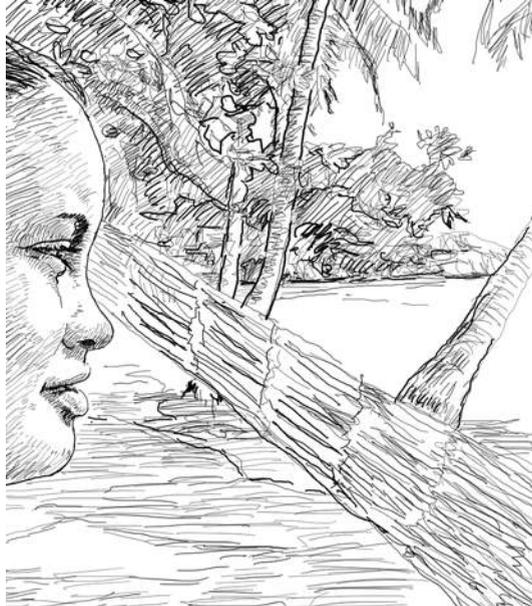


# Cultura y salud

*Publicado originalmente en la revista número 43 de diciembre de 2000  
Ponencia presentada en el “Curso Internacional Itinerante La Salud  
Colectiva a las Puertas del Siglo XXI”, febrero del 2000*

José Antonio Girón Sierra

*(Colombia, 1947 - v.)  
Médico cirujano de la Universidad de Antioquia. Exdirector de la Unidad de Servicios de Salud (UNISALUD) de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Autor de varios artículos.*



## Resumen

**E**ntendiendo la salud como un conjunto de dispositivos estatales, con sus instrumentos políticos, legales y educativos, y por lo tanto como un objeto cultural, este documento identifica los conflictos que surgen en las relaciones económicas y sociales que se dan en su interior, y problematiza el proyecto que la institución de salud propone desde sus prácticas.

## Palabras clave

Cultura, consumo, estilo de vida, enfermedad, hedonismo, modernidad, posmodernidad, salud.

## Cultura y salud

Indudablemente tiene sus riesgos la decisión de abordar con solvencia un tema como el que se ha propuesto, no solo por la complejidad que encierra en sí mismo sino, ante todo, por la limitada comunicación entre las disciplinas que se ocupan del tema de la cultura y la institución de salud, entendiendo a esta última como aquel conjunto de dispositivos estatales con sus múltiples instrumentos políticos y legales, los educativos y los directamente operativos referidos a quienes de manera directa se ocupan de la asistencia. Por esto, los riesgos son mayores para quien lo hace desde su pertenencia a la institución de salud y no desde quien dirige su pensamiento a comprender la manera como se dan las producciones

humanas (significados y simbolizaciones) y cómo estas instauran unas realidades que hacen posible el existir.

El reto, por lo tanto, está dado y se asumirá con la pretensión de establecer las conflictividades que surgen del entramado de relaciones económicas y sociales que caracterizan nuestro momento, dentro de las cuales se sumerge la institución de salud. Entramado de relaciones del cual se hace relevante el sentimiento de que valorativamente todo está puesto en cuestión, de que aquello que nos constituye se disuelve y que la amenaza de caer en el vacío nos retrotrae a un volver hacia atrás para competir y para construirnos. También, teniendo como telón de fondo tal entramado de relaciones económicas y sociales, problematizar el proyecto que la institución de salud propone desde sus prácticas.

La cultura, para una sociedad, un grupo o una persona, es un proceso continuo de sustentación de una identidad mediante la coherencia lograda por un consistente punto de vista estético, una concepción moral y un estilo de vida que exhibe esas concepciones en los objetos que adornan a nuestro hogar y a nosotros mismos, y en el gusto que expresan esos puntos de vista (Bell, 1977, p. 47).

Es el ámbito de las formaciones simbólicas expresadas como lenguaje que permiten darle sentido a la mundanidad; esto es, poder designar aquello que nos constituye, estableciéndose allí las ideas que se tienen sobre los significados y los usos del cuerpo. Es también el espacio por excelencia de la sensibilidad (afectos, gestualidades, deseos, gustos, creencias). Como concepto general no se hace explícito sino a mediados del siglo XVIII y como pluralidad es algo a lo cual se llega muy posteriormente. Como podrá comprenderse, su construcción es un proceso de naturaleza social e histórica, por lo cual le corresponden, en general, unos espacios geográficos específicos y unas temporalidades de larga duración. Se afirma que las culturas no son mortales, sino que siempre hay un volver sobre las huellas o marcas dejadas.

Como podrá deducirse, para los fines específicos del desarrollo de la temática propuesta, la cultura denotaría una manera del ser, lo cual, dicho de otro modo, no sería otra cosa que una manera de existir. Al respecto, entonces, cabría preguntarse por la diferencia entre el concepto de cultura y el estilo de vida. Se entiende por estilo aquello que hace referencia al modo, la manera, el carácter de algo, pero si esto se particulariza más como estilo de vida, indudablemente estaríamos al frente de dos maneras distintas de designar lo mismo. Esto nos permite aseverar que el concepto de estilo de vida es un producto de naturaleza cultural, lo cual, dicho de otro modo, es una manera de vivir en cuanto con ello se está haciendo referencia a un particular modo de gustar, desear y de crear, lo cual determina la forma como nos asumimos como existentes y como nos relacionamos con la naturaleza y con nuestros semejantes. El estilo de vida delimita así el sentido existencial del sujeto, en donde las simbolizaciones y los significados son los portadores de ese particular modo de ser o existir. Dada la importancia de este concepto para la institución de salud, del cual se hace uso con demasiada ligereza, será retomado al final con un poco más de detenimiento.

Teniendo como punto de partida las ideas antes expuestas, resulta pertinente la pregunta sobre cuál es el talante del mundo que nos toca vivir, cuál es su sensibilidad, cuáles códigos de comportamiento hacen posible el entramado social al cual pertenecemos y el cual asumimos como propio, y cómo esa asunción determina o no las ideas levantadas en torno al proceso salud-enfermedad.

