

Viaje sin regreso, pero con retornos. Comentarios sobre algunas experiencias antropológicas pre y postexilio

Eduardo L. Menéndez*

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
(CIESAS)

RESUMEN: *Este texto propone una determinada continuidad/discontinuidad de mi trabajo antropológico debido a la migración forzada de Argentina hacia México en abril de 1976. Primero señalo algunos de los marcos teóricos referenciales y los principales estudios realizados en Argentina para evidenciar las orientaciones que luego apliqué en México en el estudio de los procesos de salud/enfermedad. En segundo lugar enumero las principales investigaciones realizadas en México, así como mis principales “aportes” referidos a los modelos de atención, a la aplicación de un enfoque relacional que supere la metodología del punto de vista del actor, al desarrollo de una epidemiología sociocultural que incluya las dimensiones cultural e ideológica como procesos y no como “variables”, del mismo modo a una antropología basada en las prácticas sociales y no sólo en las representaciones, discursos y narrativas; que, además, busque intencionalmente tanto las “diferencias” como las “similitudes” para entender la realidad, como mecanismo de control de nuestros etnocentrismos y racismos.*

PALABRAS CLAVE: *metodología, enfoque relacional, modelos de atención.*

Journey without return, but with returns.

Comments on some pre- and post-exile anthropological experiences

ABSTRACT: *This text adduces to a certain continuity/discontinuity in my anthropological work, due to my forced migration from Argentina to Mexico in April 1976. Firstly, I point out some of the theoretical reference frameworks and the main studies carried out in Argentina, so as to show the orientations that I later applied in Mexico in the study of health-disease processes. Secondly, I list the main research work I carried out in Mexico, as well as my main “contributions,” hereby referring to the models of attention, to the application of a relational approach that surpasses the methodol-*

* eduardo.menendez@gmail.com

Fecha de recepción: 25 de abril de 2017 • Fecha de aprobación: 8 de agosto de 2017

ogy of the actor's point of view; to the development of a socio-cultural epidemiology that includes the cultural and ideological dimensions as processes rather than as "variables," in a similar way to anthropology based on social practices rather than on only representations, discourses, and narratives; also of note, is the fact that I intentionally search for both "differences" and "similarities," in the hope of understanding reality as a mechanism for controlling our ethnocentrism and racism.

KEYWORDS: *Methodology, relational approach, attention models.*

En este texto primero enumeraré algunos contenidos mínimos de los marcos teóricos utilizados por mí en Argentina tanto en investigación como en docencia, para luego comentar algunas problemáticas trabajadas desde 1976 hasta la actualidad y concluiré con reflexiones de los aspectos que más he contribuido a desarrollar e impulsar en México, centrándolo en mi estudio sobre Yucatán.

Me gradué como Licenciado en Ciencias Antropológicas en Argentina, en 1963; considero que hay toda una serie de influencias que conformaron los marcos teóricos y metodológicos con los cuales llegué a México en abril de 1976 y que utilicé en mis estudios sobre procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante procesos de s/e/a-p). Pienso que el primer componente, en términos históricos, etnográficos y teóricos, fue la denominada situación colonial, tanto la generada por el proceso de conquista y colonización europea a partir del siglo xv, que luego fue llamada América, como la generada por la expansión imperialista a finales del siglo xix y el proceso de descolonización, especialmente el desarrollado a partir de la segunda posguerra mundial en sociedades asiáticas y, sobre todo, africanas.

Mientras el primer caso puso en evidencia la catástrofe demográfica generada básicamente por el contagio de toda una serie de enfermedades infecciosas traídas por los conquistadores y colonizadores europeos; en el caso de la expansión imperialista y de la descolonización ulterior, los trabajos antropológicos generados por autores como G. Balandier [1955 y 1971] y no antropológicos por autores como F. Fanon [1962 y 1968], me permitieron ver el papel de la situación colonial, especialmente el de la relación colono/colonizado en los procesos de s/e/a-p. De hecho, Fanon evidenció que todo un tipo de padecimientos mentales, incluidos los psicósomáticos, generados en los migrantes argelinos en Francia, eran producidos por las relaciones coloniales, que además no podían ser entendidos ni solucionados por los terapeutas franceses, dado que el problema no residía sólo en el sujeto enfermo sino sobre todo en la estructura social y cultural dominante.

Fue así que, a través de la situación colonial, “descubrí” inicialmente el efecto de los procesos económico/políticos e ideológico/culturales sobre los procesos de s/e/a-p, ya que, pese a mi orientación marxista, no conocía estudios socioantropológicos latinoamericanos que evidenciaran el peso de las clases sociales en la causalidad y solución de los padecimientos. Y no los conocía porque los mismos no existían en las décadas de los años 50 y 60 en América Latina; más adelante me enteré que existían unos pocos trabajos, pero desarrollados por médicos salubristas, ya que los antropólogos y los sociólogos no se preocupaban en aquellos años por este tipo de problemáticas. Por lo cual, en mi caso, la recuperación de la dimensión clasista de los procesos de s/e/a-p se dio a través de los estudios no marxistas norteamericanos, Sudnow [1967], Hollingshead y Redlich [1967], quienes mostraban las relaciones entre clase social y procesos de s/e/a-p, así como a través de la obra del etnólogo Ernesto De Martino [1948, 1961 y 1975] respecto del sur de Italia, quien utilizaba un marco teórico gramsciano en términos de relaciones con hegemonía/subalternidad para comprender los padecimientos tradicionales y las estrategias populares y así poder atender, curar y prevenir dichos padecimientos.

