

# CULTURA Y SALUD: ELEMENTOS PARA EL ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD Y LAS INEQUIDADES<sup>\*</sup>

María Claudia Duque-Páramo<sup>\*\*</sup>

## Resumen

*La cultura es un elemento constitutivo del fenómeno salud-enfermedad que ha sido entendida de diferentes maneras en el campo de la salud pública. Este artículo explora la relación salud-cultura, articulando dos propósitos centrales: uno, revisar críticamente diversos conceptos de cultura, para llegar a considerar el poder como un elemento que estructura y determina la diversidad cultural de los sujetos sociales, y, dos, analizar las concepciones de cultura presentes en tres de los modelos que actualmente se integran en la práctica de la salud pública en Colombia y otros países de América Latina: historia natural de la enfermedad (HNE), atención primaria en salud (APS) y promoción de la salud (PS). En este contexto y como conclusión, se propone utilizar la cultura como una herramienta para comprender no sólo la diversidad de los sistemas de salud, sino las relaciones de poder que determinan diferencias e inequidades en el perfil epidemiológico.*

**PALABRAS CLAVE:** *cultura, desigualdades en salud, poder, controles informales de la sociedad, diversidad cultural.*

---

\* Una versión similar de este artículo fue presentada en la Mesa Salud y Sociedad del IX Congreso Nacional de Sociología realizado en Bogotá en diciembre de 2006. Recibido para evaluación: 24 de octubre de 2007. Aceptado para publicación: 15 de noviembre de 2007.

\*\* Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica. Magistra en Psicología Comunitaria. PhD en Antropología. Profesora titular de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Correo electrónico: mcduque@javeriana.edu.co

## Abstract

*In the public health field, culture, which is an inherent element of the health-disease phenomenon has been understood in different ways. This article explores the relationship between health and culture linking two main purposes: First, analyzing culture as a concept widening it towards understanding the role played by power on structuring the cultural diversity and the social subjects; and second, analyzing the ideas about culture present on three of the current models of public health in Colombia and Latin America: The natural history of disease, primary health care, and health promotion. In this context, culture is proposed as a tool for understanding not only the health systems' diversity but also the power relations determining inequalities in the epidemiological profile of the population.*

**KEY WORDS:** *Culture, health inequalities, power, informal social control, cultural diversity.*

## Introducción

En la práctica cotidiana de la salud pública es común entender los conocimientos, las prácticas y los valores culturales como una realidad propia de las comunidades y, de manera negativa, como factores de riesgo que se deben erradicar o cambiar. Esta mirada excluyente no considera que la cultura se refiere a la experiencia humana compartida; por lo tanto, es un elemento constitutivo de nuestra propia humanidad. En este sentido, la dimensión cultural del fenómeno salud-enfermedad se encuentra en los diversos conocimientos, prácticas e instituciones para promover la salud y prevenir, curar y rehabilitar a las personas enfermas. Esta diversidad se constituye en campos simbólicamente mediados que las personas reproducen, construyen y transforman a través de relaciones de poder situadas socialmente, espacial e históricamente.

En este artículo discuto algunos conceptos que permiten ver la cultura como parte de la vida de todas las personas y entenderla como sistemas de saberes, prácticas e instituciones compartidos por los colectivos humanos, que se expresan en ideas y conductas transmitidas y, al tiempo, transformadas por las personas a través de relaciones de poder. Luego analizo algunas ideas de cultura en algunos modelos vigentes de salud pública: historia natural de la enfermedad (HNE), atención primaria en salud (APS) y promoción de la salud (PS). Finalmente, y a manera de conclusión, propongo utilizar la cultura como una herramienta para comprender no sólo la diversidad de los sistemas de salud, sino las relaciones de poder que determinan dife-

rencias e inequidades en el perfil epidemiológico en relación con la clase social, la etnia, el género, la edad y la procedencia rural urbana, entre las más estudiadas.

## Cultura-culturas

La literatura en ciencias sociales —particularmente en la antropología— contempla una gran diversidad de conceptos de cultura. Sin embargo, antes de continuar, quiero explicitar qué no entiendo por cultura. Desde la perspectiva que me propongo plantear, esta no se logra yendo a teatro, a conciertos o a la ópera; tampoco es, como lo entendió el pensamiento funcionalista, un elemento negativo de la conducta humana, ni un subterfugio ideológico que se convierte en un factor de riesgo o en la razón por la cual los pacientes o las comunidades no obedecen ciertas prácticas sanitarias. Como se planteó en un análisis sobre la enfermería y la cultura, con frecuencia, en las mentes y en los discursos de profesionales y técnicos del sector salud se desprecia la cultura con el argumento de que es un obstáculo para lograr la salud de individuos y colectivos (1).

