

3

LA SALUD EN LAS CULTURAS

Henri Bouché

Universidad Nacional de Educación a Distancia

1. PREVIA

Ocuparse de la salud no es una cuestión reciente, sino una preocupación que surgió ya en los primeros momentos de la historia de la humanidad. El hombre primitivo intentaba poseer un nivel de integridad física y también espiritual que le permitiera desarrollar sus actividades con la mayor normalidad posible. Sin embargo, surgió la enfermedad, aunque no tan tardíamente como se pensaba, sino en los propios albores de la humanidad, tal como la moderna paleopatología ha descubierto, y el hombre comenzó a preocuparse por sus causas y remedios. La enfermedad, *lo mismo que el nacimiento y la muerte, es ante todo un suceso social impuesto por la condición biológica del hombre* (Meyer, 1996: 236), pero, a diferencia del nacimiento y de la muerte, aquélla se presentaba como algo más o menos reversible y, por consiguiente, susceptible de lucha y, en ocasiones, de victoriosa batalla.

Es a partir de los años 20 cuando precisamente la enfermedad y la medicina en la sociedad tradicional se convierten en objeto de estudio formal por parte de antropólogos que crean una corriente desarrollada y puesta bajo la denominación de *Antropología médica*, la cual intentará una amigable convivencia entre las ciencias sociales y las ciencias biomédicas. Junto a la lucha contra la enfermedad, el ser humano se encontraba, consecuentemente, fren-

te al estudio de la salud; estadio éste que, de una manera formal, puede decirse que resulta de muy reciente incorporación.

No obstante, hay que considerar que el término *Medical Anthropology*, acuñado en 1963 por Scochts y otros, parece no ser demasiado riguroso y apropiado para la educación para la salud. Pese a ello, bastantes antropólogos han preferido hablar del término genérico Antropología de la Salud que, en cierto modo, ha sido criticado también como etnocéntrico, es decir, visto bajo la perspectiva concreta de una cultura, en este caso, la occidental.

Pues bien, el campo al que nos vamos a referir tiene, evidentemente, un carácter sociocultural y ha sido abordado tanto desde el punto de vista de la antropología como del de la medicina. Así, ha nacido la anteriormente mencionada antropología médica y también la etnomedicina, la etnopsiquiatría y los estudios transculturales. Hoy, como posteriormente veremos, la salud es un campo abierto a otros ámbitos entre los cuales destaca el educativo.

Indudablemente, en el campo de la salud confluyen, cuando menos, las aportaciones de la antropología, de la medicina y de la educación.

2. ENFERMEDAD Y SALUD COMO CATEGORÍAS SOCIOCULTURALES

Hablar de la salud como contraposición a enfermedad suele constituir una asociación bastante común, aunque realmente esta última abarca un ámbito distinto, bien sea con carácter preventivo o simplemente como mejora y mantenimiento de la calidad de vida. Pero también es inevitable la referencia al concepto de enfermedad que ha venido marcando, de alguna manera, la historia del hombre.

La enfermedad no es simplemente la contraposición a la salud, aunque sí su pérdida, claro está. En primer lugar, posee una categoría sociocultural importante. Generalmente, muchas de las investigaciones han sido realizadas por antropólogos que han descrito sociedades sanas; a pesar de ello también se ha estudiado la enfermedad bajo perspectivas puramente médicas, aunque, igualmente, sociales y educativas.

Por otra parte, las implicaciones de la enfermedad han sido diversas y han trascendido el campo de la individualidad. Pensemos, por un momento, en las denominaciones que se han dado en diferentes lenguas, en donde su significado puede ser muy distinto. Así, en inglés recibe tres nombres: *disease*, *illness* y *sickness*.

En el primer caso, *disease*, aparece, indudablemente, la dimensión biológica de la falta de salud, constante histórica, al menos durante los dos

últimos siglos. Es, como dice Boorse (1975), una dolencia, un «valor abierto». Ese concepto hace que la enfermedad se trate como un fenómeno observable, cuantificable, etc. En cambio, el nombre de *illness* incluye niveles más subjetivos, tales como los síntomas de salud, los de la enfermedad, la angustia vital que produce, etc. Finalmente, *sickness* entraña claramente un aspecto social importante al ser considerado el enfermo por «los otros» como falto de salud y, por lo tanto, identificado por el defecto de realizar las funciones sociales pertinentes, tal como argumenta Twaddle (1993: 553).

Esa terminología se presta a usos no indiscriminados, pero sí específicos de una u otra perspectiva profesional. Así, por ejemplo, el antropólogo suele utilizar con mayor frecuencia *illness* y *sickness*, mientras que el médico lo hace con *disease*.

No cabe duda, pues, de que los tres términos antedichos pueden servir en un momento determinado y que en la enfermedad no puede descartarse esa dimensión social a la que se denomina *sickness*.

En consecuencia, si la enfermedad tiene un carácter sociocultural, también habrá de tenerlo el fenómeno de la salud.

Ahora bien, resulta obvio decir que la salud, en concreto, posee una dimensión antropológica, tiene como exclusivo referente al hombre y es, precisamente, motivo de especial preocupación y ocupación por su parte, más todavía hoy. En el ámbito médico, dice Castro (1981: 4-5), *es necesario, pues, situar en el centro de la Medicina el problema del hombre y, de esta forma, construir una medicina personal o antropológica*. Mas no sólo el hombre en su vertiente corporal, como pudiera entenderse, sino integralmente, en cuanto persona portadora de valores, de inquietudes y dotada de unos componentes también espirituales y mentales o psicológicos. Es decir, abordarlo desde este campo de una forma holística, global y no sólo atendiendo a determinadas partes.

Esta misma afirmación está corroborada por otros autores que insisten al decir que *como base necesaria para el estudio científico de las enfermedades, la medicina ha desarrollado una ciencia acerca del hombre sano que incluye (...): el cuerpo, la mente y la condición social* (López Piñero y García Ballester, 1974: 52). Es una manera de considerar aquella integridad sólo desglosable a efectos académicos o facilitadores de un estudio concreto y parcial.

Habrà que considerar al hombre como compuesto, al menos, de dos realidades esenciales (no generalizable a todas las culturas): alma-espíritu-mente y cuerpo. (Los *shuar* –o *jíbaros ecuatorianos*– tienen tres almas; otros pueblos, como los *indonesios*, cuentan hasta 6 ó 7). Junto a ellas, el entorno humano que le envuelve, el ambiente y la dimensión cultural y social.

3. DIVERSIDAD CULTURAL Y OTRAS CUESTIONES

Es lógico que la diversidad cultural del mundo ha de influir en las concepciones que pueden tenerse respecto a cuestiones básicas. No sólo hay diversidad de culturas, sino también tipos de cultura que hacen, a veces, contradictorios los mismos conceptos en comunidades diferentes. Decía a este respecto Humbolt (cit. por Lenkersdorf, 2000: 209) que *la diferencia de los idiomas no es la de sonidos y señales, sino que es la diferencia de visiones del mundo mismo*. Naturalmente, los conceptos de salud y enfermedad no son ajenos a estas singularidades, puesto que entrañan cosmovisiones diferentes.

En cuanto a la enfermedad se refiere, es cierto que hay alguna de ellas que es desconocida en diversos países. Eso hace que culturas y sociedades distintas pueden favorecer y condicionar el estado de salud o de enfermedad de un pueblo y tener concepciones diversas sobre lo que esto significa.

Heyneman (cit. por Kottak, 1994) pone como ejemplo el caso de la *esquistosomiasis*, enfermedad peligrosa causada por la infección de parásitos, la cual es propagada por unos gasterópodos que viven en charcas, lagos y vías de agua. Pues bien, un estudio realizado en un pueblo del Delta del Nilo, en Egipto, ilustraba el papel de la cultura, en este caso de la religión, en la difusión de aquella enfermedad. Se comprobó que la sufría un porcentaje mayoritario de musulmanes, frente a los cristianos que también convivían en las mismas comunidades, pero quienes no estaban, generalmente, infectados.

La causa había que achacarla a la práctica islámica de las abluciones que los musulmanes realizan diariamente. De ahí la influencia, en este caso, de la cultura en la enfermedad.

El «suceso enfermedad» –dice Zempléni (1985: 96-97)– está explicado por lazos de causalidad y se reduce a cuatro preguntas básicas: a) ¿De qué entidad nosológica se trata? b) ¿Cuál es el mecanismo? c) ¿Cuál es la causa? d) ¿Por qué afecta a esa persona en ese momento? Son preguntas «diagnósticas» que pertenecen, al menos las dos primeras, al campo del saber común o de las prácticas tradicionales o biomédicas, mientras que la última podría muy bien referirse a los adivinos o sacerdotes; la tercera compete a uno y a otro de esos campos.

Así pues, la visión de la enfermedad y de la salud, según las sociedades, es interpretada de manera diferente; pueden considerarse, en realidad, como construcciones culturales sujetas al espacio y al tiempo. Cabe decir también que la respuesta a las preguntas antedichas, la identificación, explicación y clasificación de las dolencias, puede ser resuelta de acuerdo con «sistemas de teorías» que, en general, pueden dividirse en tres categorías, según la causa que provoca la enfermedad a criterio del sanador (llámese médico, chamán o curandero). Estas teorías (Foster y Anderson, 1968: 293) son de carácter *personal*, *natural* y *emocional*, las cuales son tratadas según las culturas.

