

Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina

Interview: Eduardo Luis Menéndez Spina

Eduardo Luis Menéndez Spina es argentino y, desde 1977, es profesor-investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-DF/México). Estudió bachillerato en antropología en la Universidad Nacional de Buenos Aires (UNBA), tiene máster en Salud Pública (Escuela de Salu Pública/México) y doctorado en antropología social (UNBA). En 2009, la Universidad Rovira i Virgili (España) le otorgó a Menéndez el título de *Doctor Honoris Causa*.

Sus investigaciones analizan el proceso salud-enfermedad-atención sobre la base de la dialéctica sujeto-estructura y en las relaciones de hegemonía/subalternidad entre los modelos de atención, en los que se ha concentrado su producción teórica, desarrollando principalmente los conceptos de Modelo Médico Hegemónico y Modelo Autoatención, que se abordan en esta entrevista.*

Asimismo, Eduardo Menéndez es autor de varios artículos publicados en Brasil y ha escrito diversos libros que fundamentan su propuesta metodológica. En el año 2009 publicó, a través de la editorial brasileña Hucitec, el libro *Sujetos, saberes y estructuras: una introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*.

Eduardo Luis Menéndez Spina is originally from Argentina and since 1977 he has been research-professor at the Center for Investigations and Further Studies in Social Anthropology (CIESAS-DF/Mexico). He obtained a Teaching Degree in anthropology from the National University of Buenos Aires (UNBA), a Master's Degree in Public Health from the Public Health School/Mexico, and a Doctorate Degree in Social Anthropology from UNBA. In 2009, at the Rovira i Virgili University (Spain) he received the title *Doutor Honoris Causa*.

His research delves into the health-illness-care process, based on the subject-structure dialectic and on hegemonic/subaltern relationships within health care models, on which he has focused his theoretical research, especially developing concepts of Hegemonic Medical Model and Auto-Care Model, covered in this interview.*

The author of a number of articles published in Brazil, Eduardo Menéndez has written several books providing the basis for his methodological approach. In 2009, he published the book *Subjects, knowledge and structures: an introduction to the relationship focus in the study of collective health*, through Brazilian publisher Hucitec.

Revista

¿Podría platicar un poco sobre el contexto y las influencias que contribuyeron al surgimiento y a la constitución del campo de la antropología médica, y cuáles son sus aportes para el campo de la salud?

Eduardo L. Menéndez

El campo de la antropología médica como campo específico, se desarrolló sobre todo en los EEUU. Si bien el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención se venían gestando desde fines del siglo XIX, como disciplina especializada se organiza durante los años 50, y en los 60 ya tiene una presencia muy significativa. A partir de entonces tendrá un desarrollo vertiginoso, hasta convertirse en los 80 en la especialidad que cuenta con más antropólogos activos, por lo menos en los EEUU.

Ahora bien tu pregunta se puede responder de dos maneras, apelando a la trayectoria más o menos oficial de la disciplina o pensándolo a través de cómo personalmente fui apropiándome de las propuestas antropológicas, pero también de las de otras disciplinas, para poder entender los procesos de salud/enfermedad/atención. Desde esta última perspectiva mi acercamiento a estas problemáticas se dieron a partir de una multiplicidad de influencias, de las cuales señalaré sólo algunas.

Entre las décadas de 1940 y 1960' se desarrollaron trabajos sobre la situación colonial, donde los procesos de salud/enfermedad/atención evidenciaban en forma abrumadoramente trágica las consecuencias de la expansión colonial europea, y ello en dos momentos específicos, el de la expansión europea a partir del siglo XV, cuyas consecuencias en la mortalidad y morbilidad de la población nativa americana fue puesta de manifiesto por toda una serie de estudios históricos, demográficos y antropológicos que evidenciaron que estábamos ante uno de los mayores desastres ocurridos a nivel histórico.

El derrumbe demográfico de la población americana constituye una de las catástrofes más terribles que han sido generadas por el propio hombre en forma directa e indirecta, ya que dicho derrumbe se debió básicamente a la difusión de enfermedades infectocontagiosas a través de constantes epidemias, así como a las condiciones desnutricionales impuestas a las poblaciones nativas por los conquistadores europeos. Este tipo de información formaba parte de nuestras lecturas como jóvenes antropólogos.

Pero además, y sobre todo luego de concluida la segunda mundial, ocurrieron toda una serie de procesos económico/políticos que dieron lugar al desarrollo de una masa de estudios antropológicos y no antropológicos que 'descubrieron' la situación colonial. Durante los 50' y 60' junto a los trabajos académicos del tipo de los realizados por G. Balandier sobre la situación colonial, surgen los trabajos de autores como F. Fanon que denuncian las consecuencias del colonialismo en términos de salud/enfermedad/atención, y especialmente referidos a la salud mental, donde el racismo y la explotación colonial constituirían las causas básicas de determinados problemas, incluidos problemas de salud. Más aún, Fanon sostiene que ciertas características de los sujetos de los países colonizados – en su caso de sujetos argelinos – son producto del sistema colonial que genera en los mismos dichas características. Fanon describe este proceso a través de migrantes argelinos con problemas de salud mental que él atiende como psiquiatra en Francia, y llegando a la conclusión de que la biomedicina y especialmente la psiquiatría no puede dar cuenta de estos cuadros ni en términos diagnósticos ni en términos terapéuticos, porque no puede entenderlos.

