

Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética

Javier E. García de Alba García

A MANERA DE INTRODUCCIÓN

La salud es un elemento universal de la vida que puede tratarse como un capital simbólico en sintonía biopsicosocial con su contexto. Aunque a veces es silente, no se percibe o significa de manera estática, sino en movimiento. Tampoco se concibe aislada de la enfermedad y de su atención, de ahí que la definamos como un proceso vital de carácter histórico y social determinado por el acceso a los bienes materiales y no materiales que promueven el bienestar biopsicosocial expresado como crecimiento y desarrollo individual y grupal, sustentables y con sentido humano (García de Alba y Salcedo, 2009: 15). Se ofrece este concepto ante la visión antropológica limitada de la definición-objetivo de salud emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ha guiado el saber de prestadores de servicios salud que no consideran las necesidades y satisfactores humanos,¹ a pesar de que

las primeras son casi las mismas en todas las culturas y periodos históricos, respecto de las cuales lo que cambia es la forma, los medios, o manera de satisfacerlas.

Fue cuestión de tiempo para que en el contexto de las economías de consumo se le diera un sentido *medicalizado* y *medicalizante* al concepto de salud y sus derivados, aprovechando la visión estática y reduccionista de la definición de la OMS y haciendo

► 89

dinámicas. Las necesidades fundamentales se forman por: 1) necesidades de ser, tener, hacer, estar, y 2) necesidades de permanencia y subsistencia, como protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad, libertad. Ambas se entrelazan en una matriz. Por tanto, vivienda, alimentación y vestido no deben considerarse necesidades, sino satisfactores de las necesidades de subsistencia o permanencia, del mismo modo que la educación lo es para la necesidad de entendimiento y la salud para la necesidad de vivir. En todo caso los sistemas de atención médico-sanitaria son satisfactores de la necesidad de protección. Cabe señalar que por ser procesos complejos no existe correspondencia biunívoca o lineal entre necesidades y satisfactores. Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de varias necesidades o a la inversa, una necesidad puede requerir varios satisfactores. Asimismo, estas relaciones no son fijas, pues varían en tiempo, espacio y personas. Por ejemplo: la lactancia materna para el bebé, la propia madre y el trabajo familiar.

¹ Las necesidades humanas, de acuerdo con Max-Neff, deben entenderse como un sistema de simultaneidades, complementarias y compensatorias, dentro de un proceso con características

Cultural Knowledges and Health: A Look to a Polyfacetic Reality

JAVIER E. GARCÍA DE ALBA GARCÍA: Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicio de Salud,
Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México
javier_91046@yahoo.com

invisibles otras definiciones, sobre todo las distintas nociones “legas” sobre la salud.² Digo distintas porque usan diversas concepciones ontológicas de la realidad y por tanto, en el sentido de Khun, incommensurables —aun en el caso de las definiciones que han formulado los científicos sociales afines y no afines al modelo médico prevaleciente, quienes al tratar de ser “más comprensivos que explicativos” no se libran del problema de manejar una doble hermenéutica—.

Lo anterior nos conduce a cuestionarnos cómo aplicar el saber sobre salud a la realidad. Hay una situación que nos remite a establecer una postura que tiene la alternativa de encaminarse a una acción para que todo siga igual o a una acción³ para liberarnos de nuestra propia enajenación —en gran medida propiciada por el sistema de salud—. En un contexto como el nuestro, salud y pobreza están relacionadas y con frecuencia se olvida o se soslaya que en un sistema económico en el que domina el capital el cuidado a la salud es una mercancía cuya categoría mediadora es el consumo (Suárez Lugo, 2010). Esta situación es disimulada con habilidad en los llamados nuevos paradigmas de la salud,⁴ en los que el enfoque se dirige eminentemente a desarrollar el consumo de asistencia y de tratamiento de la enfermedad, lo que sin duda está ligado a la desigualdad.

Combatir el consumo resulta una empresa titánica que requiere trabajar tres conceptos fundamentales con la población: conciencia, cultura y sensibilización (Suárez Lugo, 2010). Para lograrlo desde la cultura requerimos conceptualizar la salud como una necesidad y no como un producto para adquirir. Si admitimos de inicio que la salud es una necesidad

vital —que cubre los aspectos biopsico— y una necesidad de relación —que garantice lo sociocultural—, cualquier mecanismo conceptualmente restrictivo, como atender sólo ciertas enfermedades, de jerarquización limitante —atención de primera, de segunda y de tercera— o de pago por servicio —aun disfrazado en cuotas de recuperación o ayuda voluntaria—,⁵ que no tenga como objetivo el acceso comprensivo, democrático, irrestricto y gratuito a la salud, es contrario al espíritu del concepto *necesidad* (Castro, 2006). Independientemente de que haya “argumentos-pretexto” cobijados por los términos de justicia y equidad,⁶ una necesidad humana no puede ser negociada. Es como condicionar la respiración de una persona bajo cualquier excusa. En todo caso, como necesidad debe acompañarse de su dimensión activa, que es el desarrollo de capacidades (Boltvinik, 2009).

Aunque la salud positiva ha sido preconizada como un logro del siglo actual, emergen múltiples problemas de salud como riesgos amenazantes ante los precarios esfuerzos en su contra. Por su parte, los servicios de atención médica se han expandido, al mismo tiempo que sus costos, merced del modelo médico de atención utilizado y a la alta tecnología empleada. No es sorpresa que las ciencias sociales presten atención al proceso salud-enfermedad para darle sentido a las percepciones individuales, sociales e institucionales, así como a su significado ante los sistemas de atención y el goce desigual de la salud entre los grupos sociales. Éstos son los retos principales de las ciencias aplicadas al estudio del proceso salud-enfermedad-atención.

² Me refiero a todas las que están fuera de la medicina, sin importar su origen.

³ Una capacidad es una habilidad adquirida para lograr, en el sentido igualitario, libertario y positivo, las oportunidades reales respecto de la vida que se puede llevar.

⁴ Me refiero a los paradigmas sobre transición epidemiológica, sistema nacional de salud, nueva salud pública, equidad, etcétera.

⁵ No se incluye el pago solidario para ayudar a quienes no pueden financiar gastos catastróficos.

⁶ El doctor Abraam Sonis, ganador del Premio Abraham Horwitz de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2000, advierte que cuando el término *equidad* no aparece en cuestiones de asistencia es porque ha sido eliminado deliberadamente. Para el doctor Sonis, *equidad* implica tres imperativos: igual acceso para igual necesidad, igual utilización de recursos para igual necesidad, igual calidad de atención para todos.

SITUACIÓN PRESENTE

Actualmente, desde la perspectiva especializada de la ciencia, la salud-enfermedad es estudiada por diferentes disciplinas. Las que buscan obtener explicaciones causales como fenómeno de nivel individual son: la enfermería —en cuanto a su atención y autoatención—, la medicina —para el diagnóstico y tratamiento—, la psicología —con énfasis en la conducta—, la nutriología —alimentación y nutrición— y la odontología —especializada en el aparato buco-dental—. Como proceso a nivel grupal es estudiada por la epidemiología —en tiempo, espacio y persona en cuanto a sus causas y determinantes, con propósitos de prevención—, la sociología médica —relaciones y estructura social— y la economía de la salud —sobre su producción, distribución y consumo—.