En el primer caso, las *teorías personales* asignan la causa de la enfermedad a agentes extracorpóreos, tales como espíritus, brujas, hechiceros, etc. Una manera más objetiva e impersonal de determinar la causa de la enfermedad es expuesta por las *teorías naturales*, que tratan, casi en un sentido hipocrático, de considerar que se debe a algún desequilibrio entre los fluidos corporales (bebidas calientes/frías, condiciones inadecuadas, etc.), producto, sin duda, de la doctrina humoral. Las *teorías emocionales* pretenden, en cambio, hallar una causa emocional en toda enfermedad.

Es posible también encontrar comunidades y cosmovisiones en esta diversidad de culturas que intentan armonizar la explicación de unas teorías con otras en un especial sincretismo.

Personalmente, hemos podido apreciar este caso en los *suquias* o *awapa*, médicos indígenas costarricenses, chamanes, en definitiva, que se constituyen en responsables de la salud de su pueblo, a la vez que son guías espirituales. No obstante sus creencias, han realizado un esfuerzo para capacitarse y aprender nuevas técnicas de la medicina académica, tratando de conjugar unas teorías con otras.

Para un *awa* de Talamanca (Costa Rica), de la comunidad de los *bri-brí*, hay una visión causal dualista de la enfermedad: las enfermedades leves se producen cuando se desobedece una norma establecida; las más graves son provocadas por causa sobrenatural.

También el concepto de enfermedad, o la enfermedad en sí, puede ser tomada como «iniciación», es decir, dentro del ritual. Este es el caso del *chamanismo* en el que el primer paso tiene el carácter iniciático. El esquema tradicional de una ceremonia, tal como afirma Eliade (1982: 45), es el del sufrimiento, la muerte y la resurrección. La enfermedad-vocación a la que se ve sometido el neófito desempeña el papel de una iniciación ritual.

En general, en comunidades que, sin duda, impropriamente denominamos «primitivas», el origen de la enfermedad suele buscarse en causas no naturales, como formando parte del mundo del mal y, en general, perteneciente al ámbito de la brujería. Se atribuye, pues, a causas sobrenaturales (posesión, hechicería), debidas a pecados o transgresiones, violación de un tabú, etc.

Naturalmente, para el «primitivo» la causa de la enfermedad está alejada de los principios científicos y referida, en cambio, a motivos sobrenaturales, mágicos, castigos divinos, etc. En el caso de los *ndembu*, que son los indígenas del noroeste de Zambia, relata Turner (1980:336) que algunas enfermedades se cree que están producidas por la violación de una prohibición ritual. Otras comunidades, como la de los indios *navajo*, al norte de Arizona en los Estados Unidos, creen que la enfermedad está causada por una inarmonía

con el universo, incluyendo el universo de otros hombres. Es una visión «sistémica» en la que se produce un cierto desorden que afecta a la vida del ser humano, desorden que ha de ser restaurado por el *chamán*.

Para los *himba* de Kaokoland (Namibia) la enfermedad está causada por «espíritus», almas separadas de los cuerpos, y por los brujos (*onganga*), quienes tienen un *poder mágico nocivo que sirve para causar dolencias y muerte entre los hombres* (Giner Abati, 1992: 171). Los *otchimbandas* son los curanderos capaces de procurar la salud mediante sus dotes de adivino, curandero y sacrificador ritual de animales. Ellos son, pues, los que, en estado de trance, en plena danza, comunican con los espíritus y curan las enfermedades.

En la Anatolia antigua y entre los *hititas* la enfermedad solía estar motivada por una falta ante la que el dios se irritaba. Por ello, en primer lugar había que reconciliarse con el dios, tratando de adivinar cuál era la causa y, una vez obtenida la respuesta, el paciente debía multiplicar las ofrendas. En un segundo paso, intervenían los ritos mágicos con el fin de recuperar la salud, poner fin a la enfermedad o a una epidemia (Lebrun, 1997: 37).

Algo que también se ha dado –y sigue dándose– en la cultura occidental. Así, en el conocido *Martillo de las brujas* (Kraemer y Sprenger, 1976: 60) dicen sus autores, tras admitir la existencia de enfermedades naturales, que *hay otras que proceden de los maleficios y han de ser consideradas como sobrenaturales, puesto que son infligidas por el poder de los demonios con la permisión de Dios*. Es más, en uno de los pasajes del libro citado llega a afirmarse tajantemente que *la enfermedad corporal proviene con frecuencia del pecado* (pág. 134).

Queda claro, pues, que de esta concepción de la enfermedad se derivará, lógicamente, no solo el tipo coherente de sanación, sino la búsqueda de la salud a través de medios no exclusivamente naturales, como se verá más tarde.

En cambio, la medicina académica o científica ha discurrido por caminos muy diferentes, por supuesto. Desde la revolución de Hipócrates en el siglo V a. de J.C. hasta la actualidad, pasando por el hito importante del positivismo del XIX, la patología contemporánea parece haber logrado la síntesis de diferentes tendencias y, en consecuencia, la concepción total y unitaria del hombre como persona, descubriendo y valorando, así, la dimensión antropológica frente a la puramente mecánica.

Por otra parte, es necesario destacar que hay unos indicios generales de la salud que sirven en todas las culturas para percibir su nivel: la *expectativa de vida al nacer* (es decir, la cifra media de años entre el nacimiento y la muerte que una persona tiene probabilidad de alcanzar en un grupo social determinado), el *crecimiento demográfico*, la *mortalidad general* y la referida al sector

infantil. Naturalmente, habrá que añadir otros factores influyentes como la *herencia* y el *ambiente*. La interacción de estos elementos constituirá el grado de salud de una población.

3.1. LA NOCIÓN DE CUERPO

Sin embargo, para cualquier acción que se emprenda en busca de la salud, directamente o a través de la curación de la enfermedad, consciente o inconscientemente, es necesario partir de la noción de cuerpo, ya que éste es el que aparece con mayor evidencia visible en las diferentes culturas. (El animatismo, término acuñado por E. Tylor, sostiene la creencia en una existencia dual de todas las cosas, un cuerpo visible y físico y un alma invisible y psíquica). Este cuerpo ha sufrido los vaivenes de la historia desde la más radical denostación hasta el ensalzamiento cultural en nuestros días, y en nuestro mundo occidental más concretamente.

Decíamos en otro lugar (Bouché, 1993: 50) que *el hombre no sólo está compuesto de materia y espíritu, sino que es y se siente cuerpo en primer lugar, si bien no todo lo que hay es cuerpo, como en ocasiones defendieron estoicos y epicúreos, ni el cuerpo es, en último extremo, espacio lleno, como afirmaba Descartes.*

La existencia de una herencia genética, la vinculación al ambiente y a la cultura, el genotipo y el fenotipo, son aspectos evidentes e irrenunciables. Este cuerpo puede ser *para-mí* o puede ser percibido, como decía Sartre (1972: 442), como *cuerpo-para-otro*.

En el dualismo que, generalmente, se ha defendido durante siglos (cuerpo-alma), el cuerpo ha sido considerado, muchas veces, como envoltorio, como tumba del alma o receptáculo en donde ésta se alojaba. Con el correr del tiempo el cuerpo, no obstante, ha encontrado su lugar y su identidad propia, sin abdicar del otro componente.

El concepto de cuerpo es tratado en la religión. Así, en San Pablo es como la clave de bóveda de su teología; de alguna manera, confluyen en el concepto «soma», con sus múltiples significados, todos los temas. La liberación del hombre es a través del cuerpo, del pecado y de la muerte y, precisamente, por medio del «cuerpo de Cristo en la cruz» es como se salvará la humanidad.

El eje central del pensamiento paulino es, en cierta manera, la corporeidad, a través de la cual explica también la resurrección de la carne, naturalmente no sólo corpórea, puesto que su doctrina comprende también la parte espiritual o anímica del ser humano.

También entre los hebreos aparece la noción de un cuerpo animado más que de un alma encarnada, que éste sería el concepto griego. En los

mismos textos veterotestamentarios aparece la palabra *basar* con el significado de cuerpo animado de vida, ciertamente diferente del término griego, aunque este *basar* resulta, a veces, de cierta ambigüedad porque parece referirse, en unas ocasiones, a lo anímico y, en otras, a lo muscular óseo.

Platón había hablado de la preexistencia de las almas y la unión accidental entre cuerpo y alma. Aristóteles concretará mejor esta unión de manera sustancial entre ambas entidades. La historia del pensamiento seguirá hablando de estas dos realidades en distintas relaciones (Plotino, San Agustín, etc.).

El racionalismo, con Descartes, dará aparentemente un paso más, pero siempre en torno al eje del dualismo. La unión entre cuerpo y alma será tan íntima como la del piloto con su nave, llegará a decir.

Frente a las concepciones cartesianas y dualismos anteriores, la modernidad ha propugnado un giro, a veces radical, en la concepción del cuerpo. Así, Merleau-Ponty, quien suscribe el «hombre inacabado» sartreano, habla de un «homo exterior», un estar en el mundo, frente al «homo interior», y llega a la conclusión rotunda de *je suis mon corp*, yo soy mi cuerpo, dándole así un cambio de sentido a la concepción clásica.

Decía, asimismo, este filósofo que el cuerpo es el vehículo de nuestro *ser-en-el-mundo*, que me permite la comprensión del «otro». Es, pues, no sólo una masa material que configura la parte visible del ser humano, sino también el símbolo de la persona.