Fue a través de la situación colonial que 'descubrí' el efecto de los procesos económico/políticos e ideológico/culturales sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (desde ahora procesos de s/e/a). Una 'situación colonial' que, no olvidemos, se diferenciaba en aquellos años en colonialismo externo y colonialismo interno, remitiendo el primero a la relación colonizador/colonizado y el segundo incluyendo la dimensión clasista además de la colonial. En mi caso la recuperación de la dimensión clasista de los procesos de s/e/a se dio a través de las investigaciones no marxistas realizadas por científicos sociales norteamericanos durante los 50' y 60', así como a través de la obra de Ernesto De Martino.

Revista

¿Podría aclararnos sobre cómo se dio esta recuperación de la dimensión clasista de los procesos de s/e/a para usted?

Eduardo L. Menéndez

Al respecto es necesario recordar que el marxismo no había producido trabajos que evidenciaran las relaciones entre clase social y procesos

de s/e/a, de allí que cuando teníamos que ejemplificar recurríamos monótonamente a la situación de la clase obrera en Inglaterra de Engels y a algunos capítulos del primer libro del *Capital* de Marx. El marxismo, incluido por supuesto el marxismo académico, manejaba las relaciones clases sociales/procesos de s/e/a en términos básicamente ideológicos. Fueron los estudios sociológicos norteamericanos los que evidenciaron esta relación, especialmente en el campo de la salud mental.

Pero junto con estos materiales, accedí a la obra de un antropólogo italiano que utilizaba un marco teórico gramsciano, y que aplicaba en sus estudios sobre procesos simbólicos, incluidos centralmente los procesos de s/e/a, en el sur de Italia, a los cuales describía e interpretaba en términos de relaciones de hegemonía/subalternidad. Me refiero a Ernesto de Martino, cuya obra me impactó notablemente; más aún yo conocí realmente a Gramsci a través de la obra de De Martino; mejor dicho, aprendí de él a aplicar los criterios gramscianos a los procesos de s/e/a.

Revista

¿Y qué otros autores y propuestas influyeron en su trayectoria para entender el proceso s/e/a?

Eduardo L. Menéndez

Simultáneamente, recibí el impacto del notable trabajo de E. Durkheim sobre el suicidio, al que considero uno de los más importantes textos epidemiológicos que se han producido, y que constituye uno de los núcleos iniciales de mi propuesta de desarrollo de una epidemiología sociocultural.

Más allá de las necesarias críticas respecto de ciertos aspectos empíricos e interpretativos que podemos formular al texto de Durkheim, considero que este texto se adelanta notablemente al conjunto de la producción epidemiológica al incluir no sólo 'variables' biológicas, demográficas y sociales, sino al incluir 'variables' culturales e ideológicas. Más aún, es un texto que tempranamente articula técnicas y datos de tipo estadístico y de tipo cualitativo, así como establece propuestas sobre las relaciones entre lo cultural y lo biológico, y entre lo normal y lo patológico, pero no referidos a aspectos generales e inespecíficos sino anclados en los datos empíricos sobre el suicidio.

Durkheim realiza la hazaña metodológica – para el período en que escribe – de plantear y 'demostrar' que el suicidio – para Durkheim todo suicidio – no puede entenderse si remitimos el hecho exclusivamente al sujeto, sino que debemos incluir al sujeto dentro de la trama económica, social y cultural dentro de la cual ocurrió el suicidio. Más aún, al preguntarse sobre el sentido del acto suicida propone que en determinados tipos de suicidio el sentido del acto está en el individuo, pero en otros está básicamente en el grupo al que pertenece dicho sujeto. Lo lamentable es que a uno de los precursores de una epidemiología no sólo sociocultural sino interpretativa, es considerado por los 'expertos' como un sociólogo 'positivista'. Palabra, que como sabemos, es usada en forma estigmatizante por muchos pensadores de izquierda.

Ahora bien, éstas y otras propuestas son apropiadas por mí, articulándolas como pude con las corrientes centrales de estudios antropológicos que iban a generar en los 60' esa nueva disciplina llamada Antropología Médica. Y me refiero a las corrientes culturalistas, funcionalistas, e interaccionistas simbólicas desarrolladas entre las décadas de 1920' y 1960' en los EEUU, y que a través – por ejemplo – de la escuela de cultura y personalidad, de los estudios sobre anomia y desviación social, de los trabajos sobre enfermedades mentales y psicósomáticas, de las investigaciones sobre instituciones hospitalarias analizadas en términos funcionalistas o en términos de institución total, irán generando una masa crítica de estudios empíricos sobre muy diversos procesos de s/e/a que en su mayoría expresan la importancia de las dimensiones sociales, simbólica y colectiva de la enfermedad y de la atención a la misma. Más aún, que demuestran como determinados 'padecimientos' expresan las particularidades sociales de ciertos grupos, así como el uso 'funcional' que hacen del consumo de sustancias consideradas adictivas, como – por ejemplo – lo evidenció H. Becker en su estudio sobre la 'carrera del mariguano'.

Además, desde la década de 1950 se desarrollan toda una serie de estudios que darán lugar al desarrollo de las teorías críticas de la desviación y a las propuestas de que son las instituciones – sobre todo las 'totales' – las que construyen a los sujetos 'desviados' y a los 'pacientes'. Una parte de estos estudios propondrán tempranamente muchas de las ideas que

más adelante pondrá de moda Foucault. Siempre he sostenido que el notable éxito de Foucault en los EEUU tiene que ver – por lo menos en parte – con que muchas de sus propuestas sintonizaban armoniosamente con los que los estadounidenses venían produciendo desde hacía años.

