de vida del paciente”. Aunque eventualmente puedan recibir el mote de “factores culturales”, el tabaquismo, el sedentarismo, la actividad física o ciertos tipos de alimentación, entre otros, suelen estar despojados de cualquier análisis socio-cultural y solamente son considerados como factores predisponentes o protectores para el desarrollo de ciertas enfermedades como suelen ser las no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.).

En efecto, las diversidades más “cercanas” constituyen un terreno fértil para las posturas etnocéntricas que suelen dominar muchos saberes expertos, que asumen los comportamientos y racionalidades de los actores, en este caso, pacientes, desde perspectivas normativas (Gil, 2018). Así es que cuando esos exotismos no se revelan con la fuerza del episodio que da inicio al artículo, suelen quedar invisibilizados para ser canalizados con las herramientas normativas del saber biomédico, imponiéndose como “conocimiento autoritario” (Jordan, 1997). Paradojalmente, la postulación de la importancia de los factores “socioculturales” para comprender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado es todo un lugar común que goza de una creciente aceptación en el mundo académico y en los diversos campos profesionales. En consecuencia, los cuestionamientos al “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 2003) ya no sólo son parte de la jerga habitual de los científicos sociales sino que también han penetrado el discurso de una parte del campo de la salud, aunque no pueda afirmarse que ello tenga su correlato en las prácticas efectivas de los mismos profesionales o en la enseñanza a los estudiantes de esas disciplinas. En este sentido, dicha asimetría opera detectando “lo cultural” en el “otro”, mientras que el “nosotros” pareciera ser “acultural” y conducirse por las normas más estrictas de la cientificidad. Siguiendo a Briones, este tipo de concepciones constituyen una “dinámica de desmarcación que invisibiliza como universal la especificidad de algunos al acentuar la de ciertos otros como particular” (Briones, 1998, p.3). De este modo, “la etnicidad del sector culturalmente hegemónico pareciera quedar invisibilizada” (Briones, 1998, p. 7), evidenciando un mecanismo de marcación de la otredad de algunos, para diluir la afiliación de otros. En efecto, la biomedicina tiende a naturalizar el hecho de que sean las representaciones de los “otros” las que pertenecen al orden de lo creencial, siendo el “nosotros” libre de componentes supersticiosos o irracionales.

Para evitar reproducir estas asimetrías en el campo de la salud, es menester recuperar los aportes de la Antropología de la Salud por varias razones que aquí se irán retomando. Una de estas contribuciones implica examinar no sólo a los “otros” sino también al

“nosotros”, pudiendo así relevar problemáticas, valores, criterios y creencias presentes al interior del ámbito sanitario, y no únicamente en el dominio de los “pacientes” o sujetos de intervención. En este sentido, la Antropología de la Salud, alerta sobre la importancia de concebir simétricamente a los diferentes modelos médicos, que también portan racionalidades y creencias. Concordando con Martínez Hernández (2008), el objetivo no sería entonces la aplicación de perspectivas antropológicas para clarificar problemas y situaciones clínicas específicas, sino que sería de radical importancia dar cuenta, a su vez, del contexto macroestructural para comprender dichas problemáticas en su conjunto y de manera integral. Es justamente aquí, en efecto, donde toma relevancia la noción de interculturalidad en salud, entendida como “las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos” (Lerín Piñón, 2004, p. 118). Es necesario aclarar que, como se viene abordando hasta aquí, las situaciones de interculturalidad se producen en contextos no sólo de diversidad étnica sino sociocultural de diversos tipos como puede ser por criterio de género, clase social, generacional, religioso, entre muchos otros.

La “Cultura” y los Profesionales de la Salud

Como se ha estado argumentando hasta aquí, si bien “lo cultural” aparece como discurso políticamente correcto e inclusive como “lugar común” en la práctica de los profesionales de la salud, muchas veces no termina operando del mismo modo. Así, por ejemplo, en los casos en los que no emerge un extrañamiento radical como puede ser el caso de las “mancha mongólicas”, suelen aparecer otras formas de “conocimiento autoritario”, como lo ilustra la escena etnográfica que sigue.