Al respecto, los aportes que desde la filosofía hizo Martin Heidegger, de manera específica las ideas consignadas en el texto ampliamente conocido *La época de la imagen del mundo*, y desde la sociología las ideas desarrolladas por Daniel Bell en su libro *Las contradicciones culturales del capitalismo*.

Se caracteriza nuestra época, cuyos comienzos parecen situarse a finales de la década de los sesenta, por una cultura que ha llevado la lógica de la modernidad hasta

sus límites extremos. Si lo moderno está dado por la ciencia, como la posibilidad de conocerlo todo en tanto puede ser representado,<sup>1</sup> la técnica como la capacidad de servirse de un saber, la cultura como aquel espacio donde se sitúa el obrar, la secularización de la sociedad como resultado de un proceso de desdivinización y, finalmente, el arte como experiencia estética, ¿en qué radica el hecho de encontrarnos en sus expresiones extremas?

Esta época a la cual se le ha denominado posindustrial, de los medios de comunicación o posmoderna, configura una sociedad en donde los órdenes tecno-económico, político y cultural se articulan de manera compleja en tanto sus ritmos carecen de toda equivalencia, originándose por ello un conjunto de tensiones entre estos mismos órdenes que dan cuenta de nuevos y viejos conflictos que deben afrontarse. Su eslogan del “todo vale” instauro el relativismo, como expresión extrema de lo moderno, entendida por Octavio Paz como “el tiempo que se deshace entre las manos” y por Marx como “todo lo sólido se desvanece en el aire”. De esta manera, la proyectualidad y la finitud en sujetos y cosas determina el tiempo y en el espacio un mundo cinético; esto es, un estado en movilidad permanente: el ser del hombre de hoy lo determina su existencia y como tal es un ente lanzado, es un proyecto, siempre en estado de construcción como único capaz de interrogar y dar cuenta así de su incompletud. El consumo promovido a gran escala es uno de los hechos de mayor significado e impacto en los jóvenes antes indicados. Con ello, no solo se dio cabida a una nueva sensibilidad, sino a cambios de fondo en la estructura social, de manera específica en sus escalas de valores, constituyendo un nuevo estilo de vida en donde el consumo se convierte en un agente de personalización puesto que lo que se exhibe es lo que se es.<sup>2</sup> El hedonismo se constituye entonces

<sup>1</sup> “El fenómeno fundamental de la época moderna es la conquista del mundo como imagen. La palabra imagen significa ahora la lucha por alcanzar la posición en que se puede llegar a ser aquel ente que da la medida a todo ente y pone todas las normas” (Heidegger, 2010, p. 92).

<sup>2</sup> “Una economía de consumo, podría decirse, halla su realización en las apariencias. Lo que se exhibe, lo que se muestra, es un signo de logro” (Bell, 1977, p. 75). El automóvil, el cine, la radio, el internet, la televisión, se constituyen en símbolos de consumo y estatus. Pero la propaganda, y

en el valor central de la cultura como la condición para realizar la sensibilidad y libertad de manera ilimitada. No se trata, por lo tanto, de satisfacer las necesidades sino los deseos; de allí que nos encontremos frente a múltiples lógicas que responden a la naturaleza ilimitada de los mismos. Como agente de personalización e identificación el consumo instauro nuevas modalidades de conflicto social en las cuales entran en escena agrupamientos que propugnan por el acceso a unos determinados niveles de consumo, como expresión tangible de derechos y libertades que se construyen a partir de un mundo aplanado, no estratificado, que se ofrece por los medios masivos de comunicación, en donde lo *in* y lo *out* delimitan dos campos a cuya pertenencia no se está invocando un determinado lugar en la producción (condición de clase según el análisis marxista) que define unas posibilidades de acceso, sino una estrategia seductora que apunta a la gratificación de los deseos de los individuos. Estas nuevas conflictividades se expresan bien dentro del marco de las reglas de juego sociales establecidas, o bien por fuera de ellas, lo cual crea, no sobra advertir, unos nuevos escenarios y nuevos contenidos para lo político.

El proceso salud-enfermedad, del cual se ocupa la institución de salud, ¿cómo se articula dentro de la nueva sensibilidad que nos propone la época?, ¿de qué manera es causa o es objeto de nuevas significaciones dentro del marco de los puntos de contacto o de distanciamiento existentes en los órdenes tecno-económico, político y cultural antes reseñados?

La categoría “proceso salud-enfermedad” es una construcción moderna, con la cual se pretende hacer relevante el hecho de la dinámica y la dependencia recíproca que en el ser humano le asiste a estos dos polos: salud y enfermedad. La designación, como “proceso”,

la obsolescencia planificada y el crédito, son las innovaciones sociológicas más decisivas que rompieron toda la estructura moral de la sociedad burguesa. Se convierten así el cine, la televisión y la propaganda en sus guías. “El mundo del hedonismo es el mundo de la moda, la fotografía, la propaganda, la televisión y los viajes. Es un mundo de simulación en el que se vive para las experiencias, para lo que vendrá más que para lo que es. Y debe venir sin esfuerzo” (Bell, 1977, p. 77).