Podría seguir enumerando tendencias y temáticas, pero creo que con lo señalado basta para asumir – por lo menos a través de mi genealogía – que la Antropología Médica tiene una trayectoria y una producción que sería de mucha utilidad para los que trabajan en salud colectiva.

Revista

¿Y cómo ocurrió el acercamiento de la antropología médica, y de usted, de la medicina social y de la salud colectiva?

Eduardo L. Menéndez

Ahora bien, la trayectoria propuesta hasta ahora focalizó exclusivamente la producción por decir así ‘teórica’, pero la Antropología Médica – y no sólo en los EEUU – se organiza también con los materiales producidos por la denominada Antropología Aplicada, que fue desarrollada por todas las potencias coloniales respecto de tres rubros básicos: desarrollo económico, educación y sobre todo salud. Desde principios del siglo XX los antropólogos holandeses, ingleses, franceses, belgas, norteamericanos desarrollarán investigaciones con el objetivo final de modificar ciertas situaciones consideradas negativas para la vida de los nativos. Y así realizarán estudios sobre embarazo y parto, sobre enfermedades infectocontagiosas o sobre formas de atención de las enfermedades con el objetivo de incidir en los comportamientos nativos. Por supuesto que muchas de estas investigaciones se correlacionaban con los proyectos económicos coloniales, y así en particular fueron estudiados los problemas de salud que afectaban ciertas áreas de explotación petrolera o forestal y cuya producción estaba amenazada constantemente por la existencia de enfermedades infectocontagiosas como paludismo, fiebre amarilla o cólera. Esta antropología es en cierta medida una especie de primo hermana de los institutos de medicina tropical desarrollados sobre todo por ciertos países europeos.

La antropología aplicada parte de una visión llamémosle occidentalizante, atribuyendo gran

parte de los problemas de salud que tienen los pueblos colonizados a sus propias condiciones sociales y culturales de vida, y por lo tanto proponiendo modificar esos sistemas de vida para reducir, por ejemplo, la mortalidad por parto o por enfermedades infectocontagiosas. Esta antropología propondrá en la década de 1930’ ‘aculturar’ – concepto acuñado en esos años – para mejorar el estado de salud, idea que con otros nombres sigue dominando una parte del pensamiento salubrista y también antropológico.

Subrayo que la masa de producción de la Antropología Aplicada fue – y sigue siendo – enorme y se expresó inicialmente sobre todo a través de la revista *Human Organization*, señalando que una parte importante de su producción tenía que ver con América Latina. Ahora bien, la importancia de la producción antropológica entre 1920 y 1960 radica no sólo en la gran masa de estudios empíricos producidos sobre una gran diversidad temática, sino también en la formulación de propuestas interpretativas sobre aspectos que siendo centrales a la biomedicina eran escasamente problematizados por ésta, así como por el desarrollo de concepciones que difieren de las biomédicas. Y me refiero por ejemplo a la masa de investigación y de reflexión antropológica realizada respecto de la relación entre lo cultural y lo biológico o entre lo normal y lo patológico, subrayando que parte de estas reflexiones en las décadas de los 30’ y 40’ no eran meramente académicas, dado que polemizaban en forma directa o indirecta con las propuestas bioracistas utilizadas no sólo por los proyectos políticos fascistas, sino también por una parte de la biomedicina – y por supuesto de la Antropología – de varios países europeos y no sólo de Alemania nacionalsocialista. Más aún, polemizaba con una biomedicina que daba por hecho la prioridad de lo biológico y la secundariedad o inclusive la carencia de importancia de los procesos socioculturales.

Pero además, esta producción antropológica se desarrollaba a través de conceptos y metodologías que diferían fuertemente de las dominantes en biomedicina, ya que prácticamente la totalidad de sus estudios eran de tipo cualitativo, sostenían propuestas de relativismo cultural no sólo respecto de enfermedades mentales sino también de enfermedades físicas, y ponderaban la eficacia simbólica de prácticas curativas tradicionales. Pero además afirmaban la dimensión

colectiva de los padecimientos tanto en términos de causalidad como de atención a los mismos.

Por supuesto que podemos generar muchas y correctas críticas a gran parte de esa producción, pero ahora me interesa sobre todo recuperar algunos de los problemas y de los enfoques que estas corrientes plantearon, y que inclusive investigaron temas que muchos consideran recientes. Una parte sustantiva de los trabajos de esta antropología tuvieron que ver con ‘el cuerpo’ sobre el cual trabajaron etnográfica y reflexivamente por lo menos desde los 20’. Y no me refiero sólo al texto teórico de M. Mauss, sino a toda una serie de trabajos etnográficos entre los que destaca el notable estudio de M. Mead sobre la fatiga en Bali. Considero que esta investigación enseñaría a muchos de los que se dedican a los estudios del ‘cuerpo’, a tomar en cuenta aspectos que ni siquiera imaginan.

Es durante este lapso que – junto por supuesto con estudios sociológicos y antipsiquiátricos – esta antropología considera a la enfermedad mental como respuesta a las condiciones sociales en las que viven los sujetos, y más aún considera las psicosis – no sólo como consecuencias – sino como metáforas de las sociedades en las que opera, como propuso J. Henry en su notable estudio sobre “La cultura contra el hombre”. Más aún, toda una serie de investigaciones sobre el homosexualismo – entre los que destaca el notable estudio de Devereux sobre el homosexualismo entre los Mohave – propondrá ya en los 30’ y los 40’ al homosexualismo como un comportamiento ‘normal’.