En esta última agrupación se incluye la antropología médica, que estudia la salud-enfermedad-atención en su contexto amplio, desde un punto de vista básico o aplicado, a fin de comprenderla como proceso sociocultural, aspecto significativamente complementario y sinérgico. Quiero destacar que en el escenario de la antropología médica en México se ha documentado el logro de personas que en su momento trascendieron su práctica disciplinar, como Bartolomé de las Casas, Bernardino de Sahagún, Alonso de Molina, Andrés Olmos, José de Acosta, Francisco Hernández, Manuel Gamio, Robert Redfield, Julio de la Fuente, Miguel Othón de Mendizábal, George Foster, Horacio Fábregas, Juan Comas, Guillermo Bonfil Batalla, Luis Vargas, Fernando Martínez Cortez, Arthur Rubel, Carl O'Neil, Rolando Collado, William Holland, Mario H. Rus, Alberto Ysunza, Xavier Lozoya, Carlos Zolla, Arturo Argueta, Alfredo López Austin, Héctor García Manzanedo, Bernardo Ortiz, Iván Ilich, Carlos Viesca, Alfonso Villa Rojas, Marcos Arana, Erik Estrada, Roberto Campos, Faustino Hernández, Kaja Finkley, Isabel Kelly, Carol Browner, Leticia Casillas, Laurencia Álvarez, Sheila Cosminsky, Noemí Quezada, Selene Álvarez, Carmen Anzures, Silvia

Ortiz, Isabel Lagarriga, Lilian Scheffer, Virginia Melado, María Eugenia Módena, María del Carmen Elú, Sofía del Bosque, María Elena Morales, Abigail Aguilar, Silvia Ortiz, Rosa María Osorio, Yesenia Peña, Roberta Baer, Susan Weller (Vargas y Casillas, 1989; Campos, 1992; Morales, 2000) y otras personas que se me escapan, además de aquellos que con su influencia y voluntad favorecieron de alguna forma el establecimiento y el desarrollo de la antropología médica en México.⁷

Antropología médica

Dado el carácter variable de la cultura humana en salud-enfermedad-atención, la antropología médica no se caracteriza por ejercer un solo paradigma teórico, incluye en su indagación construccionista enfoques seminales, como las descripciones etnográficas o de orden crítico. Entre las premisas generales (Barfield, 1997: 316) de la antropología médica se encuentran las siguientes: 1) la salud-enfermedad-atención es fundamental como una experiencia humana y debe ser comprendida integralmente en su contexto biológico, psicológico y de diversidad sociocultural; 2) la salud-enfermedad-atención es una manifestación que articula diversos niveles de la realidad, y 3) los aspectos culturales del proceso salud-enfermedad-atención, como curso de acción o prácticas encaminadas a políticas de emancipación, son importantes por sus consecuencias prácticas para la vida humana en términos de la aceptabilidad, la efectividad y el mejoramiento de una salud igualitaria, con énfasis en sociedades multiculturales.

⁷ La lista de personas que han contribuido de manera directa o indirecta al desarrollo de la antropología médica es extensa, independientemente de que su acción fuera a los ojos *émicos* o *éticos* positiva o negativa, amplia o escasa, local o global. La antropología médica por ser una disciplina doblemente humanística (por lo antropológico y por lo salutógeno) en su esencia no puede excluir, pues perdería su sentido agapológico universal.

El sistema de atención médica actual necesita desarrollar un enfoque integral que tome en cuenta la perspectiva de los actores para realizar una práctica salutógena comprensiva, de calidad y con calidez. Conocer los valores, las tradiciones, el significado y el sentido que las personas dan al proceso salud-enfermedad-atención ha resultado de singular importancia en la aplicación exitosa de programas de salud. La antropología médica ha sido el vehículo disciplinar para obtener este conocimiento. Un ejemplo claro son los artículos que se presentan en este número de *Desacatos*, ordenados en temas que van de lo particular a lo general y de lo tradicional a lo contemporáneo.

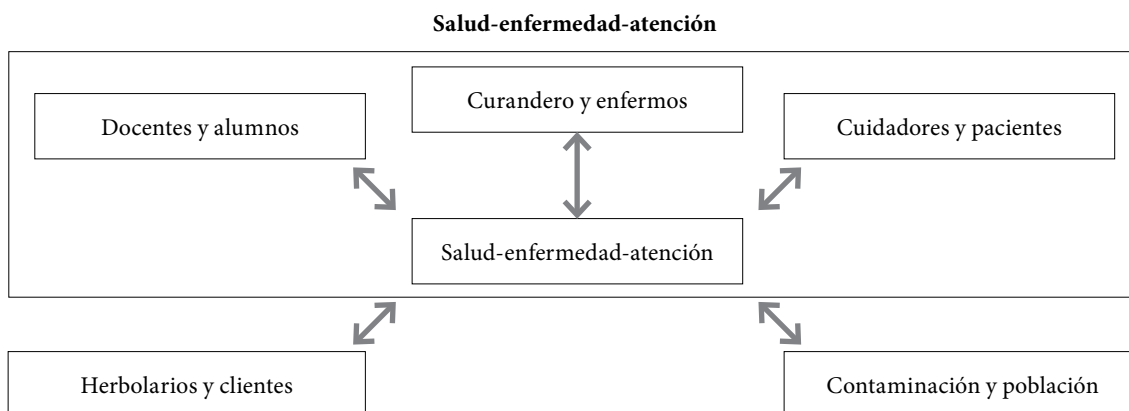
Todos los contextos analizados están enmarcados e influidos por una estructura social que, de diferentes maneras, evidencia su poder al plantear la salud como servicio y no como necesidad, orden cuyo desarrollo está articulado por el proceso de urbanización-industrialización, con una historia propia, compleja y cambiante, que ajusta el comportamiento y las condiciones sociales estudiados, además de influir en las interacciones y consensos poblacionales (Loustanau y Sobo, 1997: 21). Por otra parte, la metodología de los estudios presentados es un esfuerzo interdisciplinar de triangular miradas y técnicas, al pretender establecer puentes entre lo biológico y lo social.

Los saberes y razones presentados

Los trabajos de esta sección de *Desacatos* tienen en común el significado y el sentido del proceso salud-enfermedad-atención en cinco escenarios. Estos sitios se ubican fuera de los espacios oficiales de la atención a la salud, como el hospital, la clínica o el centro de salud, y ponen de manifiesto la variabilidad y la riqueza de las circunstancias donde se genera la interacción social y la cultura en la que está implicado el proceso salud-enfermedad-atención: la casa del enfermo, el mercado popular, la universidad, el hogar como contexto de atención y el ambiente poblacional.