no solo está hablando de su condición no estática sino, ante todo, está indicando que es un *continuum* que se da dentro de variables espacio-temporales, en donde confluyen el sustrato biológico, el componente psíquico y el ámbito social (tecnológico); de allí que sea un hecho ante todo histórico en tanto hay lugar a un juicio crítico de los acontecimientos y una reconstrucción;<sup>3</sup> pero dicho proceso no solo está dando cuenta de lo histórico en un ser que se autoorganiza, crece, se adapta, reproduce, repara, envejece y muere, y que además tiene conciencia reflexiva, sino de que en él reside el hecho vital, la vida, la cual, en este caso, no es cualquier vida sino el hecho existencial; pues mientras los demás seres vivos viven el ser humano existe. El ser de lo humano se da como existencia, y tal existir, si bien se da alrededor de los mismos centros (vida, muerte, sexo, religión, maternidad, paternidad, matrimonio, amor, odio, salud, enfermedad), no siempre tiene los mismos registros. Su diferencia se inscribe en el orden cultural, de allí que no se pueda hablar en abstracto de tal proceso y más aún, la pertinencia de que este orden cultural ocupe, como sustrato, el lugar debido en la comprensión y reconstrucción del mismo. El modelo biomédico, en su afán reduccionista, ha fragmentado el proceso salud-enfermedad al centrar su atención en la enfermedad y en la curación. Lo biológico ha ocupado, de esta manera, un lugar explicativo dominante. Qué tanto la institución de salud es consciente de las implicaciones de ello es algo que hace parte indiscutible del malestar que hoy transita a lo largo y ancho de toda la institución de salud, expresado en la idea de que las cosas no se están haciendo de la mejor manera y que es necesario volver a barajarlas y detenerse en el pensar para comprender.

Daniel Bell, contrario a las concepciones precedentes, particularmente las expuestas por Max Weber, encuentra sorprendente para la nueva sensibilidad que

<sup>3</sup> “El trabajo histórico es un trabajo crítico, es también reconstrucción” (Braudel, 1995, s. p.). “La historia en la medida en que es todas las ciencias del hombre en el inmenso campo del pasado, es síntesis, orquesta. Y si el estudio de la duración bajo todas las formas le abre, como yo creo, las puertas de lo actual, entonces se encuentra en todos los lugares del banquete” (Braudel, 1995, p. 116).

se propone una radical separación entre la estructura social (el orden tecno-económico) y la cultura. En tanto el orden tecno-económico está regido por el principio de racionalidad funcional y eficiencia (que ordena a los hombres y las cosas dentro de una lógica en la que la organización de la producción, sea de bienes o servicios, conduzca a que la relación entre los costos y los beneficios esté a favor de lo último), la cultura es:

pródiga, promiscua, dominada por el humor antirracional, anti intelectual, en el que el yo es considerado la piedra de toque de todos los juicios culturales, y el efecto sobre el yo es la medida de valor estético de la experiencia (Viviescas y Giraldo, 1991, s. p.).<sup>4</sup>

Esto es, la lógica racional para un orden y el desborde de la sensibilidad realizada en el consumo a gran escala para el otro. Esta inconsistencia, o si se quiere contradicción más que separación radical, tiene sus propias expresiones en la situación de salud. Miremos las más relevantes.

Hiperconsumo en los servicios médico-asistenciales. Tanto para las economías desarrolladas, como para las llamadas periféricas o subdesarrolladas, los productos de la institución de salud ingresan dentro de la lógica de consumo a gran escala; este ingreso procede por:

a) Un usuario de los servicios de salud más informado.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> “En la actualidad se toleran mejor las desigualdades sociales que las prohibiciones que afectan a la esfera privada: se consiente más o menos el poder de la tecnología, se legitiman las élites del poder y el saber pero se es refractario a la reglamentación del deseo y de las costumbres... El ideal de autonomía individual es el gran ganador de la condición posmoderna” (Lipovetsky, 1993, p. 169).

<sup>5</sup> “El hiperconsumo de medicamentos es real. Pero la afirmación de que la causa es la publicidad o la tontería y la irresponsabilidad de los médicos constituye una explicación demasiado simple. El público consume sin la intervención médica una enorme masa de medicamentos. Y los medicamentos recetados por los médicos a menudo se amontonan en los botiquines familiares y nadie los usa. Pero las verdaderas causas, las causas más importantes del hiperconsumo corresponden a otros ámbitos. Una de ellas es loable: la gente se cuida más con productos cada vez más eficaces o con frecuencia cada vez más caros. Tanto mejor. Otra causa responde a una orientación denunciada ya en esas páginas, que prevalece en la civilización tecnocrática y la medicina clínica. Se aspira a resolver todo, todos los problemas morales, políticos, sociales, culturales y afectivos mediante soluciones técnicas, en este caso medicamentos. Cuando no se alcanza a

No se va a establecer un oficio de valor sobre la naturaleza de esta información, sino que desde los medios masivos de comunicación se induce el consumo en tanto se comporta como una caja de resonancia lo nuevo; al exaltarlo de manera ilimitada se convierte en su instrumento más eficaz y una vitrina que explicita las ilimitadas posibilidades de elección. Como es apenas obvio, la estrategia publicitaria se concentra en el modelo biomédico. Sin embargo, como en muchas cosas propias de la época, “el todo vale” se traduce de hecho en una postura ecléctica generalizada en donde lo biomédico, todas las prácticas de intervención en salud provenientes de otras culturas, la brujería, la santería y el chamanismo, para solo mencionar algunas, se colocan en un mismo plano y se consumen simultáneamente ante un hecho patológico determinado.

b) Si lo que define a la época es la satisfacción del deseo y el goce, como el lugar desde donde se realiza el proceso de personalización, dado en términos de capacidad de elección en un mundo de posibilidades que están a la vista, no hay lugar, por así decirlo, al dolor y el sufrimiento.<sup>6</sup> De esta manera, la enfermedad se convierte en un obstáculo, en una limitante al modo de vida construido en torno al placer, de allí que la tolerancia a tales limitaciones sea exigua y las ofertas para superarlas sean la institución de salud u otras alternativas más deletéreas como la toxicomanía. La institución de salud propone, en el orden de la producción de los servicios, la lógica de la eficiencia, la productividad, la jerarquía, la meritocracia y, desde el modelo médico que le es dominante en el ámbito asistencial, ofrece reparar el daño y un discurso higienista restrictivo y prohibitivo. Aunque el discurso

---

comprender y no se puede ayudar, se receta. Y este tipo de prescripción puede ser un proceso infinito, dado que jamás responde a la demanda y a las necesidades reales” (Besaïd, 1976, s. p.).