Por supuesto que a partir de los 60’ y sobre todo de los 70’ esta producción se diversifica enormemente, y no hay espacio suficiente ni siquiera para sintetizarla esquemáticamente. Pero lo que me interesa señalar es que a partir de estas y otras corrientes y problemas voy a ‘encontrarme’ con la medicina social a mediados de la década de los 70’, con la cual asumo problemas comunes como el de los determinantes sociales, pero discrepo por la ausencia de los procesos simbólicos en la casi totalidad de sus estudios. Más aún, el marxismo dominante en la medicina social latinoamericana en aquellos momentos era fuertemente economicista y estructuralista, y yo no sólo pensaba en términos gramscianos, sino que venía de un ejercicio crítico realizado durante los 60’ respecto del estructuralismo de Levi Strauss, pero también de Althusser.

Pero ese ‘encuentro’ fue para mí sumamente importante, no sólo por la calidad de los materiales generados por esta corriente, sino también por el proyecto ‘político’ que implicaban las propuestas de la salud colectiva con el cual coincidimos, y porque me obligó a reflexionar sobre aspectos que para mí hasta entonces no eran prioritarios.

Ahora bien, durante la entrevista he señalado algunos puntos diferenciales entre los enfoques de la Antropología Médica, de la Biomedicina y también de la Salud Colectiva, pero me interesa subrayar un aspecto que las tres tienen en común, y es que por más que todas hablan de salud y enfermedad, realmente sólo estudian, piensan y actúan en términos de enfermedad. Es en gran medida por eso que yo sigo hablando de Antropología Médica y no de Antropología de la Salud como algunos la denominan actualmente. Lo cual no implica que dejemos de pensar en la salud, lo cual suelo hacer pero a partir de considerar a la salud como un concepto básicamente ideológico o si se prefiere imaginario.

Revista

Eduardo, ahora quisiéramos hablar más concretamente sobre sus aportaciones para el campo de la antropología médica. Usted propone un abordaje antropológico sobre los modelos de atención, ¿podría hablarnos sobre las diferencias y contribuciones de la perspectiva antropológica para la reflexión sobre los modelos de atención?

Eduardo L. Menéndez

Mi concepto de modelo viene de dos fuentes principales, por una parte del estructuralismo – incluido el estructuralismo durkheimiano – y por otra del historicismo, y sobre todo del historicismo de Max Weber. La noción de modelo parte del supuesto de que toda realidad social es compleja, y en cierta medida inabarcable, y que por lo tanto necesitamos generar modelos que organicen provisoriamente esa realidad, para luego estudiarla empíricamente. La noción de modelo que manejo supone una constante relación entre la realidad construida como modelo y la historicidad de esa realidad, que es lo que he tratado de hacer en mis estudios sobre lo que denomino Modelo Médico Hegemónico.

Yo fui tomando noción de ciertas características básicas de la biomedicina a través de materiales bibliográficos, y de mis propios estudios

y experiencias desarrollados durante la década de los 60' y principios de los 70', que me llevaron a descubrir la notable complejidad y diversidad de la biomedicina en términos de saber y de institución. Y es a partir de observar esta complejidad y diversidad que me propuse formular modelos que si bien empobrecen, esquematizan, reducen e inclusive pueden sesgar la realidad, posibilitan no obstante una primera y provisional aproximación comprensiva a la biomedicina, y a las otras formas de atención de los padecimientos.

Mis puntos de partida metodológicos respecto de la aplicación de modelos, son primero que la realidad es procesual además de compleja y diversificada; segundo que el modelo no es la realidad sino una construcción que se crea a través de ciertas características manejadas en un alto nivel de abstracción, y que son consideradas estructurales. Tercero que todo modelo no sólo no es la realidad sino que siempre debe ser considerado provisional; todo modelo se genera para ser modificado por la nueva información procedente de los estudios empíricos. Y cuarto que todo modelo debe ser referido a procesos específicos, a la historicidad de los mismos, y evidenciar a través de esa historicidad que es lo que funciona o no funciona del modelo; cuales son las características que persisten y cuales las que desaparecen o se atenuan.

El concepto de Modelo Médico Hegemónico (MMH) que presenté formalmente por escrito a mediados de los 70' tuvo una notable difusión, y actualmente es un concepto anónimo que es el mayor éxito que puede tener un concepto, un poema o una canción. Pero frecuentemente mi propuesta se ha entendido y/o aplicada mal, pues en unos casos muchos cuestionan mis trabajos señalando que el modelo no corresponde a la realidad, lo cual es justamente uno de mis puntos de partida metodológicos. Y por otra parte, otros autores han tratado de buscar el modelo en cada realidad empírica, lo cual también constituye una manera equivocada de utilizar mi concepto de MMH. En síntesis mi propuesta metodológica remite a la necesidad de articular modelo e historicidad.

Otro de los conceptos que he formulado es el de proceso de salud/enfermedad/atención-prevención, tratando de superar las propuestas que sólo focalizaban la salud y la enfermedad. Para mi toda enfermedad, todo padecimiento, implica

necesariamente la existencia de formas de atención y de prevención, que debiera buscarlas a través de lo que hacen los sujetos y grupos sociales con sus padecimientos. Pensar sólo en términos de salud/enfermedad, es en cierta medida eliminar, o por lo menos poner entre paréntesis, lo que hacen los sujetos, grupos, sociedades para enfrentar sus enfermedades. Es colocar el eje únicamente en los determinantes sociales de la enfermedad, y reducir las acciones a la prevención. Para nosotros el proceso no debiera reducirse a la enfermedad – dado que como sabemos la salud prácticamente no se estudia – sino que debiera incluir la atención y la prevención como partes necesarias de un proceso que potencialmente las incluye, como desarrollaré más adelante.

