



## Algunas reflexiones sobre diversidad cultural y la formación para la salud

Por Ana Cristina Ottenheimer  
(\*)

En la actualidad se afirma permanentemente que vivimos en un mundo globalizado. La famosa expresión “aldea global” nos remite, entre otras cosas, al incremento geométrico de las relaciones entre puntos muy diferentes del globo terráqueo, al contacto (armónico o violento) entre agrupamientos humanos con diferentes tradiciones, costumbres y formas de ver el mundo. Este contacto, realizado a través de la virtualidad, maravilla y confunde simultáneamente. Para la mayoría de nosotros esta situación viene limitada por el mismo artefacto que lo vehiculiza: vemos la diversidad, pero no la tocamos, no la olemos,...

Sin embargo, y más allá de las apreciaciones éticas y estéticas de la diversidad y la diferencia, nos encontramos cotidianamente con cierta diversidad que pulula por nuestras calles, nuestras aulas, nuestros colectivos y trenes, nuestras salitas de salud y las guardias de los hospitales. La diversidad, en el formato de presentación de los migrantes de países limítrofes o de inmigrantes senegaleses, de indígenas acampando en la 9 de Julio o jovencitos negros llegando como polizones en barcos mercantes, se manifiesta, invade y se reproduce a pasos agigantados.

Los que están enrolados en una mirada progresista de los fenómenos sociales militan por la aceptación de esta situación. Bajo el lema del “respeto por la diferencia” se trabaja con más o menos éxito abogando por la tolerancia a esos diferentes que se van constituyendo en nuestros “otros” inmediatos, que ya no están solo en los documentales de la National Geographic o en las noticias internacionales.

A su vez, los que se acomodan en la vereda de enfrente, lo que se denominaba en otras latitudes “la reacción”, los famosos conservadores que parecen acompañar todos los tiempos y todos los cambios, asisten horrorizados al carnaval de la diversidad, y luchan a su vez por su control, su confinamiento en espacios acotados, su alejamiento o, los más exaltados, por su lisa y llana erradicación.

Sin embargo, unos y otros suelen compartir el mismo punto de partida (hacemos aquí abstracción de aquellos que sostienen la inferioridad de ciertos grupos raciales, inferioridad fundada en especificidades genóticas): considerar a la diversidad cultural o étnico-racial

como manifestaciones más o menos acusadas de una naturaleza humana básicamente similar, que registra variaciones pero que, en el fondo, es la misma. Esta mismidad aparece compatibilizada con una variación que no la contradice, en la medida que se trata de una variación que se superpone pero no se funde con una base biológica única. Por ello, se puede sostener alegremente que los derechos humanos son para todos, o que la diferencia es ignorancia y puede ser corregida con planes educativos adecuados.

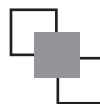
Este punto de vista es el meollo de la mirada filosófica, epistemológica y científica que organiza las actividades y las teorías de rango intermedio para el tratamiento de la salud y la enfermedad. A partir del éxito marketing de la antropología culturalista norteamericana de la pos Segunda Guerra Mundial, esta perspectiva nutrió no solo las investigaciones antropológicas, sino que se trasladó con cierta eficacia a los fundamentos de distintos ámbitos del quehacer colectivo, como las declaraciones pretendidamente universalistas de las organizaciones internacionales (v.g., la Declaración Universal por los Derechos del Hombre, ONU, 1947), a los proyectos y planes de desarrollo de alcance nacional y a los impulsados internacionalmente, etc.

El objetivo de esta nota reflexiva es invitar a pensar como esta conceptualización de la naturaleza humana y la diversidad cultural impacta sobre la formación de los agentes de salud.

Hay dos implicancias de esta perspectiva que queremos resaltar: por un lado, la percepción fundante de la naturaleza humana como única, pese a las diferencias culturales, y la percepción de la diferencia como algo independiente de las relaciones de poder y dominación.

En relación al objeto de esta nota, la primera constituye el punto de partida de la organización de los planes de estudio de los agentes del campo de la salud, entendiéndose por tales no solamente a los médicos y médicas, sino a los/las enfermeros/as, bioquímicos y farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos, etc., todas distintas profesiones con formaciones específicas, que sin embargo comparten la misma concepción sobre la naturaleza humana: es la misma en todos lados, y las diferencias introducidas por la cultura de cada grupo





son diferencias importantes, pero irrelevantes a la hora de diagnosticar una enfermedad y recomendar un tratamiento, u organizar un sistema de prevención.

