



# De sujetos, saberes y estructuras

Introducción al enfoque  
relacional en el estudio de la  
salud colectiva

Eduardo L. Menéndez

## SERIE SALUD COLECTIVA

*El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*  
Lilia Blima Schraiber, 2019

*Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*  
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

*Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*  
Eduardo L. Menéndez, 2020

*Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*

*Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020*  
*Pensar en salud*  
Matio Testa, 2020

*Adiós, señor presidente*  
Carlos Matus, 2020

*Método Paideia: análisis y gestión de colectivos*  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

*Gestión en salud: en defensa de la vida*  
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

*Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*  
Jairnilson Silva Paim, 2021

*Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*  
Sonia Fleury, 2021

*Teoría del juego social*  
Carlos Matus, 2021

*La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*  
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

*Salud: cartografía del trabajo vivo*  
Emerson Elias Merhy, 2021

*Sentir jugar hacer pensar: la acción en el campo de la salud*  
Hugo Spinelli, 2022

*Saber en salud: La construcción del conocimiento*  
Mario Testa, 2022

*El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*  
Carlos Matus, 2022

*La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*

Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

*Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*  
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

*Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*  
Patricia Aguirre, 2023

*La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*  
Rosana Onocko Campos, 2023

*El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*  
Eduardo Bustelo, 2023

*De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*  
María Cecilia de Souza Minayo, 2023

*Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*  
Gregorio Kaminsky, 2023

*Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*  
Mario Testa, 2023

*Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*  
Naomar de Almeida Filho, 2023

*Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*  
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

*Teoría social y salud*  
Roberto Castro, 2023

*Participación social, ¿para qué?*  
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

*Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*  
Eduardo L. Menéndez, 2024

*Acercar del riesgo: Para comprender la epidemiología*  
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

*Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*  
Sandra Caponi, 2024

*Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*  
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

*Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*  
Rita Barradas Barata, 2024

*Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*  
Mario Bronfman, 2024

*Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*  
Susana Belmartino, 2024

*Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*  
Susana Belmartino, 2024

## SERIE CLÁSICOS

*Política sanitaria argentina*  
Ramón Carrillo, 2018

*Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*  
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

*Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*  
Josué de Castro, 2019

*La salud mental en China*  
Gregorio Bermann, 2020

*La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*  
Giovanni Berlinguer, 2022

*Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*  
Madel T. Luz, 2022

*Hospitalismo*  
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

*Historia y sociología de la medicina: selecciones*  
Henry E. Sigerist, 2024

*Teoría social y salud*  
Floreale Antonio Ferrara, 2024

## SERIE TRAYECTORIAS

*Vida de sanitarista*  
Mario Hamilton, 2021

## SERIE DIDÁCTICA

*Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*  
Marcelo Luis Urquía, 2019

*Método Altadír de planificación popular*  
Carlos Matus, 2021

*Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*  
Viviana Martinovich, 2022

*pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*  
Martín Domecq, 2022

*Investigación social: Teoría, método y creatividad*  
María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

*Introducción a la epidemiología*  
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

## SERIE INFORMES TÉCNICOS

*Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*  
Instituto de Salud Colectiva, 2020

# De sujetos, saberes y estructuras

Introducción al enfoque relacional  
en el estudio de la salud colectiva

*Eduardo L. Menéndez*



**EDUNLA**  
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Menéndez, Eduardo L.

De sujetos, saberes y estructuras : introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva : de sujetos, saberes y estructuras : introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva / Eduardo L. Menéndez. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo, ; 54)

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-8926-81-0

1. Antropología Medica. 2. Atención a la Salud. 3. Antropología Social. I. Título.  
CDD 301

Colección *Cuadernos del ISCo*  
Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki, Mariano Vigo Deandreis*

Coordinación editorial de esta obra: *Ana Lucía Olmos Álvarez*

Ilustración de tapa e interiores: *Francescoch*

Digitalización del texto: *Guillermo Eisenacht*

Corrección de estilo: *Laura D. Forni*

Diagramación: *Martín Azcurra*

Edición 2015, Lugar Editorial

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-81-0

DOI [10.18294/CI.9789878926810](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926810)

La edición de este libro fue financiada por la Universidad Nacional de Lanús a partir de la Resolución SPU 329/23 y su rectificatoria SPU 394/23 que aprueban y asignan los fondos otorgados por el Programa de Doctorados, de la Dirección Nacional de Programas de Ciencia y Vinculación Tecnológica (DNPCyVT), de la Secretaría de Políticas Universitarias (SPU) del Ministerio de Educación de la Nación, 2023.

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. [edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

*Para Josep María Comelles y Oriol Romani, con quienes he compartido desde hace casi 25 años no solo conocimientos, obsesiones y esperanzas, sino también una constante relación de amistad.*

Supongo que volveré a ser sensata cuando me haya acostumbrado a todo esto. Ayer pensaba en estas palabras. Acostumbrarnos a ello quiere decir ¿es esto la vida? ¿Acostumbrarse a cosas que son realmente intolerables?

(D. Lessing, 2007, p. 464)

Hay muchas distorsiones, pero las personas se degradan más o menos según sus coeficientes de resistencia, de acuerdo con su capacidad de involucrarse en proyectos que los distinguen del deterioro dominante, y eso ocurre aun cuando los objetivos posibles que son llevados a la práctica, son muy reducidos y parciales

(G. Wagner de Sousa Campos, 2001, p. 29)



## Eduardo L. Menéndez



Es doctor en Ciencias Antropológicas, investigador y profesor emérito del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de México y coordinador del Seminario Permanente de Antropología Médica (SPAM). Recibió el título de Doctor Honoris Causa por la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, España (2009); por la Universidad Nacional de Rosario (2015) y por la Universidad Nacional de Lanús (2023), ambas de Argentina. Su trayectoria de investigación se centra en la epidemiología cultural y el proceso de salud, enfermedad y atención; el desarrollo teórico de los materiales etnográficos; el alcoholismo y las relaciones con la violencia en México, así como la problemática de la antropología del siglo XX. Su prolífica producción de artículos, capítulos y libros lo consagran como uno de los principales exponentes de la antropología médica de Latinoamérica. Entre los libros publicados en Cuadernos del ISCo se encuentran: *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica* (2020) y, entre sus artículos publicados en la revista científica *Salud Colectiva*, se destacan “*El modelo médico y la salud de los trabajadores*” (2005); “*De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas*” (2009); “*Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias*” (2020); “*Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención*” (2020); “*Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica*” (2022); “*De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022)*” (2022); “*De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios*” (2023)”, entre otros.

# Índice

Presentación: Algunas palabras sobre Eduardo <i>Joan Luis Sariego Rodríguez</i>	I
Introducción	1
Capítulo 1. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: De exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas	3
<i>Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos</i>	6
<i>Biomedicina: algunos rasgos y limitaciones</i>	12
<i>Autoatención como proceso estructural</i>	25
<i>La biomedicina como generadora de autoatención</i>	33
<i>De algunas articulaciones posibles</i>	39
Capítulo 2. Estilos de vida, riesgo y construcción social	43
<i>Trayectorias y posibilidades iniciales</i>	45
<i>Convergencias, diferencias e incompatibilidades</i>	52
<i>Causalidad, riesgos y niveles de análisis</i>	58
<i>Las funciones de la ahistoricidad</i>	64
<i>Cultura y estilo de vida: algunos pormenores</i>	69
<i>Estilo de vida y clases sociales</i>	73
<i>Causas estructurales y riesgos individuales</i>	79
<i>Saber profesional y saber popular: ¿Qué es prevención?</i>	83
<i>Últimas consideraciones</i>	89
Capítulo 3. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades	93
<i>La venganza de sangre como problema epidemiológico</i>	95
<i>Algunas afirmaciones y varias propuestas</i>	102
<i>Modelos, experiencias y otras desventuras</i>	107
<i>Los peligros del olvido</i>	115
<i>Críticas mutuas</i>	117
<i>La epidemiología del alcoholismo: epistemología y sentido común</i>	122
<i>La necesaria búsqueda de complementaciones</i>	127
<i>Esquizofrenias metodológicas</i>	133
Capítulo 4. Participación social como realidad técnica y como imaginario social	137
<i>Una esquemática trayectoria de la participación social</i>	138
<i>La construcción teórico/práctica de un concepto</i>	142
<i>La polivalencia de la participación social</i>	151
<i>Participación social en salud: las representaciones y las prácticas</i>	156
<i>Las tendencias asistenciales de lo cotidiano</i>	167
<i>Microgrupos, comunidades, clases sociales: autonomía, dependencia o articulación</i>	174
<i>Discontinuidades e imaginarios</i>	182

Capítulo 5	185
Lazos, redes y rituales sociales, o las desapariciones melancólicas	185
<i>¿De qué relaciones sociales hablamos?</i>	187
<i>Lo que no se busca no se encuentra</i>	199
<i>La constante reaparición de lo negado</i>	209
<i>Los rituales efímeros</i>	214
<i>¿Por qué las relaciones sociales son buenas para la salud?</i>	223
<i>De cómo pensamos la realidad</i>	228
Bibliografía	235



# Presentación: Algunas palabras sobre Eduardo

*Joan Luis Sariego Rodríguez*

Quiero antes que nada decir que, aunque no me considero experto en la trayectoria académica de Eduardo Menéndez, no pude por menos de decir que sí cuando me invitaron a participar con unas breves palabras en el homenaje realizado por el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas). Acepté porque creo que debíamos hacernos eco del merecido reconocimiento que la Universitat Rovira i Virgili le brindó el pasado mes de mayo en Tarragona, España, al otorgarle el doctorado honoris causa. Lo hice, desde luego, porque creo que la antropología mexicana le debe mucho a Eduardo y porque considero que esta no podría hoy pensarse sin tomar en cuenta las múltiples aportaciones que él ha hecho a los debates en torno a los procesos de salud y enfermedad, así como a los temas de cultura e ideología. Pero, sobre todo, acepté la invitación porque mantengo con él viejos lazos de amistad y yo diría que hasta de complicidad; lazos, que, a pesar de las distancias geográficas con las que la vida nos ha separado, siempre han permanecido firmes y vivos.

A él me une, en primer lugar –en el tiempo, y desde que lo conocí hace cerca de 30 años– un lazo de paisanaje y origen étnico, porque los dos llevamos en el cuerpo sangre asturiana del norte de España. Recuerdo, en efecto, que en mis primeros encuentros con Eduardo me confesó que provenía, por sus orígenes paternos, del pueblo de Perlín, cerca de Trubia, Asturias, muy cerca de donde yo nací. Más me sorprendí aún cuando pude reconocer una de sus muchas sabidurías, poco conocida, por cierto: la de saber conversar con naturalidad y pertinencia la lengua bable que ambos aprendimos de nuestros padres. Bastó ese gesto para darme cuenta después que Eduardo, como muchos otros descendientes y exiliados de origen asturiano, era un hombre apasionado en sus convicciones y espacialmente ubicuo.

Su ubicuidad tiene sin duda que ver con su condición de transterrado a partir de los horrores del Proceso Militar de la Argentina desde mediados de la década de 1970 hasta principios de la siguiente, pero, sobre todo, habla de la realidad de alguien que ha sabido estar en muchas partes del mundo y e todas ellas dejar huella.

Me atrevo a pensar que la más reconocible de esas huellas es la de su figura y su personalidad indiscutibles como maestro, en todo el sentido y con toda la carga de significaciones que este término debería de tener entre nosotros. Maestro es el que enseña conocimientos, el que difunde la cultura, pero sobre todo, en el caso de Eduardo el que enseña a saber pensar, a ser crítico, a no dejarse obnubilar por las

modas académicas del momento y a entender la antropología como una tradición del conocimiento donde uno recupera el pasado de muchos autores –y Eduardo ha reconocido públicamente su deuda histórica, entre otros, con Durkheim, Lévi-Strauss, Gramsci, Goffman, De Martino y otros muchos más–, pero, al mismo tiempo, en donde uno está obligado a repensar y recrear la teoría a partir de su propia experiencia histórica.

Esta imagen de Eduardo, como un maestro, me viene a la memoria cuando recuerdo la vez en que lo conocí, a mediados de la década de 1970. Estaba enfundado en una bata blanca, mitad de médico y mitad de antropólogo, e impartía sus cursos en la Escuela de Salud Pública de México. Después lo escuché varias veces en seminarios del Ciesas (Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, entonces CISINAH, Centro de Investigaciones Superiores del Instituto Nacional de Antropología e Historia) hablar de los procesos de la salud, enfermedad y atención y del punto de vista que sobre ellos puede tener un antropólogo, a partir de la aplicación crítica de conceptos como cultura, ideología, hegemonía, prácticas y relaciones sociales, lo que desembocaba en un cuestionamiento a lo que Eduardo ha llamado el *modelo médico hegemónico*. De ese quehacer surgirían sus primeros alumnos en México, muchos de ellos en la frontera entre la medicina y la antropología.

Años más tarde, logré convencerlo para que abriera en la Maestría de Antropología Social de la ENAH (Escuela Nacional de Antropología e Historia) un taller de antropología médica, probablemente el primer espacio escolar en México donde, gracias al empeño de Eduardo, esta rama de nuestra disciplina adquirió carta de ciudadanía dentro de un programa de formación de antropólogos, a nivel de posgrado. Ahí fue donde empecé a darme cuenta de una de las cosas que a mí siempre me han admirado de Eduardo: su espíritu crítico que siempre lo lleva a cuestionar lo que parece evidente. Recuerdo que, en uno de aquellos días, Eduardo estaba dando una clase en la que revisaba con los alumnos sus proyectos de tesis y yo, desde mi despacho, oía su voz firme, recia y la escucha de los alumnos. A la salida de la clase le pregunté si había tenido algún problema con ellos. Me dijo muy tranquilo que esa era su manera de enseñar, hacer que los alumnos comenzaran por poner en duda las definiciones, categorías y conceptos que les parecían evidentes. Este modo socrático de enseñar, aprender e investigar, creo ha sido, en muchos momentos de su historia académica, el estilo de Eduardo de hacer antropología.

Después, tuve oportunidad de visitar su país natal y comprobar que, antes de que lo conociéramos en México, Eduardo ya había fundado una escuela del pensamiento antropológico. Sus alumnos así lo reconocían, y todos ellos añoraban su presencia en las aulas de la Universidad Nacional de La Plata y de la Universidad de Buenos Aires.

Algo similar me sucedió años más tarde, cuando con ocasión de una corta estancia académica en el Departamento de Antropología de la Universitat Rovira i Virgili, no tardé en darme cuenta de que allí todo el mundo lo conocía y que muchos de los profesores de ese departamento se ufanan de estar al día con las teorías de Eduardo y presumían de contar con sus libros, como efectivamente comprobé al dar una rápida ojeada a sus librerías. De forma indirecta he sabido que otros más alumnos y discípulos de Eduardo andan dispersos por todo el mundo y que su

influencia académica ha sido determinante en muchos de los jóvenes antropólogos médicos en España, México, Argentina, Italia y de muchos otros países de América Latina.

Tras un tiempo en que, por la distancia geográfica, dejé de ver a Eduardo, de nuevo hace unos años tuve oportunidad de reencontrarlo cuando, gustoso y generoso, aceptó venir a Chihuahua a darnos un curso en la Maestría de Antropología Social. En esa ocasión, me admiré al ver con qué dominio del oficio ejerció su vocación de maestro al pedirme, con mucha antelación, detalles precisos de las trayectorias de los estudiantes, a los que cautivó por la convicción y la pasión con las que suele exponer sus teorías.

En ocasión de esta visita a Chihuahua, Eduardo fue generoso conmigo al querer acompañarme a la Sierra Tarahumara, aprovechando que yo tenía que entrevistarme con un grupo de ejidatarios rarámuri. Pido hoy públicamente disculpas, Eduardo, por haberte hecho sufrir en carne propia los largos y tortuosos caminos de la Sierra de Chihuahua, pero quiero al mismo tiempo decirte que para mí fue un honor tenerte al lado en aquella coyuntura porque, como tú dirías, representaste para mí un control epistemológico, una garantía de confiabilidad metodológica de esas que tanto necesitamos a la hora de hacer trabajo de campo. Callado pero curioso, respetuoso y sumamente reflexivo, Eduardo escuchaba atentamente a los tarahumaras de San Ignacio de Arareko reunidos en asamblea y, a través de sus gestos y de su expresión corpórea, transmitía esa empatía hacia el Otro que caracteriza a los antropólogos de oficio como él.

El hecho de que Eduardo haya sido para muchos de nosotros un gran maestro no solo se debe a su estilo pedagógico, que convence y apasiona, sino sobre todo al enorme y sólido bagaje de conocimientos que transmite.

Para él, su campo predilecto es la antropología médica o, más específicamente, el estudio de los procesos de salud, enfermedad y cura. En una ocasión, me acuerdo que me explicó el porqué de esa preferencia, al hacerme entender que los hechos que tienen que ver con la enfermedad y la salud atraviesan a todos los grupos sociales, clases, etnias, géneros y estratos. También me dijo algo así como que la vida, y por ende la muerte, son un sustrato primario que subyace a toda forma de existencia más allá de cualquier diferencia social.

El propio Eduardo es enfático en sus textos al destacar el carácter de hecho total, en términos de Durkheim, que la salud-enfermedad y cura tienen en el ámbito de la sociedad. En sus propias palabras, “la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan a la vida cotidiana de los sujetos” y, por otra parte y como él mismo dice, “el proceso de salud/enfermedad/atención ha sido y sigue siendo una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones en todas las sociedades, incluidas las sociedades actuales

de mayor desarrollo socioeconómico<sup>1</sup>. Los padecimientos, dirá Eduardo, son metáforas y síntomas de una sociedad en cada uno de los momentos de su historia.

Desde estos postulados, Eduardo lleva más de treinta años ofreciéndonos estudios originales y cada vez más sólidos y profundos sobre temas como el proceso de alcoholización y los modelos médicos, la autoatención y la participación social en la salud. Todas esas obras conforman ya un corpus de conocimientos del que podríamos decir que vino a romper con un cierto provincialismo predominante en la antropología médica mexicana hasta antes de la presencia de Eduardo. En nuestro país, yo me atrevería a decir que él vino a sacar esta disciplina de su casi exclusiva obsesión por el tema de las etnomedicinas –tema que, por lo demás, nunca está ausente de las preocupaciones de Eduardo–, logrando reposicionarla, a ella y a sus especialistas, en el centro de debates sobre los grandes problemas de la salud nacional, planteando una visión sumamente crítica frente a la epidemiología dura y las tendencias salubristas. En suma, hoy creo que podemos decir que, gracias a Eduardo, la antropología médica mexicana tiene muchas más ambiciones temáticas, teóricas y metodológicas de las que tenía hace tres décadas, se hace eco de los debates internacionales sobre sus temas de estudio y ha adquirido un merecido reconocimiento fuera del país.

Decir que Eduardo es uno de los grandes antropólogos médicos es referirse solo a una parte de su trayectoria académica, el resto sería afirmar simple y llanamente que Eduardo es un gran antropólogo. Porque, cuando uno lo lee, tiene la impresión de estar frente a uno de los pocos antropólogos de nuestro entorno, que aún conserva y mantiene una visión global y holista de la antropología, transitando sin dificultad y con soltura en la enmarañada selva histórica del pensamiento antropológico desde los tiempos remotos del evolucionismo hasta las candentes polémicas de nuestros días en torno a la cultura, la estructura social o la perspectiva del actor. En sus obras son constantes las referencias a autores clásicos como Durkheim, Frobenius, Malinowski, Margaret Mead, Nadel, pero también son recurrentes las citas de Foucault, Braudillard, Lévi-Strauss, Geertz, Ruth Benedict, Foster, Hallowell, Ralph Linton, Merton, así como de Warman, Bonfil Batalla, Julio de la Fuente y un sinfín de antropólogos médicos del más variado origen académico y nacional. Francamente, me impresiona darme cuenta, cuando leo a Eduardo, de cómo alguien puede circular, al mismo tiempo y sin provocar colisiones, por tantos carriles y veredas del saber antropológico, relacionando de forma dinámica autores, escuelas, teorías y métodos.

No quiero ni imaginar las horas de trabajo, asimilación y reflexión que hay detrás de este enorme bagaje de conocimientos, pero es evidente que sus textos reflejan la visión de alguien que no se deja engatusar con las modas en boga, que no se deslumbra ante la última novedad bibliográfica y, sobre todo, que entiende la antropología como una tradición del conocimiento en la que los ires y venires no deben hacernos olvidar que existe, aunque de forma contradictoria y dialéctica, una continuidad no exenta, desde luego, de polémicas y diatribas.

---

<sup>1</sup> Citas tomadas de Eduardo Menéndez, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2002, pp. 309 y 311.

Así que, quienes pretendan ver en la obra de Eduardo una voz aislada e inconexa de la tradición antropológica están confundidos. Encontrarán en sus textos algo así como lo que él denomina un modo relacional de hacer antropología, en el que ningún concepto, ninguna teoría y ninguna aproximación metodológica tiene sentido y explicación sin tomar en cuenta la arqueología y el devenir del saber, lo que nos obliga a aceptar, con la misma humildad y nobleza con la que él lo hace, que la ciencia, y la antropología en particular, es un saber construido socialmente a lo largo de una tradición. Es por ello que a Eduardo le gusta hablar de los autores que le hicieron mella y le sirvieron de fuente de inspiración, y es por ello también que acercarse a la obra de Eduardo exige del lector la osadía de querer a cada momento contrastar cualquier nuevo hallazgo teórico con el amplio e histórico bagaje del saber antropológico.

Estoy por ello convencido de que aunque a Eduardo se le conozca fundamentalmente como un antropólogo médico, en realidad nos encontramos ante alguien que es, nada más y nada menos, que un antropólogo a secas, uno de los raros casos en la especie profesional de la antropología en los que la especialización y la fragmentación de los saberes no ha hecho mella, o como dirían los sociólogos franceses del trabajo, un obrero profesional de la antropología que no ha perdido la destreza y la habilidad para conjugar saberes y conocimientos que para la mayoría de nosotros se encuentran ya dispersos, atomizados, desarticulados y desigualmente repartidos.

Pienso incluso que para Eduardo los temas de la salud, la enfermedad y la atención curativa son solo el principal motivo y quizá son solo una excusa para llegar a construir todo un sistema explicativo de una envergadura y de una complejidad tales que trasciende los ámbitos de la salud para llegar a adquirir el estatus de una auténtica teoría crítica de la sociedad y de una propuesta original de cómo abordarla metodológicamente. Y todo ello, a pesar de que Eduardo se empeña siempre, al inicio de sus textos, en aclararnos que su ámbito de referencia es básicamente el de la antropología médica. Quizá por ello cometemos un grave error cuando recomendamos solo a los estudiantes de antropología médica leer los textos de Eduardo y nos olvidamos que esos textos son hoy ya un punto de referencia obligado para entender la antropología a secas, para descifrar en claves antropológicas la realidad latinoamericana, trascendiendo no solo el empirismo contra el que Eduardo no ahorra ningún descalificativo, sino también las explicaciones inmediatistas que tienden a lo que él llama el desuso-olvido de los conceptos y la desmemoria disciplinaria.

Si la construcción teórica, hecha a partir de un reconocimiento y al mismo tiempo de una crítica de la tradición antropológica se ha ido convirtiendo cada día de manera más clara en el tema de predilección de Eduardo –y estoy seguro de que tenemos aún mucho que esperar de él–, la metodología de la investigación casi me atrevería a decir que lo obsesiona. Porque pocos autores como él reclaman la necesidad de la coherencia entre las teorías que predicamos y los modos como aprehendemos la realidad. No se puede, dirá Eduardo, defender la perspectiva del actor social y, al mismo tiempo, no adentrarse en su lengua y lenguajes, recortando los tiempos y la profundidad del trabajo de campo; no es coherente pretender, en aras de una supuesta neutralidad científica, acercarse a la realidad sin hipótesis cual

“intérprete desnudo”, y mucho menos aún cabría pensar en la posibilidad de sostener un enfoque relacional de la aproximación antropológica sin tomar en cuenta la diversidad del sujeto colectivo y la preeminencia de las prácticas sobre las representaciones sociales.

Con esa misma agudeza de análisis, Eduardo también llama la atención frente a la tendencia creciente de convertir a la ciencia en una empresa de producción y venta de servicios y a la vida académica en un espectáculo.

En su reciente intervención en el homenaje que se le rindió en la Universitat Rovira i Virgili, Eduardo concluía diciendo que, a fin de cuentas, para él lo más importante de su carrera académica era el hecho de que, retomando los versos de Machado, lo consideraríamos simplemente como “un hombre más o menos bueno”. No me cabe la menor duda, Eduardo, que lo eres. Eso y muchas cosas más.

La amistad fiel y solidaria con que nos has honrado por largo tiempo a muchos de nosotros, Eduardo, nos lleva a verte como un hombre fuera de lo común. A mí no me cabe la menor duda de que has demostrado por años ser un maestro crítico y dedicado siempre a enseñar, un incesante provocador del pensamiento, dueño de una envidiable imaginación sociológica, como diría Charles Wright Mills; una persona noble siempre consecuente con tu pensar y un ejemplo cuando descubrimos en ti las virtudes de un trabajador intelectual tesonero y dedicado.

Pero como tú mismo dirías, nadie puede ser entendido, representado y construido sino en un contexto de relaciones sociales. El tuyo es indudablemente el de las instituciones del saber y de la ciencia, pero primariamente es el de tus seres más cercanos con quienes has construido por años la relación más profunda a la que todos podemos aspirar, la del amor. Este homenaje es por ello también un reconocimiento de todos nosotros a Renée, a Moira y a Nadia, tus tres amores, como las tres almas que dicen los tarahumaras que tenemos todos los hombres, sin las cuales no serías para nosotros el Eduardo que conocemos.

Quiero concluir diciéndote, Eduardo, que, aunque en este acto no seamos contigo tan solemnes y ceremoniales como lo fueron nuestros colegas de Tarragona, aunque no nos hayamos puesto toga ni birrete, podemos en cambio decirte, mirándote a los ojos, que nos sentimos profundamente orgullosos de haber coincidido contigo en la vida y que nos preciamos de ser parte de aquellos que conforman el círculo de tus lealtades primarias. Y bueno, aunque no entonemos, como en Tarragona, el viejo himno universitario alemán *Gaudeamus igitur*, al fin y al cabo, bien podemos cantarte un tango con bandoneón o una asturianada con gaita... Como tú prefieras.



# Introducción

Este libro reúne una serie de textos producidos en los últimos quince años, y que en gran medida expresan mis ideas y propuestas respecto de toda una serie de procesos y de problemáticas que considero importantes en términos de salud colectiva.

En estos textos analizo ciertos aspectos teóricos, prácticos e ideológicos de los procesos de salud/enfermedad/atención que me han preocupado a través de gran parte de mi trayectoria académica e ideológica, y que he tratado de aclararme –y tal vez de aclarar a los demás– para no solo comprender la realidad sino también para ayudar a modificarla.

Desde esta perspectiva, he tratado de formular y aplicar un enfoque relacional que supere las disputas en torno al papel del sujeto y la estructura (o cultura) o de las representaciones sociales y de las experiencias, disputas en las cuales muchos de los que nos dedicamos a la salud colectiva estamos enredados desde hace un largo tiempo. He cuestionado y formulado propuestas alternativas respecto de nuestra tendencia a describir y analizar los procesos de salud/enfermedad/atención en términos de polarizaciones organizadas en torno a lo cualitativo/estadístico, económico-político/simbólico, local/global, micro/macrosocial, biológico/cultural, o teórico/práctico, lo cual ha conducido a que frecuentemente los procesos sean descritos y analizados a través de oposiciones y no de articulaciones.

Los textos que presento tratan sobre problemas que me han acompañado desde hace años y sobre los cuales vuelvo una y otra vez, como son los de la participación social e individual en los procesos de salud/enfermedad/atención; la significación decisiva de la autoatención, a la cual considero el real primer nivel de atención de los padecimientos; la estructura y especialmente las funciones de los modelos médicos; la discusión sobre el uso de conceptos como *estilo de vida*, así como las relaciones entre biomedicina, epidemiología y antropología como partes necesarias del desarrollo de una epidemiología sociocultural.

Dentro de lo posible he tratado de describir y pensar dichos procesos y problemas en términos de historicidad, que no solo tiene que ver con la posibilidad de comprender mejor las realidades, actores o procesos sociales con los cuales solemos trabajar exclusivamente en términos sincrónicos, sino también con la pequeña lucha que he dado contra el olvido en muy diferentes campos y sentidos. Considero además que la historicidad no solo posibilita entender los procesos de salud/enfermedad/atención como procesos y no como variables, sino que constituye uno de los más fuertes antídotos contra los diferentes narcisismos que nos caracterizan casi irremediablemente.