Siguiendo a Harris (2), algunas definiciones entienden la cultura básicamente como ideas y símbolos, y otras, como comportamientos. Dentro del conjunto de las primeras, Leininger (3) plantea que “se refiere a los valores, creencias, normas y modos de vida que son aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo y que guían sus pensamientos, decisiones, acciones o patrones de comunicación”. También en la línea de la enfermería transcultural, Lipson (4) plantea que una de las muchas definiciones entiende la cultura como un sistema de símbolos que es compartido, aprendido y transmitido a través de las generaciones de un grupo social.

La cultura media entre los seres humanos y el caos, influye en lo que la gente percibe y dirige las interacciones de las personas. Dentro de una idea dinámica de cultura, Lipson, quien ha trabajado con inmigrantes y refugiados (5-8), propone que más que un estado, la cultura es un proceso que cambia a través del tiempo.

Desde el interaccionismo simbólico, Wuthnow y cols. (9) entienden la cultura como la dimensión simbólica expresiva de la vida social y de la conducta humana; por ello mismo, como lo plantea Kottak (10), siguiendo a Geertz, la cultura es diversa y está mediada por el lenguaje. Es decir, el aprendizaje cultural depende de la capacidad humana de usar símbolos.

También desde el interaccionismo simbólico, Musolf (11) sugiere que la cultura da significado y transforma los estímulos en los símbolos compartidos que surgen en las interacciones sociales. Los signifi-

cados culturales de los símbolos son aprendidos por los humanos a través de procesos de socialización en los cuales los individuos, al tiempo que aprenden el significado de los objetos, ejerciendo un papel de participantes activos en sus propios procesos de socialización, crean y dan significado a esos objetos. En este contexto, el actor social no es un simple recipiente pasivo de las tradiciones culturales, sino un actor que produce cultura y significados a través de sus interacciones sociales.

Por otra parte, para Habermas (12), la cultura determina en un alto grado las interpretaciones que hacemos durante la comunicación. La cultura es la “lente” con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, es el “código” con el que leemos todo lo que se nos presenta al paso. La realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona desde un mundo de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales. En este contexto utilizamos los sistemas culturales de significados y símbolos para comprender y definir nuestro propio mundo, para expresar nuestros sentimientos y para hacer nuestros juicios. Los sistemas culturales guían nuestras conductas y percepciones, pero no de una manera estática, sino que a la vez que permanecen estables, cambian en el tiempo y el espacio.

Desde otra perspectiva, la cultura se ha entendido también en sus dimensiones materiales y comportamentales. Para White (13), la cultura consiste en “herramientas, implementos, utensilios, ropa, ornamentos, costumbres, instituciones, creencias, rituales, juegos, obras de arte, lenguaje, etc.”.

A partir de un enfoque materialista cultural, Harris (2) plantea que las ideas no definen el comportamiento, sino que las ideas y los comportamientos se interrelacionan. Para Harris, la “cultura es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar” (es decir su conducta). Más adelante, Harris define la sociedad como un “grupo de personas que comparten un hábitat común y que dependen unos de otros para su supervivencia y bienestar” (2).

Estas definiciones permiten ver la complementariedad entre sociedad y cultura: la primera es el conjunto de personas, y la segunda, dice Harris —siguiendo a Melvin y Carol Ember—, es el “conjunto de comportamientos, creencias, actitudes, valores e ideales aprendidos y que caracterizan a determinada sociedad o población” (2).

En síntesis, y para el propósito de estas reflexiones, la cultura comprende tanto las ideas y las dimensiones simbólicas expresivas como los comportamientos y los productos materiales que los seres humanos y los grupos sociales compartimos, aprendemos, transmitimos, producimos y creamos a través de interacciones sociales.

En este contexto, estamos afirmando también que los valores culturales son diversos y no son válidos universalmente. Esto significa, a pesar de algunas posturas etnocentristas y hegemónicas de la biomedicina o de otros sistemas médicos, la construcción social y cultural de la salud y la enfermedad. Así mismo, supone la validez contextual y relatividad cultural de los diversos saberes y prácticas, ya sean científicos, clínicos, complementarios, tradicionales, populares o de otro tipo.