Junto con estas corrientes, recibí un fuerte impacto de la obra de E. Durkheim [1974], especialmente de su estudio sobre el suicidio ya que, más allá de las necesarias críticas que podemos formular a las propuestas de este autor, considero que él mismo se adelantó notablemente al conjunto de la producción epidemiológica al incluir variables culturales e ideológicas que no eran tomadas en cuenta por los médicos, especialmente los psiquiatras, y tratándolas, además, como procesos y no como variables. Durkheim planteó que el suicidio no puede ser entendido si referimos el hecho exclusivamente al sujeto ya que, para entenderlo, necesitamos introducir al individuo en la trama económica, social y cultural donde ocurre el suicidio. Incluso, Durkheim, al preguntarse por el sentido del acto suicida, sostuvo y demostró que hay suicidios donde el sentido del acto está en el propio sujeto, mientras en otros el sentido está en el grupo donde pertenece el sujeto. Fue además la obra de Durkheim, junto con la de otros autores, la que me permitió hacer mi propuesta de epidemiología sociocultural [Menéndez 1981, 1990b, 2009].

Ahora bien, estas y otras propuestas teórico/metodológicas, que fueron importantes para mí como el existencialismo sartreano, ciertas tendencias del historicismo alemán, así como la escuela francesa de historia de las mentalidades, las fui apropiando, y articulándolas con las corrientes centrales de la Antropología y de la Sociología que, entre 1920 y 1960, darían lugar al desarrollo de los estudios sobre cultura y personalidad, sobre anomia, sobre desviación social, sobre las instituciones hospitalarias, que irán generando

una masa crítica de estudios etnográficos sobre muy diversos procesos de s/e/a-p, que en su mayoría expresaban la importancia de las dimensiones sociales, simbólica y colectiva de la enfermedad y de la atención a la misma. Además, las teorías críticas de la desviación y los estudios sobre instituciones —principalmente las “totales”— así como algunas corrientes antipsiquiátricas proponían que los sujetos “desviados y los enfermos mentales” son, por lo menos, contruidos no sólo por las instituciones sino por las relaciones sociales. Una parte de estos estudios propondrán tempranamente muchas de las ideas que más adelante popularizó Michel Foucault [Menéndez 1979, 2002].

LA TRANQUILIZACIÓN DE LA TEORÍA

Podría seguir enumerando otras tendencias y problemáticas que comenzaron a formar parte de mis marcos teórico/ideológicos, pero sólo me referiré a otros tres aspectos que me acompañaron hasta México. Si bien la información y la discusión sobre las relaciones entre lo normal y lo patológico, entre lo cultural y lo biológico, eran parte del proceso formativo de los antropólogos, sin embargo, el nacionalsocialismo alemán —incluidos protagónicamente sus antropólogos— condujo a radicalizar y a politizar esta discusión académica, al incluir como política de Estado al racismo, pero no sólo a través de narrativas, sobre todo de la ritualización de los comportamientos colectivos. Trataron de demostrar que la sociedad y la cultura son las que construyen —y destruyen— los cuerpos y sus sujetos [Menéndez 2002].

Además me formé en Ciencias Antropológicas cuando dominaban las diferentes teorías de la modernización, se utilizaban los conceptos de desarrollo y subdesarrollo, se cuestionaban las teorías de la aculturación y se proponía la vida social como lucha; pero, más allá de las disputas teórico/ideológicas respecto de estos conceptos, lo que me impactó es que uno de los principales “indicadores” que se utilizaban para “medir” —menos para analizar— el desarrollo/subdesarrollo y la modernización, eran los indicadores de salud, especialmente los referidos a mortalidad y a esperanza de vida. Y los datos evidenciaban las diferencias cruciales entre países en términos de mortalidad infantil, de mortalidad general, de fallecimiento por muertes “evitables”, de la esperanza de vida. De tal manera que un sujeto nacido en un país “desarrollado” podía duplicar, a mediados de la década de los años 40, la esperanza de vida en comparación con una persona nacida en un país subdesarrollado, sobre todo si era un país africano. Incluso, los datos consultados indicaban que los grupos que eran objeto del trabajo antropológico en el ámbito mundial y de América Latina especialmente, es decir, los “pueblos originarios” como

decimos ahora, eran los que tenían —y siguen teniendo— las más altas tasas de mortalidad y las más bajas esperanzas de vida. Eran los que morían y siguen muriendo por causas llamadas “evitables”, es decir fácilmente curables; lo que representaba, para mí, el testimonio más cruel del racismo anti-indígena dominante en nuestras sociedades, también —y lo subrayo— de las fuertes limitaciones e imposibilidades de sus propias medicinas “tradicionales”.

Y el tercer aspecto que fue muy importante en mi formación, fue la necesidad de pensar las realidades en términos etnográficos comparados, tratando de buscar no sólo las diferencias, sino las similitudes sociales y culturales entre los diversos grupos; entre otros objetivos, para tratar de controlar nuestras tendencias etnocéntricas intencionales o no conscientes, que pueden conducirnos a ejercer toda una variedad de racismos culturales, no sólo como sujetos legos, sino como profesionales, incluyendo a los médicos y a los antropólogos, Devereux [1977], Menéndez [2002].