En los diversos capítulos existen algunas referencias y análisis que se reiteran respecto de ciertas problemáticas, debido básicamente a dos razones. Una, subrayar las fuertes conexiones que existen entre los diferentes procesos de salud/enfermedad/atención y la mayoría de los conceptos y metodologías utilizados para entenderlos.

Y la segunda, observar cómo los mismos procesos pueden ser analizados desde problematizaciones y conceptos diferentes, aunque complementarios.

Me formé en Argentina como antropólogo social y como salubrista en México, aunque me identifico profesionalmente con el trabajo antropológico, no solo porque es el que conozco y manejo mejor, sino porque considero que por lo menos algunos enfoques de la antropología social pueden ser de notable utilidad para comprender e intervenir sobre los procesos de salud/enfermedad/atención. Desde esta perspectiva, por ejemplo, el trabajo sobre lo obvio, sobre el sentido común, sobre lo paradójico que opera en los diferentes saberes legos, técnicos y científicos; así como la búsqueda de los rituales, las relaciones sociales o los efectos del poder y de los micropoderes en los espacios, sujetos y grupos donde no se los busca, posibilita comprender procesos y comportamientos, así como sus posibles usos respecto de diferentes problemáticas de salud.

Los materiales que presento surgieron de mis trabajos de investigación sobre diversos procesos de salud/enfermedad/atención iniciados en Argentina en la década de 1960 y continuados en México desde 1976 hasta la actualidad. Pero además ha sido parte fundamental de dichos escritos su reelaboración a través de mis cursos sobre antropología médica, educación para la salud y epidemiología sociocultural desarrollados en varias instituciones y países, pero básicamente en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y en la vieja Escuela de Salud Pública de México; en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (Catalunya) y en el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid, situados en España, y en la Universidad Nacional de Lanús y en el Instituto Juan Lazarte de Rosario, ambos localizados en Argentina. Es decir que estos escritos fueron en gran medida también hablados, lo cual tal vez se exprese a través de mis formas coloquiales de escritura.

Los textos que integran este libro han sido publicados a lo largo de varios años, y todos han sido reelaborados y actualizados para esta edición, indicando que he reducido significativamente el material bibliográfico que puede ser consultado en los trabajos originales. Espero que estos trabajos sean de utilidad, que aclaren algunas malas interpretaciones de mis propuestas sobre el modelo médico hegemónico, sobre autoatención y sobre los usos de conceptos como hegemonía/subalternidad, así como que los mismos impulsen aún más los intercambios y convergencias entre los salubristas y antropólogos que trabajan en salud colectiva.

Coyoacán (México DF), agosto de 2008

# Capítulo 1

## Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: De exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas<sup>1</sup>

Desde una perspectiva antropológica, cuando hablamos de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos no solo pensamos en los de tipo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, lo cual implica asumir una serie de puntos de partida que contextualizan nuestra perspectiva.<sup>2</sup>

En primer lugar, asumimos que, por lo menos en las sociedades europeas y americanas actuales, existe toda una variedad de saberes y formas de atención a los padecimientos que utilizan diferentes indicadores y técnicas diagnósticas para la detección de problemas de salud, así como variados tipos de tratamiento e incluso diferentes criterios de curación.

Pero, además de reconocer esta diversidad, cuando nos referimos a los saberes y formas de atención lo prioritario para nosotros no es solo pensarlos en términos de eficacia técnica o de significaciones culturales, sino reconocer su existencia, dado que el sector salud (SS) y la biomedicina tienden a negar, ignorar y/o marginar la mayoría de los saberes y formas no biomédicos de atención a los padecimientos, pese a ser

---

<sup>1</sup> Una versión anterior de este texto fue publicada bajo el título “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y de articulaciones prácticas”. En: Spinelli, H., compilador, *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, pp. 11-47.

<sup>2</sup> Los conceptos de forma, saber y modelo corresponden a diferentes niveles de abstracción, y son complementarios. En términos esquemáticos, por *saberes* nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos. Por *formas* nos referimos a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales. Y por *modelo* nos referimos a una construcción metodológica que refiere a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas. Subrayamos que los tres conceptos son construcciones generadas por el investigador.

utilizados frecuentemente por diferentes sectores de la población, y constituyendo la autoatención la forma más generalizada de atención de los padecimientos.

Los diversos saberes y formas de atención a la enfermedad que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que han dado lugar al desarrollo de formas y saberes diferenciados que suelen ser considerados antagónicos, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de los otros saberes. Para gran parte de los antropólogos, la medicina tradicional americana presenta características que no solo se diferencian, sino que se oponen a determinadas concepciones y técnicas de la biomedicina. Y lo mismo sustentan los representantes de la denominada medicina científica respecto de la medicina tradicional y de la mayoría de los saberes populares, generando una visión antagónica y excluyente entre estos saberes.

Si bien dichas diferencias existen, generalmente las mismas tienden a ser registradas y analizadas por los investigadores a través de las representaciones sociales e ideológicas, y mucho menos de las prácticas sociales de los sujetos y grupos involucrados, lo cual refuerza una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones transaccionales entre los diferentes saberes y formas de atención. Más aún, considero que el reconocimiento de estas oposiciones suele darse sobre todo a través de las representaciones técnicas y sociales de los curadores de los diferentes saberes, pero mucho menos a nivel de las prácticas de los sujetos y conjuntos sociales que se atienden con ellos, quienes tienden a integrar las diferentes formas y saberes más que a antagonizarlos, excluirlos o negar unos en función de otros.

Lo que domina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen y más allá de la situación de clase social o de la situación étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que refiere a que, en nuestras sociedades, la mayoría de la población utiliza potencialmente varios saberes y formas de atención no solo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.

En los países de la denominada sociedad occidental, y especialmente en los más desarrollados, se está incrementando actualmente el uso de las medicinas alternativas o paralelas, y si bien dicho incremento sería en cierta medida una reacción a determinadas características de las orientaciones biomédicas, este no es sin embargo el factor decisivo, por lo menos respecto de determinados procesos. Por ejemplo, se suele decir que el desarrollo de ciertas medicinas alternativas es debido en gran medida al tipo de relación médico/paciente que ha ido configurando e imponiendo la biomedicina, el cual excluye, niega o subordina la palabra del paciente. Si bien esta afirmación es en parte correcta, debe subrayarse que varias de las medicinas alternativas y de las denominadas “tradicionales” se caracterizan por ser tan asimétricas y excluyentes de la palabra del paciente como la biomedicina, y algunas mucho más. Para varias de estas medicinas la asimetría –incluso en el uso de la palabra– es condición necesaria para atender los padecimientos y por lo tanto para “curar”.

El incremento constante de las denominadas medicinas alternativas y la recuperación de formas de la medicina popular no constituyen solo reacciones contra la biomedicina. Si bien no niego la existencia de procesos reactivos hacia la medicina

alopática, éstos no constituyen los únicos ni frecuentemente los principales factores de este desarrollo. Más aún, en ciertos casos observamos el desarrollo de procesos aparentemente paradójicos.

Así, por ejemplo, en el caso de los saberes denominados tradicionales y populares, observamos que algunas de sus actividades más emblemáticas han sido impulsadas en las últimas décadas por actores que constituyen uno de los pilares de la biomedicina. Me refiero a la industria químico/farmacéutica que en las últimas tres décadas ha desarrollado una notable y creciente elaboración de productos herbolarios, dado el incremento del consumo de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. Más aún, en varios países latinoamericanos, incluido México, varios estudiosos de la medicina herbolaria se han convertido en productores y vendedores de dichos productos como tarea central de sus actividades.

En cada sociedad los diferentes grupos sociales utilizan formas de atención tradicionales/populares específicas, pero me interesa subrayar que la mayoría de ellas están dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, culturales o étnicos. Este es un proceso constante, pero que ha cobrado una dinámica más acelerada en las últimas décadas debido a procesos como la expansión de la industria químico/farmacéutica, las migraciones nacionales e internacionales y la globalización de los medios de comunicación masiva.

Otro proceso importante a considerar es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de saberes y formas de atención a la salud que corresponden a saberes académicos de otros sistemas culturales muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y de la digitopuntura<sup>3</sup>, pero debe subrayarse que en varios países europeos y americanos se han asentado y desarrollado la medicina mandarina y la medicina ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas tradiciones académicas. Y algo similar podemos decir del budismo zen, que fue apropiado en términos de posibilitar una mejor “salud mental”, y que tempranamente fue impulsado en esa dirección por autores de enorme impacto como E. Fromm en las décadas de 1950 y 1960.

Si bien una parte de este desarrollo se debe a procesos migratorios de masa, que implican el asentamiento no solo de trabajadores migrantes, sino también de sus sistemas de atención, en otros casos se debe a un proceso de apropiación generado por determinados sectores sociales de los propios países “occidentales”, como es el caso de las estrategias de vida tipo *new age*.

Estos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de saberes y de formas de atención que, por supuesto, adquieren una dinámica y diferenciación específica en cada contexto, pero cuyo eje está en la enfermedad y no en la salud. Si bien casi todas las formas y saberes se preocupan por la salud, e incluso la biomedicina habla de producir salud, de salud positiva o de estilos de vida saludables, lo cierto es que la casi totalidad de las actividades de los diversos saberes y formas

---

<sup>3</sup> Reconocemos, no obstante, tanto en países americanos como europeos, la existencia de técnicas de digitopuntura propias y que son previas a las actuales técnicas difundidas desde países asiáticos, y que conviven y se interrelacionan con ellas.

de atención actúan básicamente respecto de los padecimientos y enfermedades y no respecto de la producción de salud. Y esto no solo porque lo proponen e impulsan los curadores, sino porque además lo solicitan los sujetos y grupos sociales, ya que demandan básicamente acciones sobre sus padeceres más que sobre su salud.<sup>4</sup>

Lo señalado no ignora que, especialmente en las sociedades capitalistas de más alto grado de desarrollo, se incrementa la población que realiza diferentes tipos de acciones en busca de mejorar y/o promover su propio estado de salud a nivel individual, aunque frecuentemente a través de una noción sumamente medicalizada, pese al uso cada vez más frecuente de formas alternativas de atención y prevención.

## Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos

Si bien es conveniente estudiar las distintas formas y saberes a través de la relación curador/paciente, considero que desde un punto de vista metodológico la identificación y análisis de las formas de atención debería iniciarse a través de la descripción de lo que hacen, usan y dicen los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos.

En términos metodológicos deberíamos iniciar la descripción a través de los sujetos y los conjuntos sociales, porque a partir de ellos, y especialmente de la “carrera del enfermo”, podemos identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener –por muy diversas razones– si partiéramos inicialmente de los curadores, o incluso de la relación curador/paciente centrada en un solo tipo de curador.

Pero, además, a través de los sujetos y conjuntos sociales, podemos observar el uso articulado de los saberes y formas que utilizan y no los usos excluyentes. Si nosotros partiéramos del punto de vista de cada curador, de cada saber, lo frecuente sería la ignorancia o la exclusión de los otros saberes o un reconocimiento crítico y frecuentemente estigmatizado de los mismos, así como la tendencia a focalizar la descripción en el saber específico que cada curador representa. Si bien es a través de las perspectivas y de las prácticas de los diferentes actores significativos que podemos detectar la variedad de articulaciones generadas en torno a los padecimientos que se dan entre los mismos, no obstante, es a través de los “pacientes” que podemos

---

<sup>4</sup> Si bien en biomedicina, como en otras formas de atención, existen actividades que no tienen que ver directamente con la atención y prevención de la enfermedad, como ocurre con la cirugía realizada con objetivos estéticos en el caso de la alopatía, o del uso de técnicas adivinatorias practicadas por curadores de otras formas de atención, no obstante en todos los sistemas de atención el objetivo central tiene que ver con las enfermedades. Es importante recordar además que determinados padecimientos son generados por el propio curador en el caso de la brujería practicada en contextos africanos y latinoamericanos, pero también en el caso de la biomedicina a través de los episodios de iatrogenia negativa.



registrar la variedad de formas de atención que utilizan y articulan con el objetivo de reducir o solucionar sus problemas.

Considero que, si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los sujetos y conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud. Por supuesto que esto no supone que reduzcamos la identificación de los padeceres ni de las formas y saberes solo a los que reconocen los sujetos y conjuntos sociales, sino que este es el punto de partida para establecer la existencia de los diferentes saberes y formas de atención que los grupos no solo reconocen, sino que, sobre todo, utilizan.

Aclaro que si bien propongo metodológicamente iniciar la descripción por los saberes y experiencias de los sujetos y grupos que padecen un problema determinado, ello por sí solo no asegura la detección de las diferentes formas y saberes utilizados si no existe una decisión metodológica de observarlos. Como sabemos, la mayoría de los estudios antropológicos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso *s/e/a*) que ocurrían en los grupos étnicos americanos, no incluía la atención biomédica ni el uso de productos relacionados con el saber biomédico por parte de esos grupos, pese al constante incremento de su uso, ya que lo que interesaba a los antropólogos era el estudio de las formas y saberes tradicionales y no dar cuenta del conjunto y variedad de las prácticas y representaciones utilizadas por los grupos étnicos para atender y dar solución a sus problemas de salud.

Por eso subrayo la decisión metodológica de incluir no solo a los diferentes actores significativos, sino de trabajar con las diversas representaciones y prácticas que los sujetos y grupos utilizan referidas al proceso *s/e/a*. Esta aproximación implica detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan y utilizan los diferentes actores sociales involucrados, y especialmente el personal biomédico, los curadores tradicionales, los curadores alternativos y los diferentes grupos sociales “legos”, lo cual posibilitaría observar las características de los diferentes perfiles utilizados, así como las convergencias y divergencias. Este tipo de aproximación, que aplicamos especialmente en el estudio de comunidades rurales y urbanas de Yucatán (Menéndez, 1981) y de Guanajuato (Menéndez, 1984), contribuiría a producir una epidemiología de los saberes –incluidos los comportamientos– respecto de los procesos de *s/e/a*, que posibilitaría comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales, así como también la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual permitiría desarrollar estrategias que articulen y utilicen dichos saberes.

Procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes sujetos y conjuntos sociales. Y al señalar esto pienso tanto en las estrategias de supervivencia desarrolladas por personas ubicadas en situación de marginalidad y extrema pobreza, o que están cayendo en situación de pobreza, así como en sujetos que, dada su búsqueda de una especie de eterna juventud frecuentemente homologada a salud, encuentran en ciertas prácticas y/o sustancias la posibilidad

imaginaria y momentánea de lograrla. Así como también pienso en la adhesión de otros grupos a prácticas religiosas que proveerían de un “equilibrio” psicobiológico al sujeto, que va más allá de la enfermedad inmediata que padecen.

Las carencias económicas, la existencia de enfermedades incurables o si se prefiere todavía no curables, así como la búsqueda de soluciones a pesares existenciales, conducen a la búsqueda y frecuente creación o resignificación de las formas de atención.

Frente a determinados tipos de alcoholismo para los cuales la biomedicina tiene una eficacia limitada, los propios conjuntos sociales desarrollaron grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, forma de atención que evidencia la mayor eficacia comparativa con cualquier otro tipo de atención específica respecto de este problema, por lo menos en ciertos contextos. Pero existen grupos que han creado respecto del alcoholismo otras estrategias, como son “los juramentos a la Virgen” en el caso de México, o el uso de la brujería en el suroeste de los EEUU, que también tienen resultados en el control del consumo patológico de alcohol, y en la disminución de los daños generados por dicho consumo.

Partiendo de los comportamientos de los sujetos y grupos respecto de sus padeceres –y cuando propongo esto pienso en conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, de género, etc., que operan en diferentes contextos latinoamericanos–, encontramos que los mismos utilizarían potencialmente los siguientes saberes y formas de atención:

- a) Saberes y formas de atención de tipo biomédico implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales, y que incluyen saberes preventivos de tipo biomédico. Dentro de la atención biomédica pueden reconocerse formas antiguas y comparativamente marginales, como son la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía. Deben también incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina.
- b) Saberes y formas de atención de tipo “popular” y “tradicional” expresadas a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.
- c) Saberes y formas de atención alternativas, paralelas o *new age* que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.
- d) Saberes y formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.
- e) Saberes y formas de autoatención que se expresan a través de dos tipos básicos: i) las centradas en los grupos primarios “naturales”, especialmente en el grupo doméstico, y ii) las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, clubes de diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.

Esta clasificación podría ampliarse y/o modificarse según otros autores y objetivos, subrayando que no las consideremos como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, sino que asumimos la existencia de un proceso dinámico entre los diferentes saberes y formas de atención. Es decir que los mismos operan en forma específica y/o a través de la articulación con otras formas y saberes.

Dicha dinámica opera por lo menos en dos niveles, referentes a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de los diferentes operadores de las mismas, y así vemos cómo la biomedicina, por lo menos en determinados contextos, se apropia de la acupuntura o de la quiropraxia, y en otros retoma la tradición herbolaria o incluye grupos de Neuróticos Anónimos como parte de los tratamientos. Por lo cual se genera algún tipo de articulación entre diferentes formas de atención, incluso entre algunas que en determinados momentos aparecían como antagónicas, como es el caso de la actitud biomédica inicial en América Latina hacia los grupos de Alcohólicos Anónimos<sup>5</sup>.

El otro nivel refiere a la integración de dos o más saberes y formas de atención por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, lo cual puede, sobre todo, ser observado a través de la denominada carrera de enfermo, y constituyéndose este tipo de articulación en el más frecuente, dinámico y expandido.

Por supuesto que otras fuerzas sociales operan en este proceso de relación entre las diferentes formas y saberes, como es el caso de ciertas organizaciones no gubernamentales (ONG) en el campo de la salud reproductiva o el de la propia industria químico/farmacéutica impulsando cada vez más los medicamentos de origen herbolario. Pero desde nuestro punto de vista son las actividades impulsadas por los sujetos y grupos sociales las que generan la mayoría de las articulaciones entre las diversas formas y saberes a través de sus usos, y superando frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que puede existir entre los mismos, dado que dichas incompatibilidades y diferencias son secundarizadas por la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas<sup>6</sup>.

Si bien, como ya señalé, algunas articulaciones se generan a través de los propios curadores, éstos tratan sin embargo de mantener su propia identidad como curadores, y desde esa perspectiva la articulación se expresa a través de una apropiación

---

<sup>5</sup> En la mayoría de los países europeos y americanos la biomedicina y el sector salud rechazaron o marginaron inicialmente en forma tácita o explícita a los grupos de Alcohólicos Anónimos. En el caso de América Latina, epidemiólogos y psiquiatras sostenían que dichos grupos de autoayuda no se expandirían a nivel regional por razones culturales, especialmente de tipo religioso. Sin embargo, a partir de la década de 1960, y sobre todo de 1970 se genera una notable expansión de estos grupos que conduce a que países como Honduras y México sean de los que tienen un mayor porcentaje de grupos de AA a nivel mundial.

<sup>6</sup> Esto no niega que haya diferencias significativas entre las distintas formas de pensar y actuar sobre el proceso de s/e/a, pero dichas diferencias deben ser observadas siempre a través de las prácticas, dado que es en las mismas que podremos evidenciar si realmente existen diferencias, así como también observar el uso articulado de ellas. Dichas articulaciones se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales y casi siempre dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad.

de técnicas, pero tratando de mantener la diferencia, hegemonía y/o exclusión a través de seguir proponiendo su forma de curar como la más idónea. Esta es la manera dominante de actuar de la biomedicina, que, si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía.

Este proceso podemos observarlo en uno de los campos menos legitimados dentro del saber biomédico, es decir el referido a la salud mental, que actualmente se caracteriza por una actitud profesional ecléctica según la cual, y en función del objetivo terapéutico, la psiquiatría utilizaría todas aquellas estrategias y orientaciones biomédicas que demuestran cierto grado de eficacia, pasando por lo tanto a segundo plano la fundamentación teórica de las características diferenciales de cada una de ellas. El pragmatismo psiquiátrico expresado especialmente a partir del RSM-III-R, se impondrá cada vez más, por lo menos en las instituciones oficiales.

Pero debemos reconocer que solo una pequeña parte de la psiquiatría –y subrayo lo de psiquiatría– recurre a formas de atención desarrolladas desde perspectivas no médicas, ya que el eclecticismo se reduce a las diferentes técnicas desarrolladas desde la biomedicina y campos afines. Esto no ignora, por supuesto, la existencia de numerosas experiencias que han incluido desde técnicas shamánicas hasta rituales sociales urbanos, pero esta no ha sido la línea dominante –especialmente en el caso mexicano– de la psiquiatría privada ni de la que opera en las instituciones médicas oficiales.

La apropiación y el eclecticismo podemos observarlos no solo a través de la biomedicina sino también de las otras formas de atención. En América Latina hay un proceso constante según el cual una parte de los curadores populares y tradicionales, además de prescribir y/o realizar sus tratamientos tradicionales, recetan también antibióticos o vitaminas como parte de su forma de atención (Press, 1975). En el caso de las parteras llamadas empíricas, observamos la utilización de técnicas de inducción del parto de tipo biomédico, desde por lo menos la década de 1970.

Este proceso de apropiación obedece a varias dinámicas, entre las cuales subrayo dos: la desarrollada a partir de los propios curadores en busca de mayor eficacia, lo cual conduce en determinados casos a que las medicinas generadas por la industria químico/farmacéutica sean incluidas y usadas dentro de concepciones culturales tradicionales, como ocurre, por ejemplo, con la oposición y complementación entre lo frío y lo caliente, cuyo ritual es aplicado al uso de aspirinas, penicilina o alka-zelzer en numerosos grupos étnicos mexicanos; y otra impulsada por el sector salud a través de los programas de atención primaria. De tal manera que, por ejemplo, en México fue el sector salud quien enseñó, por lo menos desde la década de 1940, a personas de las comunidades rurales a dar inyecciones, dado que no existían recursos humanos locales previamente formados para hacerlo, y parte de este personal que aprendió a inyectar fueron curadores tradicionales. Fue el sector salud el que adiestró a parteras empíricas de tal manera que estas utilizaron una síntesis de elementos tradicionales y biomédicos; fue el sector salud el que enseñó a sujetos de las comunidades a cortar nódulos de personas con oncocercosis o que seleccionó a personas de la comunidad

como agentes de salud. Fue el sector salud y un número cada vez más amplio de organizaciones no gubernamentales (ONG) los que formaron y siguen formando en la actualidad cientos de promotores de salud que suelen utilizar una mezcla de técnicas populares y biomédicos, pero en la mayoría de los casos impulsados desde objetivos, concepciones y prácticas biomédicas.

Este proceso complejo, dinámico y diferenciado podemos observarlo y detectarlo sobre todo si lo registramos a través de las acciones de los sujetos y grupos sociales, dado que desde la perspectiva de las diferentes formas de atender –y no solo de la biomedicina– solo registraríamos una parte de dichas formas de atención y generalmente en forma no relacionada.

Desde los diferentes saberes y formas de atención, y especialmente desde el saber de instituciones biomédicas, solo se tiende a reconocer algunas de las formas y saberes, y no las más diversas y a veces impensables actividades curativas o sanadoras. Pero, además, tiende a generarse una visión estigmatizada y excluyente de por lo menos algunas formas y saberes, subrayando que la eficacia, la eficiencia y la legitimidad están referidos exclusivamente al propio saber biomédico.

Este proceso, y lo subrayo, también ocurre con las otras formas y saberes que fundamentan su legitimidad e identidad no en la racionalidad científica sino en la religiosa y/o étnica, proponiendo una eficacia comparativa inherente al uso exclusivo de estas dimensiones.

Si el eje lo colocamos en los diferentes conjuntos sociales aplicando los criterios señalados previamente, no solo registraremos todas o por lo menos la mayoría de las formas y saberes que se usan realmente, sino que no tendremos una visión unilateral de las formas y saberes que pretenden su exclusividad a través de lo científico, de lo religioso o de lo étnico, dado que las registramos a través de los diferentes puntos de vista que operan en una comunidad, y que incluyen las perspectivas diferenciales de los diferentes sujetos y grupos sociales, incluidos los diversos tipos de curadores.

Pero el aspecto central, que luego desarrollaremos, es que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no solo usa los diferentes saberes y formas de atención, que los sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que además es el agente que reconstituye y organiza estas formas y saberes en términos de “autoatención”, dado que esta constituye no solo la forma de atención más constante y frecuente sino el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar completamente si no se articulan con el proceso de autoatención. Este señalamiento es obvio, pero tiende no solo a ser olvidado, sino también excluido del análisis de los servicios de salud. Una cosa es hablar de convalecencia y otra asumir que el papel decisivo en gran parte de las actividades de convalecencia está a cargo del sujeto y su grupo a través de acciones de autoatención (Smith, 1982).

En varios trabajos realizados en diferentes contextos mexicanos se describe cómo durante la carrera del enfermo los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores, como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida. Pero si dicha primera atención no resulta eficaz la reemplazan

rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento. Este proceso puede agotarse en esta segunda instancia o dar lugar a la demanda de otras formas de atención, que puede implicar una nueva demanda de atención a los primeros curadores consultados. Este proceso no solo es producto del pragmatismo y de la urgencia de los grupos, sino que es facilitado porque los principales signos y síntomas que manejan los sujetos y grupos –pero también los médicos alópatas y los curadores tradicionales- permiten que, a través de los mismos indicadores, los médicos alópatas diagnostiquen algún tipo de gastroenteritis y los curadores tradicionales empacho (Menéndez, 1990a), posibilitando una articulación práctico/ideológica entre las diferentes formas de atención y estableciendo una conexión entre ellas a través de la carrera del enfermo (Menéndez, 1984; Osorio, 1994; Peña, 2006).

Este tipo de aproximación epidemiológica –que denominamos sociocultural– posibilitaría además observar cuáles son las formas de atención más usadas y las que tienen mayor eficacia para abatir, controlar o disminuir determinados daños en términos reales o imaginarios. Al igual que también podríamos registrar cuáles son los factores de tipo económico, técnico o ideológico que se oponen o facilitan la articulación de las diferentes formas de atención, a través de las prácticas cotidianas de los conjuntos sociales.

Pero ahora no voy a desarrollar el análisis integral de los diferentes saberes y formas de atención, sino que a modo de ejemplo me concentraré en los que consideramos los dos saberes dominantes de atención a los padecimientos en un contexto como el mexicano actual<sup>7</sup>, es decir la biomédica y la autoatención. Para lo cual, primero describiré algunas características básicas del saber biomédico, haciendo hincapié en aquellas que limitan la posibilidad de una articulación mayor y más eficaz con la autoatención, y luego haré lo mismo con la autoatención, para concluir proponiendo algunos mecanismos de articulación posibles.

## Biomedicina: algunos rasgos y limitaciones

En principio, recordemos que la biomedicina en tanto institución y profesión se caracteriza por su constante aunque intermitente modificación y cambio y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero solo a cambios técnicos y científicos, sino también a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir no solo técnica sino además económica, social y profesionalmente. Por lo cual, el análisis que estamos realizando en este texto no refiere a la biomedicina que se practicaba en 1850, en 1920 o 1950, sino a las tendencias que se desarrollan desde las décadas de 1960 y 1970 hasta la actualidad.

---

<sup>7</sup> Por supuesto que en estos contextos encontraremos distintas formas de articulación entre biomedicina y autoatención, en función de las características socioeconómicas, étnicas, religiosas, etc., de los diferentes grupos y sujetos sociales.



Subrayo que, para ciertas miradas ahistóricas, estos cambios, o por lo menos algunos de ellos, suelen ser leídos en términos de crisis, generando en algunos casos la idea que la biomedicina estaría en una situación de crisis permanente. Más aún, según algunos autores estaríamos asistiendo a un derrumbamiento de la misma, augurándose su reemplazo más o menos inmediato por algunas formas de atención “alternativas”. Otras tendencias, por el contrario, están en una suerte de exitismo cientificista, que solo concibe el cambio en términos de progreso técnico más o menos infinito, pero que demuestra escasa sensibilidad para detectar y explicar los cambios institucionales, culturales y económico/políticos que indudablemente están afectando el saber médico.

Estas propuestas simplemente las señalo, pero sin analizarlas, ya que lo que busco es, por una parte, subrayar que los cambios y modificaciones no tienen que ver necesariamente con crisis, derrumbamientos ni con progresos tecnológicos, y por otra que uno de los aspectos más significativos que observamos tiene que ver con el constante proceso de expansión de la biomedicina.