## El poder: elemento que determina y constituye la cultura

En el contexto de las críticas posmodernas a la razón y de la perspectiva de la economía política y la antropología médica-crítica, se ha propuesto el poder y las inequidades como categorías centrales para comprender la producción de los saberes y las prácticas culturales. En este sentido, antropólogos estadounidenses como Battaglia (14), Di Leonardo (15) y Knauft (16) vienen planteando críticas a los conceptos de cultura y a las prácticas académicas y los modelos de intervención derivados de esos conceptos, en los que la cultura se presenta descontextualizada de los procesos históricos.

Ellos plantean que la cultura no tiene que ver solamente con la producción de sentido y los comportamientos, sino también con las condiciones históricas de poder, dominación e inequidades, en las que esos significados y comportamientos se producen. De manera semejante, Yelvington (17) desarrolla un modelo que vincula la historia, la cultura, la estructura social y la agencia<sup>1</sup> del sujeto. En este sentido, las explicaciones aisladas, ahistóricas y descontextualizadas de las enfermedades no permiten entender las realidades locales como elementos que forman parte de procesos económicos, históricos y políticos más amplios.

Como lo ha planteado Foucault (18), el conocimiento, la verdad y la realidad son el resultado de condiciones ideológicas y económicas controladas por aquellos quienes tienen el poder de dominar los medios de producción y de generar las condiciones ideológicas que sustentan lo que se acepta como conocimiento verdadero. El poder surge porque unos grupos quieren imponer a otros su propia perspectiva de mundo, a través de discursos (formas de poder social constituidos por formas de pensar y prácticas) que explican, justifican y perpetúan el mismo poder.

En este sentido, el poder no sólo es una función de las instituciones políticas, sino que queda inscrito en la vida diaria, en la que la

---

<sup>1</sup> La agencia (*agency*) es un concepto de uso común en la literatura de ciencias sociales reciente en Estados Unidos, y se refiere a la capacidad de las personas para construir e influir en la realidad social. En este sentido, agente es sinónimo de actor social.

realidad es definida por discursos de poder que al tiempo dan forma a los sujetos y determinan las relaciones entre los actores sociales. Así mismo, “los varios papeles desempeñados por los diferentes actores sociales (empleadores, empleados, médicos, pacientes, hombres, mujeres, sacerdotes, creyentes, profesores, estudiantes, etc.) todos llevan la marca de cierta clase de relaciones entre las personas en las cuales algunas dominan y otras son subyugadas” (19).

Desde la perspectiva foucaultiana, el poder deja de ser sólo una fuerza externa y, como constituyente de los sujetos, pasa a ser un policía interno que controla los pensamientos, las prácticas, los conocimientos y los deseos de los individuos, y convierte a los sujetos en policías de sus propias conductas (20). Sin embargo, el poder no actúa de manera unívoca, sino que la acción sociocultural es un producto tanto de las fuerzas de los poderes en la estructura social como de la agencia y la resistencia individual. En este sentido, las prácticas y los saberes de los actores sociales son orquestados y constreñidos por estructuras colectivas culturales; pero los individuos también son agentes que tienen la capacidad, ya sea de responder y resistirse o de reforzar las macroestructuras y las fuerzas hegemónicas que los abarcan y constituyen (14,16).

Así mismo, los sujetos no son realidades ideales o completamente definidas, sino que sus identidades son cambiantes: al tiempo que son definidas, definen las relaciones con los otros, bajo la presión de la fuerza de contingencias culturales e históricas. En este contexto, los sujetos, los cuerpos y los géneros no son categorías establecidas esencialmente por la biología, sino que son construcciones culturales hechas a través de interacciones sociales dadas en espacios y tiempos particulares y que continuamente redefinen las identidades. Los sujetos, sean quienes sean (niños, mujeres, minorías étnicas, hombres, gobernantes, etc.), son concebidos, al tiempo, en diferentes posturas: *situados* en un tiempo y espacio particular, *determinados* por poderes definidos por patrones sociales y culturales y *variando* como actores capaces de reflexionar y de transformar y romper con las situaciones en las que han sido formados (14).

## La cultura en algunos modelos vigentes de salud pública

En la práctica actual de la salud pública en Colombia y en otros países de América Latina se encuentran presentes diferentes modelos y estrategias, en los cuales es posible rastrear diferentes formas de comprender la cultura. A continuación describo brevemente estos modelos, con el propósito de analizar las ideas de cultura agenciadas por cada perspectiva.