<sup>6</sup> “La sociedad de consumo es fundamentalmente un sistema de abertura y atención, un medio de instrucción flexible ‘digest’ sin duda, pero permanente. Gozar de la vida, pero también mantenerse al corriente, ‘estar conectado’, cuidar de la salud como lo demuestra la creciente obsesión por los problemas de salud, la inflación de demanda médica, la multiplicación de las obras de vulgarización y de las revistas de información, el éxito de los festivales, las masas de turistas cámara en mano desfilando por los museos y ruinas históricas” (Lipovetsky, 1995, p. 165).

higienista, referido de manera directa a los hábitos o estilos de vida saludables, será retomado de manera más amplia posteriormente, merece destacarse, en esta oportunidad, el desencuentro existente en las finalidades entre este discurso higienista y la mentalidad del goce y el cultivo narcisista de la época. Para el primero, desde una lectura biológica del cuerpo, el ejercicio, la dieta sana y el no fumar, por ejemplo, apuntan a eliminar factores de riesgo y promete, para quien lo practique, salud. Para el segundo, para quien se sitúa como habitante del mundo que nos toca, significa ante todo restricción y limitación a sus posibilidades de realización, pero si ello llega a ser parte de su modo de vida, lo es, no porque se renuncia al goce para hacerse más sano, sino porque allí está operando una lectura distinta del cuerpo y se ha hecho una sustitución de un goce por otro; esto significa, contar con un cuerpo que, estéticamente, esté dentro de lo *in*, para ser mostrado y para ser gozado. Estética y salud soportan, en este caso, valores y finalidades que no casan; de allí que también tengan sus propias expresiones del rechazo a todo lo que intente intervenir lo privado y la resistencia a todo aquello que pretenda reglamentar el deseo y las costumbres, lo cual interroga, por lo menos, la manera como hoy se entiende algo tan medular a la institución de salud como la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

c) El hiperconsumo no solo procede del usuario de los servicios de salud, lo hace también desde la misma institución de salud. Esto opera en dos sentidos:

El primero hace referencia a sus fundamentos. La institucionalización de un modelo médico que, apuntalando en el paradigma biológico, ha aportado el proceso salud-enfermedad a partir de la enfermedad, asumiendo la tarea de obtener una representación de la misma y una acción que conduzca a la cura como resolución del daño. En este propósito la tecnología ha ocupado un lugar privilegiado, si se quiere dominante, en lo concerniente al hecho representativo. Lo verdadero está dado por el representar como certeza; y al situarse dentro de este ámbito el modelo biomédico

y la medicina como práctica han sido exitosas, pero a unos costos que apenas se comienzan a identificar. Por esto, cada vez el acto médico se hace más técnico,<sup>7</sup> lo cual configura la justificación para el uso de todo un arsenal de dispositivos cada vez más sofisticados y más numerosos, y ello significa su uso creciente pues siempre habrá una razón técnico-científica justificadora. Cada vez se llega más al hecho, por demás sorprendente, de que aquello que no se ve no existe. Es por esto por lo que la denominación “biomédica” no expresa con exactitud lo que se hace, y es necesario que lo que denomina contenga lo técnico y la intencionalidad curativa, como una consecuencia lógica de la preeminencia que les asiste. Por esto se prefiere hablar del modelo “tecnológico-curativo” como el talante que le asiste a nuestro hacer hoy. De esta manera, la institución de salud se sintoniza con el orden tecno-económico y al hacerlo en profundidad explícita su expansión hacia otros ámbitos en donde tiene que dar razón de lo normal y de lo patológico. En esto se fundamenta la función de control social que le asiste a la institución de salud, que no es dada *per se* sino por la capacidad de representar algo que habilita para excluir o incluir.

La segunda es de orden moral. Dentro del modo de producción capitalista, y aún más dentro de su versión neoliberal, la salud, convertida en una gran industria, no se sustrae a la lógica del capital. Se produce un bien o un servicio para obtener unas determinadas tasas de ganancia, y esto ha creado en distintas instancias de la estructura de salud la postura perversa de hacer más de lo necesario para mejorar la venta, de hacer cuando no se cuenta con la indicación técnico-científica o cuando bajo situaciones terminales se crean expectativas, no solo desmedidas sino abiertamente inhumanas. Esto es solo una arista de todo un quiebre, si se quiere, en la

<sup>7</sup> “Es un cambio de tendencia paralelo lo que ha llevado a Daniel Bell a hablar de una sociedad posindustrial, es decir, de una sociedad fundada no sobre la producción en serie de mercancías industriales y sobre la clase obrera, sino sobre la primacía del saber teórico en el desarrollo técnico y económico, en el sector de los servicios (información, salud, enseñanza, investigación, actividades culturales, tiempo libre, etc.)” (Lipovetsky, 1995, p. 165).

estructura ética y moral de un conjunto de prácticas que se llevan a cabo dentro de la institución de salud, a las que solo se le mira de soslayo o de manera periférica y no de fondo, cuando en el mejor de los sentidos se trata, evidentemente, de un problema de fondo. Siempre habrá justificaciones de orden técnico-científico para una determinada intervención quirúrgica; la formulación de la novísima sustancia farmacológica o la ayuda diagnóstica de última generación, creando expectativas inadecuadamente sustentadas pero sí con incuestionables costos individuales e institucionales. Esto nos lleva a considerar serios cuestionamientos a que los recursos de una actividad como la salud sean entregados para su administración a los particulares, pues aparte de las múltiples maneras que se dan para tomar una ruta inmoral, la lógica del capital, centrada en la utilidad, no concuerda con el sentido fundamental del sistema de salud que es el de la salud pública. No está pues, dentro de los presupuestos, por ejemplo, de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de nuestro actual sistema de salud, medir qué tan sana es la población inscrita y cómo están contribuyendo con su trabajo a modificar la morbimortalidad de la población. Su preocupación central está en medir sus condiciones de eficiencia económica y poder mostrar balances satisfactorios en este campo. De alguna manera, por esto el lenguaje de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tiene una condición de marginalidad, pues siempre, a corto plazo, será más rentable situarse en el contexto de la enfermedad y no de la salud. Cuando de la actividad en el sector salud se habla de la obtención de utilidades es de sospechar, por lo menos, que muchas cosas se dejaron de hacer en materia de salud pública; y allí hay un problema de ética pública que, dentro del sistema económico dominante, pasa inadvertido.