En nuestros días, distintas corrientes de pensamiento han provocado enfoques de carácter psicobiológico, analítico-antropológico o psicosociológico. Con ello, el cuerpo es considerado como relación, como perspectiva del mundo, como reconstrucción proyectiva o como organizador de nuestro Yo. Finalmente, el cuerpo es un sujeto que se abre al mundo, que se expresa y que es mirado y escuchado como objeto. Hay un cuerpo social y, como dice Aguirre (1993:151), *el cuerpo se constituye como la metáfora explicativa más importante de lo grupal-social*.

Este cuerpo, relegado en muchos momentos de la historia a un segundo plano frente al alma, denostado, por otra parte, ha llegado hoy, sin embargo, a gozar en nuestro mundo occidental de excesivo protagonismo, hasta el extremo de convertirse, muchas veces, por razón del materialismo y del hedonismo imperantes, en casi un objeto (en este caso, un sujeto) cultural. Pero este exceso ha sido también ocasión para que esos momentos de silencio histórico puedan expresarse ahora bajo otras perspectivas, tales como la educativa en que se trata ya de los fundamentos biológicos que subyacen en toda pedagogía, sin que ello suponga desembocar en un biologismo u organicismo, faltos de una visión ética.

Por otra parte, resultaría, tal vez, ocioso exponer algunas antropologías alejadas de nuestra cultura, pero no por ello menos interesantes, aunque carentes de lo que nuestra visión científica conlleva. Sólo, como muestra, un ejemplo. Para los *yaqui* (tribu amerindia del grupo *pimanahua* de México) lo que llamamos «nuestro cuerpo» no es más que un manojito de fibras luminosas capaz de percibir y darse cuenta de lo que le rodea por lo cual somos, literalmente hablando, un sentir (Cotuá, 1999: 12). Definición que, como otras de áreas lejanas, nos sume en la perplejidad.

Ahora bien, el cuerpo, aun siendo importante para las culturas, deja paso al espíritu, al alma para su curación. La mayoría de las enfermedades, para los primitivos, tienen una causa espiritual, bien como extravío o raptito del alma, que hay que recuperar, bien como introducción de un objeto mágico en el cuerpo del individuo, el cual hay que extraer.

Huelga decir, pues, que el ser humano está dotado de un cuerpo, sujeto a las leyes del desarrollo y de la madurez, que conciernen directamente a cualquier ciencia humana y, especialmente, a la educación. La enfermedad y la salud tienen en el cuerpo su más directo referente.

Afortunadamente, el cuerpo es hoy interpretado en una dimensión integradora con el espíritu. Pese a los múltiples constitutivos de la persona, el hombre es considerado como uno y único. Y no sólo con el espíritu, sino también con el medio ambiente, con lo cual la unidad del hombre no contradice su multiplicidad o, como dijieran antaño los escolásticos, la *unitas multiplex*. Sin embargo, no hay que sostener un radical reduccionismo con la pretensión nietzscheana al decir *yo soy total y absolutamente cuerpo*.

Finalmente, en una perspectiva médica dos nociones son fundamentales: la consideración *estática*, en cuanto a su anatomía se refiere, y la *dinámica*, en lo que respecta a su fisiología; o, dicho más llanamente, la forma y la función. Por estas consideraciones ha nacido la anatomía descriptiva y la microscópica o histología, la embriología, la anatomía comparada y la funcional; y, por otra parte, la fisiología general y la especial con el apoyo de la biología, de la física, de la química orgánica y de la bioquímica.

Dos núcleos, pues, delimitan claramente la totalidad del hombre: por una parte, los factores de orden biológico o somático (filogenia, ontogenia) como fundamento de lo psicológico y de lo sociológico con sus repercusiones en lo cultural; por otra, una dimensión que, en sentido lato, denominaríamos espiritual, configurada, entre otros elementos, por la responsabilidad, la conciencia y el valor.

Las distintas culturas actuales ponen un mayor énfasis en alguno de sus componentes, aunque la mayoría defienden un dualismo con la consiguiente interacción. Así, la concepción de la actual medicina psicosomática cuenta

cada día con mayor aceptación. En cambio, las culturas primitivas, aun reconociendo la fundamental parte somática, son más animistas y recurren con harta frecuencia a medios mágicos y religiosos.

3.2. ALMA, ALMAS Y ESPÍRITUS

Si importante es, como ocurre en nuestra sociedad occidental, la curación del cuerpo enfermo o la conservación del cuerpo sano, en otras culturas es en el alma o en el espíritu sobre el que recae el mayor peso, en este sentido, y a los que chamanes y curanderos suelen dedicar su atención mediante rituales e invocaciones a los seres superiores.

En el panteón *chiricahua* (nómadas de Nuevo México y Arizona) se incluyen tres clases de seres sobrenaturales: dioses, espíritus y espectros (Beals y Hoijer, 1968: 570-573).

Entre los dioses y los *chiricahuas* puede haber contactos y relaciones más o menos concretas, pero no excesivamente influyentes.

Los espíritus, en cambio, son más numerosos y con mayor contacto. Destacan los Espíritus de la Montaña, seres sobrenaturales, representantes de un pueblo, que infunden gran temor y reverencia. *Cuando estés afligido* –dice un chamán– *ora al Pueblo de las Montañas y vendrán desde allí para protegerte.*

Los *apaches* adultos pueden tener un espíritu familiar y de él reciben el poder sobrenatural para realizar curaciones, evitar la muerte y la desgracia personal. El bienestar del individuo y de la comunidad se logra también a través del poder de los Espíritus de las Montañas que permite a los *chiricahuas* presenciar el ritual de los Danzantes Enmascarados, destinado a dicha finalidad.

Así, la composición del ser humano es variada en concepciones. Los esquimales creen que el alma es como una réplica del cuerpo, pero de naturaleza más sutil y etérea. Algunas tribus primitivas (los indios del río Bajo Fraser, según Frazer, 1974: 218) aseguran tener cuatro almas de las cuales la principal tiene la forma de un maniquí, en tanto que las otras tres son sombra de ella.

Bastantes concepciones primitivas establecen una analogía entre el cuerpo y el alma, de manera que hay almas grandes, pequeñas, pesadas y ligeras. La duración de la vida está proporcionada, en muchas culturas, al tamaño del alma; ésta es la razón por la cual los niños que mueren tienen almas pequeñas.

La creencia en un determinado tipo de alma tiene, en ocasiones, influencia sobre el estado de salud y enfermedad. Así, en las islas Célebes suponen

que el alma se escapa por los orificios del cuerpo, y un método de curación consiste, precisamente, en colocar anzuelos en ellas para evitar su huida, en cuyo caso quedaría atrapada y enganchada.

Esta misma creencia en la huida del alma está bastante generalizada en distintas culturas. De ahí la costumbre institucionalizada de «cerrarle el paso» mediante prácticas de obstrucción de las aberturas del cuerpo en caso de enfermedad, ya que se considera que ésta se produce por el abandono del alma. Los rituales consisten, pues, en impedir su salida y, en su caso, lograr su retorno.

Tan importante –o más– es, pues, la presencia del cuerpo como la del alma en la enfermedad y en su prevención. Pero, en el caso del pensamiento primitivo, hay mayor influencia de la segunda sobre el primero. Las causas de la enfermedad son, por lo tanto, generalmente atribuidas a la ausencia del alma, a las transferencias de espíritus a otras personas, animales o cosas o achacadas a la presencia de demonios.

Por ello es tan importante conocer estas concepciones antropológicas, sin las cuales difícilmente serán inteligibles cuestiones relacionadas con la enfermedad o la salud en culturas alejadas de la nuestra.

4. LA SALUD POR EL RITUAL

Todavía en muchas comunidades actuales se practica de manera habitual el rito, el cual puede definirse como *un acto o una secuencia de actos simbólicos, repetitivos, con carácter obligatorio, y de cuya ejecución se derivan consecuencias que, total o parcialmente, son también de orden simbólico* (Delgado Ruiz, 1993:538). Cazeneuve (1971: 16-17) lo define como *un acto individual o colectivo que siempre, aun en el caso de que sea lo suficientemente flexible para conceder márgenes a la improvisación, se mantiene fiel a ciertas reglas que son, precisamente, las que constituyen lo que en él hay de ritual (...). La repetición es parte inseparable de la esencia del rito.*

Pues bien, estos rituales, que van en busca de la salud, mediante, en muchos casos, la curación o sanación de la enfermedad, consisten en diversas prácticas que aparecen en un amplio sector de las culturas. Estos rituales, aparte del simbolismo que encierran, no obstan para que se recurra también a la administración de hierbas, a la magia o a la religión. Pero, *una idea es básica para comprender los rituales curativos –dice Mariño (1986: 11)–: la enfermedad forma parte del Mal y por lo tanto de la brujería.*

Tiene, además, el ritual un valor como sistema de comunicación en el que hay también una predisposición para interpretar y reconocer inconscientemente el mensaje.

Frente, pues –o junto a–, la medicina académica, hay una búsqueda de la salud a través de fórmulas alternativas en las que se destaca fundamentalmente la figura del *chamán* y la medicina tradicional.

4.1. CHAMANISMO

Bajo esta denominación se pueden encontrar los propios *chamanes*, los *sukias* o *awapa*, *curanderos*, *sanadores*, *sabias*, *wisnú*, *otchimbandas*, etc. Por supuesto, la variedad de curanderos depende de la cultura en la que ejercen. Así, entre los *navajo* americanos pueden clasificarse en tres categorías (Bergman, 1993: 645): en la primera se incluyen aquellos que conocen y utilizan las plantas; en la segunda, quienes realizan diagnósticos; en la tercera están los *cantores* que «son los únicos que curan».