## *Historia natural de la enfermedad*

El concepto HNE fue propuesto inicialmente por *sir* Frank MacFarlane Burnet, en 1940, exclusivamente para las enfermedades infecciosas (21). Posteriormente, en 1965, Hugh Leavell y Gurney Clarck (22) aplicaron los elementos conceptuales de dicha propuesta a cualquier tipo de enfermedad, y con base en ella estructuraron un sistema que incluye acciones de prevención para cada una de las etapas de la enfermedad. Según el modelo de Leavell y Clarck, la historia natural de todas las enfermedades se divide en dos períodos: el prepatogénico, en el que se produce el estímulo de la enfermedad como consecuencia de la acción recíproca entre agente, huésped y medio ambiente, y el período patogénico, que se inicia con la reacción del huésped al estímulo de la enfermedad, la cual condiciona un horizonte clínico caracterizado por una patogénesis temprana, lesiones tempranamente discernibles, enfermedad avanzada y convalecencia o muerte.

Para cada una de las etapas, Leavell y Clark (22) proponen niveles particulares de prevención de la enfermedad, los cuales guardan una relación directa con el momento en que se encuentra el evento morboso. En el período prepatogénico se propone realizar dos tipos de acciones de *prevención primaria*: promoción de la salud y protección específica. La *prevención secundaria* comprende acciones de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y acciones dirigidas a la limitación de la incapacidad. Por último, la *prevención terciaria* se refiere a acciones de rehabilitación.

El modelo de la HNE ha propiciado avances en la comprensión de la enfermedad como fenómeno ecológico y multicausal; también ha condicionado la implementación de medidas preventivas de manera diferenciada, de acuerdo con el estado de evolución del evento morboso. Así mismo, ha servido como base para el control de factores de riesgo y la promoción de factores protectores. Desde este modelo, la enfermedad se entiende como un fenómeno predominantemente bioecológico donde los factores sociales, psíquicos, culturales, políticos y económicos se encuentran indiferenciados y descontextualizados de la realidad social.

Para este modelo, la cultura, vista bajo la lente de los factores de riesgo, presenta una idea jerarquizada de los saberes en salud, que asume que los conocimientos de la biomedicina son los verdaderos; entre tanto, los otros sistemas de conocimientos son entendidos como creencias de menor valor y como factores de riesgo negativos que se deben erradicar. En este sentido, la biomedicina adquiere el papel hegemónico que representa lo verdadero-bueno-correcto y las ideas y prácticas diferentes representan lo falso-negativo-riesgoso.

## *Atención primaria en salud*

A diferencia del modelo de la HNE, la APS tiene como antecedentes entender que las políticas y los modelos en salud no surgen en un vacío, sino en el contexto más amplio del desarrollo económico y social —particularmente, en las críticas al colonialismo y al uso de la medicina occidental como herramienta de colonización y destrucción de las culturas populares—. Así mismo, la propuesta de la APS partió de diversas experiencias de programas de salud basados en la comunidad, realizados a partir de iniciativas populares, participativas y concientizadoras en Nicaragua, Costa Rica, Honduras, México, Sudáfrica e India, y en las propuestas de acción concientizadora de Paulo Freire, de investigación-acción participativa de Orlando Fals Borda y de promoción de los recursos propios en el cuidado de la salud de libros como *Donde no hay doctor* (23).

La Declaración de Alma Ata, promulgada en 1978 (24), reconoce la salud como un derecho humano fundamental, considera inaceptables las graves desigualdades respecto a la salud de las poblaciones, afirma que es fundamental el desarrollo económico y social, admite tanto el papel de los gobiernos en el cuidado de la salud como el de las comunidades como actores con el derecho y el deber de participar en las acciones de salud. Así mismo propone la APS como estrategia central para mejorar la salud en el ámbito mundial, al entenderla como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y en tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

En el contexto de la APS integral, o APS centrada en el desarrollo social y económico (23), la salud y las enfermedades de la población se entienden, a la vez, como un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país. En este sentido, se parte de reconocer la producción social y cultural de la salud, donde la cultura es un elemento central que permite afirmar que hay diversidad de sistemas de salud.