En el contexto de los controles del desarrollo infantil en el sistema de Atención Primaria de la Salud, entre las preguntas de rutina se consulta a los padres sobre la alimentación y la lactancia. En el caso de las madres chinas, al preguntarles si “dan la teta”, la gran mayoría de las veces contestan que “no”, mientras dejan escapar alguna risita nerviosa, como anticipando “el reto” de los profesionales. Incluso cuando algunos de ellos expresan “respetar la cultura de cada uno”, en general abundan los comentarios o expresiones reprobatorias. Ante la pregunta insistente del porqué no amamantan a sus niños, las madres chinas contestan sencillamente “que no tienen leche”, lo cual es respaldado por sus maridos cuando se encuentran presentes. Las pediatras contestan indefectiblemente que la lactancia es por estímulo oral del bebé, y que todas las madres “tienen leche”. Agregan que cuanto más use el bebé la mamadera, menos querrá “agarrar la teta”, porque esto es mucho más dificultoso para su musculatura peribucal. La negativa, sin embargo, continúa. En conversaciones por fuera del ámbito sanitario con madres chinas, muchas de ellas han expresado que la lactancia es muy “difícil” y “que no tienen tiempo”, “que tienen mucho trabajo”, explicaciones que por lo general omiten en el ámbito sanitario. Y aunque no nieguen los “beneficios” de la leche materna, insisten en que amamantar conlleva muchas horas al día, tiempo del que refieren no disponer durante su vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la leche maternizada brinda la posibilidad concreta de alimentar a su bebé (tanto ella o un tercero) mientras continúa con sus actividades laborales.

Conversando con los profesionales de la salud, en general creen que esta práctica se debe a algún motivo “cultural”. Nuevamente se invoca esta explicación para intentar comprender aquello que parece irracional. De este modo, se refuerza aún más el marco de interpretación que ubica a la práctica sanitaria en el polo “racional/científico”, opuesto al “irracional/creencial”, propio del “otro”. Por el contrario, como se puede apreciar desde la lógica nativa, el no amamantar no se debe a algo “cultural”, sino a una cuestión pragmática vinculada a la actividad laboral y disponibilidad de tiempo. En efecto, la perspectiva antropológica nos permite visibilizar que esta clase de argumentos culturalistas reflejan no sólo un reduccionismo que impide comprender la racionalidad de los actores, al categorizar como “culturales” procesos de mayor complejidad en los que intervienen diversas dimensiones analíticas, como las condiciones materiales de existencia. Además de ello, subyace un posicionamiento que asume que lo “cultural” implica una tradición -eventualmente irracional- que debe justificarse en cualquier circunstancia en nombre de la diversidad.

Aunque no sea el caso, esa apelación a lo “cultural” puede concluir en posturas reaccionarias que simplifican en lo “cultural” a un amplio conjunto de situaciones de desigualdad, opresión y hasta abuso. Tributaria de la antinomia tradicional-moderno que sobrevoló las ciencias sociales durante buena parte del siglo XX, esa clase de relativismo suele servir como pavimento, igual que las “buenas intenciones”, del camino hacia el “infierno” (Geertz, 1996). Esta clase de situaciones son especialmente relevantes para la práctica profesional ya que las incomprensiones, tensiones, o el “choque cultural”, se producen en el marco de una falta de políticas institucionales (fundamentalmente estatales) sobre el manejo de estas problemáticas. En este sentido, si bien existen lineamientos a nivel internacional sugeridos por entidades como la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1999), y en lo discursivo puedan vislumbrarse ciertos aspectos de la interculturalidad en el ámbito de la salud pública a nivel nacional o incluso provincial, la realidad marca una ausencia de lineamientos concretos – y de formación – a los cuales puedan recurrir los profesionales de la salud ante este tipo de casos.