Ser sanador, bajo cualquiera de las denominaciones antedichas, es una tarea que supone un aprendizaje memorístico a través del relato oral del maestro y que implica un largo camino durante años. Son lo que en algunas culturas denominan «libros vivientes».

Hemos conocido el aprendizaje de médicos indígenas centroamericanos para cuya capacitación se invierten quince años. Oralmente aprenden cómo conocer las hierbas que curan y las que son dañinas, los rituales, la anatomía y la fisiología del individuo, poseen una densa formación religiosa y mágica. Normalmente, el sanador, basándose en los síntomas, trata de atribuir la causa a negligencia en el cumplimiento de leyes o normas, o también buscando un origen sobrenatural. Para ello, realizará diversos ritos, de crisis y de intensificación, o largos ceremoniales que llevarán a la sanación del afectado.

El *chamán* se supone, pues, que posee poderes extraordinarios y, sobre todo, contribuye a la curación del paciente, pero, al propio tiempo, es, como dijimos, un guía espiritual y un «médico» que atiende no sólo a la enfermedad, sino también a la vida saludable mediante sus consejos y su experiencia.

Hay también una relación entre el *chamán* y la psicopatología. En ciertos ámbitos culturales el *chamán* es un enfermo (epiléptico, en muchos casos), pero un enfermo que ha sabido curarse a sí mismo y luego se ha dedicado a curar a los demás. En otros, es una persona de condiciones naturales superiores.

Las ceremonias en las que interviene son, a veces, complejas y adquieren un aire trascendente en el que el oficiante cae en trance, finalizado el cual se recupera el alma extraviada del enfermo. Se considera, en realidad, un intermediario entre la divinidad y el individuo.

Hemos podido experimentar personalmente cómo el *chamán* utiliza, quizá inconscientemente, recursos persuasivos y también de la medicina académica.

mica. Prescribe vomitivos y purgantes, ayunos, transpiraciones, ejercicios...todo ello con una fuerte dosis de tratamiento psicológico.

Junto a ello, la aplicación de recursos naturales y, especialmente, religiosos, plegarias, sacrificios, etc., dirigidas bien a sus dioses, bien al espíritu de un muerto para que éste retire la enfermedad.

La iniciación de un chamán –generalizando el nombre– como es el caso del *otchimbanda* de Namibia o Angola, exige una capacidad especial en la que el «espíritu» tiene un primordial papel. *Cada persona*, dice Giner Abati (1996: 177), *posee un espíritu que le sobrevive después de su muerte*.

4.2. LA MEDICINA TRADICIONAL O POPULAR

Indudablemente, hay que distinguir con claridad entre aquella medicina popular o tradicional, que emplea remedios naturales (hierbas, minerales, materia orgánica...) y aquella otra que pretende las curaciones recurriendo a rituales, ensalmos, advocaciones, etc. En el primer caso, simplemente se trata de un hecho empírico para el que, por el momento, no hay –o no se ha buscado– una explicación científica. En el segundo, probablemente nunca la habrá.

Si partimos del principio de que la naturaleza tiende a defenderse (aquello que los latinos designaban con la expresión *vis naturae medicatrix*, la fuerza medicinal de la naturaleza), es fácil reconocer curaciones como reacción homeostática del enfermo.

De todos modos, parece respetable el criterio de que *la función de la medicina popular religiosa rebasa lo meramente curativo* (Mariño, 1996, I: 197).

Pues bien, la búsqueda de la salud ha sido realizada también a través de la que ha venido en llamarse medicina popular o tradicional que ha intentado la sanación o la salud a través de diversos medios naturales, pero también mágicos y religiosos. Junto al curanderismo, en términos generales, se constituye en lo que viene en llamarse *Etnomedicina* o también *Folk medicine* o *Volksmedizin*. Tiene, pues, un trasfondo natural, de carácter empírico, pero un fuerte componente mágico y religioso. Algunos autores consideran esta medicina como un *survival* de aspectos de ideas tradicionales; otros, por su parte, destacan *el cambio constante y el gusto por la innovación de la etnomedicina que se adapta a las circunstancias modernas* (De Miguel, 1980: 28).

Si bien podría decirse que la medicina tradicional y la académica han seguido caminos diferentes, el panorama ha cambiado. Actualmente parece, tal como indica Kuschik (1995: 11), que *hay una influencia mutua de concepciones y terapias entre ellas que colaboran y al mismo tiempo se diferencian entre sí*. Extremo que resulta más perceptible y con mayor frecuencia manifestado en los tratamientos holísticos.

La medicina popular o tradicional recurre, generalmente, a la práctica empírica, a las fórmulas transmitidas de generación en generación, en las que se pone de manifiesto la bondad de una hierba, de un vegetal, de un mineral, de un producto orgánico..., todo ello entremezclado con la invocación de fórmulas mágicas, religiosas y el recurso a rituales, sencillos, unas veces, complejos, otras.

Ya la medicina hipocrática propiciaba el uso de productos naturales y también los egipcios recurrían especialmente, a vegetales diversos, utilizados como estimulantes digestivos, febrífugos, hipotensores, expectorantes, etc.

El mundo rural actual –y también en el medio urbano en donde aparece la *folk culture*-sigue todavía utilizando y recomendando distintos preparados con los que obtener la salud, bien por medio de la curación, bien como preventivo y de mantenimiento de la calidad de vida.

La realidad es que muchos de estos productos contienen en su composición elementos que, científicamente examinados, resultan ser eficaces en distintas enfermedades, con lo cual no entra en conflicto directo la medicina académica con la tradicional, salvo en su práctica y aplicación, en los conocimientos de una y en el empirismo de otra.

De todos modos, la medicina popular atribuye a las enfermedades, con harta frecuencia, causas de carácter no natural, como la presencia de espíritus, brujas, Dios o un santo. También se atraen las enfermedades por los pecados propios o de los antepasados. Y, en todo caso, la penetración de espíritus maléficos puede considerarse, finalmente, como una posesión.

La búsqueda de la salud en este tipo de medicina puede lograrse a través de fórmulas de ensalmos (*Mal ojo, vete de aquí/con sal y saliva/te dan aquí*), realizadas en distintos lugares o accidentes topográficos (mar, río, montaña, cementerio, encrucijada...).

En algunas ocasiones, la medicina popular recurre al ayuno (*Con el ayuno sufrimos pena por alcanzar la salud*) y al silencio. Junto a la oración son ellos *la única y verdadera fuente de salud* (Mariño, 1986: 86), aunque, naturalmente, no queda excluida, sino integrada, la comida.

5. LA SALUD POR EL ALIMENTO: SU SIMBOLISMO

No es necesario insistir en la importancia que la nutrición tiene para el ser humano sin cuyo concurso no existiría la vida.

Entre los naturistas, la comida, la alimentación, constituye una de las bases de su medicina (fitoterapia, trofoterapia), aunque no es necesario recurrir a su testimonio, puesto que la medicina científica y la educación

para la salud contemplan ampliamente esta parte tan importante del ser humano.

Se dice que la comida no es solamente una cuestión material, sino que en ella subyace un mundo variado en el que, junto al aspecto puramente instrumental, hay otros igualmente sustanciales. ¿Por qué razón unos pueblos tienen prohibidas ciertas comidas y otros las consideran de obligado cumplimiento? Unas sociedades prefieren unos tipos de alimento y otras los rechazan. Sin duda, hay razones culturales y, con ellas, rituales, religiosas, sociales, etc. Ejemplos conocidos los constituyen la prohibición del cerdo y del alcohol entre los musulmanes o, del primero, en el Antiguo Testamento.

Reflexionemos sobre las rutas comerciales del alimento que han producido, históricamente, un tipo especial de cultura y formas de vida (la sal, las especies, etc.), cuya influencia ha sido fundamental en todos los sentidos.

En la diversidad cultural se encuentran multitud de aspectos referidos al alimento y condicionados por factores tales como el clima, la etnia, la orografía, etc. La diferencia entre el alimento de un iroqués y de un esquimal, de un habitante de los llanos y de otro de la montaña, de un occidental y de un oriental es radicalmente diferente.

El alimento puede ser considerado como un condicionante cultural de los factores sociales, identidad/alteridad y maneras de pensar. La agricultura transformó la humanidad, y el paso histórico del vegetarianismo al ser carnívoro abrió nuevos caminos, nuevas técnicas. Así, constituyó un hito esencial en la vida del hombre el descubrimiento de «lo cocido», que, a partir de «lo crudo», produjo el importante paso de la Naturaleza a la Cultura. Una cuestión aparentemente trivial, pero de profundo significado.

Es curioso constatar que, cuando el ser humano selecciona los alimentos, lo que está haciendo, en realidad, es una ordenación, una clasificación y, en último extremo, construye una cosmología y también una específica cosmovisión. Hay en la alimentación reglas, códigos, representaciones, organización temporal y espacial, saberes, etc. Decía Lévy-Strauss que el sistema culinario podía ser definido como un lenguaje en el cual cada sociedad codifica mensajes que permiten significar, cuando menos, una parte de aquello que es.

Por eso, insistimos en que la alimentación del ser humano rebasa los límites de la mera nutrición, ya que cuestiones religiosas y culturales, en general, la dotan de un simbolismo peculiar. Hay en diversas culturas una sacralización de la comida y una ritualización. Son ejemplos bien claros la presencia del totemismo como prescripción alimentaria y del tabú como prohibición, como ley dietética con sanción sobrenatural. Prohibición de un alimento que, en consecuencia, desvía hacia otro. Es el caso de la prohibición de la carne que induce la cultura gastronómica de la leche o del cereal.