Desde la mirada de la APS integral (marcadamente diferente a la APS selectiva, focalizada en intervenciones eficientes para el control de enfermedades de mayor prevalencia en grupos de alto riesgo), la cultura tradicional en salud se reconoce como un valor y un recurso de los pueblos, mientras la cultura occidental, al tiempo que se propone como un recurso, es vista como una amenaza por su fuerza hegemónica.



## *Promoción de la salud*

Aunque hay diversidad de formas de entender y aplicar la PS, para los fines de este análisis retomo inicialmente el concepto propuesto en la Carta de Ottawa, en 1986 (25). Esta declaración plantea que:

La Promoción de la Salud (PS) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos personales y sociales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (25)

Esta propuesta tiene sus antecedentes conceptuales en diversos trabajos, particularmente en el modelo de los determinantes de la salud. Lalonde, ministro de Salud de Canadá en 1974, basado en el concepto de salud planteado por Henry Blum, propuso que la salud de un grupo social está determinada por la interacción de cuatro variables: la biología del organismo humano (genética), el medio ambiente (contaminación física y biológica y aspectos psicosociales y socioculturales), el estilo de vida (conductas de salud) y el sistema de asistencia sanitaria (26-28).

En la PS, la salud como ausencia de enfermedad deja de ser el fin último de las acciones en salud y se convierte en un medio para obtener bienestar, calidad de vida y desarrollo humano y social; así mismo, se asume de manera explícita que la salud de los colectivos y los individuos precisa unos requisitos localizados más allá de los sistemas sanitarios: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad, sin los cuales la salud no puede lograrse. En las dimensiones social y política, la PS busca modificar las condiciones de vida para que sean dignas, equitativas, adecuadas y hagan posible la realización de potencialidades, la satisfacción de necesidades y el acceso a las oportunidades.

La Carta de Ottawa (25) plantea que los servicios de salud, por sí solos, no pueden proporcionar las condiciones previas de la salud ni asegurar el bienestar; por ello la PS exige la acción coordinada de gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos como organizaciones benéficas, autoridades locales, industria y medios de comunicación. El papel de los servicios sanitarios se trasfor-

ma en el de mediadores sociales de los intereses antagónicos a favor de la salud.

Como se propuso en el artículo “Salud, enfermedad y desarrollo de la población infantil” (29), desde la perspectiva de la Carta de Ottawa, la salud sale definitivamente del estrecho marco biomédico y entra en un mundo social donde se concibe resultante de factores globales, nacionales y locales. De esta manera se amplían las dimensiones que la definen y las que la salud afecta: cultura, economía, política, organización social. Así mismo, las acciones, los planes y las políticas en salud dejan de ser propiedad exclusiva de los servicios de salud y entran a formar parte de un mundo social más amplio, con diversidad de actores sociales: políticos, planificadores, líderes comunitarios, madres, maestros, entre muchos otros, quienes adquieren voz y protagonismo en las decisiones sobre su bienestar y el de los colectivos.

Más allá de la Carta de Ottawa, la PS incluye gran variedad de prácticas discursivas que van desde perspectivas conservadoras, basadas en el control y el cambio de los estilos de vida, hasta perspectivas progresistas, como las sugeridas por la medicina social salud colectiva (30). Desde las dos vertientes de la PS, es posible identificar también dos diferentes concepciones de cultura. Una, que entiende los patrones culturales como estilos de vida, concepto proveniente de la antropología, que al ser apropiado por el modelo biomédico, además de ser patrones de comportamientos, se transforman en formas de vida riesgosas o sanas, con las mismas implicaciones problemáticas discutidas en la HNE.

Al retomar el análisis propuesto por Di Leonardo (15), se mira a los sujetos sociales y a su cultura no como parte de fuerzas más amplias del contexto social, político y económico, sino como sujetos “exóticos” con estilos de vida negativos o dañinos, quienes conforman una cultura inadecuada que debería transformarse con prácticas de educación o comunicación en salud. Esta descontextualización de los estilos de vida está en la base de una práctica común en el campo de la salud, consistente en ubicar las razones de las enfermedades exclusivamente o predominantemente en las conductas de los individuos, sin tener en cuenta los determinantes sociales y culturales.

Esta práctica se ha denominado *culpar a la víctima (blaming the victim)*, porque enmascara los factores sociales, políticos y económicos interrelacionados en la producción de los sentidos y los comportamientos culturales, lo que deja como explicación la responsabilidad del sujeto y como único camino de intervención el transformar las conductas y los saberes de los individuos. Al dejar sin valor los determinantes sociales, esta perspectiva tampoco valora la acción social y estatal en el mejoramiento de la salud de las poblaciones.