Los migrantes chinos y el sistema de salud

Más allá de la accesibilidad material que un sistema de salud (público en este caso) pueda ofrecer a la población, uno de los aspectos salientes es que ese sistema pueda desplegar una estrategia comunicacional clara, accesible y diferencial para todos los sectores de la población, atendiendo a las particularidades y necesidades de cada uno de ellos. En este sentido, cabe preguntarse cómo se gestiona la diversidad al interior de los establecimientos de salud y cómo se responde a estos exotismos y distancias culturales. Nuevamente dos casos darán cuenta de la falta de políticas públicas que regulen estas situaciones y permitan generar situaciones comunicacionales no sólo más horizontales sino también de menor incomprensión.

Por un lado, en una de las “salitas” en donde se realizó trabajo de campo, una de las pediatras contaba en su consultorio con un diccionario chino-español específico del ámbito sanitario que había comprado durante un viaje en el Barrio Chino de la ciudad de Buenos Aires. Cuando llegaba una familia china a los consultorios de pediatría, las demás profesionales solían hacerle comentarios como “atendélos vos que te gusta”, o “yo ya no estoy para esto”. La realidad es que el diccionario en sí mismo no brindaba mucha ayuda (al menos

en el aspecto idiomático), porque está redactado por y para chinos, por lo que el uso eficiente por parte de un hispanohablante es muy trabajoso salvo que se tengan conocimientos avanzados de chino mandarín. Así y todo, la buena predisposición de la médica y la paciencia que mostraba durante la consulta ante los malentendidos, generaba que el clima fuera mucho más relajado y ameno, modificando la calidad de la atención considerablemente.

Por otro lado, un caso en las antípodas del anterior refleja la disparidad en el manejo de la diversidad y una falta de política institucional y nacional. En una situación dada, una de las autoras participó en el control pediátrico de un bebé de cuatro meses cuya madre tenía grandes dificultades para comprender el español y sólo podía pronunciar escasas palabras, insuficientes para lograr comunicarse efectivamente con la pediatra. Esta última, sumamente molesta (lo cual generaba un clima tenso dentro del consultorio), solicitó la intervención de la trabajadora social de la institución, ya que en ocasiones anteriores se había informado a la familia que la madre debía ser acompañada por alguien que tuviera conocimientos de español. En efecto, en el cuaderno del bebé, donde se registran las indicaciones más importantes o breves informes de cada visita a la institución, figuraba en reiteradas ocasiones el pedido en mayúsculas y subrayado. La trabajadora social finalmente concurrió al día siguiente a la vivienda de la familia, e informó de la situación. El resultado fue que la madre dejara de concurrir a la institución.

Cabe aclarar que todas estas escenas etnográficas se producen en el marco de una baja apropiación del sistema sanitario local por parte de las familias chinas. En efecto, muchas veces optan por no asistir a los servicios de salud salvo que se trate de situaciones de mucha gravedad (algún dolor agudo, accidente, etc.) y no pueda ser resuelto o tolerado en el hogar. Una de las razones de esta baja apropiación radica en los problemas de comunicación, referidos tanto por profesionales como por pacientes, que dificultan muchas veces una comprensión mutua entre ambas partes. En efecto, un motivo de queja recurrente por parte de los profesionales de la salud es, como vimos, cuando asiste al centro de salud una familia que no maneja español o no acude con alguien que oficie de traductor. Este último caso suele corresponder al de las llamadas “nanas”, señoras en general de unos 60 años, encargadas de tareas domésticas y del cuidado de los niños, sobre todo de los bebés, o de la madre durante el periodo puerperal. Las “nanas” acompañan a las madres y a su/s niño/s a la consulta en los centros de salud y ofician de “traductoras” entre ellos y los profesionales, aunque cabe aclarar que tampoco conocen el idioma chino. Estas mujeres suelen ser motivo de burla por parte de los profesionales ya que se limitan a repetir en español lo que dice el profesional, pero en mayor volumen y modulando exageradamente las palabras, aunque las madres sigan sin entender. Durante la consulta, suelen adoptar una posición dominante, interfiriendo la comunicación directa con la madre.