Estos diversos aspectos formativos operaron en mis iniciales y modestas investigaciones en Argentina, de las cuales rescato tres experiencias en las que estuvieron presentes en diferente forma los procesos de s/e/a-p y me refiero al estudio, que hice, sobre la migración de grupos y sujetos desde dos países multiculturales —España e Italia— hacia una pequeña comunidad de la provincia de Entre Ríos; a la investigación sobre nivel de vida de la población rural de la provincia de Misiones y a los estudios sobre salud ocupacional en tres grupos de trabajadores pertenecientes a diferentes ramas de la producción y realizados en las provincias de Jujuy y de Buenos Aires, así como en la capital de Argentina.

Ahora bien, llegué a México con estos y otros marcos teórico/metodológicos, con varias experiencias de investigación antropológica —incluidos algunos estudios etnológicos— y con una trayectoria docente de más de 15 años; también llegué con una idea y una práctica en la que el trabajo antropológico aparecía ligado a posiciones ideológicas y a participaciones sociales y políticas específicas, con una visión latinoamericana —en gran medida imaginaria— de los procesos no sólo económico/políticos sino ideológico/culturales y con una manera de hacer antropología que focalizaba el presente, donde la dimensión histórica la consideraba necesaria, para poder comprender y actuar sobre las realidades actuales.

Además, como casi todos mis compatriotas, llegué a México para quedarme entre uno y dos años a lo más, en mi caso con la necesidad de “tranquilizar la teoría”, por lo tanto en centrarme en la vida académica, por lo menos hasta mi regreso. En función de ello, desarrollé en México una intensa labor docente y de investigación, que en el primer proceso me dediqué a la impartición de clases en los campos de la antropología médica

y de la salud pública, así como la dirección y conclusión de más de 50 tesis en su casi totalidad de posgrado y siempre sobre temas/problemas de antropología médica. En el segundo proceso, implicó la realización de una serie de estudios sobre diferentes procesos de s/e/a-p, entre los cuales enumero los siguientes: a) una serie de estudios de comunidad en diversas partes del país (Baja California Sur, San Luis Potosí, Michoacán, Veracruz, Coahuila, Guanajuato, Comarca Lagunera) referidos en su mayoría a oferta, demanda y uso de servicios de salud (1976/1980); b) una serie de estudios artesanales sobre autoatención y medios de comunicación masiva en la ciudad de México (1976/1980); c) un estudio sobre trayectoria y características de los modelos de atención en Yucatán (1977/1981) conformado por tres subproyectos; d) estudios sobre procesos de alcoholización en México (1982/2003), constituido por 12 subproyectos; e) estudio sobre mortalidad infantil en dos comunidades de Guanajuato (1983/1985) desarrollado a través de tres subproyectos; f) investigación sobre medios de comunicación masiva y procesos de s/e/a-p (2004/2012) constituida por dos subproyectos; y g) estudios sobre salud intercultural y racismo (2012-2017), también conformados por dos subproyectos.

Y será en estos estudios donde, desde el principio de los mismos, encontré, en mis trabajos de campo, información que no solía aparecer en las etnografías sobre México, por lo menos en aquellos años, como las narraciones sobre “venganza de sangre” (comunidades de Michoacán) o sobre sujetos —narraciones hechas por familiares— que “deben” concurrir a encuentros donde saben que el “cacique” los va a matar, sin embargo, van y son asesinados (comunidad de Veracruz). Así como la existencia de ejidos colectivos (comunidades de Baja California Sur) y de ciudades perdidas (Comarca Lagunera) de orientación y prácticas maoístas que iban desde la rotación periódica de los mandos comunitarios hasta actividades antidrogas basadas en castigos incluso corporales. Y fue una de mis principales sorpresas, la observación de un constante e intensivo uso y consumo de fármacos biomédicos por sujetos y grupos indígenas y no indígenas, incluidos los diferentes tipos de curadores tradicionales, en comunidades donde —salvo excepción— los antropólogos sólo encontraban y describían el uso de medicinas tradicionales [Menéndez 1981, 1990b].

Y de estos estudios y experiencias surgieron la mayoría de los aportes con los que tal vez contribuí al desarrollo de la antropología médica en México, considerando que los principales son los siguientes: a) los modelos y saberes de atención, especialmente el modelo médico hegemónico y el modelo de auto-atención; b) propuesta de un proceso de salud/enfermedad/atención-prevención que incluye el papel dinámico de los sujetos y grupos

y no sólo de los curadores y de los determinantes sociales, y donde dicho proceso puede operar como “espía” de las contradicciones no sólo de los sistemas sino de los analistas de dichos sistemas; c) aplicación de un enfoque relacional que no reduce la búsqueda de información al punto de vista de un actor, sino que incluye como necesarios —cuando se puede— a los diferentes actores significativos que están interviniendo a través de relaciones directas y/o indirectas; d) la propuesta de una epidemiología sociocultural a partir de los diferentes actores significativos, que reconoce la autonomía, complementariedad y/o conflicto de los diferentes actores sociales que participan en espacios sociales específicos; e) tratar de desarrollar una antropología de los saberes y no una antropología de las representaciones sociales, de las narrativas o de las “historias” que tiende a excluir las prácticas sociales; f) la búsqueda intencional no sólo de las diferencias, sino de las similitudes entre las diversas sociedades, culturas y sectores sociales como recurso teórico/ideológico para la afirmación de derechos humanos universales así como de posible control de nuestros inevitables etnocentrismos; g) la recuperación del papel de la dimensión ideológica, que incluye retomar la problemática de la verdad, excluida irresponsablemente por la casi totalidad de las tendencias *post*, que se asumen como relativistas.