Razones (j) culturales pueden propiciar rituales que trascienden, como dijimos, el mero sentido instrumental para desembocar en exocanibalismos o endocanibalismos alimentarios, incomprensibles y absurdos fuera de su marco, pero aún vigentes hoy. En el primer caso, se pretende incorporar las fuerzas de un ser humano, extraño a la comunidad, mediante la ingestión de su cuerpo. El segundo, puede manifestarse como ritual de sacrificio dentro del grupo ritual totémico, funerario (necrofagia) o afectivo.

Son simplemente muestras de una interpretación que, sin duda, la corriente del materialismo cultural rechazaría, pero que representan un punto de vista que la educación para la salud no puede despreciar. Cultura y salud no pueden ignorarse, puesto que otra cosa sería incurrir en fáciles, aunque perniciosos, etnocentrismos.

No cabe duda, finalmente, que una importante vertiente de la alimentación es el ámbito social en el que se desenvuelve y la presión que el grupo social puede ejercer sobre los individuos. Desde el reforzamiento de los vínculos de solidaridad hasta la exogamia alimentaria (separación de sexos, consanguinidad por comensalidad, tal como hacen los *hawaianos*), pasando por el fenómeno del *potlacht* (expresión de la rivalidad social y manifestación de prestigio), la alimentación se convierte en una fórmula que trasciende su carácter específicamente básico.

La educación para la salud, pues, viene obligada a conocer y controlar las distintas variables que intervienen en un proceso que, no por más cotidiano, es menos susceptible de enfoques diversos en su compleja estructura.

6. SALUD Y EDUCACIÓN EN LAS CULTURAS

Si partimos del concepto de salud definido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su Carta Magna de 1946 –*completo estado de bienestar físico, psíquico y mental*–, las derivaciones son múltiples y atañen, por supuesto, al ser humano en toda su integridad y en todas las culturas. Se refiere al hombre y a su comportamiento. Por ello, una definición más completa y amplia nos aproximaría mejor todavía a su contenido: un *conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permitan a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno* (Perea, 1997: 30). Aquí destaca, además, el carácter social y la relación con el medio ambiente.

Son, como puede apreciarse, concepciones nuevas que destierran aquellas caducas en las que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedad. Es ahora cuando adquiere un sentido positivo, en general, y, en particular, tiene un claro referente en el comportamiento del individuo.

Algún autor, como es el caso del conocido Iván Illich (cit. por Perea, 1997: 29), relaciona la salud con la capacidad de adaptación (cosa, por otra parte,

común a diversas culturas): es –dice– *la capacidad de adaptación al entorno cambiante, la capacidad de crecer, de envejecer, de curarse; la capacidad de sufrir y esperar la muerte en paz*. Este controvertido autor presenta, pues, un concepto hartamente amplio y diversificado, el cual implica una educación para la salud que comprende distintos estadios de la vida hasta acabar con la necesidad de una educación gerontológica y, finalmente, tanatológica, tal como propugnamos en otro lugar (Bouché, 1993: 238).

Por ello, si en la historia de la humanidad se ha mostrado especial preocupación por la salud, en otros sentidos diferentes al actual, hoy su justificación como objeto de estudio y práctica ha alcanzado merecido reconocimiento. De ello dan cuenta las numerosas declaraciones, conferencias y programas de organismos internacionales tendentes a la promoción de la salud de manera universal. En un mundo en el que, en el seno de una evidente diversidad cultural, la globalización es un hecho, la salud debe ocupar un lugar preeminente.

El incesante cambio que experimentamos, la pérdida de valores tradicionales y la emergencia de otros, las formas de vida, los hábitos y costumbres que se van incorporando en la sociedad configuran poco a poco –y, a veces, aceleradamente– una nueva cultura que afecta al campo de la salud. Los nuevos conocimientos del ser humano, al menos en cuanto a su cuerpo se refiere, hacen imprescindible una adaptación por parte de quienes tienen la responsabilidad de velar por la salud.

Y el problema no concierne solamente al área «civilizada», sino también a aquellas culturas en las que la aculturación y la inculturación están ahora presentes.

Por otra parte, la rapidez de los acontecimientos exige, sin dilación, la presencia de una educación para la salud que informe y forme al ciudadano sobre tan importante necesidad. Y ello no significa que la educación haya estado ausente, sino que es mayormente ahora cuando la sociedad es más sensible a su incorporación y puesta al día. Aquellos acontecimientos se manifiestan con inusitada celeridad y cabe el peligro de que se produzca lo que los sociólogos y antropólogos denominan un *cultural lag*, un retraso cultural, que las ciencias de la salud deben evitar.

Sociedades alejadas en el espacio y en el tiempo cultural precisan de nuevos conocimientos y medios. Prevención de enfermedades, tales como ahora el SIDA, tan extendido ya entre los primitivos, exigen soluciones urgentes en el campo de la prevención y de la educación para la salud.

6.1. SALUD Y ENCULTURACIÓN

Algunas de las definiciones de educación hablan –yo creo que con mucho acierto– de «optimización», de mejora del ser humano, dirigida al bien del

individuo como una de sus notas esenciales. Rodríguez Delgado (1992: 233) va más allá al decir que *la salud tiene una prioridad muy alta en la lista de elementos felices (...) y es importante para el bienestar mental y espiritual*, puesto que constituye uno de los factores clave para alcanzar la felicidad. La educación para la salud será, en este sentido, un campo en el que el problema de esta optimización se haga realidad mediante el ejercicio y el deseo de cambios saludables en el comportamiento del hombre, sea cual sea su ubicación espacial. Es, en definitiva, *la mejora cualitativa de la salud humana* (Perea, 1997: 32), objetivo importante en las diversas culturas.

Por ello, distintas leyes y recomendaciones internacionales han tenido presente este problema, percibido bajo la perspectiva de la educación. La LOGSE española hace especial referencia al control corporal, a la higiene, a la salud, al deporte, etc. con el fin de *favorecer el desarrollo personal, valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo y el medio ambiente*. Es, especialmente, un valor emergente de nuestro tiempo integrado en una específica antropología.

Educar para la salud significa, por lo tanto, hacerlo de una manera total, no circunscrita a una parte de la vida del ser humano ni determinado por el tiempo o el espacio.

Mas es cierto que cuando hablamos de «educación para la salud» nos referimos casi siempre a nuestro entorno civilizado, a nuestra cultura, dejando aparte, como en otras cosas del saber humano, a las «otras culturas», que también cuentan con la enfermedad y que, de una manera no formal, plantean cuestiones relacionadas con la salud y la calidad de vida que ella persigue. No se trata, por descontado, de programas de educación, pero se constituyen, muchas veces, en principios, métodos embrionarios y, sobre todo, aplicaciones empíricas sancionadas por la práctica.

En realidad, poblaciones indígenas mantienen prácticas de higiene que nos sorprenden, a veces. El cuerpo es, en muchas ocasiones, atendido con cierta diligencia. Entre los *himba*, a los que nos hemos referido, existe la costumbre de la limpieza bucal mediante un extracto de raíces de un árbol, el *omudema*, cuyas ramas, con agua y arena, sirven también para el aseo personal.

Asimismo, la utilización de hierbas y plantas con carácter preventivo resulta una medida «saludable».

En el ciclo vital se adoptan, igualmente, medidas tendentes a la preservación de la salud. Durante el embarazo, por ejemplo, la mujer *himba* ha de abstenerse de comer determinada carne como la del jabalí o la del elefante, que podrían resultarle perjudiciales durante la gestación. El parto es asistido por dos comadronas, y no en solitario como ocurre en otras sociedades americanas y aun africanas. El recién nacido es untado con manteca en lugar de ser lavado con agua.

Educar en este sentido conlleva una buena parte de creencia mágica o religiosa. El pueblo «primitivo» está mediatizado por ella y sometido a complejos rituales.

Hay, sin duda, una estrecha relación entre educación y naturaleza, a la que el pueblo primitivo está unido de manera entrañable. Decía Dewey (1946) que *la educación es una necesidad vital que permite, al satisfacerse, la supervivencia del ser biológico*. Afirmación que aplicada a la educación difusa convierte a la naturaleza en un factor de la educación cósmica *que actúa por acción de presencia sobre el individuo y sobre la comunidad* (Nassif, 1984: 22). De ahí que en diversas culturas no occidentales la vinculación entre naturaleza y educación –considerada ésta como enculturación– sea tan estrecha y, *prima facie*, inseparable.

El hombre primitivo realiza una asimilación de las creencias de los antepasados del grupo (carácter eminentemente social); hay, en consecuencia, una conciencia colectiva y, en definitiva, el tipo de educación de la que puede hablarse está presidido por un sentido claramente dogmático.

Entre las características de la educación primitiva pueden destacarse las siguientes: en primer lugar, se desenvuelve en un mundo mágico y fantástico. En él se manifiesta un tropismo hacia lo concreto; ello provoca un desarrollo mayor de sus facultades perceptivas, aunque no tanto de las reflexivas (Conill, 1983: 488).

Se trata, pues, de lo que ha venido en llamarse educación difusa o cósmica, entre otros nombres, en la que el ambiente, el entorno que rodea a la sociedad primitiva ejerce una decisiva influencia. Es el hombre, como decía De la Orden (1983: 488), *un sujeto sometido a la constante influencia del medio en que se halla inserto*.