Estos ejemplos, en suma, muestran que los problemas de comunicación, no sólo de orden lingüístico, son una de las dificultades observadas y referidas con más frecuencia, tanto por los usuarios chinos como por el equipo sanitario. Esta situación, es a su vez asociada a un sentimiento de frustración a la hora de intentar explicar los diversos padecimientos, como así a la hora de interpretarlos. Por supuesto, los problemas comunicativos también se producen cuando los interlocutores hablan el mismo idioma, ya que la comunicación no consiste sólo en la decodificación lingüística sino que está compuesta de pautas paralingüísticas, desde gestualidades, relaciones, supuestos, silencios y, sobre todo, marcos comunicativos. Esto se hace evidente, por ejemplo, en el caso de los inmigrantes bolivianos abordado por Goldberg & Oliveira (2013), en Argentina y en Brasil respectivamente. Mucho más allá de la eventual

incomprensión lingüística, lo fundamental radica en “la polarización entre tradiciones culturales que muchas veces expresan concepciones y modos de practicar los cuidados de la salud muy distintos a las concepciones técnico científicas predominantes en la estructura de los servicios de salud” (Goldberg & Oliveira, 2013, p. 293).

Al menos otros dos casos etnográficos son una muestra elocuente de todo lo anterior. Por un lado, al haber realizado trabajo de campo etnográfico no sólo en el sistema de salud sino también en los hogares de las familias chinas, se pudieron relevar representaciones, saberes y prácticas en torno al cuidado de la salud que se encontraban obturadas en el ámbito sanitario. Quizás el caso más paradigmático de ello sea el denominado *Zuoyuezi* (坐月子) realizado por las mujeres durante el periodo puerperio. Este momento vital condensa una serie de representaciones sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y el mundo, que justamente dan cuenta de las distancias que pueden darse más allá de los problemas comunicacionales. El *Zuoyuezi* consiste en un periodo de confinamiento de un mes que se debe realizar luego del parto y su práctica se sustenta en principios vinculados a la medicina china y al daoísmo (Incaugarat, 2017). Esta cosmovisión plantea una polaridad complementaria entre dos fuerzas fundamentales, Yin y Yang, la cual se encuentra presente no sólo en el mundo externo sino también en el cuerpo, siendo éste un microcosmos de aquél. En este universo polarizado, todo puede ser categorizado en opuestos complementarios en función de su naturaleza Yin o Yang (阴-阳), como es frío-calor, mujer-hombre, luna-sol, humedad-sequedad. Incluso los alimentos, las estaciones del año y los momentos vitales pueden ser clasificados bajo la teoría del Yin-Yang. En relación al puerperio, la mujer al ser de naturaleza Yin y perder sangre durante el parto (la sangre es calentante, de naturaleza yang), ingresa en un periodo de vulnerabilidad sin precedentes en otro momento vital, pudiendo contraer enfermedades causadas por exceso de Yin y quedando expuesta a factores patógenos como el “frío” o el “viento”. Para prevenir futuras enfermedades, la puerpera debe llevar a cabo un riguroso sistema de prácticas de autocuidado. Entre ellas, se incluyen, no realizar esfuerzos, evitar salir del hogar, como así el contacto con agua fría, y, sobre todo, una dieta “rica” en elementos yang (evitando a toda costa los Yin), que en conjunto, ayudarían a restablecer el equilibrio perdido una vez finalizado el periodo de confinamiento.

Si bien las mujeres chinas se muestran en general muy estrictas en su realización, no siempre quedan exentas del ingreso de “frío” o “viento” a su cuerpo. Cuando esto sucede (por ejemplo, al salir del hogar sin el suficiente abrigo), si bien el padecimiento se tornará crónico (la única forma de revertirlo es un nuevo embarazo con la realización correcta del *Yuezi*), existen ciertos cuidados paliativos para reducir los síntomas resultantes. El más común de ellos consiste en dolores articulares¹. Cuando ya finalizó el periodo de puerperio y estas dolencias aparecen, muchas mujeres chinas recurren a un elemento clásico de la “medicina china”, llamado *Guasha* (刮痧), para mitigar el dolor.