UN LIBRO PARA CURAR

Valioso rescate etnográfico en la comunidad hñahñú sobre el antiguo arte de curar una enfermedad causada por un “ataque” de los “malos espíritus”. Al efecto, las enfermedades pueden clasificarse médicamente por su virulencia, los padecimientos por su gravedad y el repertorio de remedios por su eficacia o “fuerza”. El sanador aplica el tratamiento y maneja los dos últimos. Ante una infinidad de enfermedades posibles, una multiplicidad de remedios posibles. Ninguna enfermedad, por extraña o espantosa que sea, ningún tratamiento, por “extravagante” que parezca, podrá desconcertar a la gente (Boltansky, 1977).



Elaboración propia.

A partir de las inquietudes y enfoques teóricos y metodológicos de Rivers, Evans-Pritchard, Malinowski y otros antropólogos, se reportaron hallazgos que han servido como espejo a la humanidad para comprender normas, valores, tradiciones e instituciones como parte de la cultura en salud desarrollada por el ser humano. Dentro del enfoque antropológico, los estudios etnográficos han sido recibidos con entusiasmo debido a la posibilidad de sugerir hipótesis con base en los resultados del estudio de sociedades y culturas (Eggan, 1954; Nader, 1994).

Las enfermedades de etiología sobrenatural han prevalecido desde tiempos históricos en múltiples culturas. Que un padecimiento sea producido por los espíritus es importante para su diagnóstico y tratamiento, pues se embeben en ellos aspectos culturales como la tradición, las costumbres, los valores, la religión, etc. En su práctica la medicina es hasta cierto punto imitativa, principalmente a nivel popular. A la gente le interesa la eficacia de un remedio para un padecimiento. La composición de éste o la etiología de la enfermedad quedan en segundo término. Pese a que estas analogías deben analizarse con más cuidado, no podemos dejar de decir que si bien existe autonomía entre las diversas prácticas, también hay una difusión entre las medicinas —diversas, anteriores y actuales—, que se ha logrado por medio de transiciones insensibles (Bouteiller, 1966). Debido a que cada grupo social le otorga un sentido y un significado particular a cada afección sobrenatural, la manera inicial de investigar estos problemas es precisamente en estudios descriptivos de índole intracultural que ayudan a consolidar o no hipótesis de trabajo en antropología médica.

Las características de las entidades que producen los padecimientos forman parte de esos marcos explicativos que van más allá de una simple dicotomía. La “cualidad” formal, en este caso “malo/bueno” (Foster, 1994), sirve como un lazo de unión entre la cotidianidad de los sujetos, los padecimientos que aquejan y dominios culturales mayores,

como el sistema de atención de la comunidad hñahñú. El subsistema formal de la enfermedad, descrito en el primer artículo, está ligado al equilibrio de la salud-enfermedad-atención. Su origen conceptual ha motivado la polémica y comentarios interesantes entre diversos autores. Unos —como Foster (1994)— aluden a su origen europeo, producto de la aculturación judeo-cristiana, posición que se ha denominado prodifusionista y que ha sido adoptada por algunos antropólogos médicos (Estrella, 1976). Otros investigadores —como López Austin (1980)— preconizan la génesis americana del sistema, insisten en que algunas dicotomías van más allá de una forma de clasificación de remedios, enfermedades y entidades. En general, se postula un sincretismo entre la medicina académica española y los principios de dualidad indígenas. Otros opinan que el origen no tiene relevancia, ya que el arraigo en el acontecer diario es suficiente para considerar estos principios como propios (Hahold, 1988).

El opúsculo de don Alfonso Margarito García Téllez, curandero tradicional, analizado por Alberto Diez Barroso, no es sólo una propuesta clasificatoria, sino también un esfuerzo de difusión loable para evitar la pérdida significativa del conocimiento cultural de la comunidad otomí de San Pablito Pahuatlán, Puebla. Esta iniciativa contrarresta algunas circunstancias que desculturizan, por ejemplo, que para algunas personas este conocimiento nunca haya sido importante, que se atenúe por la medicalización del concepto salud-enfermedad-atención, que la gente lo haya olvidado o descontinuado en sus componentes esenciales, que los jóvenes hayan perdido la capacidad de aprender o retener este conocimiento tradicional. Las evidencias presentadas sugieren: 1) que el enfoque continúa vigente en la cultura de la comunidad otomí estudiada, 2) que el sistema prevalece en su oportunidad de manera mayoritaria en dicha población, y 3) que la clasificación no es una simple dicotomía, diversos factores están involucrados en la explicación de este paradigma, como el origen, los ritos, los objetos, las formas, las palabras, los sitios, las

relaciones; circunstancias que abonan a la preservación, formación, difusión y comprensión de nuestra identidad.

¡LA HERBOLARIA!

Práctica ancestral ejercida por generaciones de terapeutas para atender a una población “marginal” y cambiante que, por motivos culturales y económicos que se traslapan, busca la solución de sus problemas de salud, cuya base es un modelo holístico de atención como recurso actual, alternativo y resolutivo, en ocasiones complementario y en otras contrapuesto a la medicina oficial. Este estudio plantea un enfoque original y práctico para descubrir la existencia de patrones de consenso en los dominios semánticos explorados, y asimismo aplica una hibridación teórico-metodológica que pretende explorar y poner de manifiesto regularidades sobre el conocimiento cultural (Creswell, 1994).

94 ◀ La combinación de enfoques ha logrado superar la visión tradicional de oposición entre los tratamientos cuantitativo y cualitativo para producir discusiones más integrales e integradoras que apuntan a enriquecer el conocimiento de nuestra realidad sociocultural. La situación actual de la medicina tradicional va a la par de lo señalado por Lozoya (1990), pues forma parte de la cultura popular de un gran segmento de la población, situación que ha sido aprovechada por el capital, a través de los medios masivos de comunicación, para favorecer entre otros productos “curativos” el consumo de ciertos productos herbolarios. Esto es resultado de la estructura de conocimiento que desarrolla la población ante la enfermedad: al notar que sucede algo inusual, recurre a su acervo cultural, se automedica o acude al terapeuta tradicional (Salcedo *et al.*, 2008), como el yerbero, cuya accesibilidad y eficacia se pone de manifiesto al practicar una medicina culturalmente comprensiva traduciendo signos y síntomas producto del afrontamiento cotidiano que la población señala padecer.