Desde una perspectiva progresista de la PS, la cultura se entiende como el conjunto de conocimientos, experiencias, actitudes, prácticas y valores alrededor de la salud y la enfermedad. Esta mirada puede asumir tanto la diversidad de saberes y prácticas en salud como el papel que desempeña el poder en estructurar dicha diversidad, al tiempo que propicia estilos de trabajo participativos y modelos de relaciones de poder horizontales entre funcionarios y comunidades. A continuación amplio esta perspectiva.

## Cultura y salud: hacia dónde orientar las miradas y las acciones

En el contexto de una PS progresista, estamos de acuerdo en que la cultura deje de ser vista negativamente como un factor de riesgo o un subterfugio ideológico. Se busca que la relación cultura-salud adquiera una fuerza crítica y de intervención que, siguiendo propuestas como el humanismo crítico de Knauff (16), se oriente a dos tareas fundamentales:

- Documentar y valorar la riqueza de la diversidad de las prácticas y saberes culturales en el campo de la salud y la enfermedad.
- Exponer, desenmascarar, analizar y criticar las prácticas de dominación y las inequidades en la determinación de los perfiles epidemiológicos y en las intervenciones que realizan los diferentes actores de los diversos sistemas de salud.

La primera tarea la ha venido desarrollando la antropología médica y la enfermería transcultural, y en menor proporción algunos en la salud pública y quizás también otras disciplinas interesadas en la diversidad cultural. El estudio de la diversidad de los sistemas de salud ha sido una tarea continúa en el campo de la antropología médica desde sus inicios, como campo especializado del quehacer etnográfico, y es amplia la literatura que documenta las prácticas, los saberes y las instituciones de salud en diferentes grupos socioculturales a través del mundo.

Aunque la enfermería transcultural ha seguido esta misma línea, describiendo la diversidad de prácticas y saberes en el cuidado de la salud, particularmente de grupos de inmigrantes en Estados Unidos, también se ha enfocado en desarrollar intervenciones culturalmente adecuadas. Sin embargo, en muchos casos el reconocimiento de la diversidad cultural de la salud se ha limitado a descripciones descontextualizadas que no se vinculan con realidades y determinantes sociales, políticos y económicos.

La segunda tarea empieza a adquirir fuerza y la vienen implementando actores de diversos campos, ámbitos y disciplinas, quienes

avanzan en la precisión, la profundidad y la operación de los determinantes sociales de la salud; al tiempo que están trabajando en desnaturalizar y *desbiologizar* las explicaciones y comprensiones de las enfermedades, poniendo en primer plano el papel que desempeñan las inequidades en la determinación de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

Así, con el fin de mejorar los niveles de salud de las poblaciones, agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud) y agencias gubernamentales como el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), en Estados Unidos, vienen desarrollando estrategias de estudio y de intervención orientadas a reducir las diferencias en los perfiles de salud, consecuencia de inequidades en relación con el género, la etnia, la educación o el ingreso, las discapacidades, la localización geográfica o la orientación sexual. Algunos datos que ejemplifican estas inequidades en los ámbitos nacional e internacional se pueden encontrar en:

- Con base en un estudio realizado en Bogotá en 2000, la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue de 11,4 por cada 1.000 nacidos vivos en la localidad de Teusaquillo, en la que el 81,83% eran de estratos 4, 5 y 6. Para el mismo período, en la Localidad de Santa Fe, en la que más del 95% de las personas son de estrato 1, 2 y 3, la TMI fue de 21,6 por cada 1.000 nacidos vivos, es decir, casi el doble de la de Teusaquillo (31).
- En 2000, en Estados Unidos la TMI fue marcadamente mayor en afroamericanos, indígenas y puertorriqueños, que en niños blancos. Esta diferencia entre blancos y afroamericanos ha existido durante más de dos décadas (32).
- En Colombia, el *Estudio sectorial de salud*, publicado en 1990, mostró que la TMI era mayor en los grupos procedentes de zonas rurales, y comparativamente menor en las grandes ciudades; mayor en las familias con jefe del hogar analfabeta y con disminución gradual a medida que aumenta la escolaridad (33).
- Enfermedades de alta incidencia en poblaciones infantiles y juveniles de Estados Unidos, como la obesidad y la infección por VIH, presentan mayores frecuencias entre minorías étnicas, como son los afroamericanos y los hispanos, comparados con los blancos (34).
- En una publicación reciente sobre equidad de género, trabajo y salud, las autoras afirman que:

Las diferencias entre hombres y mujeres en relación a la educación, la socialización y la crianza, pueden llevar a diferencias en la forma en que los trabajadores manejan sus enfermedades, sus percepciones de riesgo y su propensión

a tomar licencias por enfermedad o buscar tratamiento médico. Estos efectos [...] pueden explicar por qué las mujeres tienen ausencias del trabajo relacionadas con enfermedad, mayores que las de los hombres. (35)

Otro conjunto de acciones relacionado con las ideas expuestas tiene que ver con la investigación local de tipo cualitativo interpretativo, que recupera la voz de los actores sociales como sujetos y actores en la producción social y cultural de los fenómenos alrededor de la salud y la enfermedad. En este sentido, no se trata de realizar descripciones anecdóticas o folclóricas de los investigadores, sino de desarrollar investigaciones serias y rigurosas que sistematicen y reconstruyan interpretativamente las perspectivas, los conocimientos, las representaciones, las ideas de mujeres, niños, obreros, hombres, indígenas, pacientes, entre otros, con el fin de que estos se constituyan en insumos para el diseño de programas y proyectos de intervención basados en la comunidad y desarrollados con estrategias participativas. En este sentido, algunos ejemplos son investigaciones con niñas y niños colombianos en Estados Unidos, sobre los cambios en la comida y con niños en un barrio de Bogotá sobre lo que piensan acerca del castigo (36-37).

Finalmente, termino con una cita de un artículo escrito por tres profesores estadounidenses, publicado en octubre de 2006 y titulado: "Aún la salud es social: ejemplos contemporáneos en la era del genoma":

La distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones humanas reflejan dónde viven las personas; cuándo en la historia han vivido; el aire que respiran y el agua que beben; qué y qué tanto comen; el estatus que ocupan en el orden social y cómo han sido socializados para responder, identificarse o resistirse a ese estatus; con quién se casan, cuándo y si son o no casados; si ellos viven aislados socialmente y tienen muchos amigos; la cantidad y la clase de cuidado médico que reciben; y si ellos son estigmatizados cuando se enferman o si reciben cuidado de parte de su comunidad. Esto no es un descubrimiento nuevo. El Tratado Hipocrático (hablaba de esto) [...] La indiferencia médica contemporánea hacia los modos de vida es una herencia de, entre otras cosas, los espectaculares logros de la bacteriología en la época tardía del siglo XIX, que hicieron a las causas únicas y los efectos únicos el paradigma de la teoría médica. (38)

## Referencias

1. Duque-Páramo MC. Enfermería y cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Documento procedente del V Congreso de la Asociación de Enfermeras Javerianas; Bogotá, Colombia; 2001.
2. Harris M. ¿Qué es (son) la(s) cultura(s)? En: Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Barcelona: Crítica; 2000. p. 17-27.
3. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner-Tomey, editor. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Mosby Doyma; 1994.
4. Lipson JG, Dibble SL, editors. Culture & clinical care. San Francisco: UCSF Nursing Press; 2005.
5. Lindgren T, Lipson JG. Finding a way: Afghan women's experience in community participation. *J Transcult Nurs.* 2004; 15(2):12.
6. Lipson JG, Weinstein HM, Gladstone EA, Sarnoff RH. Bosnian and Soviet refugees' experiences with health care. *West J Nurs Res.* 2003;25(7):854.
7. Juarbe TC, Lipson JG, Turok X. Physical activity beliefs, behaviors, and cardiovascular fitness of Mexican immigrant women. *J Transcult Nurs.* 2003;14(2):108.
8. Lipson JG, Reizian AE, Meleis AI. Arab-American patients: a medical record review. *Soc Sci Med.* 1987;24(2):101.
9. Wuthnow R, Davison Hunter J, Bergesen A, Kurzweil E. Introducción. In: Wuthnow R, Davison Hunter J, Bergesen A, Kurzweil E, editors. Análisis cultural: la obra de Peter Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas. Buenos Aires: Paidós; 1988. p. 9-29.
10. Kottak CP. Culture. In: Cultural anthropology. New York: McGraw-Hill; 2004. p. 83-103.
11. Musolf GR. The Chicago School. In: Reynolds LT, Herman-Kinney NJ, editors. Handbook of symbolic interactionism. Walnut Creek, CA: AltaMira Press; 2003. p. 91-118.
12. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1989.
13. White LA. The evolution of culture: the development of civilization to the fall of Rome. New York: McGraw-Hill; 1959.
14. Battaglia D. Toward an ethics of the open subject: writing culture in good conscience. In: Moore HL, editor. Anthropological theory today. Malden, MA: Blackwell Publishers; 2000. p. 114-150.
15. Di Leonardo M. Exotics at home: anthropologies, others, American modernity. Chicago: University of Chicago Press; 1998.
16. Knauff BM. Genealogies for the present in cultural anthropology. New York: Routledge; 1996.
17. Yelvington KA. Introduction. In: Producing power: ethnicity, gender and class in a Caribbean workplace. Philadelphia: Temple University Press; 1995.