Esta concepción implica, en el área de la formación, que los distintos agentes de salud son socializados en una perspectiva de la salud, la enfermedad y la muerte que es unívoca, fundada en la idea básica de que la enfermedad es producto de un agente externo que interfiere con el normal funcionamiento de los órganos (concepción positivista en términos de Peter Conrad, 1992), y necesita ser expulsado más o menos agresivamente de acuerdo al tenor del cuadro clínico. Es decir, si más allá de la diversidad cultural, todos compartimos la misma biología, se desprende como corolario lógico que las enfermedades, en tanto anomalías del cuerpo universal, pueden ser abordadas abstrayéndonos de la diversidad cultural, ya que la misma no se constituye en dato pertinente para evaluar, tratar y curar (me refiero especialmente a las carreras de la Universidad Nacional de La Plata). Las consecuencias de la aplicación de esta perspectiva resultan en pacientes no comprendidos, causas de enfermedades que no se visualizan, enfermedades que el agente de salud detecta y quiere tratar pero que el paciente no comparte ni quiere tratar, etc.

Esta perspectiva ha empezado a ser re evaluada y discutida en su operacionalización en los planes de estudio de las distintas carreras universitarias destinadas a la formación de cuadros técnicos calificados. Al menos, en lo que respecta a discutir que la diferencia cultural no es una capa que se superpone a la base biológica, sino a pensar la cultura como el fundamento de la especie humana y por ello, a pensar que la biología humana no es independiente de la cultura, y se trasmuta en la cultura. Muestra de ello son las recientes incorporaciones de asignaturas, en las cuales se abordan contenidos conceptuales y herramientas destinados a dotar a los futuros profesionales de instrumentos para abordar la diversidad cultural <sup>1</sup>.

Sin embargo, así como las leyes de un país no indican exactamente sobre como se vive, se viola y se reconfigura la práctica de la justicia y el castigo, la sola presencia de dichas asignaturas en un plan de estudios no indica como se transmiten esta perspectiva y los valores asociados en la currícula en acción (es decir, en el paso por las aulas y el ámbito universitario). Una lectura cuidadosa del lugar que ocupan por ejemplo esos

contenidos en relación a los demás, nos muestra que siguen constituyéndose tanto para estudiantes como para docentes, en contenidos secundarios, accesorios, que son presentados y vivenciados incluso como contenidos innecesarios, que ocupan tiempo y lugar que deberían destinarse a otros saberes “más importantes”.

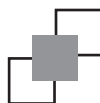
Es decir, el “modelo médico hegemónico” sobre cuyas marcas y consecuencias nos ilustraba el antropólogo Eduardo Menéndez allá por 1990, sigue vigente y hegemónico.

El segundo aspecto que señalábamos más arriba, a saber, la independencia con la cual se presentan la diversidad cultural y la desigualdad social, anula la posibilidad de entender que, modernamente, la diversidad cultural no es solo producto de procesos históricos de constitución de identidades sociales divergentes (aunque siempre fundadas en la relación entre “nosotros” y los “otros”) sino que además, dicha diversidad también se elabora desde la desigualdad en el acceso a los recursos materiales y simbólicos socialmente disponibles (Canclini, 2004). Esto es, los qom (tobas) por ejemplo, que hoy viven en la periferia platense no es que se tratan con agentes de salud de su propia etnia debido a que esta práctica está culturalmente fundado, sino también y fundamentalmente, porque no tienen la posibilidad de acceder a servicios de salud adecuados y eficientes (condición de la cual “disfrutan” junto a otro montón de gente no toba) y que además los contemple en su especificidad cultural y su desigualdad social.

La implicancia para la formación de los agentes de salud del divorcio conceptual entre diversidad y desigualdad es directa: prácticamente ninguna carrera de grado de los considerados “agentes primarios” incluye formación en las condiciones socio económicas de la población que se piensa atender. Este tipo de formación, tan crucial como la anterior, queda restringida en el mejor de los casos, a los niveles de postgrado o sencillamente, nunca es objeto de estudio de los profesionales de salud, que se topan en las guardias y las salas de las instituciones públicas con personas carentes de los recursos básicos para la reproducción de la vida.

Llegados a este punto, queremos cerrar esta nota señalando que en la presentación de estas problemáticas no era nuestra intención ofrecer alguna suerte de receta que ilustrara como resolver las mismas. Tanto por deficiencias propias como por la convicción de que una única voz no puede ofrecer las respuestas necesarias,

1. Para una aproximación más ajustada a esta forma de conceptualizar la diversidad cultural, puede verse Geertz, 1973.





preferimos concluir aquí la reflexión invitando a los lectores a deliberar sobre sus propias prácticas en salud y enfermedad, y sobre la formación recibida, con la esperanza de que el trabajo intelectual sistemático pueda aportar al menos una fracción pequeña de las soluciones que necesitamos.

(\*) Ana Cristina Ottenheimer: Antropóloga, docente investigadora del Laboratorio de Investigaciones en Antropología Social, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de la Plata.  
Correo electrónico: aottenheimer@fcnym.unlp.edu.ar

#### **Bibliografía**

- Conrad, P. (1982): "Medicalización de la anormalidad y control social". En: (Ingleby, D. Comp.) *Psiquiatría Crítica*. Ed. Grijalbo.
- García Canclini, N. (2004) *Diferentes, Desiguales y Desconectados*, Ed. Gedisa
- Geertz, C. (1973) *La interpretación de las culturas*, Ed. Gedisa.
- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol*. Alianza Editorial.