Pero este hecho moral se hace más complejo cuando se tienen en consideración situaciones referidas a nuestras particularidades. Estiman algunos autores, como Jorge Orlando Melo, que los cambios acelerados ocurridos en la sociedad colombiana han provocado una modernización por vía negativa, esto es, que

dichos cambios han debilitado los marcos tradicionales de cohesión e integración sociales, disminuyendo, sensiblemente, lo público, haciendo a la sociedad proclive a la solución privada y violenta de los conflictos. Esto se ha traducido en un debilitamiento secular del Estado en tanto en la sociedad ha tomado carrera el hecho de no sentirse reflejada ni regulada por él. Por su parte, Luis Jorge Garay Salamanca, dentro de una línea de análisis similar, señala cómo la problemática colombiana está marcada históricamente por la progresiva subordinación de lo público a favor de los intereses privados, mediante la imposición de estos intereses por grupos tanto legales como ilegales, creándose una cultura productiva, no de naturaleza capitalista sino rentística, en la que se propende por la

búsqueda de ganancias y la satisfacción de objetivos egoístas excluyentes a través del usufructo de privilegios individuales adquiridos por medio del aprovechamiento de su capacidad de actuación en el mercado, al no existir condiciones equiparables a la competencia perfecta, y del poder de influencia e incluso de coacción que disponen ciertos grupos determinantes dentro del ordenamiento político y económico para la aplicación de políticas públicas y colectivas, en beneficio exclusivo de sus propios intereses privados egoístas aun a costa del interés público (Garay, 1999, p. 18).

Esto nos está hablando de que la problemática que nos asiste es de mayor calado, y que va más allá de la superación, por ejemplo, de un conflicto armado, el cual es más una consecuencia que una causa, situándonos en el orden de lo cultural, pues lo que está demandando es una transformación del sujeto social en sus códigos de comportamiento, de tal manera que encuentre una forma distinta de relacionarse y de operar colectivamente... pero, para los efectos del tema que nos ocupa, saltan a la vista no pocos interrogantes sobre lo que puede ocurrir cuando bajo estas condiciones de un profundo debilitamiento de lo público, y por lo tanto del Estado, se entrega a la administración del sector privado un servicio público como la salud. No podría ser ajeno el sector salud a tales circunstancias, y hoy buena parte de

la crisis que se vive tiene sus explicaciones en que acá también han tomado asiento tales intereses privados egoístas.

Como puede observarse, a partir del hiperconsumo, como un hecho que caracteriza la época, se ha logrado un registro de algunas de sus expresiones en la institución de salud, evidenciándose cómo, dentro de ella, circula todo un conjunto de lógicas cuyos encuentros y desencuentros develan sus propias conflictividades, reafirmando y consolidando algunas precedentes, pero emergiendo otras que están hablando hace rato pero que no cuentan con la escucha adecuada porque no son pensadas.

¿De qué manera lo posmoderno es realmente un problema para la periferia? ¿No es acaso algo que solo le es pertinente al centro? Son interrogantes que deambulan como sospecha de que esto no es más que el esnobismo de algunos que quieren forzar y acomodar determinados planteamientos teóricos a realidades ajenas. Se dice, por ejemplo, que a la periferia la modernidad le llegó tarde, si es que le llegó; luego ¿cómo podría hablarse de posmodernidad? Los cambios marcadamente acelerados ocurridos en los últimos veinte años: externos, como la globalización y los desarrollos en los medios de comunicación, e internos, como el acelerado proceso de urbanización, despejan cualquier duda al respecto, colocándonos al frente de algo más complejo, y es la presencia simultánea de lo premoderno, lo moderno y lo posmoderno en una rara amalgama que, por momentos, se percibe caótica y que algunos, como García Canclini, interpretan como hibridez. Simultaneidad que no es inocente y que lleva a pensar en que la magnitud de los desencuentros y la naturaleza de las conflictividades se magnifiquen y no se soslayen. La sola idea de un proyecto civilizatorio universal cobra acá una mayor fuerza como amenaza disolvente de lo que somos, pues como lo señala André Leroi-Gourhan (1971) es en ese cuerpo de conocimientos, resultado de las experiencias compartidas del individuo o del grupo, en donde radica el elemento fundamental de su unidad y de su personalidad

y la garantía de su transmisión, la condición necesaria para su supervivencia material y social (p. 254). Esto adquiere una importancia vital en una sociedad como la colombiana, en donde las regiones tienen su propia identidad en los órdenes tecno-económicos, cultural y político, pero que además la asiste una condición multiétnica que se ignora sin más, lo cual se refleja en los remedios de política de salud en donde se da por sentado la validez de solo una manera de entender el proceso de salud-enfermedad. Por esto, las respuestas defensivas a esta idea homogeneizante no son pocas, y de ello da cuenta la manera como se han puesto al orden del día los nacionalismos, las etnias, las regiones y las sexualidades que reclaman reconocimiento y estatus. Por esto, entre lo universal y lo particular, lo nuevo y lo sedimentario, habrá siempre una tensión que procede del hecho de que las temporalidades y los ritmos en el orden de la cultura, la política y la estructura social son distintos; ritmos y temporalidades que se han hecho más manifiestos en la época actual, en donde el dinamismo de la tecnología se ha visto superado, según se afirma, por el del orden cultural.<sup>8</sup> Como se indicó con anterioridad, la cultura no procede de manera acumulativa, siempre hay un retorno sobre las mismas cuestiones existenciales aunque sus significados sean redefinidos total o parcialmente, pero no por esto es una huella, una memoria cuya inscripción, mientras más profunda menos manipulable.