Una de las evidencias que nos proporciona este artículo es que la medicina tradicional está más vigente que nunca: hay una gran cantidad de actos médicos practicados por no médicos y los médicos están lejos de detentar el monopolio de la “actividad médica”. Nos enseña que, a diferencia de lo que se cree, la compra de medicamentos sin receta es un buen indicador de la importancia de la medicina, pues no es una conducta aislada, quienes venden y compran medicina sin receta, aunque influenciados, también influyen el saber médico y la herbolaria se erige como una alternativa para la atención médica institucional.⁸ La práctica oficial y la no oficial en una sociedad de consumo, en lugar de excluirse, se complementan. Ambas se mantienen dentro de ciertos límites que pueden llegar a superponerse (Boltansky, 1977). Una prueba de su penetrabilidad en la atención médica es la unidad que funciona dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en Xochitepec, que ha ofrecido opciones terapéuticas a la medicina institucional y al ámbito comercial.⁹

El reto actual es: ¿cómo sistematizar y conjugar datos *émicos*, sin sustentarse en una interpretación *ética*, desarrollando —como señala Santos de Sousa (2009)— una ecología de saberes mediante el diálogo diatópico que logre una verdadera traducción intercultural? Este reto (Browner, Ortiz de Montellanos y Rubel, 1992) implica el acercamiento cuidadoso de las instituciones tradicionales, de investigación y de atención, mediante un programa amplio, con metas y objetivos guiados por la cultura local o regional de manera que se establezca,

⁸ Esta situación ha sido una verdad transparente. Muchas de las síntesis de medicamentos de la industria farmacéutica —de cuya producción el sector salud adquiere 50%— se obtienen de compuestos orgánicos, como la quinina y la digital, hasta la actual terapia antineoplásica, obtenida de la vinca.

⁹ Otras áreas académicas realizan investigación biopsicosocial sobre herbolaria en diversas instituciones: las universidades estatales, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, la Universidad Autónoma Chapingo, El Colegio de la Frontera Sur, por citar sólo algunas.

reconozca y legitime su farmacopea herbolaria y no sea desplazada por los fármacos caros e inaccesibles, buscando la forma de ampliar su utilización de una forma sabia, participativa y solidaria, sin la seguridad de no errar.

¿EL EPISODIO EPIDÉMICO DE UNA ENFERMEDAD?

Para determinar las características que diferencian a los médicos de otros poseedores de conocimientos y técnicas específicas debe observarse que la actividad no se ejerce sobre la enfermedad, sino sobre el enfermo. El paciente no es un objeto inerte, ya que al saberse enfermo pretende conocer algo sobre su enfermedad, desea curarse y tener una opinión sobre cómo proceder para lograrlo. En épocas “normales” el médico, contrariamente a otros especialistas, debe defenderse contra el ejercicio ilegal de su profesión y recordar que es el único con derecho a practicar la medicina, pero la historia nos indica que ante las epidemias los médicos han recurrido a sublimes, ridículos y terribles recursos, las más de las veces en unión y con el apoyo del orden establecido (Gottfried, 1989; Oliver, 1988).

En el caso de la emergencia sanitaria por la epidemia de influenza en México en 2009, se dijo que “el problema radicó en la manera de informar, los mensajes iniciales sembraron el desconcierto y muchas veces incrementaron la desconfianza hacia el gobierno y por lo tanto los resultados fueron negativos” (Blum, 2010). Ante esta situación excepcional la academia “no abandonó su compromiso para presentar la información que tenía a la mano con respecto a la enfermedad” (Narro, 2010), y ofreció el consejo y la orientación de los expertos, pero sobre todo hizo notar la necesidad de fortalecer el sistema de salud mexicano.

El artículo de Torres, Matsui y Aranda muestra cómo se señala desde la cátedra que la infección por el virus es susceptible de prevenirse, lo cual está presente en el saber de los docentes y de los estudiantes

de los centros de educación superior formadores de recursos para la salud. Sin embargo, el problema no era un virus en abstracto, sino una epidemia en concreto que afectó a una comunidad de seres humanos cuyas reacciones no han diferido en tiempo y espacio. Un ejemplo de esto fueron las reacciones iniciales: inquietud, incredulidad, incertidumbre, preocupación, alarma, miedo o ninguna, que manifestaron los miembros de la comunidad de la Universidad Nacional Autónoma de México (Infante, Casas y Giraldo, 2010). Ahora bien, cuando se preguntó el origen de la epidemia a la misma población universitaria, un tercio ofreció una respuesta de acuerdo con el contexto educativo —el brote era resultado de la combinación porcina-aviaria y humana del virus—, pero 23% de los entrevistados la atribuyó a manipulaciones políticas o invenciones de las autoridades (Infante, Casas y Giraldo, 2010).

En el artículo se analiza este contraste. La teoría biomédica de la enfermedad choca con la escasa credibilidad de su existencia como epidemia —se atribuye a motivos políticos y mediáticos—, a pesar de que el proceso civilizatorio supone la existencia de más higiene y racionalidad. Por esta circunstancia no puede ignorarse jamás la existencia y el poder de un saber popular, con el que se confronta persistentemente el juicio de los expertos, lo que hace de la historia de la medicina la historia de la lucha contra sus propios prejuicios en público. Este hecho abona a que los conocimientos epidemiológicos y sociales no se traducen en automático en políticas públicas y éstas en cambios de comportamiento. Lo más fácil es señalar que el problema reside en la débil voluntad de las personas y la fuerza de la costumbre, según sea el caso, y se aconseja que la educación debe favorecer una “autonomía responsable” o una “personalidad madura” a los ciudadanos (Castiel y Álvarez-Dardet, 2010). En otras palabras, se culpabiliza de manera individual a la víctima de un problema social.

Tal vez partiendo de otros puntos podremos llegar a mejores destinos si estamos conscientes de que

la meta de estudio en la ciencia social es buscar alternativas para el futuro, como una manera de controlar las riendas de nuestro mundo desbocado (Giddens, 1999), sobre todo cuando se conoce que, en cuanto a su legitimidad, los conocimientos de higiene se difunden con mayor facilidad que los conocimientos médicos (Boltansky, 1977). Si tomamos en cuenta que las estructuras de sentido no son neutrales y van más allá de la organización de la percepción y de la acción, pues conllevan una carga jerárquica que dota al agente de una percepción valorativa del mundo (Suárez, 2006), se corre el peligro de que este tipo de información conduzca paradójicamente a un consumo medicalizado de las epidemias.

“EL CUIDADO DEL CUIDADOR”

96 ◀

Complemento “olvidado” de la asistencia médico-sanitaria, pero indispensable para completar los objetivos de cuidado de ciertos enfermos, es la atención de pacientes en el ámbito del hogar, “responsabilidad la mayor parte de las veces no subsidiada”, pero sí transferida de forma implícita o explícita por los sistemas de salud al ámbito familiar, asumida en la cotidianidad de su operatividad por cuidadores formales o informales de pacientes. La experiencia estructurada y estructurante tiene implicaciones éticas y políticas permeadas por la cultura —donde las creencias, los valores y el género juegan un papel importante— y la estructura social —principalmente los aspectos económicos—.