En los países desarrollados y subdesarrollados denominados “occidentales”, y pese al incremento de medicinas paralelas y alternativas, la forma de atención que más se expande directa o indirectamente luego de la autoatención, es la biomédica. Pero, además, si bien en algunos países occidentales se están estableciendo y desarrollando actividades correspondientes a otras tradiciones médicas académicas, en los países que han originado dichas tradiciones como Japón, India o China está expandiéndose e incluso pasando a ser hegemónica la biomedicina, subalternizando y/o desplazando a las medicinas académicas locales.

Distintos hechos evidencian dicha hegemonía, siendo el más evidente el que la biomedicina es la única forma de atención que ha conseguido organizar una institución internacional a la que adhieren oficialmente la mayoría de los países del mundo actual, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que además tiene sedes regionales a nivel de los diferentes continentes y en el caso de América se expresa a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Proceso que no ocurre con ninguna otra forma de atención a la enfermedad. Este es un hecho tan obvio que ni siquiera se reflexiona sobre él en términos del papel hegemónico que cumple y expresa.

Más allá de su real cualidad científica y de su eficacia, debemos asumir que la biomedicina y la expansión biomédica constituyen una de las principales expresiones sociales e ideológicas de la expansión capitalista, o si se prefiere de “occidente”, en términos frecuentemente de hegemonía/subalternidad.

Es el conjunto de estos procesos, que alcanza su expresión más notoria en la expansión del consumo de medicamentos producidos por la industria químico/farmacéutica, el que respalda nuestras interpretaciones. En países como México dicha industria, en forma directa y/o a través del sector salud, ha conseguido colocar algunos de sus productos en los lugares más remotos y aislados del país, siendo actualmente parte de las estrategias de atención de los diversos grupos étnicos mexicanos. Es justamente a través de los medicamentos que observamos una constante

expansión de la biomedicina en países pertenecientes a otras tradiciones culturales como son la mayoría de los países africanos y asiáticos.

Pese a la evidencia de esta tendencia, se sostiene la pérdida de importancia de la biomedicina a través de diferentes argumentos. Si bien la principal causa sería la expansión de las denominadas medicinas alternativas, otros la atribuyen a la ineficacia biomédica especialmente en campos como el de la salud mental, dado que en varios países occidentales se observa no solo una reducida eficacia biomédica para toda una serie de padecimientos mentales, sino también un constante descenso en el número y/o porcentaje de psiquiatras. Y así, por ejemplo, desde hace unos veinte años decrece constantemente en los EEUU el número de estudiantes de medicina que eligen la orientación psiquiátrica, mientras en el caso de México desciende constantemente el porcentaje de psiquiatras por habitante. Pero estos argumentos son muy débiles comparados con los que evidencian la constante expansión biomédica.

Lo señalado no niega que existen situaciones conflictivas y desarrollos de saberes y formas de atención que parcialmente reemplazan o complementan a la biomedicina. Así como críticas de muy diferente tipo a las características y funcionamiento de la biomedicina, que ha conducido en diferentes momentos a sostener la crisis del saber de las instituciones biomédicas. Pero hasta ahora la biomedicina ha encontrado siempre “soluciones” que siguen asegurando su expansión.

Posiblemente la mayor crisis operada dentro de la biomedicina, por lo menos a nivel de los críticos, se dio entre mediados de 1960 y fines de 1970. Las críticas iban dirigidas hacia la pérdida de eficacia de la biomedicina, hacia el desarrollo de una relación médico/paciente que no solo negaba la subjetividad del paciente, sino que incrementaba la ineficacia curativa, al desarrollo de una biomedicina centrada en lo curativo y excluyente de lo preventivo, al incremento constante del costo económico de la atención de la enfermedad, a las diversas situaciones donde se registraban transgresiones a la ética médica, así como a otros procesos. Varias de estas críticas están a la base de las propuestas de Atención Primaria Integral desarrolladas desde 1960, pero que luego de un primer impacto redujeron las expectativas de sus propuestas, así como disminuyeron también las críticas.

Pero en la década de 1980 y sobre todo en la de 1990 reaparecen las críticas, tal vez menos ideologizadas que en la década de 1960, denunciando otra vez la ineficacia de la biomedicina puesta de relieve en el retorno de la morbimortalidad por tuberculosis broncopulmonar, cólera o dengue; en la fulminante expansión del VIH-sida; en la imposibilidad de curar la mayoría de las enfermedades crónicas ya que hasta ahora solo es posible controlarlas; en el incremento constante de la desnutrición y no solo en países pobres y subdesarrollados; en la persistencia de problemas éticos, y en toda una gama de aspectos de los diferentes procesos de s/e/a. Gran parte de estas críticas durante los dos lapsos señalados se concentran en ciertas características del saber biomédico, y especialmente en su biologicismo excluyente.

Pero nuevamente estas críticas están disminuyendo, y el eje estructurador sigue estando colocado en el biologicismo de la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas sobre

la causalidad de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como en una constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a (Menéndez, 2001, 2002).

Más allá de críticas y crisis, lo que observamos es una continua expansión de la biomedicina, que afecta el desarrollo y su relación con las otras formas de atención. Dicha expansión se caracteriza por un proceso de continuidad/discontinuidad, donde la continuidad está dada por el constante aunque intermitente proceso de expansión basado en la investigación biomédica y en su eficacia comparativa, en la producción farmacológica y en la medicalización no solo de padeceres, sino también de los comportamientos; y la discontinuidad por las orientaciones críticas surgidas al interior y fuera de la propia biomedicina, así como por las actividades y representaciones impulsadas por las otras formas de atención y especialmente por las prácticas de los diferentes conjuntos sociales para asegurar la atención y solución real y/o imaginaria de sus padecimientos.

Este proceso de expansión se basa en toda una serie de procesos que se potencian. El primero es el constante apoyo a nivel privado y oficial de la biomedicina; más allá del porcentaje del producto interno que los gobiernos de cada país invierten en el sector salud, lo que necesitamos reconocer es que dichas inversiones son dedicadas en su totalidad o casi totalidad a la biomedicina. Si bien esto es obvio, debemos asumirlo como un hecho que hemos normalizado, pero que supone que, salvo excepciones, el resto de los saberes y formas de atención, por lo menos en los países occidentales, no cuentan con la legitimación y, sobre todo, con los apoyos económicos y políticos oficiales. Si bien también es obvio, debemos además recordar que a nivel privado la casi totalidad de las inversiones están dedicadas a la biomedicina.

Estas inversiones se traducirán en la cobertura de atención, en las campañas de prevención, en el número de camas de hospitalización, así como en la producción y consumo de productos biomédicos, especialmente medicamentos.

El segundo proceso refiere a la demanda de atención biomédica, y si bien no lo vamos a describir, lo que debemos asumir es que esta demanda crece en todos los estratos sociales a través de un proceso que articula los objetivos e intereses empresariales y estatales, por una parte, y los de los sujetos y conjuntos sociales, por otro. Más aún crece en la mayoría de nuestros grupos étnicos.

Pero además la expansión opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, el cual implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente solo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica no solo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos aconteceres ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir, conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida, a través de técnicas y concepciones biomédicas.

Incluso observamos que se desarrolla toda una serie de conceptos que potencialmente supondrían la inclusión de las dimensiones sociales y culturales en la explicación e intervención respecto de los procesos de s/e/a, como es el caso de los denominados "eventos críticos", pero dichos conceptos tendieron también a ser biomedicalizados.

Esta medicalización supone no solo convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas –como fue y es el caso de la hiperkinesia infantil o trastornos de atención–, sino además convertir en problema quirúrgico la situación de parto, a través de la generalización de la cesárea en países como México, donde no solo alrededor del 35% de los partos en las instituciones oficiales y privadas se hacen a través de cesáreas (que en su mayoría son innecesarias), sino que esta tendencia se incrementa constantemente.

Si bien respecto del proceso de medicalización existe actualmente una concepción menos unilateral y mecanicista que la dominante en las décadas de 1960 y 1970, que incluso ha conducido a algunos autores a negar dicho proceso, no cabe duda que no solo existió, sino que sigue vigente. Lo que las investigaciones y reflexiones actuales han cuestionado es la visión omnipotente y unilateral con que eran –y todavía son– observados estos procesos, según la cual la biomedicina podía imponer a los sujetos y grupos sociales y, casi sin modificaciones y oposiciones por parte de estos, sus maneras de explicar y atender los padeceres.

Considero que la descripción y análisis de los procesos de medicalización, en términos de hegemonía/subalternidad, posibilita reducir o directamente eliminar la tendencia a pensar la medicalización a partir exclusivamente de la biomedicina, del “poder médico”. La inclusión de las transacciones sociales que operan entre los sectores hegemónicos y subalternos, en la medida en que no solo pensemos en términos de hegemonía/subalternidad, sino también en términos de contrahegemonía, conduce o posibilita tomar en cuenta el papel de los sectores subalternos (Menéndez, 1981).

Son estos y otros procesos y tendencias los que operan en las relaciones de la biomedicina con los otros saberes y formas de atención; siendo especialmente en la actualidad la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes.

La biomedicina actual se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que hemos descrito y analizado en varios trabajos, y que expresan la orientación dominante de la medicina alopática, así como las características y funciones a través de las cuales trata de imponer y mantener su hegemonía y sobre todo su uso.

Si bien he descrito y analizado la biomedicina en términos de formas de atención y de saber, necesito subrayar que en función de varios objetivos metodológicos que he desarrollado en varios trabajos, decidí trabajar además con el concepto de modelo. Y fue a partir de principios de la década de 1970 que comencé a elaborar mi propuesta de modelos médicos y especialmente de lo que denominé *modelo médico hegemónico* (MMH)<sup>8</sup> respecto del cual he identificado, descrito y analizado

---

<sup>8</sup> Cuando hablo de *modelo médico hegemónico* referido a la medicina alopática, lo hago en términos de una construcción metodológica manejada en un alto nivel de abstracción, de tal manera que, como todo modelo, constituye un instrumento para la indagación de la realidad, pero no constituye la realidad.

alrededor de unas treinta características estructurales<sup>9</sup>, de las cuales solo comentaré algunas que nos permitan especialmente observar ciertas tendencias que posibiliten observar las relaciones de la biomedicina con las formas de autoatención de los padecimientos.

Coincidiendo con la mayoría de los analistas del saber biomédico, considero que el primer rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no solo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina, en cuanto institución, tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica.

La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica, genética que la biomedicina extrae sus explicaciones y sus instrumentos de atención. Esta afirmación no ignora la importancia del trabajo médico clínico cotidiano, pero este aparece como un campo aplicativo y subordinado al campo de investigación, que es el que genera las explicaciones y el tipo de fármaco específico a utilizar por los clínicos. El paso a primer plano de la investigación genética en los últimos veinte años ha reforzado aún más esta tendencia.

Subrayo, para evitar equívocos, que al señalar el peso del biologicismo no ignoro obviamente sus aportes; ni tampoco niego el uso por parte del personal de salud de relaciones personales, incluida la dimensión psicológica, no solo en la relación afectiva con el paciente sino también en la estrategia curativa y hasta diagnóstica, pero estas habilidades personales aparecen como secundarias desde la perspectiva de la biomedicina en términos de institución y de formación profesional.

Más aún, en las últimas dos décadas se ha desarrollado un doble discurso en los funcionarios que dirigen las principales carreras de medicina en México, ya que por una parte señalan la importancia de los procesos sociales, de las condiciones económicas, de la prevención respecto de los procesos de s/e/a, y por otra, impulsan una formación unilateralmente técnica y excluyente que contradice sus consideraciones verbales, dado que las escuelas de medicina que dirigen van a producir un

---

<sup>9</sup> He agrupado las características del MMH en siete bloques: a) concepciones teórico/ideológicas dominante (división cuerpo/alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo); b) exclusiones (ahistoricidad, asocialidad, aculturalidad, exclusión del sujeto); c) relación instituciones médicas/paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como construcción, medicalización de los comportamientos); d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación); e) pragmatismo médico; f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica); y g) la enfermedad y la salud como mercancías.

profesional que no podrá enfrentar, en términos profesionales, lo que dichos funcionarios denuncian como objetivos incluso prioritarios.

Por lo tanto, el médico, salvo el caso de una parte de los salubristas, no tiene formación profesional respecto de los procesos socioculturales y económico/políticos que inciden en la causalidad y desarrollo de los padecimientos, por lo cual, si le preocupan estos procesos solo puede actuar a través de sus habilidades personales, pero no de su formación profesional.

El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso *s/e/a*, así como de diferenciación de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como expresiones culturales no científicas, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas. Pero, a su vez, la dimensión biológica es la que el médico mejor maneja y la que le posibilita su eficacia diferencial.

A partir de estos señalamientos me interesa reflexionar sobre si el personal de salud, y especialmente el médico, considera los procesos culturales y económico/políticos como significativos para explicar la causalidad, desarrollo e intervención respecto de las enfermedades; y de ser significativos, ¿cómo los utilizaría a través del acto médico clínico para contribuir a aliviar, controlar o curar el padecimiento?

Frente a este interrogante debemos reconocer que, en el nivel de la intervención, la casi totalidad de los médicos dejan de lado dichos aspectos, aun reconociendo su importancia. Ya que una cosa es reconocer que la situación de extrema pobreza y marginalidad incide en la desnutrición, y otra es poder operar con dichos factores a través de la intervención clínica, más allá de un proceso de rehabilitación que frecuentemente no puede evitar la recidiva, a menos que haya un mejoramiento de las condiciones de vida y de alimentación generado por el desarrollo y distribución socioeconómicos, o por lo menos que existan programas de alimentación complementaria o contra la pobreza que incluyan acciones antidesnutricionales, pero no en términos episódicos sino a través de una cierta continuidad en el tiempo.

Prácticamente ningún médico ignora esta situación, y si bien puede asumir la importancia de factores como la extrema pobreza en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud, a nivel técnico e institucional su manejo de estos aspectos es, por decirlo suavemente, limitado, más allá de que tenga o no formación profesional que le permita tener una visión social de los problemas de salud. Más aún en el caso de la práctica privada, especialmente de las grandes corporaciones médicas, el manejo de estos aspectos sociales, económicos y culturales quedan excluidos. Y, en el caso de las instituciones oficiales, dependerá de la existencia de programas específicos, pero donde el trabajo médico es exclusivamente clínico, y dentro de él tampoco se manejan los factores y procesos señalados, por lo menos en el caso mexicano.

Esta orientación la podemos observar a través de los aspectos más decisivos del trabajo médico. Desde por lo menos la década de 1950 diferentes tendencias de la psicología, de la sociología, de la antropología y especialmente de la biomedicina vienen señalando la importancia de la relación médico/paciente, para el diagnóstico y para el tratamiento, y en consecuencia la necesidad de mejorarla, de hacerla más



simétrica, de incluir no solo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales, dado que las mismas tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos. De allí que parte del mejoramiento de la calidad de los servicios médicos está depositada, justamente, en la modificación de aspectos de la consulta. De esto son conscientes gran parte de los médicos, y reiteradamente se propone la necesidad de mejorar dicha relación, incluyendo el dar más tiempo a la palabra del paciente.

Dentro del campo antropológico se ha desarrollado una corriente liderada por médicos de formación antropológica que desde la década de 1970 y sobre todo desde la de 1980, vienen proponiendo la necesidad de que el médico no solo posibilite que el paciente narre su enfermedad, sino que además aprenda a decodificar cultural y médicamente el significado de dichas narrativas. Esta propuesta tiene sus dos principales centros de influencia en las escuelas de medicina de Harvard y de Berkeley, y ha implicado el desarrollo de un programa especial de formación de médicos dentro de esta concepción (Good & Del Vecchio Good, 1993).

Pero debemos recordar que, más allá de algunas particularidades, esta propuesta reitera lo señalado por diferentes corrientes antropológicas, y por supuesto biomédicas, desde por lo menos la década de 1920; y subrayo lo de reiteración, porque dicha propuesta opera más en el plano de la reflexión teórica, de las experiencias universitarias y de algunos grupos especiales que en el plano de los servicios de salud, los cuales –por lo menos en algunos aspectos significativos– suelen orientarse en un sentido inverso de lo recomendado por los que analizan y reflexionan sobre la relación médico/paciente y su papel dentro de los servicios de salud oficiales y/o privados.

La observación de sistemas de salud como el británico o el mexicano nos indica que, pese a reconocer las críticas señaladas respecto de las características dominantes en la relación médico/paciente y la necesidad de revertir la orientación de los servicios de salud, lo que se desarrolla en los hechos es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico/paciente y especialmente el tiempo dado a la palabra del paciente. Es decir que se potencian la tendencia histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica, y las dinámicas institucionales actuales, que tienden a reforzar dicha orientación de la biomedicina más allá de los discursos y reflexiones de analistas médicos, de los científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias. Así, por ejemplo, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da atención a cerca del 50% de la población mexicana, la media actual del tiempo de la segunda consulta y de las subsecuentes es de cinco minutos o aún menos<sup>10</sup> (Menéndez, 1990b; Salas, 1997).

La relación médico/paciente se caracteriza, especialmente en el primer nivel de atención, pero también a nivel de especialidades, por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico. En la mayoría de las instituciones médicas oficiales mexicanas ya no se realizan historias clínicas en

---

<sup>10</sup> Existen, por supuesto, orientaciones biomédicas que proponen otras formas de relación médico/paciente que posibilitan una mayor expresión de la palabra del paciente, pero que no desarrollaremos en este trabajo.

el primer nivel de atención o han sido reducidas a enumerar algunos datos económico/demográficos y algunas características del tratamiento –generalmente la enumeración de los tipos de fármacos y de las dosis prescritas– consignándose muy escasa información de tipo diagnóstica y de evolución del padecimiento.

La anamnesis médica casi ha desaparecido pese al reconocimiento técnico de su utilidad; y así, por ejemplo, varios de los principales especialistas en alcoholismo a nivel mexicano e internacional, como Velazco Fernández o G. Edwards, consideran decisiva la profundización de la indagación clínica especialmente para el paciente con alcoholismo crónico y/o dependiente, proponiendo incluso la necesidad de desarrollar en el médico habilidades clínicas y existenciales especiales. Pero reconociendo que ya no es posible realizarlas, pese a subrayar, sobre todo en el caso de Edwards, que la anamnesis médica es decisiva para establecer un buen diagnóstico y orientar eficazmente el tratamiento.

Antes de seguir con este análisis quiero indicar que no estoy proponiendo ningún lamento por formas perdidas de “humanismo médico”, sino señalar algunas tendencias actuales de la biomedicina, que desarrollan aspectos contrarios o divergentes a los que las ciencias sociales y sobre todo la propia biomedicina, consideran como óptimos en términos de la calidad de la atención.

Por lo tanto, observamos la reducción del tiempo de la relación médico/paciente a través de la propia trayectoria histórica de la biomedicina, trayectoria que además indicaría que el médico ha ido abdicando cada vez más de su propia capacidad y posibilidad de detectar y analizar síntomas –y no solo signos– respecto de los padecimientos, al referirlos cada vez más a indicadores objetivos. Actualmente, la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se deposita en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el “ojo” y “mano” clínicos, sino en los signos producidos por los diferentes tipos de análisis, es decir, por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no solo para la relación médico/paciente sino también para la identificación profesional del médico consigo mismo (Reiser, 1978).

La trayectoria de la biomedicina entre fines del siglo XIX y la actualidad se caracteriza por el paso de la hegemonía del síntoma focalizada en la palabra del paciente, a la hegemonía del signo expresada cada vez más unilateralmente por el peso de las “pruebas objetivas”.

Subrayo, para evitar malas interpretaciones, que no niego ni rechazo la importancia de contar con indicadores diagnósticos objetivos, sino que estoy analizando las implicaciones que el desarrollo de determinados procesos pueden tener para la biomedicina, para la relación médico/paciente y para la autoidentificación profesional del médico, los cuales no pueden ser realmente reflexionados y comprendidos si no se incluye la dimensión histórica, que sin embargo aparece excluida frecuentemente de la reflexión y de la acción médicas. Y justamente la ahistoricidad es otra de las características básicas del saber médico.

La exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico/paciente, es decir, la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos.

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la inclusión de la dimensión histórica posibilitaría observar los beneficios de la prescripción de determinados fármacos para el abatimiento o control de determinados padecimientos, pero también los efectos negativos de los mismos, tanto en términos de un uso inmediato que evidencia una determinada eficacia, como en términos de un uso prolongado que evidencia que dicha eficacia es momentánea, o que su aplicación podría generar más problemas que su no utilización. Estos procesos no aparecen incluidos en la formación profesional ni en la práctica médica como aspectos reflexivos de su intervención, de tal manera que se genera un efecto interesante en la relación médico/paciente, según el cual el personal de salud suele achacar a la ignorancia, falta de educación y/o desidia de la población lo que, por lo menos en determinados casos, fue consecuencia de un determinado uso médico original que la gente aprendió en forma directa o indirecta a través del propio personal de salud.

Una simple y no demasiado profunda indagación histórica posibilitaría observar que algunas formas incorrectas de utilizar los antibióticos, el disulfiram o el clorofenicol durante el lapso 1940-1960, los pacientes las aprendieron del personal de salud. Que el amamantamiento al seno materno fue cuestionado por las instituciones médicas, incluso a nivel de sus organizaciones internacionales, durante las mismas décadas, sobre todo por razones de higiene, e influyó junto con otros factores en el reemplazo de la leche materna por las fórmulas lácteas.

Además, como sabemos, el consumo de ciertas drogas psicotrópicas actualmente consideradas adictivas fue facilitado por tratamientos médicos, incluso desde la primera infancia. Los jarabes conteniendo codeína, la expansión del consumo de ritalina y el uso indiscriminado de diazepam en instituciones médicas oficiales mexicanas, no deberían desconectarse del incremento del consumo de sustancias consideradas adictivas.

La aplicación de la dimensión histórica posibilitaría observar la gran cantidad de éxitos farmacológicos generados desde la biomedicina, pero también la cantidad de usos incorrectos que la población aprendió directa o indirectamente de la intervención médica, entre ellos el de la polifarmacia. Si bien este aspecto lo retomaremos luego, al hablar de la automedicación, me interesa subrayar la exclusión de la dimensión histórica porque dicha exclusión cumple varias funciones, entre ellas favorecer la omisión no solo de los efectos negativos de la prescripción médica, sino de su notoria influencia en el uso de la automedicación por la población. Lo cual, y lo recuerdo, no es un hecho del pasado, sino que sigue vigente, como es el caso del mal uso de antibióticos por parte del personal de salud en los tratamientos de gastroenteritis, lo que ha sido observado reiteradamente a través de estudios realizados recientemente en países subdesarrollados y desarrollados.

Por último, y como expresión privilegiada de lo que estamos señalando, la ahistoricidad posibilita dejar de lado uno de los procesos más trabajados por las ciencias sociales, la psiquiatría crítica y en menor medida la medicina social: el denominado proceso de medicalización, al cual ya nos hemos referido. Dicho proceso, primero a través de padecimientos psiquiátricos y luego de enfermedades crónico/degenerativas y de “violencias”, ha evidenciado –entre otros procesos– la capacidad de la

biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no solo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino también a la propuesta de tratamientos en gran medida basados en medicamentos.

Como ya lo señalamos, los procesos de medicalización fueron intensamente estudiados desde la década de 1950 y especialmente desde la década de 1960 hasta la actualidad, y si bien observamos énfasis diferentes a lo largo de dicho período, existe sin embargo una notable continuidad en poner de manifiesto que determinadas enfermedades han sido construidas por el propio saber médico, o por lo menos se acentuaron rasgos de las mismas para justificar intervenciones por razones económicas, de control profesional o de control político.

Desde los trabajos antipsiquiátricos que plantearon “la manufactura de las enfermedades mentales” hasta las “*disease mongering*” actuales, pasando por las internaciones psiquiátricas forzadas aplicadas en la antigua URSS, las intervenciones quirúrgicas innecesarias o los padecimientos inventados o hipertrofiados como la hiperkinesis infantil, observamos una línea dominante, que no solo fue descrita por científicos sociales, sino también, en gran medida por médicos clínicos.

Durante la década de 1990 y los primeros años del 2000 se han subrayado especialmente los aspectos económicos del proceso de medicalización, describiendo la patologización y medicalización de comportamientos cotidianos, y la conversión de factores de riesgo en cuasi-enfermedades que, en ambos casos, requieren de tratamientos específicos, especialmente de tipo farmacológico.

Esta corriente de estudios ha dado lugar a la acuñación, a fines de la década de 1990 del término “*disease mongering*”, que ha sido traducido al español como “tráfico de enfermedades inventadas” o “negocio de enfermedades inventadas”. Si bien este tipo de “enfermedades” ha sido impulsado por la industria químico-farmacéutica, no cabe duda que la biomedicina tanto a nivel privado como oficial tiene un papel determinante en su legitimación, expansión y uso. Son médicos los que han “inventado” –o si se prefiere reorganizado– criterios diagnósticos e indicadores de riesgo, y son médicos los que diagnostican dichos padecimientos y prescriben medicamentos –o intervenciones quirúrgicas– específicos.

Como ya indicamos, uno de los mecanismos más utilizados en la actualidad para medicalizar comportamientos es el de establecer umbrales de riesgo cada vez menores respecto de los niveles de glucosa o de colesterol, lo cual se traduce en la necesidad de prevenir a través de medicamentos, en forma cada vez más temprana, constituyéndose no solo en parte de las prácticas privadas de atención, sino en parte de las políticas de las instituciones oficiales, como lo hemos podido observar en México a través de las políticas y actividades preventivas aplicadas especialmente a partir de 2003/2004. De tal manera que, pacientes que hasta ahora no eran considerados diabéticos o con problemas cardíacos en función de los indicadores de riesgo que se manejaban biomédicamente, siguen sin ser considerados “enfermos”, pero se les recomienda preventivamente desarrollar ciertas conductas saludables y también utilizar determinados medicamentos.

La revisión histórica de estos procesos de medicalización evidencia que los mismos generan construcciones profesionales “innecesarias” desde el punto de vista

del paciente; que dichas propuestas y acciones son parte de los procesos de hegemonía/subalternidad que se juegan a través de las instituciones biomédicas, así como tienen que ver con procesos económico/financieros en los cuales están coludidas las empresas químico/farmacéuticas, las corporaciones médicas empresariales y, frecuentemente, el sector salud. Pero, además, dichos procesos deben ser descriptos y analizados para entender los tipos de autoatención –incluida la automedicación– que son usados por los pacientes.

Tal vez los aspectos más excluidos por la biomedicina son los que corresponden al campo cultural. Si bien el personal de salud suele reconocer la significación de la pobreza, del nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o del acceso al agua potable como factores que inciden en el proceso de s/e/a, sin embargo, sobre todo en los últimos años, ha disminuido no tanto el reconocimiento, sino la inclusión de los factores religiosos o de las creencias populares respecto del proceso de s/e/a por parte de la biomedicina.

Mientras hace unos cuarenta o cincuenta años, sobre todo la orientación salubrista, reparaba en la importancia de los factores culturales generalmente como mecanismos negativos o como procesos que indicaban determinadas tendencias patologizantes en un grupo social determinado, en la actualidad dichos factores han sido cada vez más excluidos de las acciones prácticas. En las décadas de 1940, 1950 y 1960, una parte del salubrismo reconocía que ciertas creencias culturales podían oponerse a la expansión biomédica, idea que opera en la actualidad, por ejemplo, respecto de los programas de planificación familiar o respecto del uso de protecciones en las relaciones sexuales; pero mientras en dichas décadas se pensaba en cómo modificar culturalmente los saberes populares, actualmente se piensa a través de qué mecanismos administrativos y médicos puede generarse esta modificación, para lo cual se proponen diferentes estrategias que van desde la estimulación económica al equipo de salud para elevar el número de mujeres “controladas”, que incluye la aplicación de esterilizaciones femeninas. y en menor medida masculinas, frecuentemente sin consentimiento informado, hasta la aplicación de programas contra la pobreza donde la planificación familiar aparece como uno de los objetivos básicos de la solución de la misma o por lo menos de reducción de algunas características consideradas simultáneamente como su efecto/causa. Es decir, que el equipo de salud y/o el de desarrollo social, más que actuar sobre las condiciones culturales, opera a través de acciones médicas que incluyen la estimulación económica.