Hasta aquí, en este análisis se ha construido más desde la perspectiva sociológica y filosófica. Para efectos de abordar la última parte de este ejercicio es necesario tomar un atajo que nos permita mirar de otro modo el diálogo que se ha querido establecer entre la cultura y la salud. Este otro modo pretende entender la manera como se inscriben en el individuo

<sup>8</sup> “La cultura ha adquirido una importancia suprema por dos razones complementarias. En primer término, la cultura se ha convertido en el componente más dinámico de nuestra civilización, superando hasta el dinamismo de la tecnología... en segundo término, en los últimos cincuenta años, aproximadamente, se ha producido la legitimación de este impulso cultural. La sociedad ahora acepta este papel de la imaginación, en lugar de considerar, como en el pasado, que la cultura establece una norma y afirma una tradición filosófico-moral con relación a las cuales lo nuevo puede ser medido y (por lo general) censurado” (Bell, 1977, p. 45).

los códigos de comportamiento, y de qué naturaleza es esta inscripción. Como podrá comprenderse, esto tiene una importancia capital en el sentido de que los códigos de comportamiento no son más que las consecuencias de un determinado cuerpo de creencias, los cuales, bajo unas condiciones espacio-temporales dadas, definen un estilo de vida. Entendido como una manera de ser, el estilo de vida tiene como continente la existencia, y como contenido las significaciones de la tradición que garantizan la supervivencia no solamente biológica sino social. Pero acá también hay lugar para lo nuevo, y la confrontación, como inherente a lo humano es la posibilidad de acceder a las rupturas y de allí a nuevas construcciones simbólicas. Esto lo denota cierta condición de estabilidad, pero es una condición permanentemente interrogada, confrontada si se quiere.<sup>9</sup> Por esto, como se ha indicado con anterioridad, el ser del hombre es la proyectualidad.

La antropología tiene algunas respuestas a nuestras inquietudes, y para el efecto, nos apoyaremos en el trabajo de André Leroi-Gourhan *El gesto y la palabra*. Siempre ha existido la preocupación y la curiosidad por las fronteras entre lo animal y lo humano, entre lo zoológico y lo cultural, entre lo instintivo y lo inteligente. Tanto la sociedad animal como la humana tienen algo en común, algo que comparten y que las hace de alguna manera indistinguibles; esto es que sus agrupamientos obedecen a la disponibilidad de un cuerpo de tradiciones que se transmiten de generación en generación, lo cual asegura su sobrevivencia y desarrollo del grupo. Este cuerpo de tradiciones no es más que aquel conjunto de comportamientos, actitudes, gestos, valores y acciones que ya pasaron la prueba del ensayo- error, que no solo aseguran la sobrevivencia, sino que también identifican y caracterizan. Esto solo es posible gracias a que se ha operado un registro, una huella que permita la repetición; y esto no es

<sup>9</sup> “El poder ser es, en efecto, el sentido mismo del concepto de existencia. Descubrir que el hombre es ese ente, que es en cuanto es referido a su propio ser como a su posibilidad propia, a saber, que es solo en cuando puede ser, significa descubrir que el carácter más general y específico del hombre, su ‘naturaleza’ ‘esencia’ es el existir. La ‘esencia del hombre es la existencia’” (Vattimo, 1987, p. 75).

más que la inscripción como memoria a la manera de cadenas operatorias. Pero tal transmisión no es igual para la sociedad animal y humana, evidenciándose en ello diferencias sustanciales: para el animal, cuyo agrupamiento se da como especie, se trata de una memoria “específica” que reposa en el aparato de lo instintivo, y sus transformaciones ocurren en periodos muy largos pues están sometida a que sea dominante la inscripción genética de los conocimientos; para el humano, su agrupamiento se da como la etnia y su memoria es “étnica” y reposa en un aparato marcadamente complejo, como es el lenguaje. Esta memoria está por fuera de lo zoológico, en el sentido de que las posibilidades de confrontación se sitúan en el orden de lo social como encuentro, o desencuentro, de simbolizaciones que han lanzado al hombre a un proceso evolutivo mucho más rápido.

La memoria étnica sirve de soporte, por lo tanto, al comportamiento operatorio del humano en el cual se distinguen tres planos: el profundo o automático, que da cuenta de lo biológico, sobre el cual la educación se asienta, de manera sólida y perdurable (transmisión de conocimientos por tradición), mediante cadenas operatorias, lo que concierne a las actitudes corporales, al comportamiento alimentario y al comportamiento sexual. El segundo plano es el maquinal, son cadenas operatorias que se adquieren por la experiencia y por la educación, no son totalmente automáticas y se inscriben como gestualidades y como lenguaje. En tercer lugar está el lúcido, en el cual el lenguaje cumple un papel preponderante y es por ello el nivel de la confrontación por excelencia. Dichos niveles responden a una abstracción, pues su comportamiento real corresponde más bien a un encadenamiento entre sí y a una permanente movilidad en un diálogo constante con el dispositivo social. Estos niveles dan cuenta de las prácticas elementales o cotidianas, esto es, los programas vitales del individuo: *habitus* corporal, prácticas de alimentación o de higiene, gestos profesionales, comportamiento de relación con los próximos. Su adquisición se da en los primeros años de vida por imitación, por la experiencia o mediante

la comunicación verbal, en donde las células sociales, como la familia y toda una gama de grupos que hacen posibles las experiencias compartidas, viabilizan el registro.<sup>10</sup> Por lo que esto significa para el humano, es decir, su sobrevivencia en el orden biológico y social, no se trata de cualquier huella o cualquier marca pues su registro se sitúa en lo más profundo de la memoria colectiva; por ello, su remoción no es posible sin antes haberse operado en el nivel lúcido una confrontación importante, por lo que está en juego, y esto requerirá que se active toda una batería de experiencias en el plano individual y social que permitan la emergencia de nuevas cadenas simbólicas, que se traduzcan en actos como nuevos comportamientos, nuevas gestualidades.