Este proceso de atención marginal es una forma de exclusión para incluir, sobre todo para transferir costos colaterales de atención de un sistema que pretende escatimar gastos a partir de la visión costo-beneficio, en función de un oneroso modelo tecnológico de asistencia, que aun sin estructura amenaza enfermar a sus miembros y quedarse sin recursos humanos. Durante el siglo *xxi* la atención a los enfermos y a los viejos se convierte en un problema social en el que influyen los cambios demográficos,

económicos —urbanización-industrialización—, familiares y laborales —incorporación de la mujer y de los niños—, así como la miopía e insuficiencia de la atención pública y la creciente demanda de prestaciones sociales por parte de los movimientos proletarios y la propia evolución del capitalismo que protege el funcionamiento de su sistema. La seguridad social se constituye como un problema importante y difícil de resolver.

El debate se agudiza en la medida en que los subsidios y el “gasto” aumentan. Los enfermos crónicos y los viejos se convierten en los culpables de un problema identificado como “económico e individual”, porque la enfermedad crónica y la vejez son etapas “improductivas y demandantes de servicios”. Esto origina una situación de discriminación hacia los viejos y los enfermos, así como hacia otros minusválidos. No se respeta el principio de igualdad, sin tomar en cuenta la vulnerabilidad y que una vida no se mide en dinero (Arquiola, 1997). El arte de cuidar no es una situación voluntariosa que requiere sólo de la aceptación del cuidador. El cuidado de las personas enfermas ha sido teorizado por Jean Watson (Schossler y Crossetti, 2008), que postula los siguientes elementos como necesarios para lograr un adecuado cuidado de pacientes: 1) practicar el cuidado con amor, gentileza y ecuanimidad; 2) ser auténticamente presencial, fortaleciendo y sustentando el mundo de vida subjetivo del ser cuidado; 3) cultivar prácticas propias espirituales y transpersonales más allá del propio ego; 4) desarrollar y mantener una relación de ayuda-confianza; 5) ser presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión espiritual entre el cuidador y la persona cuidada; 6) utilizar todas las formas creativas de conocimiento para el cuidado de la persona a su cargo; 7) engancharse en una genuina experiencia de aprendizaje-enseñanza; 8) estructurar un ambiente de reconstitución de la salud; 9) ayudar a las necesidades básicas con conciencia intencional del cuidado otorgado, y 10) dar apertura a la atención de las dimensiones espirituales y existenciales del paciente.

Por otra parte, existen diferencias de carga en el cuidado que dependen del lugar, problema de salud, edad y estado de salud del cuidador, edad y enfermedad del paciente, etc. Todo esto afecta la capacidad de cuidado del cuidador. Por ejemplo, una baja en la calidad de vida del cuidador puede producir enfermedades frecuentes que a la larga le provocan un desgaste de la salud, como se ha visto entre los cuidadores de ancianos (Oliveira *et al.*, 2011). Entre las cuidadoras de niños, el papel de buena madre y cuidadora dedicada generó aislamiento social, sufrimiento y estrés (Neves y Cabral, 2008). Los reportes también revelan un predominio de mujeres cuidadoras, amas de casa adultas, cuya calidad de vida se relaciona con la sobrecarga de trabajo, el apoyo y la presencia de un compañero y la afectación de la salud (Amendola, De Campos y Alvarenga, 2010).

En las sociedades machistas se ha asignado el rol de cuidadoras a las mujeres. Ellas han sido médicos y enfermeras sin licencia, han otorgado consuelo, compañía, medicina, remedios de carácter curativo, todo con base en su experiencia, pasando este conocimiento de generación en generación. Actualmente, persiste la posición de subordinación de la mujer en la atención a la salud. Desde su inicio, según Ehrenreich y English (1973), la enfermería tuvo que ser inventada por un puñado de mujeres reformistas de clase acomodada, cuyo principal interés fue mejorar las condiciones de los hospitales,¹⁰ que requerían un toque femenino. El nuevo médico post-flexneriano tenía menos posibilidades de estar cerca y observar el progreso de sus pacientes curados. No podía desperdiciar su talento o costoso entrenamiento en detalles del paciente convaleciente u hospitalizado, por lo que requirió de ayudantes conformes, controlables y obedientes que no descuidaran los pormenores de sus indicaciones.

¹⁰ Para Florence Nightingale las enfermeras, como mujeres, cuidaban por instinto, y por tanto no podían ser registradas ni examinadas, así como tampoco lo son las madres.

Habría que recordar que tiempo atrás la comadrona no sólo presidía el nacimiento del bebé, sino que se quedaba como cuidadora de la nueva madre hasta que ésta fuera capaz de iniciar la atención del niño. Con el desarrollo de nueva medicina curar y atender se atomizaron. El mérito de la cura rápida quedó reservado para el médico y la atención, en la medida en que se alejaba del ámbito hospitalario, pasó a un plano secundario.

El artículo de Vázquez y Enríquez destaca los mecanismos de regulación emocional a que los cuidadores tienen que recurrir como parte de las estrategias de cuidado por sus consecuencias en el mismo cuidador y en la trayectoria de la enfermedad del paciente. Cuidar de sí mismo, descansar, pasear, dormir, no son sólo derechos, sino necesidades del cuidador que son soslayadas por la presencia o ausencia de familiares del cuidador o de la persona enferma, por el desequilibrio físico y mental que implica el cuidado y por la forma de percibir el descuido de sí mismo (Schossler y Crosseti, 2008). Debe entenderse que la carga de trabajo puede resultar agotadora por el cúmulo de tareas repetitivas que el cuidador tiene que desarrollar, lo que puede conducirlo al aislamiento social y afectivo.

En las sociedades en las que predomina un alto grado de anonimato, donde las relaciones en los no lugares, como el hospital, son fugaces o de corta duración, el soporte emocional y los mecanismos personalizados de control social entre ciertos niveles de la organización están ausentes. Sólo las relaciones de parentesco, proximidad social y las de cierta duración quedan como recurso del enfermo. Quizás una vía de solución para cuidar a nuestros cuidadores sea el empoderamiento, mas no el individual de tipo opresivo, pues se distancia del empoderamiento colectivo liberador. Sin embargo, se puede partir del análisis de las prácticas de empoderamiento individual, centradas en la abnegación y dedicación, para posibilitar la reflexión y la acción en torno a un empoderamiento progresivamente colectivo (Neves y Cabral, 2008).

UN AMBIENTE ENFERMO

Paradójicamente, un ambiente enfermo es producto de un desarrollo socioeconómico “milagroso”, que poco a poco se convierte en una amenaza para el bienestar social e individual. Para la autoridad el proceso contaminante es transparente a medida que es multipercibido por la población como un peligro con variados y complejos frentes de ataque que avanzan “inexorablemente”. De indiscutible origen industrial, la contaminación es generadora de padecimientos, malestares y enfermedades, así como de la degradación de un ambiente que conforma y transforma cuerpos, espíritus, existencias, vivencias, creencias. Se trata de un hábitat que afecta a todo y a todos. La crítica a la antropología de la planeación del desarrollo es que se hace desde arriba, en espacios culturalmente descontextualizados, que producen efectos negativos. Generalmente son pocos los que obtienen ganancias y muchos los que pagan el costo del desarrollo. Estos falsos desarrollos nunca son sustentables porque carecen de las “bases sociales” (Chambers, 1983; Barnett, 1977; Gardner y Lewis, 2003).