Según explicaba una migrante china a una de las autoras del artículo durante el trabajo de campo, el *Guasha* (llamado “hueso” de forma coloquial), se aplica sobre la zona adolorida, en su caso la rodilla izquierda, frotando el objeto de forma fuerte y repetida hasta que se forma un hematoma, logrando así disminuir el dolor. Había explicado también que el “*Guasha*” es muy bueno también para las contracturas, y que se lo podía hacer a algún familiar que tuviera dolores de espalda, pero que tuviera cuidado porque al

¹En efecto, “reumatismo” en chino mandarín se denomina *fengshibing* (风湿病), que traducido de forma literal significa “Enfermedad del viento y la humedad”

dejar “moretones”, una persona que desconozca de esa técnica, podría inferir un caso de maltrato. En efecto, este caso de incompreensión extrema puede apreciarse en el film llamado justamente “Guasha” (“The treatment” en inglés) realizado con apoyo económico del gobierno chino, en donde se retrata la ruina de una familia china residente en Estados Unidos acusada de presunta violencia infantil (ver Shi & Qu, 2018).

En este sentido, encontramos otro ejemplo en el cual las asimetrías operan y en donde el conocimiento del “otro” es considerado erróneo e irracional. Durante su trabajo de campo en el sistema sanitario, la presencia de la investigadora solía despertar curiosidad y múltiples preguntas por parte de los profesionales de la salud respecto a la población china y los “hallazgos” de la investigación. En una ocasión, al comentar la práctica del Zuoyuezi y sus concepciones, además de rostros de sorpresa por los presentes, una médica en particular preguntó horrorizada: “¿y cómo hacés para sacarles eso de la cabeza?”, dando cuenta de la desaprobación de este tipo de prácticas y concepciones catalogándolas como irracionales, creenciales, no científicas ni efectivas. Del mismo modo, el hecho de minimizar y mucho menos incluir los saberes y comprensiones de los llamados “pacientes” sobre la salud y el bienestar, así como sobre la enfermedad y el padecimiento, refleja claramente el papel que juegan los aspectos morales en estos contextos. Este tipo de pensamiento también puede ser leído desde una óptica evolucionista que ve “en la biomedicina el punto de llegada de una única y larga línea evolutiva, mientras que todos los demás sistemas médicos parecen estar detenidos en estadios previos” (Seppilli, 2000, p. 39). Siguiendo nuevamente a Jordan (1997) el “conocimiento autoritario” resultante erige su legitimación mediante la desvalorización o incluso la anulación de otras formas de *expertise*, revelando uno de los poderes que enmascara: su capacidad y posibilidad de cuestionar constantemente aquellos conocimientos que son relegados a una posición subsidiaria, con el fin último de mantener su hegemonía. Asimismo, a diferencia de este tipo de miradas que obturan cosmovisiones distintas a las propias, desde la perspectiva antropológica, el universo sociocultural del paciente no es visto como un obstáculo para lograr la “efectividad” de los programas y las prácticas terapéuticas, como muchas veces es visto en los servicios de salud (Uchôa & Vidal, 1994, p. 19). Por el contrario, constituye el contexto en donde se arraigan las representaciones sobre las enfermedades, sus explicaciones y los comportamientos a llevar a cabo para dar respuesta a ellas. Desde esta mirada, “su cultura”, como tantas veces es invocada en los servicios sanitarios, de ningún modo se erige como un problema a ser sorteado, sino que constituye un recurso imprescindible a la hora de realizar intervenciones en materia de salud.

La antropología en el campo de la salud

La particularidad de la mirada antropológica conlleva evidentes contrastes con otro tipo de enfoques, tal vez más frecuentes en economía y ciencias políticas y bastante menos en sociología. Pese a compartir algunas de esas disciplinas orígenes comunes con la antropología (e incluso buena parte de sus fundamentos de teoría social) el quehacer investigativo en no pocas ocasiones las coloca en enfoques contrapuestos. Ello se hace más notorio cuando se imponen miradas normativas que surgen a partir de un desconocimiento profundo de las lógicas nativas de los actores, lo que conduce a prever personalidades, comportamientos y escenarios que deben darse “naturalmente” o que