¿Qué correspondencias pudieran establecerse entre el estilo de vida y la memoria étnica? La memoria étnica es un fondo a la manera de una matriz sobre el cual cada individuo se concreta como proyecto; y es en esa proyectualidad en la cual se dirime el estilo individual, el del grupo dado o, inclusive, el de una época. Es en la proyectualidad en donde la memoria, como constituyente, es fuente de comodidad, de seguridad; pero también de rupturas, de conflicto como posibilidad de progreso. Entendido el estilo de vida, como ya fue dicho, como una manera del ser, estaríamos entonces frente a una compleja confluencia de cadenas simbólicas con sólidos anclajes en la herencia genética y en la memoria social, con capacidad de caracterizar, inscritas como marcas a niveles de profundidad en la estructura psíquica, manifestadas como comportamientos, acciones, gestualidades, valoraciones, gustos y una determinada forma de expresar lo sensible. Cuando se hace referencia los niveles de profundidad de los dispositivos culturales

<sup>10</sup> “Las cadenas operatorias maquinales son el fundamento de comportamiento individual; representan en el hombre el elemento esencial de la supervivencia. Ellas constituyen al ‘instinto’ en condiciones propiamente humanas, puesto que representan un nivel elevado de disponibilidad cerebral... Son las prácticas de elementales, cuyas cadenas se van construyendo desde el nacimiento, las que marcan más fuertemente al individuo desde su huella étnica. Los gestos, las actitudes, la manera de comportarse, lo trivial y lo cotidiano, constituyen un medio de unión al grupo social de cuyo origen el individuo no se libera jamás completamente, aun cuando fuese trasplantado en una clase diferente o en otra etnia” (Leroi-Gourhan, 1971, p. 228).

estamos ante un hecho decisivo. De manera específica, merece destacarse que la inscripción de los hábitos se lleva a cabo en los planos más profundos, en la mayoría de las veces de una manera infrasimbólica, configurando un cuerpo de programas cuya estabilidad permite la repetición como garantía de la sobrevivencia biológica y social del individuo, del grupo o la etnia. Programas que, siendo lo más profundo, son a la vez lo más superficial, en tanto lo más evidente. Los hábitos son a la cultura como la piel es al cuerpo.<sup>11</sup>

Presentadas las cosas de esta manera, podrá captarse la magnitud de lo que es el estilo de vida y, a partir de ello, lo distante que se encuentran la institución de salud, desde su praxis de comprender aquello de lo que habla y de lo que pretende transformar. Con cierta benevolencia podría afirmarse que más que indicar un desconocimiento culposo se trata más bien de un desconocimiento ingenuo. Y es ingenuo por la postura de falsa solvencia que se asume desde una posición de poder cuando se interviene, a partir de un juicio que construye desde un saber biológico, a quien no está dentro de su modelo estilo de vida. Al respecto, resulta pertinente intentar un acercamiento a la manera como la institución de salud procede. Como se indicó con anterioridad, el proceso salud-enfermedad es, en su sentido general, un producto cultural. Por esto, cada época, de acuerdo con su manera de entender, ha construido una idea de este proceso. Desde esta perspectiva, cada época, en consonancia con ello, se ha dotado de todo un conjunto de instrumentos para enfrentar la enfermedad y, de manera paralela, ha levantado toda una idealización de lo sano y de la salud a partir de lo cual ha construido un discurso higiénico.<sup>12</sup> Este discurso higiénico siempre ha tenido

<sup>11</sup> “Pues bien: una frase puede sintetizar lo que queremos anunciar respecto a la comprensión de la memoria de una cultura: nada es más profundo que aquello que se toca, quizá porque la profundidad solo es en la superficie. O lo que viene a ser lo mismo, los niveles, los núcleos, las superficies de inscripción que permiten estratificar el ámbito de la cultura, entre más profundos, más superficiales, esto es, más en la superficie. Y entre más evidentes, más profundos” (Montoya, 1993, s. p.).

<sup>12</sup> “La gran contribución de los griegos fue haber creado un sistema de higiene personal que marcara un ejemplo para todas las épocas... Para los griegos, la salud era el mayor de los bienes, ya que su ideal era el hombre perfectamente equilibrado, física y mentalmente, sano y hermoso. Así, el

como referente el estilo de vida. La época que nos ocupa, la que nos toca vivir, no es ajena a ello. La institución de salud, como se dijo anteriormente, ha llevado a la modernidad hasta sus límites extremos, en el sentido de que el conocimiento biológico y lo técnico son los que dan cuenta de lo real y de lo verdadero, en donde otros elementos interpretativos y de fondo, como el orden cultural, son considerados pero solo de manera periférica. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son unos de los componentes de un discurso higiénico que, inmersos en el mundo de la representación, se han reducido a una condición estrictamente de orden técnico. Pero además de lo anterior, merecen tenerse en consideración dos elementos estrechamente relacionados con la estrategia utilizada por la institución de salud para impactar o remover los estilos de vida.

En primer lugar, se ha construido un estilo de vida de contenidos estrictamente prohibitivos y homogeneizantes, el cual augura, para quien lo practique, salud en términos de una mayor sobrevivencia y un mejor bienestar. Esta estrategia prohibitiva ha colocado a la institución de salud en un papel que bien pudiera interpretarse como el de ocupar el lugar que en otras circunstancias tuvo la institución religiosa, esto es, una versión secularizada del discurso religioso, que en otro momento pudo haber sido exitoso pero que hoy, cuando asistimos a una época en donde el hedonismo se constituye en el valor central de la cultura, en tanto es la satisfacción del deseo y el goce en donde se realiza, por así decirlo, el proceso de personificación plantea serios interrogantes sobre su eficacia. Es homogeneizante en cuanto desde su saber, y desde una postura técnica, propone unos “hábitos saludables” para todos; esto es, una manera determinada de ser en un momento también en el cual se asiste a la explosión de estilos de vida como una forma de expresar el afán personalizante.