La investigación en la Isla de Maré nos muestra que se realizó para “aquí y ahora”,¹¹ porque nace a partir de una demanda poblacional, que nos llama a considerar la necesidad de que estos estudios contengan una ética ambiental que amplíe nuestra noción del “otro” en la vida de relación del hombre con el medio, en la que muchas veces la cultura se ha ido adaptando a los cambios. En este caso los problemas de adaptación han sido graves, ante una ciencia que no tiene la certeza para interpretar los efectos futuros de los daños ambientales actuales frente una globalización que hace caso omiso de los conocimientos locales y amenaza con heredar a las generaciones venideras escaso capital ambiental (Mayr, 2000).

Lo anterior plantea la necesidad de ofrecer conocimiento para hacer factible el derecho de las

poblaciones de alcanzar niveles de vida que garanticen el desarrollo humano, repartiendo la responsabilidad entre quienes han gozado de las consecuencias ambientales de la implantación del libre mercado y que el Estado no ha sabido o no ha querido afrontar con justicia social. Es importante orientar y empoderar a las comunidades presionadas por la pobreza, en las que se valora más el empleo —sin importar la calidad de éste—, en lugar de las ventajas económicas y sociales de mantener un ecosistema sustentablemente limpio. Esto implica la necesidad de una antropología que considere la economía y la ética, que ofrezca soluciones no excluyentes o polarizadas, pues debe aplicarse la categoría ética de justicia, de modo que el Estado y la sociedad estén conscientes y atentos de redistribuir las consecuencias de desigualdad del libre mercado que impera y afecta nuestros ambientes. La antropología, al igual que la economía, tiene instrumentos para enfrentar la gestión adecuada de los recursos medioambientales, para identificar externalidades al proceso económico y para proponer metas apropiadas a la cultura local y mecanismos de intervención que los corrijan mediante políticas eficaces y justas (Caucerio, 2000).

COMENTARIOS FINALES

Corresponde al lector, desde su disciplina y mediante su experiencia, enriquecer el conocimiento del significado de la salud-enfermedad-atención en los estudios presentados en este número de *Desacatos* en su relación con la estructura social. Si bien las condiciones en las que se construyen los significados plantean percepciones singulares, también revelan diferencias, desigualdades, conflictos y antagonismos que las hacen más accesibles a la razón y al saber que pretende comprender la realidad investigada. Lo interesante de este ejercicio es superar la tensión entre lo que se modifica, se guarda y se crea en términos del conocimiento, así como las estrategias objetivas y subjetivas que despliegan los participantes para mantener con sentido lo más

¹¹ Y no allá y entonces.

profundamente anclado en su sistema simbólico y desechar lo que no sirve o no es legítimo en un nuevo contexto (Suárez, 2006). Continuidad y cambio, permanencia y mutación son diadas constantes en el proceso de obtención de conocimiento que conforma al investigador, que a la vez es capaz de cambiar y de adaptarse. Es evidente que más allá de las observaciones empíricas y las reflexiones teóricas, la relación entre lo bio, lo psico y lo social seguirá siendo motivo para el trabajo de los estudiosos del proceso salud-enfermedad-atención.

Este número de *Desacatos* ayuda a deslenticar el desarrollo de la antropología médica y a descentralizar la hegemonía de su saber al abrir los espacios de expresión académica. Hay que reconocer que se requieren más esfuerzos como el actual para facilitar el desenvolvimiento de la disciplina en las áreas operativas de la atención médica que no han sido trabajadas por los científicos sociales de manera extensiva.¹² En dichos lugares¹³ los directivos se muestran cautelosos, porque aún no se entiende la función de los científicos sociales en estos espacios estructurados para la atención médica y la formación de recursos humanos en sociomedicina y la investigación sociomédica queda en segundo término.¹⁴

Lo anterior apoyaría una atención de salud con garantía de calidad humana y científica y socialmente sustentable —tanto a nivel grupal como individual—, lo que propiciaría una relación sana entre práctica de salud-políticas-población,¹⁵ pues al difundir y justificar la salud como necesidad¹⁶ la

antropología médica la colocaría como parte vital de la agenda política para el desarrollo de la nación, de manera que la política de salud se oriente a mejorar los estilos de vida poblacionales con base en más y mejores posibilidades y oportunidades para satisfacer las necesidades humanas de salud y no depender de una sola opción (Max-Neff, 1986; Sen, 2010). Lograr una salud sustentable y humana demanda esfuerzo y tiempo de los antropólogos médicos, en unión con otros profesionales, ya que las políticas generadas (Restrepo y Málaga, 2001) deben dirigirse a: 1) crear ambientes físicos, sociales, culturales, económicos y políticos saludables; 2) fortalecer la acción comunitaria como parte del capital social y de desarrollo, y 3) desarrollar habilidades personales y grupales relacionadas con estilos de vida saludables.

No se puede hipotecar el futuro de la salud de la comunidad a las tendencias del mercado global¹⁷ que han causado un incremento siniestro de la desigualdad y la pobreza, pero tampoco podemos perder tiempo haciendo abstracciones estériles que no encuentren eco donde más se requiere. La antropología médica puede ayudar a reorientar el desarrollo globalizante y contribuir a su transformación, sobre todo evidenciando la debilidad de sus suposiciones centrales, destacando cómo las culturas locales también tienen respuestas que abonan al “progreso” científico y crecimiento económico, que no se han alcanzado con las propuestas externas.

No es posible sólo criticar sin cambiar desde dentro el discurso y sobre todo la práctica (Gardner y Lewis, 2003). Habrá que abrir los espacios cerrados, pues la antropología debe ser incluyente de imágenes, de realidades y de conceptos distintos, lo cual no quiere decir que simplifiquemos u homogeneicemos la realidad, sino que la perspectiva antropológica

¹² El desarrollo de la disciplina ha contado con el cobijo de la academia en instituciones de enseñanza superior. Puede decirse que los espacios formales de investigación en antropología médica dentro del sector salud son contados. Un intento pionero fue el de los doctores Luis Vargas Guadarrama y Fernando Martínez Cortez en el Hospital General de México hace casi tres décadas.

¹³ Bajo la égida de la mirada biomédica.

¹⁴ Entiéndase ciencias sociales y salud.

¹⁵ Es importante reconocer que establecer la salud como una necesidad implica que las políticas de salud se entiendan como el campo donde se definen, articulan y resuelven las necesidades de salud bajo formas que reflejan intereses cambiantes y en ocasiones contradictorios (Tetelboin, 2004).

¹⁶ Algunos plantean a la salud como derecho a solicitar.