deberían producirse de un modo determinado. En el caso puntual de la terapia ocupacional, la incorporación de los fundamentos teóricos y metodológicos de la antropología social ha promovido investigaciones e intervenciones sostenidas en otro tipo de parámetros que superen definiciones de salud como la ausencia de cualquier tipo de enfermedad, padecimiento, patología o discapacidad, propia, y más centrado en las “necesidades ocupacionales” de las personas. Estos planteamientos han favorecido el desarrollo de la metodología para la evaluación y el abordaje terapéutico, posibilitando articular objetivos discretos y cuantificables con el objetivo de medir los resultados de la intervención. No obstante, “esta conceptualización de la salud presenta una visión teórica limitada sobre la existencia ocupacional del ser humano y sitúa la intervención de terapia ocupacional en un contexto institucional, vinculado exclusivamente a planteamientos biomédicos” (Zango Martín & Moruno Millares, 2013, p. 19). En efecto, como plantea Lawlor (2003), es prioritario diseñar herramientas para conocer todo lo posible a los pacientes y sus familias. En este sentido, “el grado en el cual los profesionales y sus pacientes necesitan conocerse mutuamente, es limitado por el grado en el cual el conocimiento es relevante para la intervención y el proceso de recuperación” (Lawlor, 2003, p. 32). Por ello es que la autora postula la adopción de un “lente etnográfico” con el objeto de obtener una “visión más clara”, nueva y diferente que sea superadora del lente clínico. Esta hibridez creativa entre la terapia ocupacional y la antropología social es presentada como un caso potencialmente virtuoso de una propuesta integral de abordaje de la salud. Y con ello se pretende, como se plantea más arriba, superar aquellas imposturas que asumen que el reconocimiento discursivo, grandilocuente y moralizado de lo “cultural” es condición suficiente para superar el modelo biomédico.

En concordancia con todo lo anterior, la Antropología de la Salud realiza un aporte fundamental al campo de la salud, que es el hecho de reconocer que “lo cultural” está presente en todos los saberes: populares y biomédicos. Esta afirmación, asimismo implica echar por tierra la antinomia (y consecuente asimetría) entre saber y creencia, gracias a lo cual el saber popular ya no es desconocimiento (en donde era necesario erradicar los componentes creenciales a través de la educación para el cuidado de la salud) por lo que no hay que formarlo, educarlo o corregirlo por medio de programas y campañas. Por el contrario, el saber popular es otro tipo de conocimiento que hay que colocarlo en una posición de simetría con las demás formas de conocimiento, siempre teniendo en cuenta que pertenecen a contextos socioculturales diferentes.

Conclusiones

A lo largo de este artículo se ha intentado conceptualizar un conjunto de bases teórico-metodológicas fundamentales para un abordaje antropológico de la salud colectiva. Y en particular se han desplegado algunos de los fundamentos para una Terapia Ocupacional híbrida (Gil & Andrés, 2021), a modo de síntesis productiva entre una especificidad disciplinar y profesional y los aportes teóricos y metodológicos de la antropología social. Esta perspectiva híbrida gira en torno a la necesidad de transgredir las fronteras disciplinares y propiciar diálogos productivos y concretos entre las disciplinas científicas “puras”, las prácticas profesionales y las diversas agencias colectivas en el campo de la salud. Este enfoque de salud colectiva emerge como campo que busca no sólo la integración de perspectivas de las ciencias sociales sino también en las distintas