Estos y otros aportes y propuestas, los desarrollé a través de los trabajos de investigación señalados y trataré de sintetizar parcialmente mediante la revisión de mi estudio sobre Yucatán, que tuvo dos objetivos centrales; en primer lugar, observar en términos diacrónicos y sincrónicos las características y funciones de los tres principales modelos y saberes de atención y prevención de las enfermedades que potencialmente operaban en dicho estado. Y ello no sólo para observar el peso diferencial que cada uno de ellos tenía en los saberes de la población respecto de los procesos de s/e/a-p, sino para llegar a conclusiones sobre el papel que tenían como mecanismo ideológico que fortaleciera, legitimara, cuestionara y/o desplazara las relaciones de hegemonía/subalternidad dominantes y posibilitara o no generar contra-hegemonía.

El segundo objetivo buscaba analizar los materiales etnográficos, las teorías, explicaciones y metodologías utilizadas por los antropólogos mexicanos y norteamericanos para describir y analizar los procesos de s/e/a-p que operan en áreas rurales indígenas y no indígenas mexicanas; poder observar no sólo sus metodologías y conclusiones respecto de los saberes de los grupos estudiados, sino lo que incluían y excluían en sus descripciones y análisis respecto de las condiciones de salud de la población estudiada.

Ahora bien, los modelos de atención, especialmente el que denomino Modelo Médico Hegemónico (MMH), son los conceptos acuñados por mí,

más difundidos y utilizados; si bien comencé a desarrollarlos en Argentina, fue en México donde los concreté en el ámbito etnográfico y teórico. En principio, los modelos de atención refieren a un hecho obvio y es que en todos los grupos que conviven en las sociedades actuales —incluidos la casi totalidad de los grupos indígenas— existen varias formas de atención de los padecimientos que son utilizadas simultánea o secuencialmente por los sujetos y conjuntos sociales. Estas formas de atención operan a través de diversas relaciones, incluidas las relaciones de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía dominantes en cada sociedad y comunidad; pero asumiendo que los procesos de s/e/a-p constituyen algunos de los procesos cotidianos en torno a los cuales los sujetos y grupos han construido y usado más representaciones y prácticas sociales en toda sociedad, debido a que los mismos tienen que ver no sólo con la enfermedad y con la muerte, sino con la reproducción biosocial de los sujetos y grupos. Por lo tanto, constituye un campo privilegiado —como señaló De Martino— para describir y analizar las relaciones de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía, ya que los procesos de s/e/a-p constituyen uno de los principales procesos a través de los cuales se genera la hegemonía de los sectores dominantes y la contrahegemonía de los subalternos en términos de inconsciente cultural, lo cual tratamos de ver en Yucatán a través de la expansión biomédica y del papel de la autoatención y de la medicina tradicional.

Mis estudios sobre procesos de s/e/a-p y mis experiencias en grupos donde se trabajaron interdisciplinariamente problemas de salud mental, fueron generando inicialmente la propuesta del MMH, al mismo tiempo que me indicaban la gran complejidad y diversidad existente en el saber biomédico, en sus constantes transformaciones técnicas, en su expansión, en su notable influencia “cultural”, no sólo ideológica en los sujetos y grupos sociales. Así como en las relaciones y funciones que desarrollé en contextos dominados por gobiernos “populistas”, socialdemócratas, fascistas, socialistas de Estado o capitalistas liberales/conservadores, incrementándose aún más la complejidad, cuando pensábamos en problemas específicos, como podían ser las limitaciones de la biomedicina para tratar y “curar” al alcohólico y aún más para entender el alcoholismo o el tipo de relaciones directas e indirectas que se dan entre biomedicina y medicina tradicional en las comunidades indígenas [Menéndez 1981, 1990a].

Y es en función de dicha complejidad —y de otros aspectos— que me propuse en trabajar con modelos que me permitieran organizar provisionalmente la realidad, para luego estudiarla etnográfica e históricamente. Complejidad que verifiqué ulteriormente tanto en el caso de las denominadas medicinas tradicionales, como de la autoatención. El uso de modelos implica

que uno asuma que los mismos empobrecen, esquematizan y pueden sesgar la realidad, por lo que todo modelo debe ser pensado y usado como provisional, y en constante contacto con la historicidad. Mis puntos de partida metodológicos, al respecto, son que toda realidad es procesal además de compleja y diversificada; que el modelo no es la realidad sino una construcción provisional de la misma. Por lo tanto, todo modelo implica su modificación a partir de los nuevos datos proporcionados por los estudios específicos. Por lo cual los modelos deben ser referidos a la historicidad de los procesos; historicidad que puede conducir a la reformulación de las características y funciones de los modelos, como ocurrió con mis estudios sobre proceso de alcoholización [Menéndez 1990a; Menéndez y Di Pardo 1996].