¹⁷ La accesibilidad de una buena atención en salud varía inversamente a las necesidades de la población servida. Esta ley inversa opera más completamente donde la atención médico-sanitaria está más expuesta a las leyes del mercado y menos donde su exposición se reduce. Esta distribución de mercado es una forma primitiva e históricamente obsoleta y cualquier retorno a ella puede exagerar la mala distribución de los recursos (Hart, 1971).

debe ser adoptada por distintos actores, incluyendo instituciones y organizaciones comunitarias en la búsqueda de relaciones sociales igualitarias en salud. La visión de la antropología médica¹⁸ puede reconstruir las ideas y las prácticas dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar y la salud humana en todo el mundo: ofrecer conocimiento útil para cuestionar de manera constructiva y sugerir dónde, cómo y cuándo podrían realizarse los cambios en forma efectiva.

Es claro para los científicos sociales comprometidos con la población¹⁹ que la antropología médica no puede estar al servicio de la medicina del capital, de abstracciones idealistas, de la tecnología farmacéutica o de las “personas”, cualesquiera que sean. La antropología médica puede ofrecer un cuestionamiento accesible y reflexivo sobre el proceso salud-enfermedad-atención y acerca de las suposiciones, las instituciones y los actores involucrados, pero a la vez debe invitar a otros a hacerlo de manera sincera, abierta y transparente: hacer consciente al profesional que la disciplina tiene además la función de rechazar, analizar y cambiar prácticas para la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, promover una actitud y un perfil para escuchar las trayectorias e historias de otras personas o grupos, pero sobre todo para prestar respetuosa atención a puntos de vista divergentes y a nuevas maneras de ver y hacer. Vale la pena intentarlo y generalizarlo.

Así, la política antropológica podrá ir más allá de una disciplina capaz de apoyar la supresión de la explotación y reducir la alineación. Al agregar su propio asombro ante la condición humana,²⁰ enriquecerá su núcleo psíquico, compuesto por el conocimiento de sentimientos y emociones, el valor aportado por ciencias y disciplinas humanísticas, sin tecnofetichismos (Morin, 2002). Entonces es necesario tomar conciencia de nuestra responsabilidad dentro del campo de la ciencia, las humanidades

y la salud del otro como un acto de amor. La inclusión de esta palabra en el texto puede entenderse desde sus connotaciones idealistas, religiosas o románticas, aunque el investigador sabe que en cuestiones de su salud no sólo existe la necesidad de conocimientos científicos “biopsicosocioculturales” aplicados, sino también de amor. Experiencia positiva, réplica —no respuesta— a las emociones negativas que causan malestar. Debido a que el amor no es monopolio de nadie, sino inherente a la vida, en el caso de la antro-po-política su misión consiste en reunir el amor y la ciencia mediante la conciencia (Morin, 2002).

Lo anterior cobra relevancia porque la escisión entre lo científico y lo no científico, lo ecológico y lo social, lo cuantitativo y lo cualitativo, lo biológico y lo social, sólo logra que las personas transmisoras del conocimiento no tengan relación entre sí, por lo que urge entonces transformar este imaginario de escisión a nivel institucional en un imaginario de relación sistémica y de comunicación permanente entre todas las tramas de la vida humana (Capra, 1998), esfuerzo que implica modificar las estructuras simbólicas “de lo que no es posible”. Dentro de este esfuerzo habrá que incluir una perspectiva estética (Maya, 2000) como una finalidad, respecto de la perspectiva técnica. Se busca integrar lo escindido por medio de la disolución de los polos de oposición. Este tipo de pensamiento que agrega poesía a la técnica hará que se acepte con modestia la antropología médica, en la vida cotidiana, como servidora de la vida misma. En este sentido, es importante para nuestra disciplina tomar en cuenta la inclusión de un discurso integral, en vista de las actuales tendencias polarizantes que descontextualizan el conocimiento y fragmentan la cultura y la identidad (Fascio, 2002; Raygadas, 2004). En este sentido, compartimos con Santos de Sousa (2002) nuestra idea de que el discurso integral en antropología médica no debe servir sólo como guión emancipador, sino también como invitación abierta para analizar las condiciones en las que el discurso puede ser aplicado, mediante el diálogo intercultural, “hermenéutica diatópica”, que

¹⁸ No necesariamente realizada por antropólogos médicos.

¹⁹ No con su discurso o imagen.

²⁰ En todos los sentidos concebibles.

pueda llevar a una práctica sumatoria de la satisfacción de las necesidades humanas en salud.

Referencias

- Amendola, Fernanda, María Amélia de Campos Oliveira y Marcia Regina Alvarenga Martins, 2008, "La calidad de vida de los cuidadores de enfermos dependientes en el programa de salud de la familia", en *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 17, núm. 2, pp. 266-272.
- Arquiola, Elvira, 1997, "La vejez: una situación culpabilizadora", en Luis Montiel e Isabel Porras (coords.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*, Doce Calles, Madrid, pp. 277-292.
- Barnett, Tony, 1977, *The Gezira Scheme: An Illusion of Development*, Frank Cass, Londres.
- Bartfield, Thomas, 1997, *The Dictionary of Anthropology*, Blackwell Publishers, Oxford, pp. 316-317.
- Blum Grymberg, Bertha, 2010, "Consideraciones críticas del comportamiento frente a la crisis", en José Narro, *La UNAM ante la emergencia sanitaria: experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1)*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 233-244.
- Boltansky, Luc, 1977, *Descubrimiento de la enfermedad*, Ediciones Ciencia Nueva, Buenos Aires.
- Boltvinik, Julio, 2009, "El concepto de progreso social y su medición. Propuesta: concebirlo como desarrollo de las fuerzas esenciales humanas", en *La Jornada*, 11 de septiembre.
- Bouteiller, Marcelle, 1966, *Medicine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, GP Maisonneuve et Larose, París.
- Browner, Carole H., Bernard Ortiz de Montellano y Arthur J. Rubel, 1992, "Análisis comparativo de sistemas médicos", en Paola Sesia (ed.), *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Gobierno del Estado de Oaxaca, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 223-263.
- Campos Navarro, Roberto, 1992, *La antropología médica en México*, t. I, Instituto de Investigaciones Históricas Dr. José María Luis Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Capra, Fritjof, 1998, *La trama de la vida: una nueva perspectiva de los sistemas vivos*, Anagrama, Barcelona.
- Castiel, Luis D. y Álvaro Álvarez-Dardet, 2010, *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Castro, Arachu, 2006, "Sobre el derecho a la salud", en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, núm. 1, en línea: <ghsm.hms.harvard.edu/people/faculty/castro>.
- Castro, Damián, 2007, "Antropología cognitiva y teoría de los esquemas", en Diego Díaz, Jordan Kristoff y Mora Castro, *Exploraciones en antropología y complejidad*, Grupo Antropocaos, Buenos Aires, pp. 105-138.
- Chambers, Robert, 1983, *Rural Development: Putting the Last First*, Longman Scientific & Technical, Wiley, Essex, Nueva York.
- Coucerio Vidal, Azucena, 2000, "Bioética, ecología y solidaridad en América Latina", en Azucena Coucerio Vidal et al., *Bioética y medio ambiente*, Ediciones del Bosque (Colección Bios y Ethos), Santa Fe de Bogotá, pp. 237-256.
- Creswell, John W., 1994, *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 173-192.
- Eggan, Fred, 1954, "Social Anthropology and Method of Cross Cultural Controlled Comparison", en *American Anthropologist*, núm. 3, pp. 743-761.
- Ehrenreich, Barbara, 1979, "Brujas, comadronas y enfermeras", en Alberto Vasco Uribe (comp.), *Enfermedad y sociedad*, Ediciones Hombre Nuevo, Medellín, pp. 148-171.
- y Deirdre English, 1973, *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*, Feminist Press, Nueva York.
- Estrella, Eduardo, 1976, *Medicina aborigen*, Editorial Época, Quito.
- Fascio, Aída, 2002, "Con los lentes del género se ve otra justicia", en *Otras miradas de la justicia: el otro derecho*, International Law Students Association, núm. 28, pp. 28-84.
- Foster, George M., 1994, *Hippocrates' Latin American Legacy. Humoral Medicine in the New World*, Gordon & Breach Publications, Longhorne.
- García de Alba, Javier y Ana Salcedo Rocha, 2009, "Historia natural y social de la enfermedad", en Roberto Martínez y Martínez, *La salud del niño y del adolescente*, El Manual Moderno, México, pp. 15-36.
- Gardner, Kathy y David Lewis, 2003, *Antropología, desarrollo y desafío moderno*, El Colegio Mexiquense, Zinacantepec, México.
- Giddens, Anthony, 1999, *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*, Taurus, España.
- Gottfried, Robert S., 1989, *La muerte negra. Desastres de la Europa medieval*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Hahold, Andreas, 1988, "El sistema cálido-fresco en la región surandina del Perú", en A. Kroeger y W. Ruiz Cano (eds.), *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica*, Centro de Medicina Andina, Cusco.