Este tipo de educación puede considerarse mejor como un proceso de enculturación en virtud del cual las generaciones jóvenes aprenden de las mayores, y de esta manera les hace partícipes de la identidad étnica grupal.

Consiste, pues, en un proceso de «grupalización» cultural que tiene lugar, a partir del momento inicial (niños), de una manera permanente, siguiendo la tradición. Los progenitores y el ecosistema familiar constituyen la base de la enseñanza, aunque otros tengan a su cargo la organización de rituales (ritos de pasaje, según la terminología de Van Genepp) en los momentos cruciales del ciclo vital.

Unos y otros pretenden inculcar en las generaciones jóvenes su experiencia en el campo de la salud (hábitos de higiene, comidas prohibidas, baños, técnicas del cuerpo, circuncisión, etc.), aunque, naturalmente, no representa ningún sistema formal de educación y sí, en todo caso, está ligado estrechamente a la religión y a la magia.

No obstante, los procesos de aculturación, es decir, el contacto entre culturas diferentes, con el consiguiente intercambio de conocimientos, han propiciado cambios en las respectivas tradiciones. De ahí que bastantes culturas primitivas experimenten hoy novedades en sus hábitos cotidianos, especialmente en lo que a la salud se refiere.

Una de las prácticas más generalizadas en estas sociedades es el ayuno, al que los padres incitan a sus hijos para llevarlo a cabo. Un buen ejercicio de educación para la salud –en el sentido relativo que el concepto incluye– consiste, precisamente, como tarea preventiva, invocar a los espíritus tras varios días de ayuno.

Radin (1968: 101), en su célebre análisis del pensamiento primitivo, relata el caso de una niña que, tras el ayuno, dialoga con el Espíritu. *Esto –le dice él– es lo que tú hubieras podido hacer; todos te habrían respetado grandemente y habrías podido curar a la gente débil y nerviosa...* El remedio, no cabe duda, es importante, pero lo extraempírico lo es más todavía.

Uno de los motivos de mantener la salud es, justamente, el logro del equilibrio del individuo. De ahí que, generalmente, en culturas primitivas se considera que la enfermedad *es un desequilibrio que requiere un proceso de readaptación para recuperar esta compleja armonía que llamamos salud* (Fericgla, 1994: 16).

Paradójicamente –o contradictoriamente– una de las fórmulas para mejorar la salud es la absorción, por distintas vías, de productos «visionarios» o enteógenos (embriagantes), tales como la *ayahuasca* (utilizada por los *shuar* o *jíbaros* ecuatorianos) o el *peyote*, más conocido. Los *chamanes* (en el caso del Ecuador, *wishnú*) son los encargados de curar las enfermedades y mejorar la salud, pero también de instruir y formar. Su enseñanza es eminentemente práctica y basada en la magia, la religión y los recursos naturales.

Un *chamán* recibe los poderes bien de forma hereditaria, bien por «vocación» espontánea, «llamamiento» o «elección» (caso de Siberia y Asia nor-oriental, según Eliade, 1982: 29). Pero, además, ha de recibir una doble instrucción: *extática*, por una parte (éxtasis, sueños) y *tradicional*, consistente ésta en el aprendizaje de diversas técnicas, lenguaje, rituales, etc.

La enfermedad, bajo esta perspectiva, es considerada como un extravío del alma, un rapto, y es el *chamán*, mediante diversas técnicas, el encargado de restituirla al cuerpo del paciente. Es cierto, no obstante, que, junto a estas técnicas «espirituales», también pueden aplicarse otras de carácter más instrumental y empírico.

Quizá en un estudio profundo acerca de los métodos chamánicos pudiera revelarse el fuerte componente psicológico que subyace en sus prácticas, así

como la justificación de algunos de sus productos empleados que la farmacopea actual se afana en estudiar.

6.2. ¿SALUD VERSUS VIDA?

También la salud, interpretada como calidad de vida, tiene sus contradicciones en el mundo cultural. Comenzando con la crianza y terminando con la vejez, ciertas sociedades primitivas contradicen flagrantemente los más elementales principios éticos como es el respeto a la vida y el núcleo constituyente de la educación para la salud.

Si bien se aprecia toda una serie de rituales tendentes al nacimiento, una más o menos rudimentaria educación/enculturación para la reclusión, parto y posparto, con elementales prescripciones higiénicas (baño en el río, contacto del neonato con la tierra-madre, corte y conservación del cordón umbilical eliminado, etc.), hay, en cambio, otras tradiciones entre las cuales destaca la discriminación en razón del sexo, afectando al género femenino, como casi siempre ocurre.

Así, Harris (1981: 217) describe el caso del infanticidio en distintas comunidades en las cuales las niñas o bien son destetadas tempranamente, o bien la lactancia exclusiva se prolonga varios años. En uno u otro caso, se produce un déficit de nutrición que acaba con una elevada mortalidad femenina.

Razones de predilección por los varones, cuestiones de prestigio social o de elite son, entre otras, pretendidas justificaciones de una práctica tan reprochable.

La ignorancia de determinadas cuestiones fisiológicas provoca, muchas veces, graves problemas. En el caso del nacimiento de un niño con malformaciones genéticas, la madre es acusada como la causante de ellas en algunas culturas (los *foré* de Nueva Guinea, según Harris, 1981: 506). Igualmente, el consumo del mayor número de proteínas corresponde al varón por la creencia de que tiene más necesidad que la mujer.

El niño bengalí, por ejemplo, tiene también mayor preferencia en las comidas. Fruto de su superior alimentación es el hecho de que la tasa de mortalidad entre las niñas menores de 5 años ha llegado, en ocasiones, a superar el 50% de la de los niños (Lindenbaum, 1977: 143).

La falta de conocimientos y la carencia de una educación para la salud son, sin duda, las causas de morbilidad y mortalidad que podrían ser evitadas.

No menos reprochable es el tratamiento dado a la vejez en ciertas culturas. El gerontocidio es, desgraciadamente, un hecho y una pauta de conducta bastante habitual. Una pretendida «eutanasia» mediante la privación de ali-

mentos, abandono y desvinculación social provoca la muerte del viejo, sobre todo en sociedades pobres.

Los *sirianos*, habitantes de los bosques bolivianos, abandonan a sus ancianos lejos de la comunidad para que mueran por inanición o devorados por las fieras. Los *ojibwa* del lago Winnipeg celebran una fiesta, y el hijo mayor es el encargado de sacrificar al padre asestándole un fuerte golpe de *tomahwack*. Los *chuckis*, nómadas siberianos, hacen ingerir al padre anciano un hongo embriagador, la *amanita muscaria*, y lo estrangulan seguidamente con una espina de foca. En los esquimales se da el mal llamado «suicidio altruista» dejando al viejo a la deriva en un *kayak*.

Heródoto hablaba ya de la muerte de los ancianos *masagetes* a los que luego comían ritualmente –y fácticamente– los hijos.

Quizá la cultura negro-africana sea, en muchos casos, la excepción, puesto que, salvo el caso de los *hotentotes*, y alguna otra comunidad, el viejo es un ser al que se valora en su justa medida.

Tal vez la búsqueda de la flor o la hierba de la eterna juventud entre los antiguos *incas* (Ecuador y Perú) o en los antiguos poemas del *Gilgamés*, *Ramayana* (las cuatro hierbas maravillosas del monte *Oshadi*) o el *Mahabharata*, fuera el estímulo que los guiaba para evitar las atrocidades de una vejez siempre penosa.

Se impone una interculturalidad en la educación para la salud, por una parte para conocer esa alternativa de búsqueda positiva, y, por otra, para introducir y formar en los valores más primarios y profundos del ser humano en todas las culturas.

6.3. EDUCACIÓN INTERCULTURAL PARA LA SALUD

Si releemos los tres principales ámbitos en que convergen los problemas de la salud, tal vez convendríamos en que podría asignárseles el carácter universal:

- la lucha contra la enfermedad en busca de una hipotética eliminación
- la prevención de alteraciones
- la mejora de la calidad de vida del hombre y de sus condiciones físicas

Por distintos medios esto es, ni más ni menos, lo que todas las culturas pretenden.

En un mundo como el nuestro, en que el fenómeno de la globalización (y no solo económica, claro) es un hecho, la educación para la salud debe ocu-

par un lugar preeminente. Se impone, por consiguiente, el ámbito intercultural della educación.

No es infrecuente encontrar hoy sociedades, más o menos primitivas, que se están esforzando en lograr este interculturalismo. En Atipiris, ciudad de El Alto boliviano, hemos conocido una interesante, aunque modesta, experiencia en este sentido, si bien las precarias condiciones económicas representan un obstáculo para llevar a cabo adecuadamente una educación para la salud en donde los servicios básicos son insuficientes (Camacho, T., 1996: 49).

Otra curiosa experiencia es la realizada en la provincia de Talamanca (Costa Rica) para capacitar a los *awapa* o *sukias* en problemas de salud de su zona (Garro, 1990). Uno de estos médicos indígenas confesaba al finalizar la capacitación: *Gracias al gran Sibö (dios) encontramos la medicina en la montaña, esperamos que ésta no desaparezca. Las medicinas modernas nos ayudarán a curar mejor. Con las piedras mágicas hemos ayudado a otros a sobrevivir; queremos aprender para reforzar, no para olvidar nuestra medicina, queremos que los awapa jóvenes sigan aprendiendo...*

Según nos explicaba la autora del trabajo, el interés de la experiencia era brindar unos conocimientos y unas herramientas que les permitieran atender problemas de salud prioritarios en la zona, ante los cuales su medicina tradicional había mostrado limitaciones. A la vez, se intentaba fortalecer la figura del *sukia* de manera que pudiera enlazarse su práctica milenaria con las perspectivas actuales.