En segundo lugar, como se indicó con anterioridad, la constitución de un estilo de vida es el resultado de todo

ideal estético era al mismo tiempo un ideal higiénico” (Sigerist, 1974, p. 34).

un proceso educativo, el cual se desenvuelve en unos tiempos y unos contextos concretos, en donde el individuo establece un diálogo permanente con el orden social a la manera de experiencias compartidas que viabilizan su crecimiento, entendido esto último como: evolucionar, adaptarse, asimilar, recibir, integrarse, crear y construir. Esto es diametralmente diferente a lo que practica la institución de salud, la cual reproduce un modelo educativo entendido solo desde lo institucional, fundamentado en la instrucción y no en la formación, más en la adquisición y producción de conocimientos que en la definición y consolidación de valores y actitudes. La institución de salud cuenta con un espacio en el cual contiene todas las condiciones para que allí se dé lo que se ha indicado como “experiencia compartida”. Este espacio es la consulta, en donde las intimidades y las confianzas, los acercamientos y los distanciamientos, las normatividades y las sensibilidades, y las interpretaciones construidas desde el cuerpo de creencias de médico y paciente, circulan para construir una verdad propia que hace posible la cura, el alivio del dolor y un aprendizaje mutuo que dejará su huella. Muchas de las dificultades que hoy le asisten a la institución de salud radican en que dicho contacto, para una experiencia como la indicada, es cada vez más técnico, y en donde se dan unas relaciones de poder que bloquean la posibilidad de construir tal relación.

Estos dos elementos relevantes nos permiten juzgar que el planteamiento higiénico de la institución de salud contiene serios obstáculos para generar cadenas simbólicas, dentro de un escenario de confrontación de opciones, las cuales cuenten con la eficacia vital necesaria para inscribirse como memoria. Esto es, que desencadenen todo un proceso creador e inciten al individuo al juego de una aventura que lo sitúe por fuera de la memoria que lo ata a la tradición; y que al operar así, al valorarlo así, se comporte como una opción eficaz. Esto, indudablemente, nos sitúa en la necesidad de hacer una profunda reflexión con respecto a lo que hacemos en un momento en el cual, por los cambios en la morbi-mortalidad, emerge con fuerza el discurso higiénico, y cuando, a la par de lo anterior,

dados los altos costos en los servicios de salud, este mismo discurso se presenta por algunos como una tabla de salvación.

Como fue anunciado desde un comienzo, nuestra intención en el desarrollo de este ejercicio no ha sido otra que proceder a señalar las conflictividades y las problematizaciones de una institución que, como la de salud, es un componente importante de una cultura, como bien lo señala Sigerist en un importante artículo escrito en 1931.<sup>13</sup> Muchos esperarían soluciones a manera de recetas que permitieran vislumbrar salidas en semejante maraña. En cosas como estas se precisa ser contundente: no hay lugar al facilismo, y de lo que se trata es de recuperar el pensar como la única forma de hacernos las preguntas. Bien podría entonces interrogarse si a la institución de salud le es pertinente la tarea de incidir en los estilos de vida. Si lo es, esto nos conduciría a repensar el modelo médico imperante, también el proceso educativo como algo que trasciende las posibilidades institucionales y, por tanto, admitir que el saber médico requiere de una dosis de sentido crítico, un buen grado de ponderación en su saber que dé cabida a otros saberes para comprender mejor lo humano. Pero también valdría la pena no tanto preguntarse, pero sí plantearse, dentro del contexto de las actuales sensibilidades, que el estilo de vida propuesto por el proyecto higiénico de la institución de salud, en el mejor de los casos, es solo uno de tantos que circulan en el mundo de lo posible, y que al hacer parte de todo estilo de vida del proyecto la institución de salud no tenga otra competencia que asumir el respeto de este como uno de los fundamentos de su eticidad; respeto que no sería distinto que el retomar lo que no debería haberse abandonado, a saber, su condición de acompañante del proceso vital. A fin de cuentas ¿a cada cual le corresponde elegir no solo la manera de ser, sino también la de morir? Esto, indudablemente, implica también darle nuevos sentidos a la idea de

<sup>13</sup> “Desde cualquier ángulo que abordemos estos problemas, una y otra vez, encontramos que la higiene y la salud pública, igual que la medicina en general, no son sino un aspecto del conjunto de la civilización de la época, y son determinadas, en amplio grado, por las condiciones culturales” (Sigerist, 1974, p. 39).

salud, superando lo idílico y lo utópico, llenándolo de terrenalidad. Que antes de mirarlo como lejanía tome cuerpo en el aquí y el ahora, como aquello que sea la posibilidad de la posibilidad.

## Referencias

Bell, D. (1977). *Las contradicciones culturales del capitalismo*. Madrid: Alianza Universal.

Bensaïd, N. (1976). *La consulta médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Braudel, F. (1995). *La historia y las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

Garay, L. J. (1999). La transición hacia la construcción de la sociedad. Reflexiones en torno a la crisis colombiana. En A. Camacho y F. Leal (Eds.). *Armar la paz es desarmar la guerra*. Bogotá: DNP, Fescol, IEPRI.

Heidegger, M. (2010). *Caminos del bosque*. Madrid: Alianza Editorial.

Leroi-Gourhan, A. (1971). *El gesto y la palabra*. Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela.

Lipovetsky, G. (1993). Modernismo y posmodernismo. En *La era del vacío* (pp. 39-175). Barcelona: Anagrama.

Lucio, R. (1989). La construcción del saber y del saber hacer. *Revista de la Universidad de la Salle*, (8-9), 38-56.

Múnera, M. C. (s. f.). *Algunos elementos para el diseño de estrategias educativas*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, CEHAP.

Montoya, J. (1993). *Situación posmoderna de la memoria y sus signos. La cultura posmoderna*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.

Sigerist, H. (1974). *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Guadalupe.

Vattimo, G. (1987). *Introducción a Heidegger*. Barcelona: Gedisa.

Viviescas, F., y Giraldo, F. (Comps.) (1991). *Colombia: el despertar de la modernidad*. Bogotá: Foro Nacional por Colombia.