18. Foucault M. *Microfísica del poder*. 3a ed. Madrid: Ediciones de la Piqueta; 1992.
19. Erickson PA, Murphy LD. *A history of anthropological theory*. Orchard Park, New York: Broadview Press; 2001.
20. Foucault M. *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1990.
21. Rodríguez Domínguez J, Meljem Moctezuma J. *Epidemiología e historia natural de la enfermedad*. In: González Saldaña N, Torales Torales AN, Gómez Barreto D, editores. *Infectología clínica*. México: Trillas; 1984. p. 15-46.
22. Leavell HR, Clark EG. *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach*. New York: McGraw Hill; 1905.
23. Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. *Cuestionando la solución: las Políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil [en internet]*. 2000 [citado 2006 nov]. Disponible en: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm>
24. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Declaración de Alma Ata*. Ginebra: OMS-UNICEF; 1988.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud y Bienestar Social Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa; 1986.
26. Bersh D. *Hacia una base filosófica de la salud*. En: Bersh D, editor. *El fenómeno de la Salud*. Bogotá: OPS-OMS-ASCOFAME; 1981. p. 13-37.
27. González J, Del Bosque S, Del Bosque M. *Manos a la salud*. México: Centro (CIESS) y OPS; 1998.
28. Salleras Sanmartí L. *La salud y sus determinantes*. *Anthropos*. 1991;(118-119):32-8.
29. Duque-Páramo MC. *Salud, enfermedad y desarrollo de la población infantil*. En: Córdoba Sánchez CI, Duque Páramo MC, editores. *Cuidado de la salud en la niñez*. Bogotá: Javegraf; 2000.
30. Czeresnia D, Machado de Freitas C. *Presentación*. En: Czeresnia D, Machado de Freitas C, editores. *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 11-17.
31. Duque Páramo MC. *Análisis de algunos indicadores de salud. La globalización y las reformas económicas y sociales de los noventa: su impacto en las condiciones de salud en Colombia. Un estudio de caso sobre Bogotá [Informe final de investigación]*. Bogotá: Facultad de Enfermería y Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Pontificia Universidad Javeriana; 2001.
32. CDC. *Eliminating racial & ethnic health disparities [on internet]*; 2006 [citado 2006 Dic]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/omh/AboutUs/disparities.htm>

33. Oróstegui AM, Céspedes LJE, Remolina SA, Garzón GE. Situación de salud. En: Yepes FJ, editor. La salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación; 1990. p. 219-475.
34. Duque Páramo MC. Biomedical and sociocultural factors in obesity in children. Tampa: University of South Florida; 2004.
35. Messing K, Ostlin P. Gender equality, work and health: a review of the evidence [on internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [citado 2006 Dec]. Disponible en: <http://www.who.int/gender/documents/Genderworkhealth.pdf>
36. Duque Páramo MC. Colombian immigrant children in the United States: representations of food and the process of creolization [Disertación]. Tampa: University of South Florida; 2004.
37. Duque Páramo MC. Representations of punishment and maltreatment among Colombian children. In: SfAA, editor. The society for applied anthropology 66th Annual Meeting; 2006; Vancouver, Canada; 2006. p. 107.
38. Holtz TH, Holmes S, Stonington S, Eisenberg L. Health is still social: contemporary examples in the age of the genome. PLoS Medicine [serial on internet]. 2006;3(10):1663-1666. Disponible en: [http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/10/pdf/10.1371\\_journal.pmed.0030419-S.pdf](http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/3/10/pdf/10.1371_journal.pmed.0030419-S.pdf)