Respecto de los modelos de atención, y especialmente sobre el modelo de autoatención, lo que he propuesto constituye una especie de rescate del sentido común, que en gran medida se pierde a través de las especializaciones disciplinarias, del dominio de ciertos tecnicismos y de los intereses profesionales. En última instancia, lo que propongo es la presencia en toda sociedad actual de una variedad de formas de atención que la población utiliza en forma simultánea o secuencial a lo largo del tiempo, y cuyo eje articulador está en la autoatención. Y este es un hecho de sentido común que cualquiera de nosotros puede observar en la vida cotidiana, pero que sin embargo se pierde de vista en las investigaciones sobre atención y prevención de las enfermedades y padecimientos, e incluso se pierde de vista en estudios sobre autoatención publicados, por ejemplo, en prestigiosas revistas de salud pública de México.

Ahora bien, para mí la prevención es parte central de la autoatención; desde mi perspectiva antropológica toda sociedad – y subrayo toda sociedad – crea concepciones y prácticas preventivas, que son previas a las concepciones de los curadores incluidos los biomédicos. La prevención es parte estructural de la autoatención, y los sujetos la aprenden a través de sus procesos de socialización, dado que son decisivas para la reproducción social y biológica de un grupo. Y por lo tanto las sociedades y los sujetos crean y usan concepciones y actividades preventivas para los aspectos que ellos consideran amenazantes.

De tal manera que nuestra perspectiva difiere fuertemente de las concepciones biomé-

cas, ya que reconoce que la prevención es generada y usada por toda sociedad, mientras que la biomedicina parte del supuesto de que gran parte de los sujetos rechazan la prevención, confundiendo rechazo, resignificación y/o desconocimiento a la prevención biomédica con inexistencia de prevención.

Además considero que la mayoría de la población va incluyendo cada vez más aspectos preventivos biomédicos, como ocurre en el caso de la vacunación obligatoria. Mientras el preventivismo se queja de que la población no se previene para evitar ciertas consecuencias – lo cual es cierto – sin embargo, no recupera la notable expansión del esquema de vacunación básica, en un país como México donde la cobertura está en alrededor del 97%, así como tampoco reconoce el notable éxito de la planificación familiar que se desarrolló entre mediados de los 70' y la actualidad. Una parte sustantiva de las acciones preventivas que realiza la población actualmente devienen del saber médico, pero incluídas – por lo menos en parte – dentro de las representaciones y prácticas sociales 'propias' de la población.

Revista

Uno de los ejes principales de sus discusiones sobre modelos de atención es la autoatención, ¿por qué?

Eduardo L. Menéndez

La autoatención es parte estructural del funcionamiento de todo sujeto y de todo grupo, lo cual no significa ignorar y menos excluir las actividades desarrolladas por los profesionales de la atención sean biomédicos, curadores tradicionales o sanadores *new age*. Lo que he propuesto reiteradamente es que la autoatención de los padecimientos no sólo constituye el real primer nivel de atención sino que es el eje articulador de las diferentes formas de atención que utilizan los sujetos y grupos sociales.

Lo notable nuevamente, es que un hecho de sentido común haya sido no sólo ignorado sino sobre todo no utilizado o reconocido intencionalmente por el Sector Salud, como una de sus principales estrategias de acción. Y cuando digo intencionalmente, es porque asumo que la biomedicina sabe de la importancia de la autoatención – la cual por ejemplo es decisiva durante el periodo de convalecencia de una enfermedad

tratada por médicos o por otros curadores – pero tiende a ignorarla como forma de atención, a la que como sabemos sólo piensa en términos de institución biomédica, y reduciéndola a 'auto-cuidado'. Y nosotros hemos cuestionado este concepto por reducir la autoación a comportamiento exclusivamente individual, lo cual sintoniza muy bien con las propuestas económico/sociales neoliberales – que es cuando cobró auge este concepto – pero no con los planteamientos de la salud colectiva que manejo y que considera que la unidad básica de la autoatención es algún tipo de grupo social, y no el individuo.

Mientras que al médico, al curador tradicional o al sanador *new age* vamos de tanto en tanto, los procesos de autoatención son cotidianos, se ejercen todos los días. No podemos vivir sin autoatendernos de alguna manera, más allá de que nos autoatendamos mal. De hecho la mayoría de los grupos primarios designan dentro del grupo a un curador al cual consultan, y ésto opera a través de un grupo familiar o de un grupo de trabajo fabril. La autoatención se expresa a través de toda una variedad de actividades, entre ellas la de automedicación con tisanas, con masajes, con palabras o con antibióticos.

Al respecto he sostenido reiteradamente que la automedicación constituye una pauta normal del comportamiento individual y grupal, y en lugar de tratar de erradicarla, necesitamos por el contrario trabajar para mejorarla. Por lo cual considero que gran parte del trabajo en educación, promoción y prevención para la salud debería aplicarse a mejorar la automedicación, a que el sujeto sepa automedicarse lo mejor posible. Es decir aplicar una política de reducción de daños y de reducción de riesgos, dirigidas a la automedicación.