El concepto de ММН, que presenté formalmente en 1978 [Menéndez 1978], tuvo una notable difusión, aclarando que fue el modelo que más trabajé inicialmente debido a que consideraba la necesidad de estudiar a los generadores de hegemonía, dentro de una antropología que sólo daba cuenta de un sector de los grupos subalternos y casi no estudiaba a los sectores hegemónicos. En México lo utilicé básicamente en mi estudio sobre Yucatán [Menéndez 1981] y en mis investigaciones sobre proceso de alcoholización [Menéndez 1983, 1990a]. En dichos estudios he caracterizado al ММН por toda una serie de rasgos estructurales y de funciones que en parte explican no sólo la expansión sino la hegemonía lograda por la biomedicina a escala general y en estados como Yucatán en particular que, cuando trabajamos ahí, era el estado con mayor cantidad de población indígena de México. La hegemonización biomédica la hemos puesto de manifiesto a través de varios procesos que indican, por ejemplo, que el uso creciente de dicha biomedicina no excluye que la misma sea reiteradamente cuestionada por la población, especialmente por los sectores subalternos, observando que, con demasiada frecuencia, los antropólogos han confundido la crítica de los sectores subalternos con el rechazo de los mismos hacia la biomedicina por dichos sectores, incluidos los “pueblos originarios”.

A finales de los años 70, dicha expansión y hegemonía se expresaba en que no sólo aumentaba constantemente el número de médicos y de otro personal de salud sino que, salvo las parteras empíricas, todos los demás curadores tradicionales, incluidos los chamanes, disminuían constantemente su número, lo cual contrastaba con toda una serie de “estudios” inclusive para Yucatán, que sostenían que se estaba incrementando el número de dichos curadores. Pese a esas “profecías” no cumplidas, el número de curadores tradicionales siguió disminuyendo hasta la actualidad, como lo evidencian, para Yucatán, en el Censo de Médicos Tradicionales realizado en 2014-2015 por Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán

(INDEMAYA), la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y los Servicios de salud de Yucatán, también investigaciones antropológicas específicas [Ortega 2010]. Quiero subrayar que éste, como otros procesos de s/e/a-p, dio lugar a una especie de disputa por la perennidad que continúa actualmente, ya que toda una serie de antropólogos planteaban y siguen planteando que los curadores tradicionales no desaparecerán discutiendo con su propia sombra, ya que son los datos los que confirman este proceso y no especulaciones esencialistas, sin negar, por supuesto, que surgen otros tipos de curadores populares. Recordando, además, que no sólo la mayoría de los curadores tradicionales han desaparecido o están en vías de desaparición, sino que determinadas formas biomédicas de atención, también están desapareciendo.

Ahora bien, este proceso de desaparición y cambio, lo observamos en otros estados de México y no sólo en Yucatán, contrastando con lo que sostenían varios estudios antropológicos de la época, sin embargo, en las comunidades yucatecas estudiadas, encontramos datos que todavía nos desconcertaron más y me refiero a que la mayoría de la población de 1977 a 1978 preferían para las enfermedades “graves” no sólo en la biomedicina, sino la biomedicina privada. Para los habitantes de Ticul, donde más del 90% de la población hablaba y/o entendía maya, los médicos “particulares” (privados), sobre todo los especialistas que atendían en Mérida, eran los curadores de mayor prestigio. Pero no sólo los médicos privados eran considerados mejores, sino que los fármacos “privados” también eran considerados más eficaces. Todo lo privado, por lo menos en el campo de la atención médica, era considerado mejor; de tal manera que el 80% de los entrevistados en dicha comunidad consideraron que los medicamentos recetados y vendidos por los médicos particulares o por las farmacias tenían más eficacia que los que recetaban, daban o vendían en el Centro de salud. Estos y otros aspectos surgían de una población ticuleña que consideraba que la buena medicina debía ser pagada; que lo gratuito o de menor costo era de mala calidad o de calidad inferior. Que al Centro de Salud sólo iban los pobres; subrayando que estas concepciones son generadas y utilizadas por una población caracterizada por la pobreza, pero que asume que el tipo de medicina consumida, indica el lugar social que los sujetos tienen en la sociedad en la que viven.

En mi estudio sobre Yucatán traté de profundizar las características y funciones del Modelo de Autoatención (MA), al que tempranamente consideré como el primer nivel de atención real de los padecimientos en toda sociedad, que había desarrollado en términos teóricos y de activismo político en relación con la autogestión durante los años 60 y principios de los 70, sin embargo,

lo había trabajado más escasamente en términos etnográficos. Y esto comencé a retomarlo en México a través de una serie de pequeños estudios artesanales [Menéndez 1982].