Quizá resulte más sorprendente saber que en 1965 comenzó a funcionar la *Escuela de Curanderos* en Arizona (EE.UU.), en Rough Rock, comunidad próxima a la reserva de los indios *navajo*. En ella se «imparte» un programa en el que los chamanes experimentados enseñan a los aprendices las ceremonias tendentes a la curación de los enfermos.

La colaboración con la medicina científica ha sido, desde entonces, muy fructífera, tanto para unos (*chamanes*) como para otros (médicos). Se ha establecido, además, un Programa indio de salud mental dependiente del servicio oficial de Salud.

Finaliza Bergman (1993: 653), quien intervino activamente en el Programa, que *los curanderos dicen que saben ahora con más fundamento cuándo y cómo enviar pacientes a los médicos blancos (...). Por otro lado –dice el autor–, creo ser capaz ahora de comprender a mis pacientes navajo y sé mejor cuándo enviarles a los curanderos.*

Indudablemente, hay un conocimiento de la salud dentro del que genéricamente denominamos *chamanismo*, que es justo reconocer, valorar y aprovechar con el fin de que esa base pueda servir para «construir» nuevos cono-

cimientos, eliminando lo que resulte inadecuado y sustituyéndolo por lo que las ciencias de la salud determinen. Y, sobre todo, que el respeto presida la relación entre unos y otros.

No hay que olvidar que la tradición de los pueblos resulta vital para su supervivencia, basada, en gran parte, en las costumbres ancestrales, en los valores milenarios y en actitudes y cosmovisiones heredadas.

Técnicas tan antiguas como la acupuntura o la digitopuntura han sido incorporadas ya a la práctica científica actual como medicina alternativa. Asimismo ocurre con productos, generalmente vegetales, que han sido tradicionalmente utilizados por los indígenas con resultados positivos y a los que la farmacopea moderna, como hemos dicho, intenta extraer sus propiedades de una manera ordenada y científica. La lógica del primitivo (no nos gusta la palabra) no discurre por los mismos cauces de racionalidad occidental, pero ello no invalida la eficacia de sus resultados y, en muchos casos, no sólo de la curación, sino de la prevención que se realiza en una incipiente y no formal educación para la salud.

Por lo tanto, una educación intercultural para la salud se impone en el panorama presente en el que las distancias –físicas y culturales– se están acortando, y los límites de los países son cada vez más permeables en algunos aspectos. El lema de «educación para todos» es hora de que sea ya una realidad, aunque, indudablemente, intereses no sólo sociopolíticos, sino también axiológicos y actitudinales constituyen todavía motivos de controversia y polémica.

Este nuevo discurso global pretende, pues, promover el respeto por todas las culturas, aceptarlas y adoptar en su estudio un punto de vista intercultural en toda acción pedagógica que se emprenda. Por ello habrán de tenerse muy presentes las perspectivas antropológica, sociológica, psicológica y pedagógica del entorno cultural.

En esencia, la educación multicultural a la que nos referimos es, como dice Aguado (1996: 51), *la expresión (que) se utiliza para denominar un enfoque educativo que se propone dar respuesta a la diversidad cultural propia de las sociedades democráticas desarrolladas desde premisas que respeten y valoren el pluralismo cultural como riqueza y recurso educativo*. Es obvio, pues, que no se está refiriendo a las llamadas sociedades primitivas, pero, aun así, cuadraría mejor la denominación de «intercultural» en la que el énfasis se pondría en la interacción entre las culturas, la comunicación, el trasvase mutuo de conocimientos y experiencias, etc.

Entre los objetivos básicos de este tipo de educación destacaríamos los siguientes:

- Reconocer, valorar y aceptar (dentro de sus límites) la diversidad cultural.

- Defender la igualdad en todos sus ámbitos.
- Propiciar estrategias interculturales en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Naturalmente, los autores suelen tratar el problema de la interculturalidad bajo perspectivas puramente formales en países desarrollados, olvidando, en demasiadas ocasiones, las estructuras culturales de comunidades más alejadas y a las cuales, en justicia, hay que atender.

Así pues, los modelos que habitualmente se proponen no son válidos para toda la diversidad cultural, como es lógico, pero en toda acción educativa que se emprenda habrían de tenerse en cuenta los factores del *contexto general* (valores, expectativas, necesidades), los *factores internos* (personas expertas, experiencias, formas de vida, actitudes) y otros *aspectos particulares* (cuestiones concretas de la comunidad). (Adaptado de Houlst, cit. por Aguado, 1996: 170). No cabe duda de que los conocimientos son múltiples y la perspectiva holística resulta fundamental, de manera que *la integración de saberes requiere considerar la diversidad y pluralidad humanas* (López-Barajas, 1997: 20) para poder emprender una acción concreta.

Una educación para la salud, no formal, integradora y adaptada a la carga cultural de una sociedad, respetuosa con el medio y las personas, con la experiencia ancestral, no es una simple utopía, sino una necesidad y una cuestión de justicia.

7. EPÍLOGO TRANSITORIO

Finalmente, unas breves reflexiones filosóficas sobre lo que se ha dicho hasta ahora y lo que puede intuirse de aquello que no se ha dicho. Reflexiones generales en las que, a nuestro entender, no puede ser ajena la ética (mejor, la bioética) o la axiología, por su compromiso antropológico, claro.

Se puede seguir discutiendo si éste, el nuestro, es el mejor de los mundos posibles, como defendiera Leibniz en su tiempo, pero de lo que no cabe duda es de su variedad y multiplicidad, como hemos visto, aquello que, en definitiva, llamamos *diversidad* y que, de alguna manera, representa un enriquecimiento y no una restricción del ser humano. Las culturas a las que nos hemos referido –una muestra insignificante en cuanto al número– así nos lo indican.

Ahora bien, esta diversidad no presupone la aceptación del *todo vale* del pensamiento posmoderno en la escala axiológica o del relativismo en la cultural. Bajo un enfoque filosófico y, más concretamente, ético no es admisible. Por encima de las culturas está el hombre, la dignidad humana; por debajo –subyacente– de las prácticas a las que nos hemos referido, está el deseo de ser justos y morales.

Decía Engelhardt (1995: 37) –aunque referido a la bioética– que, bajo una perspectiva filosófica, hay que *ayudar a la cultura a clarificar sus visiones de la realidad y de los valores*. Habrá que ayudar, por lo tanto, a aclarar, igualmente, algunas diferencias sustanciales existentes en algunas concepciones en el seno de las culturas, tales como la que se da entre vida biológica y vida personal, entre vida y muerte, entre la búsqueda de la «unidad básica del ser humano» y la variedad esencial –y no solamente como expresión cultural– de ese mismo hombre al que las distintas culturas aluden. No es cuestión baladí ni tan fácil de resolver si el punto de enfoque es solamente culturalista o, más comúnmente, estrictamente etnocéntrico.

Tampoco es tan fácil llegar al *consensus gentium* (consenso de toda la humanidad) sobre una generalización del hombre ni, como dice Geertz (1995: 48), descubrirla a través de la *busca baconiana de universales culturales* que, paradójicamente, puede desembocar en el relativismo que trata de evitarse.

En este sentido, parece que no hay una naturaleza humana independiente de la cultura. *Llegar a ser humano es llegar a ser un individuo, y llegamos a ser individuos guiados por esquemas culturales* (Geertz, 57). Cultura y humanidad parecen, pues, ir de la mano en estrecha interrelación. El comportamiento, así, está definido culturalmente.

En la presente exposición hemos estado hablando fundamentalmente de la salud como bien y de la enfermedad como mal. Sin embargo, hay una cuestión que, en principio –¿sólo en principio?–, resulta controvertida: ¿quién ha de definir el bien de la persona, de qué modo y con relación a qué norma? La respuesta no puede ser fruto de la improvisación, implica de lleno a la moral y, tal vez, algunos pretendan remitirnos a aquel antiguo concepto talmúdico de *teyku* como indicador de los límites de la razón en la resolución de problemas morales, como un dilema moral, en definitiva.

En consecuencia, no resulta fácil juzgar la cultura desde «fuera», pero también cabe el peligro de hacerlo desde «dentro». ¿Entonces...? La conocida afirmación de Protágoras –*homo mensura*– de que el hombre es la medida de todas las cosas, de que lo que vale es el pensar de la colectividad, nos sume en una perplejidad angustiada.

Desembocamos, pues, en un problema del conocimiento que, a la postre, afecta a la cuestión ética, y parece que todas las culturas poseen una ética propia. El dilema se plantea cuando se formula la pregunta crucial: ¿valen igual todas las culturas? ¿Es asumible –universalmente asumible– el «suicidio altruista» de los *esquimales*, la muerte de los *sirianos* o de los *chuckis* o el infanticidio *bengalí* por más justificaciones que se pretendan...?

La respuesta es obvia: la *sindéresis*, conocimiento intelectual y práctico, habla de la inclinación natural del hombre hacia el bien y a rechazar el mal.