Esto ha sido considerado como una suerte de provocación, cuando lo que propongo es tratar de actuar eficazmente sobre comportamientos que casi inevitablemente se desarrollarán como son los de autoatención, incluída la automedicación. Más aún, he señalado que el Sector Salud constantemente está impulsando la autoatención y también la automedicación, pero simultáneamente se la pasa criticándolas. A veces pienso que el Sector Salud considera que la mayoría de la población es más o menos esquizoide, ya que por una parte – por ejemplo – promueve que las mujeres usen píldoras anticonceptivas por su

cuenta – es decir se automediquen –, pero si esas mismas mujeres usan antibióticos por su cuenta, su comportamiento pasa a ser cuestionado.

Para gran parte de las enfermedades crónicas el Sector Salud impulsa la autoatención, y en ciertos casos la automedicación, pero simultáneamente las critica. Es decir opera más o menos en términos de lo que G. Bateson llama ‘doble mensaje’ o ‘mensaje contradictorio’, y que según este antropólogo constituye una de las principales causales de ciertos tipos de esquizofrenia.

Considero que el Sector Salud, y por supuesto los académicos, deberían desarrollar investigaciones para no sólo saber porque la gente se autoatiende y se automedica, pero sin cuestionar *a priori* dichos comportamientos como se observa en muchos protocolos de investigación, sino para buscar la racionalidad subjetiva y grupal de dichos comportamientos tanto en términos económicos, sociales como culturales.

Revista

¿Por que usted defiende la automedicación?

Eduardo L. Menéndez

Como ya señalé, parto del supuesto de que la automedicación es parte de la autoatención, y que la autoatención implica toda una variedad de acciones. Implica que los sujetos se autodiagnostican, que formulan explicaciones causales sobre sus padecimientos y que desarrollan estrategias de atención y de prevención. Estas actividades son parte estructural de los procesos de *s/e/a*, y más allá de que el autodiagnóstico y las explicaciones causales sean correctas o no.

Ahora bien, la biomedicina ha concentrado sus críticas en la automedicación, y no tanto en la autoatención a la que ha impulsado en términos de ‘atocuidado’, por lo cual necesitamos preguntarnos porque ocurre esa diferenciación. Y considero que la respuesta no es demasiado difícil: la biomedicina cuestiona la automedicación no sólo por razones objetivas – por ejemplo las consecuencias negativas del mal uso de antibióticos – sino por razones profesionales, ya que el medicamento constituye el principal símbolo actual de identidad de la biomedicina en términos de eficacia comparativa, y ésta necesita establecer un monopolio – que reiteradamente fracasa por lo menos en América Latina – sobre el uso de medicamentos.

Esto puede observarse tal vez con mayor transparencia en el desarrollo del uso de las sustancias consideradas adictivas, ya que son criterios médicos de adicción y de dependencia los que fundamentan la ilegalidad del uso de estas sustancias por los sujetos que las usan por su cuenta (‘automedicación’ con marihuana o cocaína), pero si la droga adictiva es recetada por un médico, pasa a ser legalizada. El problema actualmente, es que en un país como los EEUU el consumo de drogas consideradas adictivas recetadas por médicos ha pasado a superar el consumo de drogas ilegalizadas, y lo que es más interesante es que han pasado a tener más consecuencias en la mortalidad por consumo de drogas que en el caso de las drogas prohibidas.

Un hecho que siempre me ha llamado la atención es que las investigaciones que conozco sobre automedicación – y subrayo las que conozco – *a priori* lo que buscan es demostrar los efectos dañinos de la misma, pero no conozco estudios que traten de ponderar no sólo los aspectos negativos sino también los positivos de la automedicación. Por lo cual te propongo realizar una investigación de este tipo, que considero prioritario en términos de salud colectiva.

Para concluir con este acápite, quiero subrayar una orientación permanente de mi forma de pensar los procesos de *s/e/a*, y especialmente respecto de la autoatención. Y es que tanto cuando pienso en términos de modelos, de procesos de *s/e/a* o de la salud como imaginario social, lo que más me interesa es la reducción de la enfermedad y de la mortalidad por una parte, y la posibilidad de que los procesos de *s/e/a* operen como movilizadores sociales. Y justamente veo en los procesos de autoatención no sólo uno de los medios de mejoramiento de la salud individual y grupal, sino también su potencialidad para que los actores sociales impongan sus demandas específicas; es decir un mecanismo de empoderamiento, lo cual podemos observar tanto a través de grupos organizados en torno al VIH-sida, como a través del incremento del denominado ‘paciente bien informado’.

Algunos autores han cuestionado mi énfasis en la autoatención, pues consideran que con ello favorezco la ausencia y la responsabilidad del estado respecto de la salud colectiva, cuando mi propuesta no sólo sigue subrayando la responsabilidad del estado, pero ve en el desarrollo de la autoatención embriones, posibilidades,

atisbos de comportamientos colectivos que promuevan la autogestión social y tal vez política.

Revista

Usted también propone en sus trabajos analizar la participación social desde el punto de vista de los individuos, de las acciones de los individuos y de los microgrupos como la forma principal de participación social. ¿Podría justificar por qué considera esas acciones más individuales acerca de problemas específicos de salud como formas de participación social?

Eduardo L. Menéndez

Mi punto de partida es que la gente participa, no tiene otra que participar. La vida es participación, y lo que hay que diferenciar son los tipos de participación en los cuales actuamos. Con la participación ocurre algo similar que con la prevención; gran parte de los salubristas tienen determinadas expectativas respecto de la participación social de la gente, y por lo tanto excluyen o no ven la participación social que esta realiza.