representaciones “acerca de la salud, de las controversias y tensiones conceptuales de los subcampos que la constituyen, e incorpora diversas categorías como la de género, poder e interculturalidad, entre otras” (Liborio, 2013, p. 139) para una mejor comprensión del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. A partir de cierto sentido común imperante en los enfoques socio-comunitarios de la salud se han presentado argumentos teóricos, ilustrados con casos etnográficos, que alertan sobre los usos ligeros de lo “cultural” que se propician desde las profesiones de la salud. Precisamente, se han buscado sistematizar algunos de los aportes de la antropología al campo de la salud, fomentando análisis y praxis que efectivamente den cuenta de “lo cultural”, y vayan más allá de los exotismos o de las imposturas discursivas o morales. Ese ha sido el eje nodal del artículo que revela las limitaciones de estos abordajes “correctos” (Becker, 2009) que se construyen a partir de la comodidad de clichés discursivos que, en lo profundo, sólo reifican la “cultura” en torno a un exotismo imaginado de la diversidad que se debe “respetar”. Así, al navegar alternativamente entre el etnocentrismo y diversas variantes del relativismo, se pierde de vista que “lo cultural” es inherente a toda práctica social por más cercanos al “nosotros” que sean los actores. Con el objetivo de pensar enfoques genuinamente comunitarios del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado y articulando con ejemplos etnográficos, aquí se han formulado preceptos indispensables, tanto en el plano teórico como metodológico, para contribuir a la formación de terapeutas ocupacionales híbridos y creativos que tengan la capacidad de desempeñarse de modo simétrico (y por ende, más riguroso) en sus respectivos campos de actuación.

Referencias

- Becker, H. (2009). *Trucos del oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bloor, D. (1998). *Conocimiento e imaginario social*. Barcelona: Gedisa.
- Briones, C. (1998). *La Alteridad del 'Cuarto Mundo'. Una deconstrucción antropológica de la diferencia*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Geertz, C. (1996). *Los usos de la diversidad*. Barcelona: Paidós.
- Gil, G. J. (2018). De las imposturas a los “trucos de oficio”. Reflexiones “metodológica” desde la antropología social. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 40, 107-128.
- Gil, G. J., & Andrés, B. B. (2021). Antropología y Terapia Ocupacional: apuntes para una perspectiva híbrida en problemas socio-sanitarios. *Revista de Salud Pública*, 26(2), 125-138.
- Gil, G. J., & Incaugarat, M. F. (2018). La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud. Experiencias y reflexiones. *Praxis Educativa*, 22(3), 37-46.
- Goldberg, A., & Oliveira, C. (2013). Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 283-297.
- Incaugarat, M. F. (2017). El “viento” como agente generador de padecimiento. Reflexiones sobre el período de posparto en relación al “pensamiento chino”. *Avá*, 29, 175-197.
- Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. In R. E. Davis-Floyd & C. F. Sargent (Eds.), *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives* (pp. 55-79). Berkeley: University of California Press.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177-185.
- Lawlor, M. C. (2003). Gazing anew: the shift from a clinical gaze to an ethnographic lens. *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(1), 29-39.

- Lerín Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125.
- Liborio, M. M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista Médica de Rosario*, 79, 136-141.
- Martínez Hernández, M. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(1), 185-207.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (1999). *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. Washington: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. In E. Perdigueró & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.33-44). Barcelona: Bellaterra.
- Shi, W., & Qu, P. (2018). Analysis of cultural conflict in the Gua Sha treatment based on intercultural communication. *Research Journal of English Language and Literature*, 6(3), 158-163.
- Uchôa, E., & Vidal, J. M. (1994). Antropología médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saude Publica*, 10(4), 497-504.
- Zango Martín, I., & Moruno Millares, P. (2013). Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 8(1), 9-47.

Contribución de los Autores

Ambos autores escribieron el texto completo en colaboración. Los casos etnográficos provienen del trabajo de campo de la investigación doctoral de María Florencia Incaugarat. Todos los autores aprueban la versión final del texto.

Fuente de Financiamiento

María Florencia Incaugarat llevó a cabo su investigación de posgrado mediante una beca doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. El resultado de este artículo se enmarca en el proyecto “Etnografías urbanas. Problemáticas de salud, género, trabajo y tiempo libre” del grupo de investigación *Estudios Antropológicos*, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. También se contó con el subsidio PICT 2017, “Éticas, estéticas e identidades colectivas. Etnografías sobre estilos de vida en la argentina contemporánea”, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT), Argentina.

Autor para la correspondencia

Gastón Julián Gil
e-mail: gasgil@mdp.edu.ar

Editor de sección

Profa. Dra. Daniela Testa