La dimensión cultural es cada vez menos utilizada, salvo respecto de ciertos padecimientos, aunque debe subrayarse que los que más se suele tomar en cuenta son los procesos sociales y no los culturales, aun en el caso del VIH-sida o de las adicciones. En las décadas de 1950 y 1960 toda una corriente epidemiológica se preocupó por detectar y establecer en América Latina cuáles eran los patrones culturales de consumo de sustancias adictivas, que en aquella época se centraban básicamente en el alcohol, lo cual contrasta con las tendencias epidemiológicas actuales respecto de las adicciones–incluido el alcohol–, donde esta orientación ha desaparecido y no ha sido reemplazada por ninguna otra búsqueda de factores y procesos culturales.

Pero en el caso de México además observamos que, por lo menos una parte de los epidemiólogos especializados en adicciones, hablan de la importancia de los comportamientos culturales para la prevención de determinado problema, pero sin generar las investigaciones para obtener este tipo de información, y menos aún la aplicación de acciones de tipo cultural (Menéndez, 1990b; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2003).

No obstante, es importante subrayar que tanto hace cuarenta años como en la actualidad la biomedicina utilizó y utiliza la dimensión cultural sobre todo para evidenciar aspectos negativos de la población. Tiende a señalar cómo los factores culturales favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos o por lo menos reducirlos, pero no se incluyen las formas de atención “culturales” que podrían ser utilizadas favorablemente para abatir los daños. Si bien el uso de algunas de estas formas de atención, sobre todo las consideradas “tradicionales”, fue propuesto por las estrategias de atención primaria y se han generado investigaciones al respecto, las mismas en el caso de México han sido escasamente impulsadas por el sector salud, salvo en contextos específicos y reducidos, y sobre todo en función de una concepción de ampliación de cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Es a través de tomar en cuenta los procesos y factores culturales que podemos observar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad, cuyas principales diferencias radican no solo en el tipo de técnicas utilizadas sino también en el sentido y significado cultural con que se las utiliza, residiendo en ello gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica.

Podría seguir enumerando otros rasgos de lo que denomino modelo médico hegemónico, a través de los cuales observar procesos que explicarían el distanciamiento, subordinación, exclusión o negación de otros saberes y formas de atención por parte de la biomedicina, pero para concluir me referiré a una característica a través de la cual la biomedicina se diferencia con fuerza de la mayoría de las otras formas de atención. Y me refiero a su identificación con la racionalidad científica, expresada sobre todo a través de la ya citada dimensión biológica. Es en este rasgo donde se sintetiza, a través de la autoidentificación profesional con “la ciencia”, la exclusión de las otras formas identificadas justamente con criterios no científicos y con la dimensión cultural. Si bien la eficacia, la eficiencia o las condiciones de atención de la biomedicina constituyen criterios importantes, el criterio decisivo refiere a la racionalidad científico/técnica.

El conjunto de las características –y de las funciones– del MMH, y no cada característica en sí misma, tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina respecto de las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarlas, aunque también a una aceptación crítica o incluso a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado.

Reitero que no niego la importancia de la investigación biomédica, ni los aportes de la farmacología, ni la capacidad de detección diagnóstica a través de pruebas e indicadores objetivos, sino que lo que me interesa señalar es que los usos de estas

y otras características e instrumentos contribuyen a excluir, negar o secundarizar los otros saberes y formas de atención no biomédicos a través de criterios que solo refieren a la dimensión científica del proceso de s/e/a<sup>11</sup>.

Este proceso adquiere un cariz especial en el caso de las relaciones que se establecen entre la biomedicina y la autoatención de los padeceres, ya que a través de dichas relaciones se generan con mayor frecuencia conflictos tanto a nivel de la relación médico/paciente como de la relación sector salud/conjuntos sociales. Lo cual ocurre por dos razones básicas: porque la autoatención es la forma de atención a la enfermedad más frecuentemente utilizada por los grupos sociales, y porque la autoatención es parte de la mayoría de los usos de las otras formas de atención, y en particular de la atención biomédica.

Estas afirmaciones, que sustento a través de nuestras propias investigaciones y de estudios desarrollados por otros investigadores orientados por este enfoque, parten de considerar la autoatención a través de toda una serie de características que analizaré más adelante, pero sobre todo de observarla como proceso, lo cual se diferencia de las investigaciones generadas desde la biomedicina que la consideran como una entidad en sí y solo referida a actividades muy específicas, lo cual conduce a un notorio subregistro de las actividades de autoatención incluso en sus investigaciones sobre este proceso, y a no captar su papel constante y frecuentemente decisivo en el proceso de articulación de las diferentes formas de atención y especialmente con la biomedicina.

## Autoatención como proceso estructural

La autoatención constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los sujetos y grupos sociales respecto de dicho proceso. La autoatención constituye una actividad constante aunque intermitente, desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención. La autoatención puede ser parte de las acciones desarrolladas por las otras formas de atención, dado que frecuentemente es un paso necesario en la implementación de las mismas.

Por autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención, de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos

---

<sup>11</sup> Es obvio que en este proceso de secundarización y exclusión inciden factores de tipo ocupacional y de competencia en el mercado.



y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa.

Pero la autoatención puede ser pensada en dos niveles, uno amplio y otro restringido. El primer nivel refiere a todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico. Formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva podemos incluir no solo la atención y prevención de los padecimientos, sino también las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso de agua, etc. Son parte de la autoatención el aprendizaje de la relación con la muerte en los diferentes términos prescriptos por cada cultura, que pueden incluir el cuidado del sujeto moribundo, el ayudar a morir, o el manejo del cadáver en función del sistema de creencias. La autoatención tal como la estamos definiendo, más allá de que ciertos actos se expresen fenoménicamente a través de individuos, refiere a microgrupos y especialmente a aquellos que más inciden en los procesos de reproducción biosocial y que incluyen sobre todo al grupo doméstico, pero también al grupo de trabajo, al grupo de adolescentes, etc.

La definición restringida refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso de *s/e/a*. Por supuesto que es difícil establecer un claro corte entre algunas actividades de la autoatención en sentido amplio y en sentido restringido, pero debemos asumir que este corte—como casi todo corte de tipo metodológico— opera como un mecanismo de ordenamiento de la realidad, y que en consecuencia dicho corte excluye —por supuesto que metodológicamente— determinados hechos, como por ejemplo la permeabilidad entre diferentes tipos de actividades. Desde una perspectiva procesual, por ejemplo, la crianza de los hijos supone desarrollar y aplicar saberes a toda una serie de aspectos de la realidad (amamantamiento, otros tipos de alimentación, aseo, control de esfínteres, formas de descanso incluidas las horas y tiempos de sueño, aprendizaje de relaciones microgrupales básicas, y un espectro enorme de otros comportamientos), y varios de estos comportamientos refieren en forma general o específica a procesos de *s/e/a*, pero entramados a través de los mismos saberes.

Por lo tanto, el corte metodológico, si bien suele ser arbitrario, posibilita concentrarnos justamente en la autoatención de tipo restringida, pues es la que nos interesa analizar, pero a partir de asumir que en los procesos concretos aparecerán incluidos aspectos de la autoatención ampliada.

La autoatención suele ser confundida o identificada por la biomedicina exclusivamente con la automedicación, es decir, con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello. Pero la automedicación solo es parte de la autoatención, y el haber reducido la

autoatención a automedicación es justamente un efecto del saber biomédico, como veremos luego.

Además, desde nuestra perspectiva, consideramos que la automedicación no refiere solo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la industria químico/farmacéutica (IQF), sino a todas las sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etc.), así como otras actividades de muy diferente tipo (cataplasmas, ventosas, masajes, etc.), que son elegidas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres o para estimular determinados comportamientos. Por su parte, la biomedicina piensa la automedicación casi solo a través de los fármacos producidos por la industria químico/farmacéutica (IQF), la cual, si bien actualmente es una de las prácticas más extendidas de automedicación en numerosos grupos sociales, no por ello la automedicación refiere exclusivamente a estos, sino que forma parte de las diferentes actividades de autoatención.

Otro término que se utiliza como equivalente de autoatención es el de “autocuidado”, desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrismo especialmente a partir del concepto estilo de vida, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva. El uso de este concepto por el sector salud es marcadamente individualista, y se diferencia del de autoatención, que, si bien incluye la experiencia y trayectoria de los sujetos, tiene un carácter grupal y social por lo menos en términos referenciales. Considero que el concepto de autocuidado es una variante del de autoatención, impulsado a través de determinadas ideologías no solo técnicas sino también sociales, que solo toman en cuenta al individuo. Desde mi perspectiva, las actividades de automedicación y de autocuidado son parte del proceso de autoatención, pero no su equivalente, ya que autoatención no solo constituye el concepto y proceso más inclusivo, sino que aun refiriéndose a un sujeto tiene siempre como referencias entidades grupales<sup>12</sup>.

Como ya señalé, la biomedicina critica y se opone a la autoatención casi exclusivamente en términos de automedicación. El personal de salud considera casi unánimemente que la automedicación es negativa o perniciosa, que es producto de la falta de educación o de la ignorancia, y tiende a identificarla como un comportamiento de los estratos sociales más bajos. Dicha evaluación surge generalmente de la propia experiencia clínica o de la tradición oral institucional, así como de la posición

---

<sup>12</sup> Para algunos autores el autocuidado tendría implicaciones preventivas o de potencializar la salud en términos de la denominada “salud positiva”, mientras que la autoatención referiría a acciones de tipo asistencial. Personalmente considero que tanto la autoatención como el autocuidado pueden desarrollar ambos tipos de actividades, y la diferencia radica en el énfasis dado a lo individual por las propuestas de autocuidado, y la orientación hacia la salud colectiva que caracteriza la propuesta de autoatención. Para los que utilizan el concepto de autocuidado es el estilo de vida individual el que posibilitaría reducir o eliminar las conductas de riesgo respecto de fumar tabaco, beber alcohol o comer carnes rojas, pero esta concepción del autocuidado y del estilo de vida suelen excluir las condiciones socioeconómicas de vida que hacen posibles reducir dichos riesgos.

del sector salud frente a la automedicación, pero no de investigaciones sistemáticas sobre lo negativo o beneficioso de la automedicación. En los países europeos y americanos contamos con muy escasas investigaciones al respecto<sup>13</sup>.

En general la biomedicina y el sector salud solo han señalado los efectos negativos de la automedicación, denunciando recurrentemente su papel en el desarrollo de resistencias al efecto de ciertos medicamentos sobre los vectores de determinados padecimientos o las consecuencias cancerígenas –o de otro tipo– debido al uso indiscriminado de sustancias como el clorofenicol. No obstante, casi no existen investigaciones, especialmente estudios de seguimiento de actividades de automedicación en el caso de las enfermedades crónicas, para establecer si realmente la automedicación tiene consecuencias negativas o positivas. Si bien la crítica a la automedicación es relativamente antigua, la misma se ha incrementado en las últimas décadas debido a que habría aumentado la automedicación con fármacos, y a que una parte de estos tendrían consecuencias más negativas que los fármacos antiguos dadas las características “más agresivas” de las sustancias que los constituyen, a la especificidad del medicamento y a un uso cada vez más indiscriminado<sup>14</sup>.

Pero más allá de que los cuestionamientos biomédicos sean o no correctos, me interesa subrayar la visión unilateralmente negativa de la biomedicina hacia la autoatención y automedicación, así como la noción de que la misma se ha incrementado, lo cual contrasta con las numerosas actividades de autoatención que impulsó y sigue impulsando el sector salud. Considero que la biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto del proceso de autoatención, dado que por una parte lo cuestiona en términos de automedicación, mientras por otra impulsa constantemente actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención.

Para evaluar lo señalado voy a precisar algunos aspectos del proceso de autoatención que posibilite entender lo que estoy proponiendo. En primer lugar, considero a la autoatención como un proceso estructural, constante, aunque en continuo proceso de modificación. Dicho carácter estructural –observado especialmente a nivel de sujetos y microgrupos– deviene de algunos hechos básicos.

El primero es que la autoatención constituye uno de los procesos básicos para asegurar el proceso de producción y reproducción biosocial y sociocultural de los sujetos y grupos, lo cual puede observarse especialmente a través de los procesos de s/e/a Todo pequeño grupo, y en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, padeceres, daños y/o problemas que afectan la salud de uno o más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves, agudos y transitorios, y pueden

---

<sup>13</sup> En nuestra revisión de la bibliografía generada respecto del autocuidado, automedicación y autoatención para los lapsos 1951-1980 y 1981-2000 detectamos muy escasos trabajos sobre autoatención desde la perspectiva que estamos desarrollando. La mayoría consideran a la automedicación como práctica popular negativa y desconectada de la biomedicina y del SS.

<sup>14</sup> Es obvio que la alta peligrosidad de algunos medicamentos no es solo una cuestión reciente, dado que algunos fármacos de antigua elaboración eran simultáneamente medicinas y venenos, dependiendo dicha consecuencia de la dosis consumida.

hallar solución o por lo menos alivio a través de las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos padecimientos siempre han existido enfermedades crónicas que, para que no se traduzcan en muerte prematura, requieren que el sujeto y su microgrupo se constituyan en partes activas del proceso de atención, dado que sobre todo para algunos padecimientos la autoatención es decisiva para la sobrevivencia y/o para la calidad de vida del sujeto enfermo.

El núcleo de la existencia y continuidad de la autoatención refiere a la frecuencia de padeceres agudos de muy diferente tipo, a la existencia e incremento de enfermedades crónicas físicas y mentales, a la búsqueda de estimulaciones psicofísicas con diferentes objetivos, de tal manera que toda sociedad necesita desarrollar saberes específicos a nivel de los grupos donde emergen estos padecimientos o estos objetivos de vida, estableciendo incluso una división del trabajo especialmente en el grupo familiar donde la mujer en su rol de esposa/madre es la que se hace cargo del proceso de s/e/a de sus miembros.

La mujer es la encargada de diagnosticar el padecimiento, de manejar por lo tanto indicadores diagnósticos, de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del caso. Desarrolla nociones sobre la evolución de los padeceres, así como frecuentemente sobre la variedad estacionaria de determinadas enfermedades. Será ella la que implemente los primeros tratamientos, así como decidirá por su cuenta o de acuerdo con otros miembros del grupo familiar la demanda de atención, que puede iniciar por la consulta con personas de su inmediato espacio social, y continuar con el tipo de curador considerado más adecuado, y cuya consulta dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo, y de la infraestructura de servicios existente<sup>15</sup>.

La autoatención casi siempre es la primera actividad que el microgrupo realiza respecto de los padeceres detectados, y esa actividad no incluye inicialmente ningún curador profesional, aun cuando pueda inicialmente consultar a algún miembro de los actores familiares y sociales (vecinos, compañeros de trabajo) inmediatos, pero que no desempeña ninguna actividad como curador profesional.

Es a partir de lo que acontece en la autoatención y, por supuesto, en la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones socioeconómicas y culturales ya señaladas, que el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan, y por supuesto a las que pueden acceder en términos económicos, pero también socioculturales.

La decisión de ir a consultar a un curador profesional, y una parte de las actividades que se realizan luego de la consulta, constituyen también parte del proceso de autoatención. Luego de la primera consulta puede decidirse la consulta inmediata o postergada con otro curador del mismo tipo o de otra forma de atención, y esta

---

<sup>15</sup> Subrayo que lo que describo es la fenomenología de la autoatención al interior del grupo doméstico, según la cual en todos los contextos sociales la autoatención se desarrolla sobre todo a través de la mujer en su rol de esposa/madre. Esta descripción no pretende perpetuar esta situación, sino indicar que así opera en la realidad actual.

decisión, al igual que lo que ocurre luego de la consulta, también es parte de este proceso.

La decisión de consultar curadores profesionales se hace desde determinados saberes y determinadas experiencias que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador/paciente. El sujeto y su grupo pueden consultar a uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de autoatención. De allí que la autoatención no debe ser pensada como un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, sino como un proceso transaccional entre estos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes. Más aún, será el sujeto y su grupo los que a través de la carrera del enfermo articulen, a partir de las características de cada grupo y de cada padecer, las diferentes formas de atención, pero en función de esta experiencia.

Es el proceso de autoatención el que articula las formas existentes, más allá de que estas tengan interacciones directas entre sí. La mayoría de las formas de atención, incluida la biomédica, permanecen frecuentemente ignorantes de una carrera del enfermo que articula diferentes formas y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas. Esto es en gran medida debido a que la realidad social es pensada y analizada como acto y no como proceso. De esta forma la autoatención es potencialmente siempre parte de un proceso que incluye los actos no solo de los sujetos y microgrupos, sino también de los diferentes curadores que intervienen en dicho proceso. La tendencia arelacional que ha dominado el estudio del proceso s/e/a tiende a colocar el acento sobre cada actor en sí, en lugar de colocarlo sobre el proceso relacional que incluye todos los actores significativos que intervienen.

El conjunto de las actividades y articulaciones que estoy señalando se dan potencialmente en todo grupo y sujeto más allá de su nivel educacional y económico, aunque estos y otros factores –como ya vimos– inciden en las características específicas que tendrá el proceso de atención. No cabe duda que la gravedad o agravamiento de una enfermedad, su complejidad, la necesidad de aplicar tecnologías sofisticadas, la existencia o no de cobertura de las diferentes formas de atención y la pertenencia a algún sistema de seguridad social incidirán en el tipo de atención y autoatención desarrollado. Tampoco cabe duda respecto de que los factores económicos inciden en la automedicación, pero sin constituir el factor determinante de la misma, como sostienen numerosos autores.

Considero que la autoatención se constituye estructuralmente no solo por las razones señaladas, sino porque implica la acción más racional, en términos culturales, de estrategia de supervivencia e incluso de costo/beneficio no solo de tipo económico sino también de tiempo por parte del grupo, en la medida que asumamos en toda su envergadura la incidencia y significación que tienen para su vida cotidiana la frecuencia y recurrencia de los diferentes tipos de padeceres que amenazan real o imaginariamente a los sujetos y microgrupos.

Desde esta perspectiva y para tener noción cabal de lo que estamos proponiendo, debo precisar que cuando hablamos de padeceres nos estamos refiriendo a una extensa variedad que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, temperaturas poco elevadas, resfríos o escozores transitorios, pasando

por dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades, o pesares momentáneos. Toda una serie de dolores devenidos de golpes, accidentes o relaciones sociales operan durante parte del día o la semana en algunos de nosotros. Es decir que hay toda una serie de padeceres que el sujeto experimenta y autoatiende de alguna manera a través de cada día. Respecto de estos padeceres, puede no hacer nada, o solo hablarlo con alguien, dejando que el trascurso del tiempo los solucione, lo cual también es parte de las acciones de autoatención. Todos estos padeceres son atendidos y solucionados a través de la autoatención, a menos que se agraven o que su reiteración y/o continuidad preocupe al sujeto y su grupo. Debemos recordar que en la primera infancia algunas enfermedades gastrointestinales y respiratorias agudas, así como algunos padecimientos populares y tradicionales, son constantes, y también tienden a ser atendidos al interior del grupo, y solo se pasa a consulta con un curador cuando cobran determinado nivel de gravedad establecido por el propio grupo.

Pero, además de estos padecimientos, el paso a primer plano de las enfermedades crónico/degenerativas y de las invalideces ha conducido a que parte del tratamiento de las mismas sea implementado por el enfermo y/o por su grupo, dado que si no lo hacen se reducirá significativamente su esperanza de vida. De tal manera que la mayoría de las acciones respecto de los padecimientos agudos y crónicos se realizan en forma autónoma o articulada con otras formas de atención, a través de la autoatención.

El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del proceso de s/e/a dentro de los microgrupos y especialmente de los grupos domésticos, que más allá de lo erróneo o correcto de sus explicaciones causales, diagnósticos provisorios o tipo de tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes tipos de padeceres, y es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención. Cuando un sujeto va al médico, a un quiropráctico, a una curandera o a un sanador *new age*, va generalmente con un diagnóstico provisional del padecimiento por el cual recurre a dicho curador. Y lo que subrayo, más allá de lo equivocado o certero del diagnóstico, así como de lo preciso o difuso de él, es la existencia de esta actividad diagnóstica ejercida por el propio sujeto y su microgrupo.

El diagnóstico presuntivo establecido por el propio sujeto y su grupo es parte de la autoatención, y desde nuestra perspectiva constituye una posibilidad de articulación en la medida en que la biomedicina vea los procesos de autoatención como procesos a través de los cuales trabajar y no como procesos a cuestionar. Desde esta perspectiva hemos hecho varios ejercicios en España con médicos que operan en el primer nivel de atención, para que desde el inicio trabajen con el diagnóstico presuntivo del paciente solicitándose y desarrollando la primera consulta a través del profesional, no solo para incluir toda una gama de información, sino sobre todo para trabajar con el paciente a partir de sus propias claves, pero articuladas con los objetivos biomédicos. Dichas experiencias evidenciaron justamente esta posibilidad.

En una evaluación sobre los resultados de un proyecto de investigación/acción, aplicado en una zona palúdica ecuatoriana de población básicamente amerindia, los investigadores compararon el autodiagnóstico de las personas que habían tenido

malaria con el diagnóstico profesional y encontraron que coincidían en un 80% de los casos, concluyendo que el autodiagnóstico tiene un buen valor predictivo (Kroeger *et al.*, 1991, p. 290). Más aún, dicho proyecto impulsó el autotratamiento contra la malaria basado en el uso de fármacos complementado con plantas medicinales tradicionales.

Debemos aclarar que la autoatención y la automedicación no refieren solo a la intervención sobre los padeceres, sino también a la aplicación de tratamientos, al consumo de sustancias o a la realización de actividades que, según los que las usan, posibilitarían un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral. Son sustancias y acciones que no solo posibilitarían salir de la angustia, de la depresión o del dolor, sino que además permitirían ciertos rendimientos y goces. Desde esta perspectiva, las diferentes formas de adicción pueden ser consideradas parte del proceso de autoatención (Menéndez, 1982, 1990b; Menéndez & Di Pardo, 2003; Romani & Comelles, 1991). Más aún, toda una serie de actividades impulsadas sobre todo en los últimos años y relacionadas con el desarrollo de ciertos estilos de vida, tratan de obtener determinados beneficios físicos y mentales a través de correr todas las mañanas, o todas las tardes –dado que por lo menos en algunas sociedades las noches se han tornado peligrosas–, de ir día por medio al gimnasio, de beber entre dos y tres litros de agua diarios, de practicar yoga o de realizar ciertos ejercicios zen.

Los grupos domésticos desarrollaron estructuralmente lo que ahora se denomina “cuidador”, es decir aquel miembro del grupo que cuida especialmente a los niños y a los ancianos en su vida cotidiana, incluyendo especialmente el cuidado del sujeto durante sus enfermedades, sus discapacidades y/o limitaciones generadas por el envejecimiento. El rol del cuidador también recayó en la mujer y es parte de una serie de actividades de autoatención que son parte del proceso s/e/a. Como, por ejemplo, las que se generan durante la convalecencia de una enfermedad y que básicamente se desarrollaron también dentro del grupo doméstico y en gran medida a través del rol del cuidador.

Lo que estamos señalando es obvio, pero no es tan obvio pensarlo en términos de autoatención, y menos aún reconocer su papel decisivo en la recuperación del paciente. Diversos estudios evidenciaron a partir de la década de 19870 el papel positivo de las redes familiares, e incluso demostraron que durante el período de convalecencia dichas redes tienen más importancia que el sistema de atención biomédico (Smith, 1982).

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la automedicación refiere no solo al consumo autónomo de aspirinas, antibióticos o psicotrópicos en calidad de fármacos, sino también al consumo de anabólicos, de infusiones de boldo o de tila, o de alcohol en determinadas situaciones. Será la intencionalidad con que se utilice cualquiera de estas sustancias la que le dé el carácter de automedicación.

Hay toda una serie de procesos sociales, económicos e ideológicos que han impulsado determinadas formas de autoatención en las sociedades actuales.

Generalmente se sostiene que el desarrollo de la industria químico/farmacéutica y la publicidad tienen que ver centralmente con esta tendencia al consumo de determinados productos; también se ha señalado que el desarrollo de determinadas



ideologías en busca de una salud y juventud más o menos permanente, o de ciertos equilibrios psicofísicos ligados o no a concepciones religiosas y/o consumistas, han impulsado determinadas formas de autoatención y automedicación.

Pero también toda una serie de grupos organizados a partir de un padecimiento (Alcohólicos Anónimos –AA–, Neuróticos Anónimos NA, clubes de diabéticos, etc.) o desarrollados a partir de reivindicar su identidad diferencial (movimiento feminista, movimiento gay) han impulsado procesos y técnicas de autoatención, de tal manera que los grupos de AA impulsan la abstinencia absoluta a partir de definir el alcoholismo como enfermedad, pero excluyendo programáticamente la intervención biomédica, y las “clínicas libres” feministas norteamericanas impulsaron la autoinspección del aparato reproductivo femenino y de los senos con objetivos diagnósticos y terapéuticos. Por lo tanto, debemos reconocer la existencia de muy diferentes sectores sociales y de objetivos personales, grupales y de movimientos sociales que potencian la autoatención, incluida la automedicación.

## La biomedicina como generadora de autoatención

Hasta ahora he tratado de demostrar que hay una intensa y constante relación entre las formas y saberes biomédicos y los de autoatención, a partir de procesos impulsados sobre todo por las necesidades, objetivos y/o deseos de los sujetos y grupos. Si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y, sobre todo, prácticas y productos devenidos de diferentes fuentes, debe asumirse que la biomedicina constituye actualmente una de las principales fuentes de las actividades de autoatención.

Como ya he señalado, la biomedicina cuestiona y/o ve negativamente la automedicación, a la que considera responsable de toda una serie de consecuencias negativas para la salud; pero simultáneamente, la biomedicina considera positivamente el autocuidado y genera toda una serie de actividades que impulsan no solo el autocuidado sino también la automedicación. Y así observamos que, en la mayoría de los países de América Latina, el sector salud desarrolla programas de planificación familiar, o si se prefiere de salud reproductiva, que tratan el grupo familiar y sobre todo la mujer aprenda a planificar la familia, utilice varios métodos para evitar embarazos y especialmente la píldora anticonceptiva, y que sobre todo los utilice autónomamente.

Más aún, el sector salud ha basado sus políticas de planificación en México casi exclusivamente en las actividades femeninas, dado que sabe que no solo es la mujer la encargada a nivel familiar de trabajar con los procesos de s/e/a y que es la responsable de la autoatención, incluida la automedicación, sino que aparece además como el sujeto que se hace responsable de estas actividades. De allí que en el caso de la planificación familiar las actividades de autoatención se han centrado en la mujer, diseñándose constantemente fármacos para que ella los utilice, siendo el penúltimo de ellos, como sabemos, la denominada “pastilla del día siguiente”. El varón aparece como un sujeto no responsable, tanto que se ha tratado de diseñar un condón femenino, dada la renuencia o directamente el rechazo de la mayoría de los varones mexicanos a utilizar el condón masculino.

Por otra parte, no solo en México sino a nivel internacional, las políticas de prevención del VIH-sida están basadas en la autoatención pensada en términos generales y específicos. Es decir que, por ejemplo, se han desarrollado campañas generales para mujeres y para varones, pero también específicas para las/os sex-servidoras/res o para la población gay. El SS y grupos de la sociedad civil han promovido intensamente el uso autónomo del condón no solo como técnica anticonceptiva, sino también como un mecanismo preventivo de enfermedades de transmisión sexual.

El sector salud y toda una variedad de ONG han difundido también el uso autónomo de la rehidratación oral, enseñando incluso a preparar dicha solución, dado el papel decisivo que cumple en el control y abatimiento de diversos tipos de gastroenteritis. El objetivo es lograr también que las personas autonomicen la preparación o la compra y su uso.

En algunos países, el SS está tratando que la población pueda detectar determinados problemas, dado que una detección oportuna posibilitaría una intervención médica más eficaz. Por lo tanto, se sugiere o induce, por ejemplo, a que los varones se hagan cada seis meses o un año medición del antígeno prostático. Y que las mujeres realicen cada seis meses o cada año un papanicolau u otras formas más sofisticadas de detección de determinados padecimientos, y que aprendan a palpase los senos para detección de posibles nódulos.

Cuando a principios de 1980 iniciamos nuestro estudio sobre personal biomédico y alcoholismo, encontré que un proyecto de investigación sobre detección y tratamiento de alcohólicos llevado a cabo en el Instituto Nacional de la Nutrición aplicaba un cuestionario de autollenado que podía establecer un primer diagnóstico sobre el alcoholismo de los sujetos que participaban en el estudio. Se aplicaba una variante de pruebas diseñadas en los EEUU, cuya característica común era el autollenado por los propios sujetos. Encontré que las diversas propuestas incluían desde cuatro hasta veinte ítems, y que los médicos que las habían diseñado estaban convencidos de que las mismas tienen capacidad diagnóstica.