Y al respecto me interesa señalar algo que ha sido constante en mi manera de hacer antropología y me refiero al papel que han tenido, en mis objetivos de estudio y de vida, los procesos encontrados en mis trabajos de campo y viceversa. De tal manera que, si bien mis reflexiones iniciales sobre autogestión tenían que ver con las críticas a las orientaciones económico/políticas e ideológicas que impulsaron e institucionalizaron los llamados “socialismos reales” y la posibilidad de encontrar alternativas en las organizaciones del trabajo obrero y campesino, desarrolladas en términos autogestivos bajo el capitalismo en varios países europeos y latinoamericanos, sin embargo la tendencia a buscar otros espacios autogestivos en los procesos de s/e/a-p, me llevó a encontrarlos en un campo inesperado, por lo menos para mí; y me refiero a la autoatención de los padecimientos en el ámbito de los grupos familiares y de otros microgrupos, más adelante, incluso, a través de los grupos de autoayuda. Autoatención, que si bien implicaba un alto grado de explotación/autoexplotación, evidenciaba posibilidades —y subrayo lo de posibilidades— de autonomía relativa y de micropoder, especialmente de la mujer en su rol de esposa/madre.

En la medida que la profundicé, la autoatención evidenció ser más significativa de lo que pensé inicialmente para entender algunos procesos que me preocupaban centralmente, por ejemplo, los referidos a las relaciones de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía, dado que la autoatención fue apareciendo cada vez más como uno de los “lugares” donde los microgrupos y sobre todo los grupos familiares realizan la articulación entre las diferentes formas de atención y prevención que operan en una situación históricamente determinada. Más aún, a través de la autoatención verifiqué, reiteradamente en mis estudios y en las tesis que dirigí, la tendencia de los grupos familiares indígenas y no indígenas a utilizar secuencial o simultáneamente técnicas, productos y concepciones considerados como incompatibles por los especialistas en cosmovisiones. Más aún, observé que los sujetos y grupos utilizan todas las instancias que pueden utilizar más allá de si son “tradicionales” o biomédicas, dado que lo que les importa es solucionar el problema de salud que los aqueja, sobre todo si es definido como grave. La mayoría de las discusiones sobre la existencia, incompatibilidad y peso decisivo de las cosmovisiones, por lo menos respecto de los procesos de s/e/a-p actuales, tienen poco que ver con la vida cotidiana de la mayoría de los sujetos y grupos, en gran medida, y constituyen especulaciones

intelectuales que no nos sirven demasiado para entender las problemáticas de salud que aquejan a los sectores sociales subalternos y no subalternos.

Y esto tiene que ver con otro aspecto que he subrayado en mis trabajos y cursos, que contrasta y sigue contrastando con algunos de los enfoques dominantes en los estudios antropológicos sobre los pueblos originarios, dado que los estudiosos aparecen interesados por las cosmovisiones, los rituales, incluso por los usos y costumbres medicinales, pero no por la situación de salud de la población. Les preocupa mucho más los rituales organizados en torno a la mortalidad que las causas con las que mueren los sujetos objetos de dicha ritualidad, ni les preocupan lo que habría que hacer para reducir las muertes. Para mí, la casi desaparición de los rituales organizados en torno a la “muerte del angelito” es una evidencia de la reducción de las tasas de mortalidad infantil, mientras que he escuchado reiteradamente a varios especialistas lamentar la desaparición de este ritual, evidenciando, una vez más, que en ellos domina una escisión entre el ritual y la vida y muerte de los sujetos y grupos sociales. Como antropólogo considero que necesitamos trabajar tanto con los rituales de mortalidad como con las causas, atención y prevención de dicha mortalidad.

Además de estos dos modelos, en mis textos iniciales propuse la existencia de un Modelo Alternativo Subordinado (MAS), que realmente estaba —y sigue estando— poco elaborado teórica y metodológicamente. El mismo estaba pensado en términos de relaciones con hegemonía/subalternidad/ contrahegemonía respecto del MMH y que en el caso de Yucatán refirió casi exclusivamente a la denominada medicina tradicional. Por lo que en la investigación sobre Yucatán traté de construir la trayectoria de las actividades biomédicas y del Sector Salud, así como de la medicina tradicional desde finales del siglo XIX hasta mediados de la década de los años 70, lo cual pude concretar parcialmente para el ámbito biomédico, aunque mucho menos para el de la medicina tradicional. En el caso de la autoatención, pensé registrarla —como es obvio— sólo en las actividades actuales.

LO SABIDO, LO IMAGINADO Y LO DESEADO

Como ya señalé, otro aspecto que desarrollé en Yucatán refiere al papel que le doy a la dimensión ideológica, que en gran medida tiene que ver con las propuestas gramscianas. A finales de los años 60 —incluso actualmente— consideraba la dimensión ideológica como una de las más decisivas no sólo para entender la realidad, sino para movilizarla; había llegado a la conclusión que la “cultura” que usamos cotidianamente es sobre todo repetición rutinaria. La cultura “está ahí” y más allá de sus características, de sus valores, de sus

formas de expresión, esa cultura la reproducimos cotidianamente a través de los diferentes espacios e instituciones sociales donde desarrollamos nuestras vidas, incluidos los espacios académicos, que también se caracterizan por su “repetición”.