Considero que la gente participa para aquello que realmente le interesa en función de su cotidianidad y sus necesidades, y son muy pocos los que participan en función de demandas abstractas o genéricas, salvo en ciertas coyunturas, situaciones especiales o problemas específicos. Demandar que la mayoría de la población luche por la salud está bien, hay que hacerlo, pero no va tener demasiado éxito, dado que son demandas demasiado generales que la gente no puede conectar ni con su vida cotidiana ni con sus posibilidades.

La gente se organiza y participa en salud sobre todo a partir de problemas específicos que ve como amenazantes para su vida; y por eso una parte de los que padecen VIH-sida o que tienen problemas con el alcohol se organizan y en unos casos realizan fuertes demandas participativas, y en el otro participan reducidos a la actuación en su propio grupo de Alcohólicos Anónimos.

Si yo quiero trabajar con la participación social de la gente, lo primero que tengo que asumir es que en todo grupo hay participación, y en lugar de partir del supuesto de que la gente no participa, tengo que detectar las formas de participación realmente existentes y ver si puedo montar mis objetivos de participación sobre las

representaciones y prácticas de participación que ya están operando. Esta manera de pensar ha sido utilizada por algunos epidemiólogos en México que han utilizado formas de participación tradicionales para actuar eficazmente contra la expansión de ciertas enfermedades infectocontagiosas.

Ahora bien, y lo subrayo, esto lo propongo desde la perspectiva del Sector Salud, a la cual debo – y desde mi perspectiva es básico – incluir la necesidad de buscar y detectar siempre los aspectos autogestionarios y de micropoder que pueden darse – o no darse – en la participación social que opera en los procesos de *s/e/a*. Pero dichos aspectos participativos debo buscarlos intencionalmente porque – como lo acabo de desarrollar en un trabajo reciente – en el caso de muchos procesos, y no solo de *s/e/a*, ‘lo que no se busca no se encuentra’.

En síntesis debemos partir de los mecanismos de participación social de todo tipo existentes en las comunidades, tratar de detectar especialmente los mecanismos de participación que operan respecto de los procesos de *s/e/a*, así como de la eficacia o ineficacia de los mismos, con el doble objetivo de utilizarlos para enfrentar los padecimientos y para impulsar la autogestión social.

Revista

¿Podría hablarnos brevemente sobre su propuesta de enfoque relacional como punto de partida teórico-metodológico en la investigación del campo de la salud y la enfermedad?

Eduardo L. Menéndez

Dado el tiempo que tenemos, más que hablar brevemente, hablaré un tanto esquemáticamente. Por lo cual subrayo que en términos metodológicos el enfoque relacional que utilizo refiere a dos aspectos básicos: primero la necesidad de incluir en una investigación todos – o por lo menos la mayoría – de los actores significativos que tienen que ver con el proceso que estoy estudiando, así como los diferentes tipos de relaciones que operan entre los mismos. Y segundo la necesidad de trabajar no sólo con las representaciones sociales sino también con las prácticas sociales de dichos actores sociales.

El primer aspecto supone que en cualquier proceso de *s/e/a* a estudiar – incluidos procesos como el suicidio individual – siempre hay más

de un actor significativo, y por lo tanto debiéramos detectarlos y trabajar no sólo con todos ellos sino sobre todo con las relaciones de diferente tipo (cooperativas, competitivas, simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad, etc.) que operan entre dichos actores y frecuentemente en forma simultánea.

Ésta es casi una obviedad, pero las obviedades operan según los momentos que atraviesa una disciplina, por lo menos en el caso de la Antropología Social, y para aclarar lo que estoy diciendo voy a trazar una pequeña trayectoria de cómo la misma se ha manejado metodológicamente con los actores sociales.

Considero que hasta los 60' la mayoría de las corrientes antropológicas se caracterizaban por estudiar la cultura, la sociedad, la comunidad, etc., de tal manera que el actor social eran la cultura, la sociedad, la comunidad, donde prácticamente los sujetos no eran considerados como tales, sino como entidades que reproducían lo que 'hacia' la cultura, la sociedad o la comunidad.

Ahora bien, la casi totalidad de las corrientes antropológicas incluídas las marxistas proponían un enfoque relacional referido a las 'partes' que constituían una cultura, una sociedad o un mito. El estructuralismo llevó a casi sus últimas consecuencias este enfoque que, entre otras cosas, excluía a los sujetos sociales o los incluía en términos de conducta de rol, de comportamiento de clase o de patrones de conducta donde la subjetividad de los actores estaba ausente.

Revista

¿Entonces cómo ocurre la recuperación del sujeto?

Eduardo L. Menéndez

Lo señalado no ignora que ciertas corrientes antropológicas – y por supuesto ciertos autores – trataron de incluir al sujeto, pero su papel fue muy secundario, aunque posibilitó las modificaciones que comenzaron a observarse desde los 60', y sobre todo durante los 70'. Tampoco niego que determinadas corrientes filosóficas, como el existencialismo sartreano, refiriera los procesos sociales básicamente a los sujetos, pero estas corrientes influyeron muy poco en el desarrollo de nuestra disciplina.