Toda una serie de investigadores y de instituciones biomédicas han desarrollado este tipo de cuestionarios de autollenado respecto de problemas de enfermedad mental y física, desde por lo menos la década de 1960 hasta la actualidad. La última que experimenté es la que me aplicaron a mediados de 2007 durante mi hospitalización por infarto agudo de miocardio en la terapia intensiva de un hospital privado de la ciudad de México. Los datos a llenar correspondían a una investigación sobre problemas de hipertensión arterial, que se realizaba en siete países financiada por una de las más importantes empresas químico/farmacéuticas y contaba –según me dijeron– con el aval de la Organización Mundial de la Salud.

Pero estas pruebas que inicialmente se aplicaron con objetivos de investigación y más tarde de detección oportuna y prevención, fueron obviamente autonomizadas por la población no solo a través de la acción de los sujetos y grupos, sino también de determinados medios que convirtieron estos “tests” en parte de sus secciones casi fijas, especialmente en el caso de las revistas femeninas, donde los cuestionarios de autollenado fueron referidos desde toda una variedad de padecimientos mentales hasta la sexualidad, pasando por la alimentación.

Es la propia biomedicina la que para determinadas enfermedades crónicas ha impulsado las acciones autónomas de los pacientes, de tal manera que aprendan a leer glucosa en orina y/o sangre a través de técnicas sencillas, así como a aprender a autoinyectarse insulina. Más aún, diseña cada vez más estrategias para inducir a los individuos a detectar algunos de los principales riesgos, y así el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la principal institución de salud mexicana, desarrolla una campaña preventiva (PREVENIMSS) a nivel personal y mediático para que los sujetos, a través de técnicas sencillas, puedan detectar ciertos riesgos. Posiblemente la campaña más intensiva se realizó respecto de obesidad/diabetes, induciendo a los individuos a vigilar su obesidad y, sobre todo, su cintura, a través de un eslogan que dice: “Mídete... no te pases: 90 cm de abdomen máximos en los hombres y 80 cm de abdomen en las mujeres”.

Después de que durante años la biomedicina cuestionara o ignorara el papel de los grupos de Alcohólicos Anónimos, actualmente en numerosos contextos el SS los ha reconocido como parte central del tratamiento contra el alcoholismo, y aconseja a los “alcohólicos rehabilitados” su permanencia en dichos grupos como principal mecanismo de control de ese padecimiento, dada la alta frecuencia de recaídas que caracterizan no solo al sujeto con problemas de alcoholismo, sino al conjunto de quienes presentan comportamientos adictivos.

Constantemente la biomedicina refuerza los comportamientos de autoatención, los cuales pueden aparecer como actos autónomos o como parte de una secuencia de pasos y de actores sociales. Así, en el primer caso tenemos que la Organización Mundial de la Salud ha propuesto como norma universal la alimentación exclusiva con leche materna hasta los seis meses de edad del niño. Es decir, es la autoridad médica la que propone la autoatención alimentaria no solo como el acto de salud básico, sino incluso como el único. Pero, sobre todo, busca que dicho comportamiento se autonomice en términos de amamantamiento.

Es decir que, por un lado, la biomedicina y el sector salud cuestionan la automedicación, pero por otro impulsan, favorecen, incluyen o aceptan formas de autoatención, incluidos ciertos tipos de automedicación. Más aún, varias de las actividades señaladas evidencian que la propia biomedicina es consciente de las actividades de articulación que se generan sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas. Pero también en el caso de intervenciones quirúrgicas en las cuales el paciente debe conseguir donantes de sangre, tarea que en la mayoría de los casos desarrolla la familia o amigos del sujeto a ser operado. Posiblemente, como ya lo señalamos, las actividades de autoatención que más ha reconocido la biomedicina son las que se desarrollan durante la convalecencia de un paciente. Y en todas estas actividades la autoatención opera como paso necesario de una carrera del paciente que articula a las diferentes formas de atención.

En consecuencia, domina en la biomedicina una especie de escotomización –por no decir esquizofrenia– respecto del proceso de autoatención, en términos de escindir la autoatención considerada “buena” de la “mala”, no asumiendo que ambas son parte de un mismo proceso, y que tienen los mismos objetivos desde las perspectivas y acciones de los sujetos y grupos sociales. Esta manera de pensar

la autoatención por el SS contribuye, por una parte, a seguir responsabilizando a la “víctima” en sus usos de la automedicación, al mismo tiempo que impulsa la autoatención en términos de autocuidado y también de automedicación.

El sector salud necesita asumir que la autoatención no solo es la principal forma de atención desarrollada por los propios sujetos y conjuntos sociales, sino que es a través de ella que los sujetos y grupos se relacionan con las otras formas de atención, incluida la biomedicina. Es a través de la autoatención que los sujetos se apropian de las otras formas y las relacionan, y es en este proceso que se generan consecuencias negativas y positivas para la salud.

Subrayo, para evitar o por lo menos reducir los equívocos posibles, que cuando recupero como básica la autoatención, no supone proponer que la misma es siempre acertada y eficaz. Por el contrario, considero que una parte sustantiva de la autoatención –no sabemos cuánto, por falta de investigaciones específicas– tiene consecuencias negativas o por lo menos resultados ineficaces.

Pero la autoatención no implica solo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el medio a través del cual los sujetos y sus grupos pueden evidenciar –y evidenciarse– su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial –y subrayo lo de potencial– de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes<sup>16</sup>.

Actualmente, el proceso de autoatención se desarrolla en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Este es un proceso dinámico y cambiante, que permite observar que determinados procesos de autoatención que durante un tiempo fueron cuestionados ahora son aceptados. ¿Quién se asombra o cuestiona actualmente de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del equipamiento básico de gran parte de la población de determinados países “occidentales”, pero este uso es parte de un proceso de apropiación y conversión en autoatención ya olvidado. El termómetro es el primero de los instrumentos biomédicos que pasaron a ser utilizados autónomamente por la población, como más adelante lo fueron los aparatos para tomar la presión sanguínea o para medir glucosa en orina y sangre, lo cual ahora es aceptado –por supuesto, con reticencias– por el personal de salud. Sin embargo, otras apropiaciones tecnológicas más recientes son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica, constituyendo una suerte de historia interminable de críticas/reconocimiento de los procesos de autoatención.

El tipo de relación dinámica y complementaria, pero también simultáneamente conflictiva y contradictoria, entre biomedicina y los sujetos y grupos sociales, puede observarse especialmente a través de uno de los principales actos médicos, el del tratamiento y especialmente el de la prescripción de medicamentos. Lo que acontece en torno a la prescripción médica y el cumplimiento de la misma se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento

---

<sup>16</sup> Enfatizo lo de potencial, porque algunos autores colocan en el ejercicio de estos micropoderes la posibilidad de un desarrollo generalizado del poder.

de la población, concluyendo reiteradamente que la población no comprende la prescripción, no la cumple o la cumple mal. Constantemente se señala que el paciente no completa la totalidad del tratamiento, ya que por decisión propia lo interrumpe frecuentemente cuando decide que ya ha sido eficaz, que ya se ha solucionado su problema.

La mayoría de estos señalamientos médicos pueden ser correctos, y existen varias explicaciones al respecto, pero me interesa recuperar un tipo de comportamiento caracterizado por el no cumplimiento de la prescripción, el cual se ha ido evidenciando en los últimos años y que se conoce como el caso del “paciente bien informado” (Donovan & Blake, 1992). Este tipo de paciente se caracteriza por no cumplir la prescripción, pero no por ignorancia de las consecuencias negativas que puede tener la suspensión o modificación del tratamiento o por no entender la prescripción recetada, sino debido a dos hechos básicos: por la cantidad de información técnica que posee este tipo de paciente y porque su modificación del tratamiento obedece a su propia experiencia como enfermo con la prescripción recetada. De tal manera que el paciente decide aumentar, reducir o espaciar la dosis a partir de su conocimiento y de su propia experiencia; acciones que, por otra parte, el paciente no oculta, sino que discute con el médico.

Este paciente, y lo subrayo, no suele cuestionar el “poder médico” ni la eficacia de la biomedicina; por el contrario, puede ser un fuerte partidario de la misma. A este paciente no le interesa discutir el poder en la relación médico/paciente, sino mejorar su salud, controlar lo mejor posible su padecimiento crónico. Este nuevo tipo de paciente –que por supuesto no es tan nuevo– se caracteriza por su información y no por su ignorancia, pero además por un saber que refiere a su propia experiencia de enfermedad y atención.

Este proceso opera en todas las especialidades médicas, y así F. Lolas, uno de los más prestigiosos psiquiatras latinoamericanos, sostenía a principios de la década de 1990 que se incrementan cada vez más las demandas y propuestas de los pacientes a niveles no considerados por los psiquiatras. Actualmente, los pacientes llegan a consulta demandando determinado medicamento del cual se han enterado por Internet, y aclarando que si el médico no conoce dicho medicamento el paciente le explicará en qué consiste.

Actualmente, este tipo de situaciones constituye una de las mejores expresiones de la relación dinámica que opera entre la biomedicina y el proceso de autoatención a partir de las acciones impulsadas por los sujetos y grupos en función de su propia enfermedad, lo que está dando lugar al desarrollo de propuestas de coatención.

Debemos asumir que en estos nuevos procesos se potencian toda una serie de actores y de intereses sociales que, en cierta medida y por diferentes razones, refuerzan los procesos de autoatención, y de los cuales solo comentaré cuatro. Uno que refiere al ya citado impulso constante dado por la propia biomedicina, pero observado desde los objetivos empresariales biomédicos. Toda una serie de actividades autónomas o dependientes de autoatención o autoprevención son impulsadas por la biomedicina para favorecer ciertos intereses económico/profesionales. Durante los años 2007 y 2008 observamos en México una fenomenal campaña

impulsada a través de revistas, folletos y, sobre todo, sugerencias desarrolladas a través de las instituciones biomédicas, proponiendo que los grupos familiares “guarden la sangre del cordón umbilical de sus hijos para salvarles la vida en caso de alguna enfermedad de tipo hematológico”. En esta propuesta la autoatención opera como mecanismo de prevención para las familias y como objetivo financiero para las empresas médicas.

Una segunda fuerza impulsora de la autoatención es la denominada industria de la enfermedad, especialmente la industria químico/farmacéutica y de aparatos médicos que tratan de inducir a la población a consumir glucómetros o medidores de colesterol y triglicéridos. Toda una serie de publicaciones tratan de “ayudar” a la población a autocuidarse, generalmente apoyados por laboratorios y otras empresas. Y así Abbott Nutrition promueve un medidor de glucosa a través del siguiente material informativo:

¿Entiendes tus cifras de glucosa y azúcar en sangre? Por automonitoreo, entendemos las mediciones de glucosa en sangre en diferentes momentos del día. Estas cifras ofrecen fotos instantáneas de cómo respondemos al tratamiento médico, al plan de alimentación balanceada y a la actividad física. ¿A qué me ayuda el monitoreo de glucosa? A tomar decisiones para resolver problemas de control. Hacer elecciones en la cantidad y contenidos de los alimentos. Decidir los momentos para tomar alimentos. Reconocer hipoglucemias durante y después del ejercicio. Decidir si es conveniente hacer ejercicio. (Suplemento Informativo del diario *Reforma* y Federación Mexicana de Diabetes, 2008)

Este material refiere también a una tercera fuerza, estrechamente ligada a la anterior, la de la industria de la salud, donde las empresas, especialmente las relacionadas con la producción y comercialización de alimentos, impulsan ciertas formas de vivir y, sobre todo, de comer para protegernos de eventuales enfermedades y especialmente de problemas cardíacos. Ya que, como señala la Sociedad Mexicana de Cardiología: “La mayor parte de las enfermedades cardíacas se relacionan con la manera en que vivimos. El elevado nivel de sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad contribuyen en forma notable al riesgo de eventos cardiovasculares”, y estas palabras son acompañadas en la misma publicación por publicidades de una página respecto de varios productos, pero especialmente dos: aceites y avenas, cuyos textos subrayan sus efectos positivos respecto del control y disminución de padecimientos cardíacos (Suplemento del diario *Reforma* y Sociedad Mexicana de Cardiología, 2008).

Y hay una cuarta fuerza, que ya citamos, y que son los medios de comunicación de masas y especialmente Internet:

En relación con la información se están produciendo cambios significativos. Mientras que durante un tiempo eran los profesionales de la medicina quienes mantenían la hegemonía sobre la información relacionada con la salud [...] en este momento periodistas, economistas y otros individuos e instituciones de cualificación desconocida son, a menudo, los protagonistas de esta

información y disponen para su divulgación de tecnologías de la información [...] de notable accesibilidad y penetración. (Aibar, 2004, p. 50)

Y que más allá de los errores, deformaciones, apropiaciones incorrectas que ocurren en la realidad, evidencian su notable uso por parte de los internautas.

A principio de la década de 2000, Pew Internet & American Life Project reconocía que más de la mitad de los usuarios de Internet a nivel mundial habían consultado por lo menos una vez un portal médico y habían utilizado un tratamiento recomendado en algún sitio sin consulta médica. En dicho estudio se observó que el 61% de los adultos norteamericanos buscaron información sobre salud en Internet, y que tenían una visión positiva de la información obtenida y de sus aplicaciones (Meneu, 2004).

Según informes realizados por Ogilvy Healthworld y por Google, el 85% de los pacientes utiliza actualmente Internet como fuente de información, y los buscadores representan una fuente de información básica en la consulta de hábitos de vida saludable (92%), búsqueda de síntomas específicos (87%) y la comprensión del diagnóstico y del tratamiento (87%). Más aún, según un estudio específico de la Comunidad Europea, 103 millones de ciudadanos comunitarios buscaron en 2005 información sobre temas de salud en Internet.

Y es el conjunto de estos procesos lo que explica que la Comisión de Salud de la Comunidad Europea:

...ha puesto en marcha una nueva página web sobre salud en la que ofrecerá a los ciudadanos de la UE información clara y concreta sobre diversos temas sanitarios como la salud de los bebés, las enfermedades infecciosas, los seguros médicos y el bioterrorismo. Esta página web, traducida a las veinte lenguas oficiales de la UE, está dirigida por igual a pacientes, profesionales sanitarios y científicos, que podrán acceder desde ella a más de 40.000 sitios de Internet de fuentes fiables. (*Gaceta del Viernes*, 26/05/2006)

Es decir que un conjunto de fuerzas de distinto tipo se complementan y se potencian para impulsar la autoatención, el autocuidado y la automedicación; y allí la biomedicina y el sector salud cumplen un papel central.

## De algunas articulaciones posibles

A lo largo de este capítulo he querido subrayar no solo la significación e importancia de la autoatención, sino la existencia también de relaciones de diferente tipo entre esta y las instituciones y actividades biomédicas, y que en consecuencia y más allá del reconocimiento de los aspectos potencialmente negativos de la autoatención, en lugar de cuestionarla constantemente, de estigmatizarla, de negarla e incluso de intentar prohibir la adquisición de medicamentos, el sector salud debería intencionalmente utilizarla, no solo por su potencial eficacia, sino además porque dicha forma de atención puede ser prohibida pero no eliminada, debido a las características



descriptas previamente, y especialmente al papel que cumple en el proceso de reproducción biosocial y sociocultural a nivel de sujetos y de microgrupos.

Ya he señalado que la autoatención constituye el primer nivel real de atención, y que dicho proceso cuestiona algunos de los principales estereotipos que maneja el SS respecto de los conjuntos sociales. La autoatención evidencia que, si bien los sujetos y grupos se equivocan o usan incorrectamente los medicamentos, también indica que los mismos aprenden, modifican, resignifican sus prácticas, y que una parte de esa automedicación ha sido decisiva para abatir o controlar determinados padecimientos. Y esto no solo por un efecto mágico o de micropoder de la relación médico/paciente o del fármaco, sino por una apropiación y uso que evidencia en la propia experiencia del sujeto y su grupo que el fármaco consumido es eficaz o por lo menos más eficaz que otros productos.

El hecho de que la población utilice estos fármacos e incluso autonomice su uso, evidencia que reconoce su eficacia y, además –y es lo que me interesa subrayar–, que en gran medida aprende dicha eficacia a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud. Esta conclusión no niega, por supuesto, que en la relación médico/paciente se desarrollen efectos de micropoder, ni que el fármaco y el propio médico tengan una eficacia simbólica que va más allá de la eficacia farmacológica del medicamento.

El proceso de autoatención evidencia no solo que la gente se apropia y aprende, sino, además, que el SS, el personal de salud y el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo. Los sujetos y grupos aprenden constantemente el uso de indicadores diagnósticos y de fármacos a través de la relación médico/paciente, aun dentro del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica actual. Gran parte del mayor y profundo aprendizaje opera en el momento clínico, pues es el momento en que se constituyen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescrito de una manera experiencial. Y es también por este proceso que sería importante, como ya lo señalamos, trabajar con el diagnóstico presuntivo que la mayoría de los pacientes ya tienen de sus padecimientos.

En consecuencia, el SS debería impulsar intencionalmente la articulación entre los servicios de salud y el proceso de autoatención, de tal manera que se constituyera en parte central de sus estrategias. Por supuesto que en la práctica el SS ha ido impulsando algunas articulaciones como hemos visto, pero conjuntamente sigue manteniendo una crítica a determinadas formas de autoatención, y sigue estigmatizando la automedicación. Lo que propongo no es eliminar la crítica, sino fundamentarla; pero lo más importante es tratar de mejorar los comportamientos de autoatención de los conjuntos sociales a través de una reorientación de las acciones de educación para la salud, pero no solo de las acciones que específicamente se denominan así, sino sobre todo de las que se desarrollan en la relación médico/paciente.

El sector salud debería enseñar a automedicarse bien a la población y no solo a “autocuidarse”, lo cual implica el desarrollo de una relación médico/paciente más simétrica y complementaria. Para ello deberían modificarse varias prácticas y representaciones profesionales e institucionales, y en particular que el sector salud y el personal de salud asumieran que la autoatención no es un proceso aislado u opuesto

al quehacer biomédico, sino que es parte integral del proceso de *s/e/a* que incluye a ambos. En consecuencia, debería abandonar su actitud escotomizante de la realidad, impulsando un proceso donde se articulen la autoatención y la biomedicina a partir de reconocer la existencia constante del ejercicio de autonomías funcionales, intencionales y/o relativas en los sujetos y grupos<sup>17</sup>.

Es obvio que el SS y el personal biomédico saben que ocurren los procesos señalados, y que además una cosa es la crítica pública y otra los tratamientos privados donde la autoatención es central, incluso en términos de prevención. Más aún, por lo menos en la mayor parte de los países latinoamericanos, la mayoría de los medicamentos que deberían adquirirse con receta pueden comprarse libremente. El SS británico ha reconocido estos procesos, y en los últimos años ha promovido la venta libre y sin receta de fármacos para reducir el colesterol, para atacar migrañas, e incluso la venta sin receta de antibióticos para problemas oculares o de transmisión sexual, con el objetivo de lograr más eficacia en términos de atención y de prevención. Lo cual en los hechos supone asumir que la autoatención constituye el real primer nivel de atención.

Lo que estoy señalando puede dar lugar a pensar que apoyo la biomedicalización con fármacos, cuando lo que propongo es todo lo contrario.

Cuando señalo que el personal de salud debería enseñar a autoatenderse e incluso a automedicarse, ello supone justamente enseñar a reducir el uso de fármacos. Pero como sabemos, esta enseñanza es difícil de desarrollar por una profesión que halla en el fármaco su diferenciación y autoidentificación en el acto de curar. Más aún, considero que la estigmatización clínica de la automedicación tiene que ver en gran medida con el papel que el fármaco tiene para la identificación del acto médico en términos simbólicos y económicos, pero también en términos técnicos.

Por último, quiero aclarar que el énfasis en la autoatención no supone eliminar ni menguar la responsabilidad del Estado respecto de las acciones contra la enfermedad; no supone reducir las inversiones en el campo de la *s/e/a*, ni implica reducir el papel de los servicios de salud para colocarlos exclusivamente en la sociedad civil, que es una forma elegante de pensar la privatización de los servicios de salud, por lo menos por algunas tendencias. Si bien esta ha sido la manera en que algunos sistemas de salud han impulsado su reforma a través de la privatización directa o indirecta de los servicios de salud, que en algunos casos supone darle un papel especial a las ONG, en función de una relación costo/beneficio que posibilita abaratar costos de atención a la enfermedad, y arguyendo que esta orientación reconoce el peso de la sociedad civil, nuestra propuesta obviamente no va en esa dirección.

Propongo la inclusión protagónica de los grupos y sujetos sociales a través de la autoatención –y, por supuesto, de otros procesos y mecanismos–, pero articulada con los servicios de salud biomédicos y con las otras formas de atención, lo cual implica incluir la responsabilidad económica y social del Estado tanto respecto

---

<sup>17</sup> La cuestión de la autonomía como parte del proceso de autoatención, constituye uno de los problemas teórico/ideológicos y de intervención específicos más interesantes, pero que no vamos a desarrollar ahora.

de los servicios de salud como hacia los grupos y sujetos, pero con el objetivo de impulsar la articulación intencional de un proceso que hasta ahora está básicamente depositado en los sujetos y grupos sociales, así como para incrementar su eficacia y, de ser posible, reforzar la capacidad y autonomía de dichos grupos sin abdicar de la responsabilidad del Estado, y sin encontrar en esta propuesta ninguna contradicción en sus términos como sostienen algunas tendencias neoliberales y no tan liberales.

Lo que debemos asumir en términos críticos de tipo epistemológico y en términos lo más claros posible de acciones técnicas y sociales, es que los mismos conceptos, procesos y sujetos sociales pueden ser apropiados y/o utilizados por tendencias técnico/ideológicas que sostienen concepciones muy diversas, que impulsan propuestas diferentes y hasta opuestas entre sí. Frente a ello nuestra actitud epistemológica no debe ser incluir dentro de un mismo bloque social a todas las tendencias que utilizan conceptos similares, se preocupan por los mismos problemas y trabajan sobre ciertos sujetos sociales, sino que, por el contrario, debemos producir un análisis teórico y práctico que aclare la especificidad, orientación y dinámica de las diferentes propuestas. Este proceso se convierte en necesario cuando observamos que, en el caso de la autoatención, y más aún en el de la autogestión, se desarrollan tendencias que impulsan dichos conceptos y procesos a través de lo que se denomina autocuidado en un sentido opuesto o por lo menos diferente del que estamos proponiendo.

Como lo he señalado reiteradamente, la inclusión de las diferentes formas de atención dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan en un contexto determinado posibilita describir y analizar dinámicamente las transacciones que se desarrollan entre los diferentes actores sociales, y en consecuencia encontrar en sus saberes el uso real dado a las diferentes formas de atención. El papel de la biomedicina, de la autoatención o de la medicina tradicional no se define a priori en función de las características de cada saber tomado en forma aislada, sino a través de las relaciones y consecuencias de sus saberes en las condiciones de salud y de vida de los sujetos y conjuntos sociales.

## Capítulo 2

# Estilos de vida, riesgo y construcción social<sup>1</sup>

La antropología social y las disciplinas médicas organizadas en torno a la salud pública, y especialmente la antropología médica y la epidemiología, han desarrollado diferentes perspectivas para describir y analizar los procesos de salud/enfermedad/atención, que presentan simultáneamente características complementarias y divergentes. En este capítulo y en el siguiente analizaré varias de las principales características de ambas perspectivas a partir de reconocer la existencia de similitudes, pero también de diferencias cruciales, ya que estas últimas no deberían ser negadas y/o trivializadas en nombre de afanes interdisciplinarios que frecuentemente concluyen en la yuxtaposición y no en la articulación de perspectivas.

El análisis de las relaciones entre estas dos disciplinas parte del supuesto de que, desde por lo menos la década del 1960, se ha dado un proceso de convergencia especialmente en torno a los problemas y procesos de salud que les interesan prioritariamente, al mismo tiempo que determinados factores limitan la complementación en términos interdisciplinarios. Posibilitó esta convergencia el impulso dado a las concepciones y actividades de Atención Primaria desde fines de la década de 1960, y especialmente luego de la Conferencia de Alma Ata, que favoreció el reconocimiento del papel de los factores sociales y económicos respecto de los procesos de s/e/a, impulsó la participación y promoción social en salud, así como el trabajo a nivel comunitario recuperando el saber popular sobre los padecimientos, y favoreciendo el uso de actividades basadas en redes sociales, grupos sostén, o grupos de autoayuda, que incluyó por lo menos a nivel declarativo el uso de las medicinas denominadas “tradicionales” y/o “alternativas”.

Esta convergencia fue impulsada básicamente por ciertas tendencias salubristas, pero también, paralelamente, por otros actores sociales entre los cuales subrayo especialmente el movimiento feminista, el denominado movimiento popular en salud, y el de ciertas agrupaciones de la sociedad civil que trabajan sobre padecimientos específicos. Así como también por el interés creciente de las ciencias sociales y antropológicas en la descripción y comprensión de los procesos de s/e/a de sus

---

<sup>1</sup> Una versión anterior de este texto fue publicada bajo el título “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. En: *Estudios sociológicos*, México, 1998, XVI (46), pp. 37-67.

sujetos de estudio que, no olvidemos, en el caso de la antropología se localizaban básicamente en las sociedades “donde no hay doctor”.

Estas tendencias expresaban múltiples procesos, y, en particular, la crisis, o por lo menos las limitaciones de una biomedicina que evidenciaba, a través de indicadores epidemiológicos, el reducido impacto que estaba teniendo especialmente en ciertas regiones del tercer mundo, lo cual requería de modificaciones que reorientaran las políticas de salud.

Pero también reflejaba los cambios operados en la antropología, dado que su nuevo interés por los procesos de *s/e/a* contrastaba con la escasa preocupación evidenciada inicialmente por nuestra disciplina sobre dichos procesos, pese a que sus trabajos de campo se realizaban en sociedades donde dominaban las “muertes evitables”, y donde la esperanza de vida de los sujetos estudiados era por lo menos la mitad de la esperanza de vida de las sociedades de pertenencia de los antropólogos que los investigaban.

Si bien la enfermedad de los “nativos” preocupó a los antropólogos, dicha preocupación fue de segundo orden en términos académicos, dado que fue considerada como parte de la antropología aplicada, disciplina u orientación que tuvo constantemente un status académico y profesional marginal. De hecho, el interés por los procesos de *s/e/a* a nivel de México se desarrolló inicialmente a través de la antropología aplicada.

Además, la convergencia fue favorecida por el paso a primer plano en el perfil epidemiológico de padecimientos crónico/degenerativos, de “violencias”, de adicciones, así como más tarde del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-sida), que supusieron entre otras cosas el “descubrimiento” de las técnicas cualitativas, así como la importancia del saber de los sujetos y grupos sociales para la aplicación de acciones de salud eficaces a nivel individual y comunitario.

El reconocimiento de la complejidad social, y no solo en términos biomédicos, de problemas como las altas tasas de mortalidad infantil dominantes en la mayoría de los países del tercer mundo, condujo a proponer una aproximación metodológica que articulara ambas disciplinas para favorecer la construcción de un enfoque realmente estratégico. A fines de la década de 1980, Mosley señalaba que la multiplicidad y variedad de factores que inciden en la mortalidad infantil no pueden ser reducidos a la suma de gran cantidad de variables, cuyo uso suele complicar el análisis y limitar la capacidad explicativa:

Para evitar esto, hay dos pasos que por lo general se tendrán que dar al planificar la investigación y diseñar los estudios: realizar estudios antropológicos profundos y en pequeña escala como lo propone Ware (1984) para identificar las variables críticas de interés y su interpretación, y especificar con cuidado las relaciones hipotéticas entre las variables, como lo discuten detalladamente Palloni (1981) y Schultz (1984). (Mosley 1988, p. 323)

## Trayectorias y posibilidades iniciales

Más allá de acordar o no con el papel dado por Mosley a estas dos disciplinas, lo relevante es el surgimiento de propuestas de articulación que provienen tanto del campo socioantropológico como del biomédico.

Pero, no obstante, debemos asumir que el proceso de articulación solo se ha dado limitadamente y con frecuencia a través de relaciones conflictivas, por varias razones entre las cuales destacan el origen y pertenencia científico y profesional diferencial, que no solo genera problemas de “incomunicación” en términos teóricos, metodológicos y aplicados, sino que expresa también procesos de hegemonía/subalternidad profesional. Al respecto debe reconocerse que ambas disciplinas se gestaron a partir de objetivos diferentes, se desarrollaron en momentos diferentes y sus relaciones son relativamente recientes en términos de campos académico/profesionales mutuamente reconocidos.