En el caso de los sectores sociales subalternos, dicha cultura se expresa en la autoexplotación de estos sectores y no sólo en la explotación, que observé a través de la vida cotidiana de las mujeres en el ámbito de los grupos familiares, especialmente a través de sus estrategias de autoatención, pero lo señalado —y lo subrayo— no niega que haya constantes modificaciones, inclusive a veces en forma abrupta, que puede implicar profundos cortes generacionales como es el caso relativamente reciente de internet, los celulares y las constantes nuevas “aplicaciones”. Es decir, la repetición y la rutina no niega los cambios, como por ejemplo, la existencia de un constante proceso de migración rural/urbana que no sólo va a incidir sobre los sujetos/microgrupos que migran, sino sobre los que se quedan, convirtiendo la motivación/necesidad de migrar en parte de los objetivos de los varones y de cada vez más mujeres de los pueblos originarios y de otros grupos. Proceso que llevará a generar una nueva secuencia de rutina y repetición en el nuevo contexto al que llegan.

Por lo cual, para mí los procesos de repetición y cambio no son antagónicos, sino que constituyen una suerte de dos momentos, el de la cultura como repetición y el de la ideología como cambio/movilización. Esta propuesta tiene que ver cuando, durante los años 60, había asumido que los sistemas sociales se reproducen a partir de que los producimos/reproducimos a través de nuestras prácticas de vida cotidiana y más allá de que cuestionemos a los sistemas a través de nuestras palabras, incluso de algunas de nuestras prácticas, por lo tanto, teníamos que tratar de convertir la cultura en ideología, entendida la dimensión ideológica no sólo como un factor de cohesión, de homogeneización, de igualdad aunque sean imaginarias, sino sobre todo de movilización, dadas las tendencias casi inevitables a la repetición y reproducción.

En aquellos años, la recuperación de la dimensión ideológica no sólo estaba siendo impulsada por las corrientes antipsiquiátricas, por la criminología crítica, por las teorías radicales de la desviación, sino también por las corrientes anticolonialistas, especialmente las fanonianas, así como por las propuestas sartrianas. Pero aclarando que desde mi “situación latinoamericana”, consideraba —y sigo considerando— que no había que mitificar el pasado para, a partir del mismo, impulsar la concientización, cohesión y movilización de los sectores sociales subalternos, como han hecho frecuentemente sectores nacionalistas y etnicistas de nuestros países [Menéndez

2002] ya que, como sabemos, esa tendencia desarrollada, sobre todo durante los años 50 y 60, llevó a la mayoría de los países africanos a la situación en la que actualmente están.

Otro aspecto que comencé a profundizar en Yucatán, y sigo trabajando con ello, tiene que ver con que la mayor parte de los estudios cualitativos de tipo antropológico —también una parte sustantiva de los estudios epidemiológicos— trabajan con representaciones sociales, discursos, narrativas y no con las prácticas de los sujetos y grupos sociales. Es decir, trabajan con lo que los actores sociales dicen y no con lo que hacen, lo cual es esperable dado que la casi totalidad de la información la obtienen de la palabra de los sujetos a través de entrevistas, de grupos focales, de encuestas. Por lo tanto, la mayoría de las etnografías y de las interpretaciones están basadas casi exclusivamente en lo que los sujetos nos cuentan.

Este material es importante y hasta decisivo cuando queremos estudiar, por ejemplo, los significados que los actores sociales dan a sus dolencias o al tipo de atención médica recibida; pero eso no quiere decir que ese significado corresponda a lo que realmente los sujetos hacen con lo que el médico les dice respecto del consumo de alcohol o del uso de medicamentos. Pese a que estas consideraciones son obvias, toda una serie de autores pretende que al trabajar con la palabra de los actores sociales también trabajan con sus prácticas y si bien existen correspondencias, lo dominante son las diferencias y discrepancias —a veces radicales— entre las mismas.

Pero esto no es reconocido ni reflexionado por la mayoría de los que trabajan actualmente con representaciones sociales, discursos o narrativas; considero que, cuando los estudiosos describen y analizan la información obtenida a través de la palabra, van convirtiendo dicha información en “la” realidad. Es decir, la reifican exclusivamente como narración, pero ocurre que otros analistas consideran que es secundario que el relato corresponda a lo que la gente hace, ya que les interesa es documentar el sufrimiento y expresar el punto de vista del actor, más allá de su veracidad. Esto ha conducido a dos reconocidos antropólogos a señalar que:

Tenemos la impresión de que algunos antropólogos de orientación fenomenológica consideran la cultura como un dato accesorio, un artefacto independiente que sólo modela exteriormente la experiencia del sujeto, constituyendo ésta el verdadero material etnográfico... Más insidiosa aún, es la reificación del relato de los enfermos que cada vez son más analizados como textos en sí mismos o como textos abiertos, pero sólo a la experiencia subjetiva de las personas [Bibeau y Corin 1994: 111].

Debemos asumir, como lo señaló reiteradamente Goffman [1988], que los actores sociales “actúan” y tratan de ser convincentes frente a otros actores sociales, incluido el entrevistador. Que, en cuanto sujetos relacionales, tratamos de producir a través de la palabra un efecto de verdad, un efecto de amistad o un efecto de temor en el otro y como consecuencia necesitamos asumir que la información que obtengamos en una entrevista o en una historia de vida, basada en entrevistas, estará saturada de estas “actuaciones”. Y parte de estas actuaciones supone negar, resignificar o modificar, por lo menos, una parte de lo que realmente hacemos como sujetos, así que —en tanto investigadores— necesitamos generar una ruptura epistemológica a través de la aplicación de nuestras técnicas de investigación, como lo plantearon la mayoría de los primeros etnometodólogos e investigadores, tan diversos como Bourdieu [1985] o Devereux [1977]. Es importante que necesitamos desarrollar una metodología del “adentro” y del “afuera” que nos posibilite simultáneamente la empatía y el distanciamiento.