Por muy diversas razones, a partir sobre todo de los 70' se genera una recuperación del pa-

pel central del actor en relación con la determinación dominante dada a la estructura social o a la cultura, y sobre esto me interesa subrayar dos procesos económico/políticos que por razones contradictorias impulsaron la recuperación no sólo del actor sino del individuo y del sujeto. Y me refiero por una parte a la crisis y disolución de la casi totalidad de las sociedades consideradas como 'socialistas reales', así como por otra al desarrollo del neoliberalismo, los cuales necesitamos incluir en toda su importancia dado que dichos procesos no sólo contextualizan el desarrollo de las nuevas propuestas académicas, sino que son parte central del cuestionamiento y hasta del abandono del papel dominante de las estructuras sociales, y de la recuperación del actor en términos de 'emprendedores' o en términos de sujetos.

Correlativamente toda una serie de movimientos sociales comenzarán a proponer a sus sujetos como actores diferenciales que necesitan intervenir en la realidad para evidenciar su diferencia, para establecer sus demandas y para 'empoderarse', lo cual se expresó a través del papel diferencial de la mujer, de los homosexuales o de los grupos étnicos. Frente a concepciones donde el actor era la cultura o la sociedad, se proponen actores particulares que desarrollan puntos de vista y de acción diferenciales. Estos – y otros procesos – van llevando al surgimiento de las propuestas del retorno del actor (A. Touraine), a la producción de las concepciones del actor como agente identificada en parte con la obra de A. Giddens, y más tarde del actor como sujeto radicalmente individual propuesta por autores como U. Beck.

Mientras que en sus primeras propuestas, el actor social llamado mujer u homosexual reproducía a nivel de un actor lo que antes se refería sólo a la cultura o a la sociedad, es decir que también excluían a los sujetos, por lo cual seguían promoviendo una visión – por así decirlo – esencialista de los actores sociales. En un segundo momento comenzó a recuperarse a los sujetos que hay dentro de cada actor llevando esto a una gama de propuestas que iban desde la negación de la sociedad como algo existente, estructurado y/o estructurador, hasta las propuestas de tipo relacional como las sostenidas por mí. La mayoría de estas propuestas condujeron a radicar la realidad en el punto de vista de cada actor, y de hecho anular o secundarizar

las relaciones que operan entre los diferentes actores sociales.

Ahora bien, a través de la esquemática trayectoria que presenté, no sólo se cuestiona la determinación de la estructura social o de la cultura sino que se recupera el papel activo de los actores sociales, lo cual era notoriamente necesario, pero desgraciadamente este proceso condujo al desarrollo de dos orientaciones metodológicas cuestionables, que si bien podemos comprenderlas ideológica y hasta políticamente, sin embargo en la medida que persistieron como propuesta metodológica tendieron a generar sesgos y omisiones cada vez más graves. Y me refiero a que la mayoría de los trabajos que focalizan el punto de vista del actor prácticamente eliminan las relaciones sociales entre actores dado que se centran en un solo actor, pero además – al igual que otras tendencias académicas y no académicas – reducen la presencia y acción del actor casi exclusivamente a su palabra.

Revista

¿Puedes aclarar su propuesta relacional sobre los actores sociales?

Eduardo L. Menéndez

Es decir, la mayoría de los autores que trabajan con el punto de vista de la mujer, de los homosexuales o de los grupos étnicos sólo tratan de documentar, de observar la visión de los mismos; de dar testimonios de los dolores, agravios, exclusiones a que han sido sometidos por diversos actores dominantes en función de las especificidades de cada uno de los actores subalternos señalados. Si bien estos objetivos los consideramos necesarios, lo que cuestionamos es que los actores sociales con los que este actor – mujer o grupo étnico – entra en relación sólo suelen ser mencionados o presentados exclusivamente a través de los relatos de los actores sociales subalternos. Más aún, las relaciones entre los diferentes actores sociales sólo son presentadas a través de la visión de uno solo de los actores.

Pero además, la casi totalidad de la información no sólo se obtiene de un solo actor, sino que – y esto se observa también en otras aproximaciones antropológicas – dicha información se obtiene casi exclusivamente de la palabra de este actor. De tal manera que la mayoría – y frecuentemente la totalidad – del material etnográfico presentado refiere a representaciones sociales,

a narrativas, a las historias que ciertos actores sociales cuentan, sin incluir las prácticas sociales de los mismos. Y lo que a mi juicio es tan o aún más preocupante, es que la mayoría de los autores que trabajan exclusivamente con la palabra del actor que estudianno asumen reflexivamente esta situación, o consideran que lo relevante son las representaciones sociales, o piensan que las narrativas e historias que describen equivalen a las prácticas sociales.

Subrayo que reconozco la enorme importancia de obtener representaciones sociales, narrativas o historias sobre todo para observar la significación que dan los actores sociales a los procesos en que actúan, pero no incluir las prácticas o pensar que las representaciones equivalen a las prácticas es producir una etnografía basada en lo que los actores dicen que hacen, y no en lo que dichos actores realmente hacen.

Bueno y para concluir, estos son algunos de los procesos académicos y no académicos que dieron lugar a mis propuestas sobre la necesidad de impulsar un enfoque relacional que articule estructura/cultura y actor social, que incluya el conjunto de actores significativos así como sus puntos de vista diferenciales o no, pero que no reduzca la realidad a dichos puntos de vista. Que observe los tipos de relaciones y en particular las de hegemonía/subalternidad que operan entre los diferentes actores sociales, y que no reduzca los procesos sociales a las narrativas de los actores sino que trate de observar e incluir sus prácticas sociales.

Nota

* Entrevista concedida a Ana Lúcia de Moura Pontes, professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Atenção em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), e a Renata Gabriela Cortez Gómez, psicóloga, doutoranda em Antropologia Social pelo Centro de Investigações y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS/DF-México).