Este desconocimiento mutuo es constantemente reforzado por la ausencia de contenidos socioantropológicos en la formación médica de grado y la carencia de procesos de s/e/a en el proceso formativo de los antropólogos sociales. Más aún, cuando en el proceso formativo biomédico existen contenidos socioculturales y/o económico/políticos, estos suelen ser muy escasos y marginales para su formación profesional, y frecuentemente refuerzan el distanciamiento más que la convergencia, dada la falta de articulación con los contenidos biomédicos. La mayoría de los jóvenes estudiantes de medicina lo ven como pérdida de tiempo o como datos anecdóticos, pero lo más importante a asumir es que unas cuantas horas de clase sobre estos aspectos, por más brillantes que sean, no pueden modificar la orientación dominante de tipo biomédico no solo a nivel institucional sino incluso personal.

Considero este proceso como lógico en términos de una racionalidad profesional y ocupacional, que conduce justamente –por lo menos en México– a incrementar el contenido y las técnicas biomédicas en la formación del médico a nivel de grado y de especialidades, salvo por supuesto en el caso de la especialización en medicina social y en salud pública. Lo cual no cuestionamos, pero que contrasta con un discurso académico que apela a la importancia de los factores sociales, a la significación del sujeto, a la calidad de la relación médico/paciente, a tomar en cuenta el punto de vista y el contexto de vida del enfermo, que tienen muy poco que ver con lo que los estudiantes de medicina aprenden en sus escuelas, donde la orientación está cada vez más centrada en tecnologías biomédicas.

Ahora bien, toda una serie de autores sostienen que aun cuando la epidemiología proceda de la biomedicina no debe ser identificada con esta, ya que tiene objetivos propios y frecuentemente diferenciados. Más aún, mientras que algunos la reconocen como una especialidad biomédica, otros como Terris (1980b) la consideran como una disciplina con identidad propia caracterizada por manejar una metodología y niveles de análisis diferentes, y sobre todo por diferenciarse radicalmente de los objetivos clínicos, dado que el núcleo de la epidemiología sería la prevención de la enfermedad y/o el estudio de los determinantes de la salud a nivel de poblaciones, mientras que el de la clínica sería la atención y la curación de sujetos. Lo cual, según

este y otros autores, tiene además implicaciones no solo profesionales sino también ideológicas diferenciales. Pero en lo que sí concuerdan todos es en que constituye una especialidad secundaria dentro del campo biomédico.

Assumiendo el carácter secundario de la epidemiología dentro del campo biomédico y el sentido diferencial dado a la misma, la epidemiología dominante, sin embargo, se caracteriza por expresar gran parte de los rasgos de la biomedicina, por lo cual considero que reflexiones como las de estos autores refieren a un determinado tipo de orientación epidemiológica, que es minoritaria, por lo menos en México. Si bien, como sostienen muy diversos analistas, hay orientaciones epidemiológicas que se diferencian de la clínica, y que incluyen en sus investigaciones las desigualdades sociales, la explotación económica, el racismo o los derechos humanos, esta no es la corriente dominante en epidemiología, dado que la mayoría de los estudios epidemiológicos no tratan ni incluyen dichas problemáticas y “variables”, y sobre todo no desarrollan perspectivas críticas.

La trayectoria de ambas disciplinas evidencia una reiterada, aunque intermitente, falta de relación entre ellas, lo cual se acentuó en la etapa de afirmación científica de la epidemiología, dado que en el desarrollo inicial de la perspectiva salubrista existían orientaciones y preocupaciones que la aproximaban a ciertas perspectivas sociológicas. La biomedicina se desarrolló durante los siglos XVIII y XIX en torno a las enfermedades infectocontagiosas, pero también se preocupó por las enfermedades ocupacionales y por la toxicología, que no olvidemos que incluía las adicciones. Y la causalidad y desarrollo de estos padecimientos los refirió, por lo menos en parte, a las condiciones de salubridad e higiene, a la alimentación, a las condiciones de trabajo, así como a las características socioeconómicas que favorecían una distribución diferencial de la mortalidad.

En consecuencia, una parte del saber biomédico, incluida la epidemiología, estaba preocupada por las condiciones de la vivienda, el hacinamiento o el aprovisionamiento de agua en el medio urbano, que no solo eran referidos a condiciones bioecológicas, sino a una amalgama de procesos que incluía las situaciones de miseria junto con explicaciones e intervenciones sobre el papel de los miasmas en la génesis y transmisión de enfermedades, y que en ambos casos refería a las condiciones socioculturales del proceso de s/e/a.

Durante la última parte del siglo XIX se desarrollarán en varias de las grandes ciudades europeas, y especialmente en París y sobre todo en Londres, estudios sociológicos sobre la pobreza urbana y sobre las denominadas clases sociales peligrosas, estudios que generaron una notable epidemiología social de la pobreza y de la criminalidad. Varios objetivos orientaban el desarrollo de estos estudios, pero en el caso de dos de los principales estudiosos del período, y me refiero a S. Rowntree y a S. Booth –que no olvidemos es el creador del Ejército de Salvación–, existía una preocupación especial por el alcoholismo, al cual relacionaban estrechamente con la pobreza, la desocupación y la criminalidad.

Pero, además, gran parte del énfasis en las condiciones de higiene estaba impulsado por epidemiólogos que adherían a la teoría de los miasmas, como es el caso de Farr y de Snow, que son dos de los principales creadores del enfoque



epidemiológico. Dicha teoría se preocupaba especialmente por las relaciones entre enfermedad, mortalidad y pobreza extrema, y generó la mayoría de los criterios y de las actividades desarrolladas inicialmente por los salubristas<sup>1</sup>. Por lo tanto, a fines del siglo XIX contábamos con tendencias epidemiológicas y sociológicas que posibilitaban no solo la convergencia, sino también el uso tanto de condiciones económico/políticas como socioculturales.

Más aún, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX se generaron dos notables aportes que expresan a mi juicio esta posibilidad de convergencia. Me refiero a la publicación del estudio sobre el suicidio de E. Durkheim en 1898 (Durkheim, 1974), que constituye a nuestro juicio el aporte inicial más significativo para el desarrollo de una epidemiología sociocultural basada en múltiples aspectos y especialmente en tres: el uso simultáneo de aproximaciones estadísticas y cualitativas, la necesidad de un diseño de estudio que cuestione los presupuestos del investigador, y el desarrollo de un enfoque social y cultural relacional. Debemos subrayar que Durkheim propone, además, “soluciones” basadas en el papel de los microgrupos y de los grupos intermedios, a través del desarrollo de lo que hoy denominamos redes sociales y grupos sostén, que posibilitan reducir el aislamiento y la soledad de los sujetos más vulnerables al suicidio.

Pocos años después, Goldberger (1980a, 1980b), uno de los padres fundadores de la epidemiología norteamericana, encararía el estudio de diversos padecimientos dando un peso sustantivo no solo a los aspectos económicos, sino también a lo que podemos denominar “experimentación participante”, ya que tanto sus estudios sobre el tifus en México como –sobre todo– sus estudios sobre la pelagra en el sur de los EEUU se hicieron a través de experiencias y de experimentos no solo aplicados a la población, sino también al equipo de investigadores, incluido el propio Goldberger.

De tal manera que sus conclusiones sobre que la pelagra era una enfermedad generada por carencias alimentarias y no una enfermedad mental contagiosa, se basaron en trabajos donde el propio equipo de epidemiólogos experimentó no solo en la población, sino en sí mismos, los posibles efectos de las que eran consideradas como las principales causales de este padecimiento. Pero, además, sus datos se basaron en el estudio directo casa por casa en las comunidades donde se daba el mayor impacto de la pelagra, así como en registros no solo de los alimentos consumidos, sino también de los alimentos comprados. Datos que se obtuvieron por entrevistas a cada familia –y no a una muestra estadística–, y mediante “un registro especial llevado durante quince días en el que se anotaron las compras de todas las familias en las tiendas locales por tipo y calidad de alimentos, en vez de fiarse exclusivamente de informes obtenidos en entrevistas” (Terris, 1980a, p. 21).

Si bien la epidemiología desarrollada durante la primera mitad del siglo XX seguirá preocupada por estos aspectos, debemos reconocer que en pocos años la

---

<sup>1</sup> Recordemos que hasta principios del siglo XX una parte del saber médico mexicano no solo adhería a las teorías miasmáticas respecto del tifus, que constituía una de las primeras causas de mortalidad, sino que además la Academia de Medicina rechazaba la hipótesis que refería al piojo humano y al piojo murino la causalidad de dicho padecimiento.

teoría de los miasmas pasó a ser parte de la arqueología del saber médico, las condiciones de pobreza no aparecerán ya como parte de los factores explicativos básicos, y los estudios de caso y la aplicación de técnicas de “experimentación participante” serán no solo subalternizados sino incluso excluidos por la aproximación estadística. Más aún, la obra de Durkheim solo será recuperada por algunas corrientes epidemiológicas británicas, pero a partir de la década de 1950 (Susser & Watson, 1982).

Como sabemos, el descubrimiento de las causales microbianas de las enfermedades infecciosas y el desarrollo de intervenciones farmacológicas y de tipo bioecológico respecto de las mismas a fines del siglo XIX, legitimaron la orientación básicamente biomédica de la epidemiología. El énfasis en las enfermedades infectocontagiosas era debido a que estas constituían las principales causas de mortalidad y de morbilidad, y se caracterizaban por su carácter endémico y no solo epidémico, pero no solo en la población de los países centrales, sino también en las áreas de explotación neocolonial de los países europeos y de los EEUU, donde el paludismo o la fiebre amarilla reducían las posibilidades de explotación económica, como lo hemos estudiado en el caso de Yucatán, donde a fines de la década de 1920 y principios de la de 1930, se realizaron investigaciones epidemiológicas sistemáticas durante varios años a través de equipos interdisciplinarios organizados en los EEUU e integrados no solo por epidemiólogos, médicos y bioquímicos, sino también por expertos en alimentación y por antropólogos culturales (Menéndez, 1981).

La biomedicina desarrolló vacunas específicas respecto de varias de las principales enfermedades infectocontagiosas, que comenzaron a ser aplicadas a una parte de la población. Pero, además, el sector salud impulsó la aplicación de medidas puntuales de salubridad e higiene, como por ejemplo ocurrió en México en el caso del tifus murino, que a principios del siglo XX constituía la primera causa de mortalidad y que se redujo espectacularmente a través de la aplicación de medidas simples y baratas. Esos procesos favorecieron el desarrollo de una perspectiva biomédica que excluyó cada vez más los factores culturales y socioeconómicos, y especialmente la pobreza.

Si bien la pobreza seguía siendo reconocida como parte de la vida de la mayoría de la población, la perspectiva epidemiológica utilizó cada vez más las causales y soluciones de tipo eco/biológico y de salubrismo selectivo, dado que sus instrumentos biomédicos evidenciaban eficacia por lo menos para la reducción de determinados problemas de salud, mientras que eran inoperantes en la modificación de la situación de pobreza. Es decir, con medidas de salubridad e higiene podía reducirse radicalmente la mortalidad por tifus murino, sin que por ello la gente dejara de vivir en condiciones de pobreza. Y lo mismo podemos decir de la aplicación de vacunas, y, a partir de la década de 1940, de la aplicación de antibióticos.

Esta orientación expresaba en gran medida la articulación entre las condiciones económico/políticas de los estados capitalistas y el rol dado a la biomedicina, incluida la epidemiología, dado que dicho desarrollo capitalista, por lo menos en los países de punta como Gran Bretaña, generaba procesos que, junto con la explotación económica de las clases sociales subalternas, posibilitaron el mejoramiento de ciertas condiciones de vida, con fuerte repercusión en la caída de las tasas de mortalidad del conjunto de las clases sociales británicas, incluidas las clases bajas, como B. Stern lo

planteó a principios de la década de 1940, y cómo fue demostrado por los estudios de McKweon desde principios de la década de 1960.

Pero la focalización de la epidemiología en las enfermedades infectocontagiosas, al concentrarse cada vez más en las condiciones bioecológicas de la enfermedad, limitó las posibilidades de esta disciplina para explicar e intervenir sobre los padecimientos que se iban convirtiendo en primeras causas de mortalidad, especialmente a partir de la década de 1950. No es un hecho anecdótico que el primer manual de epidemiología –el publicado por Stallybrass en 1931– solo tratara sobre enfermedades infectocontagiosas, y que los manuales sucesivos hasta fechas relativamente recientes se concentraran también en este tipo de padecimientos. Una epidemiología construida exclusivamente a partir de las enfermedades infectocontagiosas pensadas en términos bioecológicos, tenía serias dificultades para describir, explicar e intervenir sobre enfermedades crónico/degenerativas o sobre padecimientos estrechamente relacionados con comportamientos sociales.

El dominio de estas orientaciones, por supuesto, no niega que se generaran aportes como los de Goldberger, Cassel, Terris o McKweon, así como de toda una serie de investigaciones sobre salud mental desarrolladas durante las décadas de 1950 y 1960, que recuperaron la importancia de los procesos sociales, culturales e incluso históricos en la descripción y explicación de los padecimientos. Pero las líneas dominantes, tanto a nivel de investigación como de docencia, aplicaron unilateralmente una perspectiva biologicista, excluyente de los restantes factores o reduciéndolos a variables secundarias (Buck *et al.*, 1988, pp. 3-17, pp. 87-100, pp. 155-171, pp. 881-889).

Un factor decisivo en la exclusión de los procesos socioculturales por parte de la epidemiología fue su identificación con la metodología “científica” y especialmente con el uso exclusivo y excluyente de técnicas estadísticas, que tendieron a confundir cada vez más la necesidad de medir problemas, con que solo lo medible es legítimo y verdadero en términos “científicos” y, en consecuencia, dejando de lado todo tipo de dato cualitativo y especialmente la información sobre procesos socioculturales, pese a que frecuentemente era la más decisiva para comprender y diseñar acciones respecto de por lo menos una parte de los padecimientos investigados.

Es importante recordar qué aspectos sustantivos de los aportes estadísticos fueron generados por las investigaciones eugenésicas desarrolladas inicialmente por científicos británicos a fines del siglo XIX y principios del XX, y que influyeron fuertemente no solo en la biomedicina sino también en la epidemiología. La mayoría de las técnicas estadísticas más complejas, incluido el análisis multifactorial, fue producto de las investigaciones eugenésicas, las cuales reforzaron no solo el peso de lo estadístico en el campo epidemiológico, sino también el papel de los aspectos biológicos. Y al respecto, no debemos olvidar que fue a través de la “objetividad estadística” que se justificaron las propuestas racistas del darwinismo social y biológico en el que se basaban las concepciones eugenésicas, y que saturaron el campo biomédico y epidemiológico de los países dentro de los cuales se desarrollaban los principales avances técnico/científicos, biomédicos y epidemiológicos.

Pero, como ya lo señalamos, la mayoría de estos procesos se desarrollaron respecto de padecimientos infectocontagiosos o de fenómenos cuya causalidad se encontraba en factores biológicos y especialmente genéticos, los cuales no solo no posibilitaban interpretar demasiado las modificaciones que estaban operando en el perfil epidemiológico, sino que además fueron cuestionados por razones ideológicas y económico/políticas, como veremos más adelante.

Y fue en gran medida debido a estos procesos que, sobre todo a partir de la década de 1950, se desarrollan toda una serie de propuestas que generan modificaciones en el enfoque epidemiológico, constituyendo las más significativas el modelo de historia natural de la enfermedad de Laevell y Clark, la concepción del ciclo de vida de los grupos domésticos de Susser y Watson, los trabajos del equipo de Cassel sobre el papel de los procesos culturales y sociales respecto de la causalidad y, sobre todo, de las intervenciones basadas en relaciones sociales, las propuestas de atención primaria en sus variantes comprensiva y selectiva, la reinención y nuevos desarrollos de la medicina social de orientación marxista, las propuestas antipsiquiátricas, así como el paso a primer plano del concepto de riesgo, tendencias que intentaron modificar o por lo menos reorientar las concepciones dominantes en epidemiología.

A nivel no solo técnico sino también metafórico podemos decir que, durante las décadas de 1950 y 1960, asistimos a un proceso que supone pasar de una epidemiología del contagio a una epidemiología del riesgo, convirtiéndose este en el concepto central del enfoque epidemiológico.

Especialmente a partir de la década de 1950 y durante 1960 se desarrollaron tres tendencias generadas básicamente por la epidemiología norteamericana y canadiense que posibilitaron la convergencia entre esta disciplina y las ciencias sociales. Me refiero, en primer lugar, a la organizada en torno a los problemas de salud mental que dieron lugar a las investigaciones de Becker, Leighton, Hollinshead y Redlich o de Wittoker y Murphy. En segundo lugar, los ya citados estudios de Cassel, y por último los realizados respecto de los síndromes culturalmente delimitados (enfermedades “tradicionales”) que, si bien se venían desarrollando desde la década de 1920, cobran un mayor impulso durante la década de 1970 (Simons & Hughes – Edits.–, 1985), hasta ser incluidos más tarde dentro de la codificación internacional de enfermedades de la OMS.

Gran parte de estos trabajos se caracterizan por su enfoque interdisciplinario, por la importancia dada a los procesos sociales y/o culturales, por la preocupación por la comparación en términos de culturas o de clases sociales, así como por sus innovaciones técnico/metodológicas. Pero debemos subrayar que dichos trabajos –salvo durante un lapso los estudios de Cassel– influyeron muy poco a la corriente central de los estudios epidemiológicos.

Y por último existe un proceso de convergencia, que tuvo un especial desarrollo en América Latina, y es el impulsado por la denominada medicina social que propone el desarrollo de un enfoque salubrista que articula los objetivos e instrumentos epidemiológicos con perspectivas teóricas devenidas del marxismo, pero especialmente de las corrientes que colocaron sus ejes en la dimensión económico/política y/o ideológica, pero de orientación estructuralista. De tal manera que las

orientaciones gramscianas, consejistas o fenomenológicas del marxismo casi no fueron utilizadas, o lo fueron en forma secundaria. Una parte de estas tendencias, especialmente en Brasil, articuló sus propuestas con las de Foucault, lo cual reforzó y/o reorientó las líneas dominantes correspondientes a estructuralismos marxistas y no marxistas, que fue tempranamente caracterizado por Rozitchner (1996) como el de la “izquierda sin sujeto”. En última instancia, Foucault posibilita a Rozitchner seguir siendo estructuralista –ahora en términos no marxistas– así como la exclusión del sujeto a partir de propuestas supuestamente alternativas.

A su vez, en el caso de las ciencias antropológicas y sociales, si bien la preocupación inicial por los procesos de s/e/a fue secundaria y marginal, debemos no obstante recordar la existencia de investigaciones que desde mediados del siglo XIX incluyen datos epidemiológicos, como los ya señalados estudios sobre la pobreza y las violencias, y de las cuales la más significativa es la publicada en 1898 por Durkheim sobre el suicidio.

Desde la perspectiva que estoy desarrollando, considero que Durkheim crea varios de los principales fundamentos teórico-metodológicos de una epidemiología sociocultural, que fue en muchos aspectos profundizada a partir de la década de 1930 por toda una serie de estudios socioantropológicos desarrollados respecto del homosexualismo, suicidio, fatiga, brujería, tarantulismo, esquizofrenia, débiles mentales y alcoholismo realizados por Devereux, Evans Pritchard, Horton, Mead, Opler, De Martino, Edgerton, Henry y McAndrew, y cuyo énfasis estaba colocado en la construcción social y cultural de la enfermedad y de las estrategias de acción, cuestionando en forma frontal las explicaciones de tipo biológico.

Este desarrollo obedeció a procesos académicos, pero también a procesos ideológicos y económico/políticos. Posiblemente los procesos que más impulsaron estos desarrollos a partir de la década de 1930, y especialmente en la antropología norteamericana, son los generados por las políticas, concepciones e investigaciones racistas desarrolladas sobre todo en Alemania bajo el nazismo, y que condujeron a la producción de una masa de investigación y de reflexión centradas en las relaciones entre lo cultural y lo biológico.

La significación de estas discusiones no solo tiene que ver con la fuerte reorientación teórico/ideológica que generaron en el campo de las ciencias antropológicas, sino también con el cuestionamiento de las teorías eugenésicas que, recordemos, tenían un notable reconocimiento por parte de la biomedicina de los países capitalistas desarrollados, dado que la mayoría de ellos tenían y aplicaban criterios eugenésicos a diferentes tipos de sujetos y grupos sociales como parte de sus políticas sociales de Estado. Debemos asumir en toda su significación que las medidas eugenésicas aplicadas entre la década de 1920 y la de 1940 en los EEUU, Gran Bretaña, Suecia, Noruega, Holanda y por supuesto Alemania, se aplicaban a través de criterios y actividades biomédicas. Y que varios de dichos países mantuvieron sus regulaciones y actividades eugenésicas hasta fines de la década de 1970 y principios de 1980 (Menéndez, 1972, 2002; Proctor, 1988).

La discusión sobre el impacto diferencial de lo cultural o lo biológico, así como sus posibles articulaciones, se dieron especialmente a través del estudio de

las enfermedades mentales y de los patrones de crianza, incluidos los procesos de embarazo, parto y puerperio. Y se expresó en particular a través del desarrollo de la medicina psicosomática que, iniciada en Alemania en la década de 1920, conducirá en los EEUU al trabajo conjunto de médicos y científicos sociales especialmente durante las décadas de 1940 y 1950, que incluyeron protagónicamente el papel de procesos sociales, favoreciendo durante un escaso lapso el desarrollo de investigaciones epidemiológicas en las cuales se articulaban enfoques y técnicas biomédicas y sociales.

Desde la década de 1940 toda una serie de trabajos socioantropológicos seguirán concentrados en la enfermedad mental y especialmente en el alcoholismo, así como en la “desviación social”. Si bien varios de estos estudios utilizan criterios y metodologías epidemiológicos devenidos de la perspectiva biomédica, la mayoría aplica una metodología cualitativa y genera descripciones y explicaciones que divergen y contrastan respecto de la orientación dominante en la epidemiología biomédica.

Durante el mismo lapso se observa un fenomenal desarrollo –básicamente en los EEUU– de los estudios sobre hospitales, que dieron lugar a la producción, entre otros aportes, de una epidemiología hospitalaria que incluía no solo datos socioculturales, que utilizaba tanto materiales y técnicas estadísticas y cualitativas, sino que también daba lugar a la propuesta de interpretaciones que contrastaban fuertemente con las explicaciones biomédicas generadas respecto de los procesos de *s/e/a*, y cuyas expresiones paradigmáticas son los estudios de Caudill (1966) y de Goffman (1970).

Desde fines de la Segunda Guerra Mundial, y especialmente desde la década de 1960, se incrementan constantemente los estudios antropológicos sobre los procesos de *s/e/a*, pasando a ser en la década de 1990 el campo en el cual trabaja el mayor número de antropólogos norteamericanos, y constituyendo uno de los campos antropológicos más dinámicos en el Reino Unido, España, Italia, Brasil y México.

## Convergencias, diferencias e incompatibilidades

Nuestro recorrido de ambas trayectorias ha sido sintético, y hemos privilegiado recuperar ciertas tendencias y escuelas teórico/metodológicas, lo cual por supuesto no niega que existan otros aportes importantes que no fueron incluidos en función de los objetivos de este capítulo. No obstante, debemos aclarar que, si bien estamos describiendo estos procesos de convergencia/diferencia en términos de antropología médica y de epidemiología, es necesario reconocer que dentro de cada una de estas disciplinas existen tendencias diferenciadas, algunas de las cuales presentan enfoques teóricos y metodologías más afines entre tendencias de ambas disciplinas que al interior de cada una de ellas.

Dentro de la epidemiología existen varias líneas, de las cuales destacamos tres: la epidemiología “positivista”<sup>2</sup> dominante en los aparatos médicos sanitarios y en la mayoría de sus institutos de investigación; la denominada medicina social desarrollada en algunos centros de los EEUU, Canadá, Gran Bretaña, Italia y especialmente en varios países latinoamericanos, en particular en Brasil, Ecuador y México (Breilh 1979, 2005); y la identificada con la investigación/acción (Kroeger *et al.*, 1989; Kroeger *et al.*, 1991). A su vez, dentro de la antropología médica que utiliza la dimensión epidemiológica distinguimos las corrientes interpretativas, la denominada antropología médica crítica y la corriente ecológico/cultural.

Dentro de estas líneas disciplinarias, la epidemiología “positivista” tiene estrechos puntos de contacto con la corriente antropológica ecológico/cultural; la epidemiología histórico/estructural coincide en varios aspectos sustantivos con la antropología médica crítica, y los trabajos de investigación/acción concuerdan con algunas tendencias interpretativas.

Pero, además, dentro de la epidemiología observamos la existencia de tendencias fenomenológicas, psicoculturales, genéticas, de factores de riesgos; y dentro de la antropología distinguimos tendencias identificadas con la etnopsiquiatría y/o con el constructivismo sociocultural. Existiendo, además, un constante e intenso proceso de interacción entre las diferentes corrientes. Más aún, esta constante interacción se va a expresar a través del desarrollo de dos de las principales tendencias epidemiológicas actuales, como son la “feminista” y la denominada “epidemiología popular”, dentro de las cuales se han generado algunos de los aportes más significativos y que han impactado a ambos conjuntos disciplinarios.

Si bien haré alusión al conjunto de estas tendencias, mi análisis se centrará en la epidemiología denominada positivista y en la antropología médica interpretativa, debido a varios factores. En principio porque son las más contrastantes, sobre todo en ciertos aspectos sustantivos, como veremos más adelante. En el caso de la epidemiología biomédica, porque el positivismo constituye la principal influencia en el pensamiento epidemiológico actual (Almeida-Filho, 2000); influencia que se fortifica a través de las investigaciones genéticas y de los usos del concepto de riesgo. Y en el caso de las epidemiologías antropológicas, porque si bien las corrientes interpretativas junto con la ecológico/cultural, son las que generan la mayor producción dentro de nuestra disciplina, las primeras son las que expresan un enfoque propio y diferencial respecto de las propuestas biomédicas, dado que la tendencia ecológico/cultural se caracteriza por diferenciarse cada vez menos del enfoque biomédico (Singer, 1989), o por lo menos por estar muy influenciada por él.

---

<sup>2</sup> Utilizo el término “positivista” por no contar con otro, pero reconociendo que dice cada vez menos en términos conceptuales, dado que un uso no solo estigmatizante, sino además difuso refiere esta etiqueta a una diversidad de trabajos que poco tienen que ver entre sí. En nuestro trabajo, “positivista” refiere a una epidemiología que es exclusivamente descriptiva, caracterizada por su empirismo ateorico, que suele utilizar una multiplicidad de variables sin una teoría relacionante de ellas, y que pretende que sus descripciones y conclusiones son generalizables.



La revisión de ambas disciplinas, y en particular de las dos tendencias señaladas, evidencia la existencia de toda una serie de características diferenciales, algunas de las cuales son potencialmente antagónicas, y con las cuales se identifican fuertemente los usuarios de dichas perspectivas. En el caso de las tendencias epidemiológicas positivistas, algunas de estas características son: dar prioridad a los factores biológicos en la descripción, análisis y explicación de los padecimientos; focalizar sus intereses en las causas y distribución de las enfermedades; dominio de una descripción y análisis de tipo estadístico y factorial; tratar de obtener datos, explicaciones y conclusiones generalizables; tendencia a homogeneizar a los actores sociales; aplicación de una metodología muy poco flexible; estudiar los procesos de s/e/a en términos de *disease* (enfermedad observada desde la perspectiva biomédica); considerar a la biomedicina y a la epidemiología como actividades científicas, o por lo menos derivadas de la ciencia.

En el caso de las corrientes antropológicas señaladas, colocan el énfasis en los procesos socioculturales o si se prefiere simbólicos; no focalizan lo patológico, sino que parten de los significados culturales y sociales; su aproximación teórica y sus técnicas son de tipo cualitativo; orientan la investigación a obtener información y explicaciones referidas a situaciones locales donde la generalización aparece como secundaria o incluso se plantea la imposibilidad de la generalización de los datos obtenidos; tendencia a focalizar las diferencias entre los actores sociales; utilizan una metodología sumamente flexible; estudian preferentemente los procesos de s/e/a en términos de *illness* (padecimiento: enfermedad observada desde la perspectiva de la comunidad); consideran todo sistema médico –aún el alopático– como parte de un sistema cultural.