La revisión de las encuestas y de las entrevistas realizadas para obtener información sobre consumo de alcohol en diversos países y comunidades, ha demostrado que los sujetos que más consumen alcohol, son los que más mienten en las encuestas y/o entrevistas, que hemos podido verificar en nuestros estudios [Menéndez 1990a]. En México existe un padecimiento denominado “mal accidente” o “chupadura de la bruja”, denominaciones que refieren al infanticidio que generalmente la mamá realiza respecto de su hijo de pocos meses de vida, al que según la madre, ella encuentra por la mañana muerto encima del petate y con marcas moradas en el cuello que evidencian la “chupadura de la bruja”. Es decir, la madre niega que ha matado a su hijo aplastándolo y deposita la culpa en agentes culturales reconocidos comunitariamente [Menéndez 1984, 1990b].

Ahora bien, el trabajo exclusivo con representaciones sociales, narrativas y discursos fue impulsado por varios procesos, entre los que subrayo positivamente la recuperación del actor como agente, cuestionando la determinación de la estructura social y de la cultura; recuperando además el énfasis correlativo colocado en las experiencias del sujeto y en nuestro caso en su experiencia de padecimiento. Así como también recupero el trabajo no sólo académico sino activista de colocar en el propio actor las posibilidades de modificar su situación y son, expresión paradigmática, los denominados estudios de género, especialmente los ligados a los movimientos feministas. Estos y otros procesos son los que impulsaron la metodología del punto de vista del actor, que ha tenido varias consecuencias positivas, pero que tiene, cada vez más, consecuencias negativas no sólo en términos metodológicos

sino también ideológicos y etnográficos, que ahora no podemos analizar, por falta de espacio [Menéndez 2002, 2009].

Para concluir, quisiera aclarar que en la casi totalidad de mis estudios y más allá de la problemática específica analizada, he tratado recurrentemente de buscar y de reflexionar sobre cuáles son los procesos y mecanismos que posibilitan tanto la dominación, como la hegemonía, lo mismo sucede con los que pueden generar no sólo “resistencias” sino contrahegemonía en los sectores sociales subalternos. A mediados de la década de los años 60 me he preguntado por qué la mayoría de la gente “prefiere” aguantar o inclusive prefiere migrar en lugar de cambiar la situación local. Me he preguntado por qué en el proceso de conquista y colonización de América; en el proceso de colonización directa e indirecta generado en la etapa imperialista o en los campos de concentración alemanes de 1930 a 1940, unos pocos dominaron y controlaron a la inmensa mayoría, como sigue ocurriendo en la actualidad y respecto de lo cual tengo algunas ideas que tal vez explican la dominación y la hegemonía, pero donde la “solución” sigue siendo, en mi caso, imaginaria.

REFERENCIAS

Balandier, George

- 1955 *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. Presses Universitaire de France. Paris.
1971 *Sens et puissance*. Presses Universitaires de France. Paris.

Bibeau, Gilles y Ellen Corin

- 1994 Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systemes de signes, de sens et d'action en sante mentale, en *Marc-Adelard Tremblay ou la construction de l'anthropologie quebecoise*, P. Charest, F. Trudel y Y. Breton (dirs.). Presses Universitarire de Laval. Quebec: 105-148.

Bourdieu, Pierre et al.

- 1985 *El oficio de sociólogo*. Presupuestos epistemológicos. Siglo XXI editores. México.

De Martino, Ernesto

- 1948 *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*. Einaudi. Torino.
1961 *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*. Saggiatore. Milano.
1975 *Mondo popolare e magia in Lucania*. Roma/Matera, Basilicata Editrice. Italia.

Devereux, George

- 1977 *De la ansiedad a las ciencias del comportamiento*. Siglo XXI editores. México.

Durkheim, Emil

- 1974 *El suicidio*. UNAM. México.

Fanon, Frantz

1962 *Los condenados de la tierra*. FCE. México.

1968 *Sociología de una revolución*. Editorial Era. México.

Goffman, Erving

1988 *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu. Buenos Aires.

Hollingshead, August B. y Frederick C. Redlich

1967 *Social class & mental illness*. John Wiley & Sons. New York.

Menéndez, Eduardo L.

1978 El modelo médico y la salud de los trabajadores, en *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*, Franco Basaglia et al. Editorial Nueva Imagen. México: 11-53.

1979 *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. Editorial Nueva Imagen. México.

1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata. México.

1982 *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. Cuaderno 57 de la Casa Chata. México.

1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuaderno 86 de la Casa Chata. México.

1984 *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanaajuato*. Ms. México.

1990a *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana/ Fondo Nacional para la Cultura y las Artes (FONCA). México.

1990b *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuaderno 179 de la Casa Chata. México.

2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Edicions bellaterra. Barcelona.

2009 *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Menéndez, Eduardo L. y Renée B. Di Pardo

1996 *De alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. CIESAS. México.

Ortega, Judith

2010 *Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán*. El Colegio de Michoacán. Zamora.

Sudnow, David

1967 *The social organization of dying*. Prentice Hall. New York.