- Infante, Claudia, Rosalba Casas y Liliana Giraldo, 2010, "Efectos sociales de la influenza en México: la perspectiva de la comunidad de la UNAM", en José Narro, *La UNAM ante la emergencia sanitaria: experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1)*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 383-406.
- López Austin, Alfredo, 1980, *La polémica frío/calor. Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 2, pp. 303-318.
- Lozoya Legorreta, Xavier, 1990, "Medicina tradicional y crisis", en Ignacio Almada Bay (coord.), *Salud y crisis en México: textos para un debate*, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, Siglo XXI, pp. 376-393.
- Loustana, Martha O. y Elisa Sobo, 1997, *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*, Bergin and Garvey, Nueva York, pp. 21-48.
- Martínez Bravo, Eugenio y Dora Martínez Olivares, 1981, *Micro dosis*, Universidad Autónoma de Zacatecas (Colección Ciencia y Técnica), Zacatecas.
- Maya, Ángel Augusto, 2000, *La aventura de los símbolos*, Ecofondo, Bogotá.
- Mayr Maldonado, Juan, 2000, "Ética y medio ambiente", en Juan Mayr (comp.), *Bioética y medio ambiente*, Ediciones del Bosque (Colección Bios y Ethos), Santa Fe de Bogotá, pp. 21-30.
- Méndez Castillo, Rosa A, 2000, "Acerca de las pautas de la oms en la investigación para la evaluación de la seguridad y eficacia de los medicamentos herbarios", en *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, vol. 5, núm. 1, p. 5.
- Morales María, Elena, 2000, "La antropología médica y la salud en el año 2000", en Jaime Villalba Caloca, *Medicina tradicional en México*, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, pp. 5-16.
- Morin, Edgar, 2002, *Introducción a una política del hombre*, Gedisa, España.
- Nader, Laura, 1994, "Comparative Consciousness", en Robert Borofsky (ed.), *Assessing Cultural Anthropology*, Mac Graw-Hill, Nueva York, pp. 84-96.
- Narro Robles, José, 2010, *La UNAM ante la emergencia sanitaria: experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1)*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Neves Tasch, Eliane e Ivone Evangelista Cabral, 2008, "Empoderamiento de la mujer cuidadora de niños con necesidades especiales de salud", en *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 17, núm. 3, pp. 552-560.
- Max-Neff, Manfred, 1986, *Desarrollo a escala humana*, Fundación Dag Hamarskjold, Santiago de Chile.
- Oliveira, Déborah C. et al., 2011, "Calidad de vida y la carga de trabajo de los cuidadores de ancianos atendidos en los centros geriátricos," en *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 20, núm. 2, pp. 234-240.
- Oliver, Lilia, 1988, *Un verano mortal: análisis demográfico y social de una epidemia de cólera: Guadalajara, 1833*, Universidad Nacional de Estudios a Distancia, Guadalajara.
- Raygadas, Luis, 2004, "Las redes de la desigualdad, un enfoque multidimensional", en Luis Raygadas, *Dimensiones de la desigualdad política y cultural*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Restrepo, Helena y Hernán Málaga, 2001, *Cómo construir vida saludable*, Editorial Panamericana, México.
- Santos de Sousa, Boaventura, 2009, *Una epistemología del sur*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Siglo XXI, México.
- , 2010, *Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Salcedo Rocha, Ana Leticia et al., 2008, "Género y autocuidado y control de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del primer nivel de atención", en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 46, núm. 1, pp. 60-468.
- Shossler, Thais y María de Graça Crossetti, 2008, "Cuidador domiciliario del anciano y de sí mismo. Un análisis a través de la teoría del cuidado humano de Jean Watson", en *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 17, núm. 2, pp. 280-287.
- Sen, Amyarta, 2010, *La idea de la justicia*, Taurus, Madrid.
- Silva Ayçaguer, Luis Carlos, 2010, "La Reforma Sanitaria en EEUU: crónica de una decepción", en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 36, núm. 4, pp. 293-294.
- Suárez, Hugo José, 2006, "Producción y transformación cultural", en *Sociológica*, año 21, núm. 61, pp. 235-256.
- Suárez Lugo, Nery, 2010, "La salud como resultado del consumo", en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 36, núm. 4, pp. 322-329.
- Tetelboin, Carolina, 2004, "Cohesión social como mecanismo de protección", ponencia, *Memorias del XI Curso Taller "Legislación en Salud: Marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud"*, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- Tudor Hart, Julian, 1971, "The Inverse Law", en *The Lancet*, vol. 1, núm. 7696, pp. 405-412.
- Vargas, Luis y Leticia Casillas, 1989, "Medical Anthropology in Mexico", en *Social Sciences & Medicine*, vol. 28, núm. 12, pp. 1243-1349.
- Vasco Uribe, Alberto, 1979, *Enfermedad y sociedad*, Ediciones Hombre Nuevo, Medellín.
- Yépez Parra, Antonio, 1999, "El derecho a la salud. La necesidad de repensar los derechos sociales", en *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 25, núm. 2, pp. 112-122.