No obstante, estas fuertes características diferenciales, existen toda una serie de similitudes respecto de características básicas, entre las cuales subrayamos las siguientes: en términos metodológicos ambas trabajan con algún tipo de conjunto social, el cual puede ser pensado en términos de grupos domésticos, grupos ocupacionales, grupos de edad o estratos sociales. Para ellas, la unidad de descripción y de análisis debería ser algún tipo de conjunto social.

En la actualidad, las corrientes dominantes en epidemiología y en antropología médica reconocen la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud, y cuestionan los enfoques unicausales. La manera de manejar la multicausalidad puede variar según sea el problema y/o el marco metodológico utilizado, por lo cual mientras algunas investigaciones manejan una notoria diversidad dispersa de factores explicativos, otras tratan de hallar un efecto estructural que organice los diversos factores incluidos.

Las dos disciplinas suponen la existencia de algún proceso de desarrollo o de “evolución” de los padecimientos específicos, que en el caso de la epidemiología puede referir al modelo de historia natural de la enfermedad, y en el caso de la antropología médica a las propuestas construccionistas, que consideran que todo padecimiento se constituye a través de un proceso social e histórico que necesita ser reconstruido para poder comprender los significados que tiene para los diferentes

actores que se relacionan en función del padecimiento, en particular el sujeto enfermo, su microgrupo y los curadores.

Un cuarto punto de convergencia refiere a que la antropología médica y la epidemiología reconocen que las condiciones de vida –se denominen forma de vida obrera, subcultura adolescente o estilo de vida del fumador– tienen que ver con la causalidad, desarrollo, control o solución de los problemas de salud. El concepto estilo de vida es el que parece haber tenido mayor acogida a nivel biomédico, especialmente respecto de adicciones, enfermedades crónico/degenerativas y “violencias”.

Ambas disciplinas proponen una concepción preventivista del padecimiento, en la cual se articulan diferentes dimensiones de la realidad con el objetivo de eliminar, o por lo menos limitar, la extensión y/o gravedad del daño.

Además, las dos disciplinas afirman que su quehacer no es arbitrario, sino que se fundamenta en principios teóricos y técnicos que se expresan a través de metodologías que, en ambos casos –y más allá de la menor o mayor flexibilidad con que manejan tanto la metodología como las técnicas–, incluyen el planteamiento del problema, la propuesta de objetivos, el manejo de conceptos y teorías específicas, el diseño de obtención de información y la aplicación de técnicas de análisis y/o de interpretación de dicha información. Un aspecto relevante es que ambas disciplinas usan los mismos conceptos básicos para el estudio de los procesos de s/e/a, más allá de cómo los utilicen.

Más aún, ambos conjuntos disciplinarios se caracterizan por obtener la mayoría de los datos con que trabajan a partir de la palabra de los sujetos, ya sea a través de encuestas, entrevistas y/o narrativas. Es decir que la mayoría de la información obtenida no refiere a la observación o constatación de prácticas, sino que son fruto de verbalizaciones más allá de que hayan sido obtenidas en términos de representaciones sociales o de experiencias.

Y, por último, debemos reconocer que ambas disciplinas en la actualidad trabajan básicamente con la enfermedad y muy poco con la salud, más allá de las invocaciones ideológicas al respecto de una y otra.

Podríamos seguir enumerando otros aspectos que evidenciarían importantes similitudes, pero considero más relevante señalar que, respecto de cada uno de los puntos de convergencia presentados, podemos detectar diferencias que pueden llegar al antagonismo entre las propuestas de la epidemiología y de la antropología médica.

Si revemos por lo menos algunas de las convergencias enumeradas, observamos que, si bien ambas disciplinas tratan con conjuntos sociales, como pueden ser grupos domésticos, estratos sociales o niveles educacionales, la epidemiología describe frecuentemente los conjuntos sociales en términos de agregados estadísticos, mientras que la antropología trabaja preferentemente con los denominados grupos “naturales”.

Esta tendencia epidemiológica es reconocida por los propios epidemiólogos a través de dos concepciones básicas. Una que subraya que dicha disciplina estudia agregados de individuos, constituyendo la individuación:

...el proceso por el cual la salud se concibe como un proceso definido exclusivamente a nivel de individuos, y cuyos determinantes se limitan a factores o procesos que ocurren exclusivamente a nivel individual [...] La

epidemiología estudia poblaciones no en tanto poblaciones sino como simples cúmulos de individuos sin propiedades que se diferencien de las propiedades de los individuos que las componen. (Diez Roux, 2007, pp. 117-118)

Y otra que reconoce que los agregados de individuos:

...constituye la 'materia prima' de la investigación epidemiológica... pero tales agregados son más que la sumatoria de los individuos que los componen, porque los colectivos humanos son determinados social y culturalmente. Por ese motivo, la epidemiología estudia dos clases de seres: agregados humanos colectivos e individuales miembros de esos agregados. (Almeida y Rouquayrol, 2008, p. 196)

Pero para nosotros la cuestión no radica tanto en si trabajo solo con individuos o si trabajo con colectivos construidos a partir de individuos, sino en cómo trabajo con ellos, dado que en ambos casos la epidemiología tiende a excluir uno de los procesos inherentes a los comportamientos de los sujetos, es decir, las relaciones sociales.

Los enfoques antropológicos tratan de no desagregar los grupos que estudian, dado que desagregar los conjuntos sociales en individuos seleccionados aleatoriamente, supone no asumir que dichos individuos se definen como tales a partir de las relaciones establecidas, por lo menos en parte, dentro de sus grupos, así como que la mayoría de dichas relaciones no son aleatorias, y que los miembros del grupo dan sentido y significado a los padecimientos y desarrollan prácticas a partir de las relaciones intersubjetivas desarrolladas en los grupos. Más aún, la distribución de las enfermedades y de los riesgos no es aleatoria; lo que es aleatorio es la selección de los individuos de una muestra estadística para observar, en parte, dichas distribuciones.

El desagregado de los conjuntos sociales en individuos pertenece a la misma concepción que escinde la realidad social en múltiples variables, careciendo frecuentemente ambos desagregados de una propuesta teórica de articulación e interrelación. Esta manera de tratar metodológicamente la realidad conduce frecuentemente a producir información que no corresponde a lo que los conjuntos sociales producen y reproducen respecto de los procesos de s/e/a.

Según algunos análisis, los epidemiólogos no asumen actualmente la complejidad del campo social y cultural donde se desarrollan los procesos de s/e/a que investigan. Para A. Young (1976, 1980) la reducción de los procesos sociales a factores aislados y no siempre estratégicos tiene concomitancias con las características ideológicas dominantes no solo en la sociedad norteamericana, sino también en el quehacer científico dominante de dicha sociedad. Es decir, el trabajo epidemiológico que obtiene sus datos de individuos aislados expresaría una de las características ideológicas básicas de la sociedad norteamericana: su individualismo.

Desde la década de 1950 existen estudios epidemiológicos sobre los patrones culturales de consumo de bebidas alcohólicas, pero ocurre que dichos patrones no son descriptos y analizados en cuanto patrones, sino que se los desagrega en una serie de indicadores, cada uno de los cuales es tratado separadamente. Pero, además, el

análisis epidemiológico procede como si todos los indicadores tuvieran el mismo peso en el proceso de s/e/a estudiado.

La epidemiología ha convertido los conjuntos sociales en agregados estadísticos y las enfermedades en suma de signos. Esta tendencia se expresa en forma paradigmática en el DSM-III y en el DSM-III-R, manuales elaborados por la Asociación Psiquiátrica de los EEUU (APA), en los cuales las enfermedades quedan reducidas a una enumeración de signos donde el sujeto enfermo y, obviamente, su grupo desaparecen en cuanto sujetos para ser reemplazados justamente por signos (Gaines, 1992b). Como sabemos, este manejo de la información posibilita la identificación de signos para la construcción de diagnósticos, que no solo permite establecer un código común por encima de las diferentes tendencias teórico/prácticas de la psiquiatría, sino que además simplifica y facilita el trabajo médico y de otro tipo de personal de salud, sobre todo a nivel de la Atención Primaria, así como posibilita la aplicación de técnicas estadísticas a la información obtenida.

Según Bibeau y Corin (1995), la epidemiología psiquiátrica actual aparece cada vez más preocupada por la estandarización de sus instrumentos para medir problemas de salud mental, concentrándose en los indicadores diagnósticos. Cuantificar los diferentes tipos de diagnóstico se ha constituido en su objetivo básico, reduciendo cada vez más sus intereses y preocupaciones por la etiología de los padecimientos. Este desplazamiento, según estos autores, constituye la diferenciación más notoria entre la investigación epidemiológica actual y la de las décadas de 1950 y 1960.

Pero, además, la estandarización de los rasgos para compararlos en términos de indicadores tiende a reducir o simplificar las diferencias, en especial las socioculturales, contrastando con las tendencias socioantropológicas que no solo subrayan la diferencia, sino que colocan cada vez más sus intereses en la experiencia, y en las significaciones del sujeto y de su grupo respecto de su padecimiento.

Es decir que tanto las unidades de descripción, análisis e intervención (los conjuntos sociales), como los contenidos de dichas unidades (padecimientos) son manejados por la epidemiología en forma desagregada, dado que la encuesta estadística inevitablemente opera disgregando a los sujetos y aislándolos de los contextos dentro de los que operan.

Como sabemos, estas discusiones se dieron tempranamente dentro de la sociología, y por eso la mayoría de los sociólogos no tienen problemas en asumir que la unidad de observación en la encuesta es siempre el individuo, que solo mediante artefactos estadísticos pueden construir proposiciones referidas al nivel colectivo, y que, por lo tanto, en términos empíricos solo pueden dar cuenta de agregados de individuos. Pero señalando que en sus análisis manejan supuestos teóricos sobre las relaciones e interacciones que operan entre los individuos, que posibilitan una interpretación grupal y hasta relacional de los datos obtenidos en forma desagregada (Mora & Araujo, 2005).

Más allá de cuestionar o no estas propuestas, lo que me interesa señalar es que, si bien los datos estadísticos obtenidos por encuesta posibilitan la descripción de relaciones entre variables, dichas relaciones no refieren nunca empíricamente a las relaciones y menos aún a las interacciones de los sujetos y de los grupos entre sí. Los

datos empíricos son referidos a agregados contruidos por el investigador donde desaparece el sentido y significado que los sujetos dan a los procesos descriptos, aun cuando a partir de procedimientos estadísticos pueden constituirse diferentes comunidades discursivas. Construcciones respecto de las cuales carecemos de descripciones de las relaciones sociales que operan en la realidad, y las cuales son suplidas por los supuestos teóricos y/o por los presupuestos ideológicos y sociológicos que el investigador tiene respecto de esas comunidades discursivas.

La investigación epidemiológica no trabaja con actores sociales, y menos con sujetos, sino con construcciones estadísticas, manejadas además en términos descontextualizados y no relacionales. Diferentes autores subrayan que la epidemiología positivista describe y analiza al actor y la información obtenida en términos descontextualizados del ámbito institucional, comunitario o nacional. Por lo tanto, una de las consecuencias más negativas del enfoque estadístico epidemiológico es la exclusión de las relaciones sociales, contrastando aún más con los enfoques antropológicos que describen y analizan la realidad como sistema de relaciones.

Una parte de los epidemiólogos tratan de impulsar un enfoque relacional que dé cuenta de la complejidad de los problemas a estudiar, y si bien no es fácil estudiar relaciones complejas y en constante cambio, sin embargo, como sostienen Edwards y Ariff (1981), es el tipo de tarea que debe enfrentarse cuando intentamos comprender el comportamiento humano en su contexto social y cultural, en lugar de manejar únicamente categorías aisladas de enfermedad.

Pese a que epidemiólogos especializados en adicciones, en crecimiento y desarrollo infantil o en VIH-sida han tratado de generar enfoques interactivos a nivel estadístico, sigue dominando un enfoque centrado en el individuo aislado. Lo cual es constantemente reforzado por diferentes tendencias, de tal manera que los estudios genéticos o el enfoque de los estilos de vida tenderán a focalizar en los individuos las causas, intervenciones y responsabilidades respecto de los padecimientos.

## Causalidad, riesgos y niveles de análisis

Si bien ambas disciplinas proponen una concepción multicausal de la enfermedad, la epidemiología tiende a colocar el eje de la multicausalidad en lo biológico o en lo bioecológico, mientras que la antropología médica interpretativa lo coloca en los factores socioculturales. Y ambas a su vez excluyen o secundarizan el papel de los factores y procesos económico/políticos.

Pero además los epidemiólogos, como la biomedicina en general, siguen manteniendo una concepción "real" de la enfermedad en términos de causa única, por lo menos para ciertos padecimientos, ya que a pesar de los esfuerzos "...por promover un modelo multicausal, las enfermedades infecciosas continúan siendo analizadas en su mayor parte siguiendo una explicación de tipo biológico" (Nations, 1986, p. 100; Buck *et al.*, 1989), lo cual se reforzará por el peso creciente dado a las investigaciones genéticas.

Según Terris, esta concepción se mantiene, por lo menos en parte, debido a los contenidos docentes a través de los cuales se forman los epidemiólogos y médicos en general. Este autor desarrolla en sus cursos la concepción de multicausalidad a través de lo que denomina red causal, la cual incluye procesos biológicos, socioculturales, económicos y políticos manejados en términos sincrónicos y diacrónicos; pero según su extensa experiencia docente, a sus "... estudiantes no les gusta estudiar la red causal. Es demasiado teórico para ellos", y agrega: "Podría decirse que mucha de la epidemiología que se enseña en los EEUU se orienta hacia una sola causa, tanto en lo que se refiere a enfermedades infecciosas como no infecciosas" (Terris, 1988, p. 159).

¿Por qué las propuestas teórico/técnicas de Terris y sobre todo de Cassel no constituyen parte de las "herramientas" con las que trabaja la mayoría de los epidemiólogos en los EEUU, pero también en México? El caso de Cassel es sumamente interesante porque intentó generar una articulación entre epidemiología y antropología social a partir de su experiencia médica y etnográfica en Sudáfrica, que se expresa a través de varias propuestas, entre ellas su concepción sobre la causalidad de los padecimientos.

Cassel cuestiona la noción de causalidad específica especialmente respecto de las enfermedades crónico/degenerativas, a partir de considerar que un mismo medio socioambiental puede dar lugar al desarrollo de muy diferentes enfermedades. Propone la existencia de un medio ambiente que, según la mayor o menor vulnerabilidad específica de cada sujeto, puede dar lugar al desarrollo de diferentes enfermedades (Cassel, 1976; Renaud, 1992).

Pero esta es una vieja propuesta que se fue "olvidando" con el desarrollo científico de la epidemiología. A fines del siglo XIX demógrafos, epidemiólogos y clínicos europeos, así como estudiosos de la pobreza, señalaron la estrecha relación que existía entre varios padecimientos en función de su vinculación con un medio social común. Así el alcoholismo, la desnutrición, la tuberculosis broncopulmonar y las violencias y, en particular, los homicidios aparecían asociados y relacionados estrechamente con las condiciones de vida generadas por la pobreza. Para estos autores, era la pobreza la que creaba las condiciones para el desarrollo de un complejo patológico, cuyas entidades nosológicas constituían algunas de las primeras causas de mortalidad en países europeos y latinoamericanos, y que en unos casos denunciaba la situación miserable de las clases subalternas, mientras que en otros era utilizada como mecanismo de estigmatización y control de las denominadas "clases peligrosas". No debemos olvidar que la teoría de la degeneración impulsada en la segunda mitad del siglo XIX constituye una teoría biomédica.

Si bien esta propuesta no es la misma que la de Cassel, tiene puntos de partida similares, dado que reconoce un medio ambiente patologizante y la existencia de condiciones de vulnerabilidad social en los sujetos y grupos.

Desgraciadamente, las tendencias epidemiológicas que podrían articularse más con ciertas perspectivas socioantropológicas son las que menos se desarrollan a nivel docente y aplicativo dentro de la epidemiología a nivel general, y de México en particular. No obstante, estas propuestas fueron impulsadas por algunos grupos norteamericanos, brasileños y especialmente por grupos canadienses, como puede observarse sobre todo a través del material publicado por la revista *Santé/Culture/*

*Health*. En el caso de estos últimos reconocen que, si bien todo padecimiento es multicausal, los mismos factores causales pueden dar lugar a diferentes enfermedades. Asumen en gran medida los aportes de Cassel, quien había observado que hay una gran similitud en las condiciones y formas de vida de las personas que desarrollan padeceres tan diferentes como suicidio, tuberculosis broncopulmonar o esquizofrenia. Y que, por lo tanto, los estudios y acciones deben partir del supuesto de que existen espacios y/o situaciones sociales patologizantes, donde a partir de similares causales los sujetos pueden desarrollar padecimientos diferenciales (Renaud, 1992).

Pero, además, dado que sobre todo en el caso de muchas enfermedades crónicas es difícil detectar factores específicos, deberíamos partir de las condiciones y modos de vida más que de las enfermedades, para hallar la real causalidad de las mismas. ¿Por qué en ciertos casos un consumo similar de alcohol se traduce en alcoholismo y en otros no? El alcohol no constituye la causa, sino que la causa habría que buscarla en un campo social que incluye al sujeto, su modo de vida, las diversas condiciones del medio y, por supuesto, el alcohol y sus usos. La corriente canadiense subraya sobre todo el papel del aislamiento, la soledad, la carencia o debilidad de los apoyos sociales o las condiciones de vida tensionantes como procesos que posibilitan la emergencia de enfermedades y/o las limitaciones para erradicarlas. Y han analizado e intervenido especialmente sobre un campo patologizante, el de la pobreza (Massé, 1995; Toussignant, 1989).

En función de lo señalado, me interesa subrayar la existencia de corrientes teórico/metodológicas que colocan la causalidad de los padecimientos, y también los mecanismos de enfrentamiento y solución, no en factores aislados sino en campos de fuerza, en relaciones sociales, en espacios patologizantes.

Y que, pese a que algunas de estas corrientes han sido desarrolladas por epidemiólogos, las mismas han incidido muy poco en la formación y quehacer de esta disciplina, salvo en ciertos contextos específicos.

Pero, como venimos analizando, esta es una corriente no solo secundaria sino marginal, ya que lo dominante sigue siendo, a nivel de discursos teóricos/ideológicos, la multicausalidad, y a nivel de las prácticas la búsqueda de algún tipo de unicausalidad. Y ello por múltiples razones, pero sobre todo en función de la posibilidad de establecer estrategias preventivas puntuales, sencillas y frecuentemente basadas en fármacos.

Como sabemos, la prevención se desarrolló inicialmente casi exclusivamente respecto de las enfermedades infectocontagiosas consideradas como unicasales, pero el paso a primer plano de las crónicas/degenerativas y de otros padecimientos condujo a proponer un discurso multicausal que limitaba la posibilidad de pensar y aplicar mecanismos preventivos. Y es en parte por ello que, en los hechos, la concepción multicausal se desplegó a través de dos opciones básicas. Una que incluyó un espectro amplio o reducido de variables –según cada padecimiento– pero que coloca el peso explicativo en una sola de las variables, lo que posibilita pensar y aplicar acciones simplificadas de prevención. Si bien actualmente dominan las concepciones multicausales, tanto lo señalado como sobre todo la expectativa colocada en los estudios genéticos refuerzan constantemente la ideología de la causalidad única.



La otra estrategia fue proponer explicaciones multicausales, pero colocando la causalidad y las posibilidades de prevención en ciertas características de los sujetos que aparecían como articuladoras de las diferentes variables causales, y cuya principal expresión hasta ahora es el concepto estilo de vida. Es el estilo de vida el que sintetiza las diferentes variables y el que permite proponer estrategias simples de prevención en términos unicausales.

Debemos subrayar que esta tendencia a la unicausalidad la observamos en las más diversas corrientes, incluidas las corrientes marxistas que focalizaron los aspectos económicos/políticos como explicación universal de procesos de s/e/a, excluyendo no solo el rol de los procesos socioculturales e ideológicos, sino también el papel de los sujetos. Esto se evidenció sobre todo en ciertas corrientes de medicina social que operaron en América Latina, a través de una concepción casi exclusivamente economicista.

Pero lo que me parece más decisivo es subrayar que, salvo excepciones como las Cassel o de ciertas tendencias epidemiológicas desarrolladas especialmente en Canadá, lo que observamos es el desarrollo de una manera de pensar hegemónica que va dejando cada vez más de lado la descripción e inclusión del medio ambiente y del contexto; va colocando cada vez más sus intereses en establecer los riesgos y los factores de riesgo, y tiende a colocar dichos riesgos y la posibilidad de resolverlos en acciones centradas en los individuos. De tal manera que el enfoque de riesgo se reduce frecuentemente al riesgo pensado en términos de estilo de vida individual.

Esta es la epidemiología que va a constituirse en hegemónica, y donde desaparece cada vez más la preocupación por la causalidad, y no solo por la multicausalidad o la unicausalidad, para reemplazarla por la construcción de indicadores y de grupos de riesgo a través de los cuales distinguir aspectos específicos que posibiliten intervenir en términos de prevención, pero ya no referidos a los aspectos causales, sino en gran medida referidos a los modos de vida. Pero modos de vida sumamente simplificados, como veremos más adelante.

Respecto de la complejidad de toda una serie de padecimientos, el concepto de riesgo posibilita seleccionar algunos factores –denominados de riesgo– que permite generar intervenciones o por lo menos recomendaciones, a través de acciones puntuales y específicas, que refieren a aspectos no solo bioecológicos, sino también socioculturales. Este concepto se relaciona con conceptos como “eventos críticos” y similares generados desde la psiquiatría social durante la década de 1950, los cuales posibilitan también pensar en situaciones de riesgo, y proponer mecanismos de acción y prevención específicos.

Por lo tanto, desde la década de 1950, y en función de diferentes problemas de salud se proponen conceptos y acciones que, más allá de las denominaciones, conducen a pensar los padecimientos en términos de factores de riesgo, lo cual se irá convirtiendo en la línea dominante de pensar las explicaciones e intervenciones epidemiológicas.

Como sabemos, desde la trayectoria biomédica, los conceptos “riesgo” y “factor de riesgo” fueron propuestos inicialmente respecto del papel del consumo de tabaco en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y de cáncer pulmonar. Y a partir de entonces, dichos conceptos serán aplicados a los procesos de salud más diversos, desde la violencia contra la mujer hasta el incremento de la mortalidad por diabetes

mellitus. Es importante subrayar que estos conceptos serán aplicados al conjunto de los padecimientos, más allá de que cobren visibilidad no solo profesional sino incluso social a través de ciertos problemas, como ocurrió en las décadas de 1980 y 1990 cuando la transmisión del VIH-sida fue pensada en términos de “sexo seguro”, o en la década de 1990 y primeros años de 2000, cuando el “sexo seguro” fue referido especialmente al “embarazo no deseado”.

Pero en todos los casos el riesgo y los factores de riesgo trataron de ser reducidos a un pequeño grupo de factores que, además, pueden referir a determinados actores sociales tanto en términos de riesgo como de control del riesgo. De tal manera que la OMS (1978) define los factores de riesgo como las características que con más frecuencia se encuentran en las personas y grupos donde se da el problema específico.

Es decir que hay una tendencia constante a reducir la multicausalidad o los factores de riesgos a la uncausalidad, o por lo menos al número más reducido posible de causas, y de ser posible referido al estilo de vida de un determinado sujeto para facilitar las intervenciones biomédicas. Más aún, el peso creciente de investigaciones a nivel de patología molecular, asociadas con los objetivos de la clínica médica, tiende cada vez más a pensar no solo en términos de causa única, sino también de paciente único. Proponen que la investigación evidencia que cada cáncer es único, lo cual conduce a la personalización de las terapias.

Uno de los epidemiólogos latinoamericanos que más han trabajado la cuestión de la causalidad, concluye que el enfoque de riesgo resulta insatisfactorio, señalando la necesidad de elaborar un nuevo paradigma que, según Almeida, solo está en vías de construcción (Almeida-Filho, 2000, p. 237). Este autor reconoce la existencia de ciertas tendencias alternativas que proponen el desarrollo de una epidemiología de los modos de vida que tienen en cuenta la complejidad de los procesos de *s/e/a* colectivos, y que en gran medida coincide con las propuestas de ciertas orientaciones antropológicas que colocan el eje de sus descripciones e interpretaciones en la vida cotidiana de los actores sociales, y no en los factores de riesgo.

Por lo menos en parte, dichas alternativas recuperan las propuestas que desde fines del siglo XIX cuestionan la noción de causalidad, y proponen describir y comprender los procesos en términos de sentido y de significado. Es decir, no buscar tanto el “porqué”, sino básicamente el “cómo”. Y así, por ejemplo, Denzin (1987a, 1987b), en su estudio sobre grupos de Alcohólicos Anónimos, no preguntó a los individuos por qué se habían vuelto alcohólicos, sino cómo habían llegado a considerarse a sí mismos como alcohólicos, dado que era una de sus preocupaciones básicas para comprender el proceso de recuperación de los alcohólicos y el papel de AA.

Pero, además, se vincula con las propuestas de sociólogos del riesgo como Beck o Giddens, que proponen que los riesgos se caracterizan por ser producidos en gran parte por las propias sociedades y sujetos, es decir que no solo el sentido y significado explicativo, sino también la propia causalidad está en las acciones de los sujetos y grupos humanos:

Nuestra era no es más peligrosa ni más riesgosa que las generaciones anteriores, pero el balance de riesgos y peligros ha cambiado. Vivimos en un

mundo donde los peligros creados por nosotros mismos son tanto o más amenazantes que los que proceden del exterior. (Giddens, 1999, p. 47)

Varios epidemiólogos reconocen la complejidad que supone trabajar con procesos que son simultáneamente biológicos, sociales y simbólicos, lo cual ha sido reconocido por lo menos desde fines del siglo XIX, y frente a lo cual se han propuesto trabajar en forma articulada con los diferentes niveles de análisis, lo cual ha sido reiteradamente formulado por estructuralistas como Durkheim o Nadel hasta marxistas como Baer o Singer, pasando por funcionalistas críticos como Press (ver S. S. & M., 1990).

Dicha propuesta reconoce que los procesos a estudiar presentan niveles de complejidad diferenciales, así como que cada investigador plantea problemas específicos respecto de dichos procesos. De la articulación de los diferentes niveles más o menos interrelacionados (biológico, psicológico, social u otras propuestas de niveles) y de los problemas específicos a investigar, surgirán los tipos de causalidad a utilizar, incluida la no utilización de concepciones y factores o estructuras causales.<sup>3</sup>

Debemos asumir que, tanto los conceptos de unicausalidad como de multicausalidad utilizados por ambos conjuntos disciplinarios, evidencian limitaciones especialmente para el estudio de ciertos problemas de que siguen desarrollándose y/o incrementándose pese a los esfuerzos desarrollados para controlarlos o reducirlos. Lo cual, según diversos autores, requiere de una suerte de regreso al “holismo”, dado que “para la nueva epidemiología el holismo es esencial” (Agar, 1996, p. 400).

Dada la complejidad de problemas como las adicciones, Agar propone dejar de lado la búsqueda de causas específicas, reemplazarla por la propuesta de “causal assemblage”, y aplicar teorías complejas para la explicación de dichos procesos. Considera necesario regresar a una perspectiva holística, y que la misma se base en la etnografía para describir y analizar los componentes del sistema en diferentes niveles, y posibilitar la construcción de modelos explicativos.

Propuestas similares han sido desarrolladas recientemente por algunos destacados epidemiólogos latinoamericanos, pero considero que hasta ahora las propuestas –por lo menos las propuestas generadas desde la socioantropología– recuperan el tradicional holismo antropológico, pero sin ir más allá de las antiguas propuestas tanto en términos teóricos como operativos. No obstante, no negamos sus posibilidades de desarrollo.

---

<sup>3</sup> Las diferentes propuestas sobre niveles de análisis han sido criticadas, especialmente porque los niveles de análisis suponen establecer “cortes” epistemológicos entre un nivel y el otro, que para ciertos procesos de *s/e/a* funcionan, mientras que para otros generan problemas de difícil solución teórica y empírica. Considero que en función de este y otros cuestionamientos los niveles de análisis deben ser manejados en términos relacionales y no en forma excluyente.

## Las funciones de la ahistoricidad

La biomedicina y la epidemiología, como ya lo señalamos en el primer capítulo, se caracterizan por el dominio de una aproximación ahistórica en sus descripciones, análisis e intervenciones sobre los procesos de s/e/a. El uso dominante de la serie histórica corta (entre cinco y diez años) en sus investigaciones no es un hecho casual o basado exclusivamente en razones técnicas, sino que obedece a una perspectiva metodológica que no está interesada –o considera secundario– observar la trayectoria histórica de los padecimientos y de las acciones sobre los padecimientos.