La sentencia kantiana es, por otra parte, clara y rotunda: *Obra de tal modo que puedas querer que lo que haces sea ley universal de la naturaleza*. El principio de responsabilidad que formula Jonas (1995: 17) puede ser, igualmente, motivo de reflexión profunda y, *mutatis mutandis*, podría trasladarse su interpretación al campo que nos ocupa: *preservar la permanente ambigüedad de la libertad del hombre, que ningún cambio de circunstancias puede jamás abolir, preservar la integridad de su mundo y de su esencia frente a los abusos de su poder*.

El carácter de universalidad es claro, pero, en demasiadas ocasiones y culturas, tiene una concreta e interesada interpretación particular y sesgada a la luz de la filosofía.

Conciliar, por ejemplo, el relativismo con los derechos humanos es, en esencia, lo que procedería hacer. Ahora bien, en nuestras sociedades concretas –como las hay– en las que el grupo tiene primacía sobre el individuo, ¿cómo demostrar que los derechos individuales pueden, finalmente, favorecer al grupo? Además, dada la diversidad de pensamiento, ¿cómo se puede establecer –dice Engelhardt (1995: 57)– que algo es moralmente vinculante?

Parece, pues, claro que difícilmente puede aceptarse hoy el contenido íntegro de una cultura, especialmente en cuanto a sus valores se refiere. No obstante, habrá que *seleccionar los valores vigentes* –dice Marín Ibáñez, 1993: 209)– *buscando la concertación y la convergencia con los de una comunidad determinada*. Partir de unos valores comunes para compartirlos, abrirse a la otra cultura, procurar el respeto.

Aceptar críticamente todo aquello que no atente contra la vida y la dignidad personal. Aplicar los principios de la interculturalidad para lograr una mayor comprensión entre las culturas, sin caer en un radical etnocentrismo ni, por supuesto, en relativismos indefendibles. Esa es la utopía que puede acercarnos a la realidad.

Mas, una cosa es reconocer y respetar el acervo cultural de una sociedad, seleccionando y compartiendo los valores comunes y otra bien distinta defender, en aras de la tradición y de la costumbre, el *todo vale*. Es, como en el caso que nos ha ocupado, la salud, reconocer aquello que ha mostrado ser bueno –aunque todavía no científico– y rechazar cuanto atente contra la dignidad del ser humano.

El proceso de globalización, aún en ciernes, bien conducido y con las garantías de los derechos, los deberes y los valores humanos puede lograr una deseable convergencia y hacer posible la convivencia de la diversidad en un clima de auténtica comprensión. Es la antigua antinomia de lo uno y lo múltiple y una legítima aspiración humana. Un largo camino, sin duda, cuyo recorrido comienza por un primer paso.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUADO, M. T. (1996): *Educación multicultural. Su teoría y su práctica*. Madrid: UNED.
- AGUIRRE, A. (1993): «Cuerpo-alma» en *Diccionario temático de Antropología*. Barcelona: Boixareu Universitaria.
- BEALS, R. L. y HOIJER, H. (1968): *Introducción a la antropología*. Madrid: Aguilar.
- BERGMAN, R. L. (1993): «Una escuela de curanderos» en Velasco (comp.), *Lecturas de antropología social y cultural*. Madrid: UNED.
- BOORSE, C. (1975): On the distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs*, núm. 5, otoño.
- BOUCHÉ, H. (1993): *Antropología pedagógica*. Madrid: UNED.
- BOZZOLI, M. A. (1981): *Nacimiento y muerte entre los bri-brí*. San José de Costa Rica: EUNED.
- CAMACHO, T. (1996): *Comunicación y educación multicultural en Atipiris (ciudad de El Alto)*. La Paz (Bolivia): HISBOL.
- CASTRO, S. DE (1981): *Manual de patología general*. Salamanca: Sigueme.
- CAZENEUVE, J. (1971): *Sociología del rito*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CONILL, J. (1983): «Educación espontánea», en *Diccionario de las Ciencias de la Educación*. Madrid: Santillana.
- COTUÁ, J. (1999): *Chamanismo y antropología*. Barcelona: Índigo.
- DELGADO RUIZ, M. (1998): «Rito», en Aguirre (edit.), *Diccionario temático de antropología*. Barcelona: Boixareu.
- DEWEY, J. (1946): *Democracia y educación. Una introducción a la filosofía de la educación*. Buenos Aires: Losada.
- ENGELHARDT, H. T. (1995): *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós.
- ELIADE, M. (1982): *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. México: Fondo de Cultura Económico.
- FERICGLA, J. M. (1994): *Los jíbaros, cazadores de sueños*. Quito (Ecuador): Abya-Yala.
- FOSTER, G. y ANDERSON, B. (1978): *Medical Anthropology*. New York: MacGraw-Hill.
- FRAZER, J. G. (1974): *La rama dorada*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GALINO, A. y ESCRIBANO, A. (1990): *La educación intercultural en el enfoque y desarrollo del currículum*. Madrid: Narcea.
- GARRO, L. (1990): *Capacitación en materno filial a los sukias*. San José de Costa Rica, tesis doctoral inédita.
- GEERTZ, C. (1995): *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GINER ABATI, F. (1992): *Los himba*. Salamanca: Amarú.
- HARRIS, M. (1981): *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza Universidad.
- JONAS, H. (1995): *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder.
- KOTTAK, C. Ph. (1994): *Antropología*. Madrid: McGraw Hill.
- KRAEMER, y SPRENGER, (1976): *Martillo de las brujas*. Madrid: Felmer.
- KUSCHICK, D. (1995): *Medicina popular en España*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- LEBRUN, R. (1997): «El mundo mediterráneo arcáico», en *Tratado de antropología de lo sagrado* 3. Madrid: Trotta.
- LENKERSDORF, C. (2000): «Lengua y cosmovisión. El caso del maytojolabal», en *Revista Iberoamericana de Autogestión y Acción Comunal*. núm. 36-37, otoño. Valencia.
- LINDENBAUM, S. (1977): The last Course: Nutrition and Anthropology in Asia en Fitzgerald (edit.) *Nutrition and Anthropology in Action*, Atlantic Highlands (New York): Humanities Press.
- LÓPEZ-BARAJAS, E. (1997): «Integración de saberes y metodología», en *Integración de saberes e interdisciplinariedad*. Madrid: UNED.

- LÓPEZ PIÑERO, J. M. y GARCÍA BALLESTER, L. (1974): *Introducción a la Medicina*. Barcelona: Ariel.
- MARÍN IBÁÑEZ, R. (1993): *Los valores. Un desafío permanente*. Madrid: Cincel.
- MARIÑO, X. R. (1986): *La medicina popular interpretada, I*. Marín (España): Ediciones Xerais de Galicia.
- MEYER, F. (1996): «Enfermedad», en *Etnología y Antropología*. Madrid: Akal.
- MIGUEL, J. M. DE (1980): «Introducción al campo de la antropología médica», en M. Kenny y J. de Miguel (comps.) Madrid: RIS.
- NASSIF, R. (1984): *Pedagogía general*. Madrid: Cincel.
- ORDEN, A. de la (1983): «Educación espontánea», en *Diccionario de las Ciencias de la Educación*. Madrid: Santillana.
- PEREA, R. (1992): *Educación para la salud*. Madrid: UNED/FUE.
- RADIN, P. (1986): *El hombre primitivo como filósofo*. Buenos Aires: Eudeba.
- RODRÍGUEZ DELGADO, J. M. (1992): *La felicidad*. Madrid: Temas de Hoy.
- SARTRE, J. P. (1972): *El ser y la nada*. Buenos Aires: Losada.
- TURNER, V. (1980): *La selva de los símbolos*. Madrid: XXI.
- TWADDLE, A. C. (1993): «Enfermedad», en *Etnología y Antropología*. Madrid: Akal.
- ZEMPLÉNI, A. (1985): «La maladie et ses causes», en *L'Etnographie*. Paris.

RESUMEN

El concepto de salud ha estado ligado frecuentemente al concepto de enfermedad, pese a que el término «salud» engloba realmente un campo que es diferente y no sólo opuesto a enfermedad. La enfermedad ha estado siempre presente en la historia de la humanidad, y la lucha contra ella ha sido permanente, bien a través de recursos naturales (la medicina académica y la tradicional) o a través de ritos y el recurso a la divinidad (chamanismo y curaciones por la fe).

Más aún, la salud y la enfermedad son dos constantes que se refieren especialmente, aunque no de modo exclusivo, al cuerpo, y el cuerpo ha sido objeto de gran número de interpretaciones desde la denostación hasta la exaltación.

La salud puede ser vista también desde los enfoques sociales, culturales y, especialmente, de la educación. Esta dimensión antropológica y educativa es el núcleo alrededor del cual se desarrolla este artículo.

Palabras clave: Salud. Enfermedad. Cultura. Educación. Medicina académica. Medicina tradicional. Ritual. Cuerpo. Alma

ABSTRACT

The concept of health has been frequently linked to the concept of illness, though the term «health» really encompasses a field that is different and not only the opposite of, illness. Nevertheless, illness has swayed the course of humanity, and the fight against illness has been a permanent one, whether through rites and appeals to divinities (shamanism, faith healing).

Furthermore, health and illness are two constants that refer specially –albeit not exclusively– to the body, and the body has fallen under and amazingly wide range of interpretations throughout history, from revilement to exaltation.

Lastly, health can be looked at from the social, cultural and specially the educational standpoint. This anthropological and educational dimension is the core of this article.

Key words: Health. Illness. Culture. Education. Academic Medicine. Traditional Medicine. Ritual. Body. Soul.