Si bien esta disciplina trabaja básicamente con series históricas cortas por razones técnicas comprensibles, dada la necesidad de hallar soluciones o por lo menos explicaciones a problemas inmediatos y urgentes como, por ejemplo, la emergencia de brotes de dengue o de sarampión, o debido a la desconfianza en la validez de los datos epidemiológicos más antiguos, no es solo por estas u otras razones similares que la epidemiología no utiliza la dimensión histórica.

Considero que hay, por lo menos, otras tres razones básicas además de las señaladas. Primero, porque domina una concepción biológica sobre el desarrollo de los padecimientos, los cuales son pensados en términos de evolución y no de historia de las enfermedades. Para el clínico, pero también para el epidemiólogo la enfermedad y el enfermo “evolucionan”, hay una sintomatología “progresiva” que incluso supone en determinados casos la “regresión”. Para padecimientos como el alcoholismo o la cirrosis hepática se han propuesto “fases” en términos de la denominada “historia natural de la enfermedad”, pero que no incluye –y lo subrayamos– la “historia social del padecimiento”, de tal manera que para la epidemiología la historia aparece “naturalizada”.

Segundo, porque la dimensión histórica puede evidenciar hechos que resulta difícil y/o incómodo explicar con las categorías epidemiológicas dominantes, como son los surgidos de los estudios sobre medicalización o psiquiatrización de los comportamientos, que ponen en evidencia ciertos aspectos negativos cumplidos por la biomedicina.

Y tercero porque el epidemiólogo no ve la utilidad de la dimensión diacrónica para analizar e intervenir sobre los procesos de s/e/a, lo cual es para mí un factor decisivo dado que no suele enseñarse en las escuelas de salud pública a utilizar la dimensión histórica para interpretar e intervenir sobre los problemas con los que trabajan los epidemiólogos. Más aún, muchos de los científicos sociales y sobre todo historiadores llamados para cubrir este vacío, no solo no desarrollan un material comprensible y convincente, sino que además tienden a presentar una historia de acontecimientos, frecuentemente desvinculados de los procesos que tienen que explicar y resolver los epidemiólogos.

Sin embargo, los estudios de epidemiología histórica, como los ya citados de McKweon, fueron de enorme impacto en su momento, así como de utilidad teórica y práctica al evidenciar que fueron los procesos sociales, económicos y políticos generados durante la segunda mitad del siglo XIX a nivel macrosocial, pero operando sobre todo a nivel de los microgrupos, los procesos que realmente condujeron

al notable y constante descenso de las tasas de mortalidad de las principales enfermedades infectocontagiosas en los países europeos de mayor desarrollo. Es importante recordar que McKweon, al igual que otros autores que utilizan la dimensión histórica en términos analíticos y críticos, es uno de los más relevantes epidemiólogos contemporáneos.

Desgraciadamente, el fuerte impacto de este tipo de estudios epidemiológicos en México es cosa del pasado, porque en la actualidad aparece olvidado por el personal clínico y salubrista, que cree –y subrayo lo de “cree”– que fue el impacto de la medicina bacteriológica la responsable de dichos descensos. Por eso la aplicación de la dimensión histórica tiene también como objetivo la lucha contra un olvido que reduce comprender no solo los procesos de *s/e/a*, sino también los aciertos y los límites de las acciones médicas. Pero es importante señalar que esta es una “creencia” no solo del personal biomédico, sino también de gran parte de los que estudian posgrados en antropología médica, por lo menos en algunos contextos en los cuales desarrollo mis actividades docentes.

El uso de la dimensión histórica es importante para autocontrolar, técnica y epistemológicamente, algunas de las tendencias de la metodología epidemiológica basada en el análisis de variables, ya que la misma “... presume –aun cuando los investigadores que la usan saben que no es así– que todos los factores que intervienen para producir el fenómeno actúan simultáneamente” (Becker, 1971, p. 31). Es decir que en términos técnicos dicha metodología tiende a proponer no solo una visión sincrónica de la realidad que describen y analizan, sino que ignoran que gran parte de esta realidad implica procesos que no pueden ser reducidos a secuencias pensadas en términos de fases necesarias e inevitables. Y es por ello que autores como Becker proponen el concepto de “carrera” que trata de captar no solo los cambios, sino también los procesos que van surgiendo en las relaciones sociales dentro de las cuales los sujetos desarrollan sus “carreras”. En el caso de la investigación de Becker la “carrera del mariguano”.

Algunos epidemiólogos y clínicos han sostenido que el concepto de “carrera” es equivalente al de historia natural de la enfermedad y, de hecho, lo utilizan en forma similar tratando sobre todo de detectar fases que tienen un carácter progresivo de tipo biológico, que es justamente lo que cuestiona el concepto de carrera.

Como sabemos, la apropiación por la biomedicina de conceptos y de técnicas generados por las ciencias sociales, se expresa frecuentemente en una biologización de dichos conceptos y técnicas, para adecuarlos a su sistema de explicaciones e intervenciones. Lo cual implica la necesidad no solo de aplicar criterios epistemológicos, sino también históricos, al desarrollo y uso de conceptos y técnicas.

Justamente la epidemiología positivista se apropió de conceptos desarrollados durante las décadas de 1950 y de 1960 por la teoría de la modernización, para describir y entender la transformación histórica que se estaba dando en los perfiles epidemiológicos, y generar adecuaciones no solo técnicas, sino además financieras a dicha transformación. Y así propusieron el concepto de “transición epidemiológica” que, como lo hemos analizado en otros trabajos, no solo no resiste los análisis de tipo teórico, sino que tampoco la contrastación con la realidad analizada en términos históricos.

Como sabemos, si bien se han generado cambios en el perfil epidemiológico de los países latinoamericanos, dichos cambios no solo no son irreversibles, no solo operan más en la mortalidad que en la morbilidad, sino que además no contemplaron el desarrollo de procesos como el del incremento de la morbimortalidad por “violencias” o de enfermedades infectocontagiosas como el VIH-sida en un país como México. Pero, además, el manejo teórico-metodológico de la “transición” no refiere realmente a procesos históricos, sino a propuestas tipológicas que corresponden a la concepción tradicional/moderna considerada como el eje de la transformación de nuestras sociedades por los teóricos de la modernización, y que reifican la realidad.

Por otra parte, si bien reconocemos que las corrientes interpretativas socioantropológicas han generado aportes para la comprensión diacrónica de los procesos de s/e/a, debemos asumir que ha dominado también una aproximación de tipo sincrónica en el estudio de los procesos de s/e/a.

Pese a que la descripción e interpretación de las enfermedades en términos históricos fue reiteradamente propuesta e implicó, en las décadas de 1940 y 1950 una notoria relación entre las concepciones socioantropológicas y las de historiadores como Sigerist o Rosen, y más tarde con los trabajos históricos de Foucault, la perspectiva diacrónica no prosperó demasiado en el estudio antropológico de la enfermedad y de su atención. Posiblemente las problemáticas a través de las cuales se desarrolló más la dimensión histórica, aunque frecuentemente mediante una aproximación de tipo constructorista, son las que tienen que ver con la trayectoria del diagnóstico y de la atención de la enfermedad, más que con la trayectoria de la misma. Una parte de estos trabajos evidenciaron el papel hegemónico de la biomedicina en la construcción social no solo de la enfermedad (*disease*), sino también del padecimiento (*illness*), y de allí la notable importancia de los estudios sobre los procesos de medicalización y de psiquiatrización.

Pero lo dominante ha sido focalizar los procesos actuales, sin referirse –o refiriéndose esquemáticamente– a los procesos históricos que permitirían entender la constitución y desarrollo de los procesos de s/e/a estudiados. Se asumen los procesos actuales como una continuidad con un pasado, que no es estudiado sino hipotetizado en función de las condiciones actuales. Esta tendencia podemos observarla en numerosos campos, pero especialmente en el caso de los estudios de género, por lo menos en México.

La casi totalidad de los estudios de género desarrollados en México parten del supuesto de que el varón tiene que ver muy poco con la atención del embarazo, parto y puerperio. Aparece como un hecho dado, sin que los estudiosos y estudiosas de género se preocupen demasiado en verificar dicho presupuesto en términos sincrónicos y, sobre todo, históricos. Subrayo que no cuestiono dicho presupuesto, sino que solo me interesa plantear la necesidad del desarrollo de una epidemiología histórica y sincrónica que describa y explique la ausencia del varón en dichos procesos. Y si señalo esto es porque, por lo menos en ciertos contextos latinoamericanos, dicho presupuesto no aparece convalidado por los datos empíricos.

A fines de la década de 1970 “descubrí” que el varón de varias comunidades mayas yucatecas tenía un papel básico no solo en el proceso de embarazo, sino también durante el parto y el puerperio. Este papel ha sido descrito por varios autores, y especialmente por J. Ortega (1999), apareciendo el varón como un sujeto que no solo debe estar *necesariamente* en el momento del parto, sino que además realiza actividades específicas, incluida la de pujar junto con su mujer hasta la “expulsión del producto”.

Pero el papel del varón en el parto y el puerperio no solo aparece circunscrito a los grupos étnicos yucatecos, sino que con otras características ha sido observado en el caso de ciertas áreas de Bolivia, así como en ciertas zonas de Guatemala. Personalmente considero que el papel del varón respecto de estos procesos estaba mucho más extendido en el pasado que en la actualidad, por lo menos en ciertos grupos étnicos latinoamericanos, pero no contamos con los trabajos históricos –ni sincrónicos– que nos permitirían no solo verificar dicha presencia/no presencia, sino además observar el papel y la función que tenía dicha presencia activa del varón en términos generales, pero sobre todo en la relación mujer/varón, para culturas consideradas por definición como “machistas”.

Por otra parte, el uso de las series históricas largas respecto de las tendencias de la mortalidad o de la esperanza de vida puede generar efectos estadísticos e históricos que favorecen la reflexión sobre ciertos procesos de s/e/a. Si observamos la trayectoria de la esperanza de vida según género en México a través de una serie histórica que incluye todo el siglo XX y los primeros años del siglo XXI, observamos que durante las dos primeras décadas del siglo XX la mujer presenta una esperanza de vida menor que el varón, pero que a partir de la década de 1930 y sobre todo de 1940, la mujer presenta una esperanza de vida cada vez mayor, lo cual se irá acentuando hasta alcanzar casi seis años de diferencia favorables a la mujer en la actualidad. Y es respecto de este tipo de datos históricos que necesitamos analizar no solo la trayectoria de las relaciones de género, sino también ciertas afirmaciones que se hacen actualmente en términos de uno solo de los géneros.

La perspectiva histórica centrada en el presente posibilita el desarrollo de interrogantes que problematizan las realidades a estudiar. Así, por ejemplo, una serie de investigaciones sobre el dolor desarrolladas desde la década de 1950, y especialmente desde el trabajo de Zborowski, encontraron que los sujetos pertenecientes a diferentes grupos étnicos que incluso viven/conviven al interior de una misma sociedad, establecen relaciones notoriamente diferentes con el dolor. Pero ocurre que, investigaciones desarrolladas a partir de fines de la década de 1960, han demostrado la reducción de la significación de las pertenencias étnicas y de las diferencias culturales en las maneras en que se reconoce y se sufre el dolor, así como en los tipos de dolores más frecuentes.

Actualmente se observa un proceso de homogeneización en las representaciones sociales sobre el dolor en grupos que antes presentaban diferencias significativas; pero, además, se observa en todos ellos el dominio del dolor crónico y difuso. ¿Qué pasó en términos históricos con las representaciones sociales sobre el dolor en los diferentes grupos étnicos? ¿Qué expresa social y epidemiológicamente este proceso de homogeneización y de concentración en determinadas formas de dolor, y sobre



todo qué significa que los tipos de dolor más frecuentes se caractericen por su difusividad y por su cronicidad? ¿Cómo puede ser instrumentado por las políticas de salud específicas el hecho de que el dolor se exprese a través de representaciones sociales que se modifican con el tiempo?

Tratar de resolver estos y otros interrogantes sería de importancia para la acción del sector salud. La inclusión de una perspectiva diacrónica podría dar explicaciones respecto de uno de los rubros que suponen más gastos tanto para los servicios de salud como para las personas y microgrupos. Y me refiero obviamente a los medicamentos para el dolor.

Pero estos enfoques se han desarrollado muy escasamente, dado el dominio del enfoque sincrónico que, como vimos, no solo opera en epidemiología. No obstante, debemos reconocer que desde la década de 1970 asistimos a una creciente aplicación de una perspectiva construccionista más que histórica, como ya se señaló, que ha posibilitado, por ejemplo, cuestionar estereotipos sobre el comportamiento del personal de salud y de los conjuntos sociales respecto de diferentes aspectos de los procesos de s/e/a, pero cuyos resultados desgraciadamente no han sido aplicados a nivel de políticas de salud.

Reiteradamente he propuesto que, si contamos con los recursos necesarios, es importante trabajar con un enfoque que utilice tanto perspectivas históricas como situacionales. Más aún, considero necesaria la observación de procesos en el nivel sincrónico para observar justamente el peso de los procesos históricos. Y esto lo hemos tratado de aplicar, por ejemplo, tanto en nuestro estudio sobre Yucatán como en nuestros estudios sobre el proceso de alcoholización en México.

La articulación entre lo situacional y lo histórico posibilita cuestionar visiones sincrónicas, que al anular los procesos históricos legitiman ciertas interpretaciones que no corresponden a lo realmente acontecido. Así, por ejemplo, observamos que las investigaciones antropológicas, especialmente sobre los grupos étnicos y rurales de América Latina, insistieron reiterada y uniformemente desde la década de 1930 hasta bien entrado la década de 1980 en el rechazo de estos hacia la biomedicina, en la existencia de “barreras culturales” para el uso de la misma, a la preferencia casi excluyente por sus formas tradicionales de atención. Sin embargo, la aplicación de un enfoque situacional e histórico posibilitó encontrar un incremento constante del uso y consumo de la biomedicina por dichos grupos étnicos y rurales, y no todo lo contrario. Esto resulta en cierta manera paradójico, dado que el incremento de los usos biomédicos convive con el desarrollo de fuertes cuestionamientos a la sociedad dominante, así como a la reivindicación de la medicina “tradicional” por una parte de los grupos étnicos latinoamericanos.

Pero, además, la aplicación de una perspectiva histórica permitiría asumir que algunos de los hábitos negativos que constituyen el principal factor de riesgo para la morbimortalidad –por ejemplo, el cáncer pulmonar generado por el consumo de tabaco–, son relativamente recientes, debido a que el consumo de cigarrillos dentro de las sociedades capitalistas se dio en el siglo XX, y especialmente a partir del período 1920-1940, aun en los países con mayor y más antiguo consumo de tabaco. Es decir que dicho hábito tiene una escasa profundidad histórica, pese a su arraigado

consumo, lo cual nos conduciría a pensar en la posibilidad de que, si esos hábitos son relativamente recientes, podemos observar cuáles son los mecanismos que los han arraigado y pensar en formas de intervención específica para desarraigarlos, y no solo en términos individuales sino en términos colectivos.

Un análisis histórico y situacional permitiría observar que no solo cambian las estrategias de los conjuntos sociales y de los curadores hacia los procesos de *s/e/a*, sino que se modifica además el perfil epidemiológico y las relaciones sociales que los grupos y sujetos establecen con sus padecimientos. Al respecto me interesa subrayar que la producción y uso de esta información no debería ser entendida como exclusivamente académica o cronográfica, sino como materiales que posibilitan comprender mejor las características y funcionamiento de procesos específicos.

Si puntualizo estos aspectos es porque una crítica biomédica frecuente, y frecuentemente cierta, considera que los estudios históricos del proceso de *s/e/a* se concentran en el pasado sin establecer relaciones con los procesos actuales. Más aún, la mayoría no llega nunca a los procesos actuales, de tal manera que no posibilita entender la significación de lo histórico en la constitutividad y funcionamiento de los procesos de salud con los cuales se enfrenta el epidemiólogo y también el clínico. Esta orientación fortalece aún más el desinterés del personal de salud hacia el uso de la dimensión histórica, dado que la observa como un material desechable o como hechos anecdóticos más o menos interesantes, pero sin que les sirva demasiado para su trabajo clínico o epidemiológico.

Esta afirmación, por supuesto, no niega que hay aportes como los de Rosen, McKeown o Reiser donde lo histórico aparece constantemente articulado en forma directa o indirecta a problemáticas actuales, y, sin embargo, impactan limitadamente en el saber médico y epidemiológico. O pueden impactar en las representaciones de los médicos –como fue el caso de Foucault en algunos países latinoamericanos–, aunque mucho menos en las prácticas de dichos médicos, ya sean epidemiólogos o clínicos.

## Cultura y estilo de vida: algunos pormenores

De todos los conceptos que recuperan la importancia de las condiciones de vida como causal de los padecimientos y como instancia para actuar positivamente respecto de ellos, el concepto estilo de vida es uno de los que han tenido mayor visibilidad y aplicación en las últimas décadas, tanto por salubristas como por clínicos. Según la OMS, las enfermedades relacionadas con el modo de vida causan del 70% al 80% de las defunciones en los países desarrollados y del 40% al 50% en los países en desarrollo. Y en el caso de México el SS concluye que:

Los problemas de salud emergentes se deben en su mayoría a la creciente exposición a estilos de vida que dañan la salud. El sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la inseguridad pública y vial, la violencia en el hogar y el deterioro de las redes familiares y sociales han crecido incesantemente a lo largo del último medio siglo en México. Su control depende de la

implementación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida. (SSA, 2001, p. 27)

Desde la década de 1960, pero sobre todo desde la de 1970, la biomedicina insiste en que determinados comportamientos que tienen que ver con estilos de vida determinan el estado de salud y la esperanza de vida de las personas.

De tal manera que, además de los ya indicados, se señala que la dieta, el uso de drogas, los usos del cuerpo, las formas de conducir automotores y el estrés son causales de obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares, enfermedades mentales, accidentes mortales. Pero el énfasis en ciertos aspectos ha conducido a que, cuando los clínicos como los epidemiólogos piensan en estilos de vida, los refieren casi exclusivamente no solo a los indicadores señalados, sino a determinados padecimientos y especialmente problemas cardíacos, diabetes y adicciones.

Pese a su intenso y extenso uso actual por el SS, debemos asumir que este concepto se constituyó y desarrolló fuera de la biomedicina y especialmente a partir de concepciones marxistas, del comprensivismo weberiano, del psicoanálisis y del culturalismo antropológico norteamericano, aunque fueron las concepciones historicistas alemanas las que más incidieron en la formulación y desarrollo de esta categoría (Coreil *et al.*, 1985).

El objetivo inicial era generar un concepto que, a partir de incluir las dimensiones materiales y simbólicas, posibilitara la articulación entre la estructura social y cultural general y los grupos intermedios a través de sujetos cuyo comportamiento se caracterizara por una determinada manera de vivir –estilo de vida– que expresara simultáneamente las características generales de la estructura social y cultural y las características específicas del sector social intermedio de pertenencia.

Fue propuesto como un concepto holístico y sobre todo mediador, ya que a través del estilo de vida ejercido por un sujeto/microgrupo, pretendía observarse la cultura de la cual era parte, pero a partir de su especificidad.

El sector salud y la biomedicina utilizaron este concepto eliminando la perspectiva holística y grupal, reduciéndolo a conducta de riesgo personal y eliminando o reduciendo a un rasgo específico las condiciones materiales y simbólicas del estilo de vida. De tal manera que el estilo de vida del bebedor de alcohol se reduce al acto de beber y dicho acto se convierte a su vez en riesgo específico.

Más aún, el uso y consumo de alcohol o de tabaco por un bebedor o un fumador pasan a ser –para este enfoque– las características en torno a las cuales se organiza la vida del sujeto que bebe o fuma, dado que sus representaciones y acciones se centran en conseguir y consumir dichas sustancias. El consumo de alcohol o tabaco sintetiza lo que el sujeto –o incluso su microgrupo– es, y se dejan de lado el resto de sus otras características.

La necesidad de realizar intervenciones biomédicas respecto de problemas que se estaban incrementando, la falta de tiempo del personal de salud, las dificultades para trabajar con los aspectos socioculturales del estilo de vida, condujo por lo tanto a concentrarse en ciertos comportamientos sobre los cuales actuar en forma simplificada. De tal manera que el personal de salud no indaga mucho sobre el estilo

de vida, sino que si, por ejemplo, el paciente bebe en forma “excesiva”, se aplica el consejo médico o alguna otra técnica simple o más frecuentemente simplificada, que propone cambios en el estilo de vida. Dicho cambio se centra en la recomendación “dejar de beber”.

En última instancia, el concepto estilo de vida resignifica la cuestión de la causalidad de tal manera que, si bien reconoce la multicausalidad, la sintetiza a través de un concepto y de indicadores de riesgo manejados en términos de causa/acción únicas.

En consecuencia, las políticas preventivas buscan detectar indicadores cada vez más sencillos que pueden ser comprendidos inmediatamente por la población, pueden sensibilizarla, y posibilitan su intervención. Y así, por ejemplo, el estilo de vida que lleva a la obesidad y sobrepeso se reduce, en las campañas preventivas mexicanas actuales, a que el sujeto mida su cintura, lo cual le indicará si tiene sobrepeso, y por lo tanto la necesidad de modificar aspectos de su estilo de vida.

Debemos subrayar que dichas recomendaciones simplificadas surgen de estudios biomédicos que detectan el significado de ciertos indicadores no solo para detectar los problemas, sino también para intervenir a nivel individual sobre ellos. Y así toda una serie de investigaciones recientes concluyeron que el mayor tamaño de la cintura se correlacionaba con mayores riesgos de infartos de miocardio, diabetes, cáncer, incontinencia tanto en varones como mujeres. El tamaño de la cintura fue propuesto por diversos equipos de investigación como uno de los mejores indicadores de riesgo para las enfermedades señaladas.

Desde la perspectiva socioantropológica –y, por supuesto, del sentido común– el estilo de vida de un fumador, de un bebedor de alcohol o de un “tragón” no puede ser reducido al acto de fumar, de beber o de comer, escindido de las condiciones de vida de dicho sujeto y de los usos y significados del consumo de alcohol, del tabaco o de determinados alimentos desarrollados dentro de los microgrupos donde funciona como sujeto.

Esto no significa desconocer que diferentes corrientes antropológicas trataron a nivel de comunidad o de cultura de encontrar los aspectos que sintetizaran y expresaran el núcleo básico de ellas. Supuestamente estos aspectos pueden observarse a nivel de los comportamientos de los sujetos y microgrupos, pero ello implicaba justamente la descripción etnográfica, lo más profunda posible, de dichas características nucleares, lo cual no se genera en el trabajo epidemiológico. Toda una serie de etnografías, incluidas historias de vida, sobre sujetos y grupos con problemas de adicciones evidencian esta orientación teórico/metodológica (Bourgois, 1995; Romani, 1999), la cual no es desarrollada ni tampoco es utilizada por el trabajo biomédico o epidemiológico, debido no solo a la formación y orientación profesional, sino también a los tiempos de trabajo.

Ahora bien, desde las perspectivas epidemiológica y clínica lo importante sería prevenir, reducir, controlar o eliminar el problema, por lo cual, si a través de determinados consejos o de otras acciones simples se logra la disminución o incluso eliminación del riesgo, pasa a ser secundario que el estilo de vida se maneje o no en términos holísticos. Y según los datos del servicio de salud británico descendieron el consumo de alcohol y tabaco en el Reino Unido, así como sus consecuencias

patológicas. Pero todo indica que dichos descensos se dieron en determinados sectores sociales, básicamente en los estratos sociales medios y altos, y en aquellos sectores que presentan mayores niveles educativos en términos formales.

Discutiendo esta situación, Buck señala que:

...se ha demostrado que algunos de los problemas de los estilos de vida son generados por problemas ambientales, en particular de índole ocupacional. Esa puede ser una de las razones por las que es menos probable que la gente de menor instrucción deje de fumar o haga otras cosas que a nosotros no nos agradaría que hicieran. En estudios efectuados por el Instituto de Investigaciones Sociales de Michigan se encontró que la gente que fuma más es la que trabaja a destajo o en tensión, especialmente en tipos de trabajo que van contra los ritmos naturales del cuerpo humano. (Buck, 1988, p. 895)

Y en el mismo texto, Nájera subraya que el concepto estilo de vida se centra en aspectos secundarios dejando de lado otros tan determinantes como las condiciones de trabajo y empleo.

Pese a estas consideraciones, un clínico o un epidemiólogo podría señalar que las actividades de los sujetos pueden reducir el impacto de los riesgos específicos. Lo cual es correcto, aunque, desde nuestra perspectiva, el abatimiento o control del problema no es solo debido al papel de un sujeto tal como es manejado por la biomedicina –y por una parte de los antropólogos interpretativos–, sino que es debido a las condiciones de clase, de etnicidad, de género y/o de otros referentes, expresadas a través de determinados estilos de vida.

El concepto estilo de vida fue aplicado inicialmente por las ciencias sociohistóricas a la descripción y análisis de las características y comportamientos socioculturales de diversos conjuntos sociales, incluidos clases sociales y grupos nacionales, de tal manera que el referente básico era siempre algún tipo de conjunto macrosocial. La biomedicina no solo excluyó el contexto sociocultural, sino que redujo el estilo de vida a determinados aspectos de los comportamientos individuales. Pero, además, aplicó este concepto a enfermedades crónico degenerativas y en menor medida a violencias y adicciones, dejando de lado las enfermedades infectocontagiosas –salvo el caso del VIH-sida–, así como también los problemas nutricionales, excepto los casos de bulimia y anorexia. Por lo cual observamos que, por ejemplo, el estilo de vida se aplica a problemas de obesidad, pero no a los problemas de hambre.

Si bien este concepto, especialmente en ciertas tendencias sociológicas, incluía la intencionalidad del actor, no reducía la capacidad de elección al comportamiento del sujeto. Mientras que la perspectiva biomédica trabaja explícita o implícitamente con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales, racionales y además responsables.

Justamente, los fundamentos de la técnica del “consejo médico” residen en estos presupuestos. Más aún, se basan en las teorías de selección racional decidida en términos de costos/beneficios, que se aplicaron básicamente a través de acciones individuales.

Esta forma de apropiarse del concepto es la que permitió circunscribir el estilo de vida a determinados padecimientos y comportamientos excluyendo otros. ¿Por qué fumar y comer carnes rojas son riesgos propios de un determinado estilo de vida, y no lo es beber agua no potable o trabajar en la calle limpiando parabrisas? ¿Por qué la relación con los alimentos de una anoréxica es parte de un estilo de vida mientras que comer –o mejor dicho no comer– a niveles de desnutrición crónica por factores económicos no lo es? ¿Por qué caminar o correr por los parques constituyen indicadores de estilo de vida y no las actividades laborales de tipo físico de un campesino o de un albañil?

Todos estos comportamientos potencialmente son parte de estilos de vida, pero mientras que en algunos casos las posibilidades del sujeto y su grupo social pueden favorecer la elección de un comportamiento, en otros es difícil debido a las condiciones de orden económico y también cultural que limitan o impiden dicha elección. De tal manera que el concepto estilo de vida es aplicado desde la biomedicina a partir no solo del individuo, sino además de su capacidad/posibilidad de elección personal.

Como ya lo señalamos, este concepto comenzó a ser desarrollado y aplicado en biomedicina a partir de la década de 1950 y sobre todo de 1960, respecto de enfermedades cardiovasculares y en particular respecto del hábito de fumar. Este concepto se aplicó a través de consejos médicos y de pláticas del equipo de salud a sujetos y microgrupos para sugerir la modificación de hábitos que generaban riesgos específicos de salud. Desde el principio se evidenciaron éxitos en la modificación de comportamientos riesgosos, pero básicamente en ciertos sujetos y grupos y no en otros, y es esta situación la que me interesa analizar.

## Estilo de vida y clases sociales

Entre fines del siglo XIX y principios del XX, el descubrimiento de las funciones de la cultura o, si se prefiere, de la dimensión simbólica, condujo a generar toda una serie de conceptos que trataron de manejar la cultura en términos holísticos, ya sea referida a un grupo étnico, a una comunidad o a una nación. O a producir conceptos que manejaran en términos holísticos algunos aspectos de la realidad, pero manteniendo la articulación de dichos aspectos respecto de la totalidad constituida por cada cultura. Uno de dichos conceptos es el estilo de vida.

Se generaron varios conceptos, que más allá de sus diferentes nombres, fueron aplicados a la misma problemática (Menéndez, 2002a), y entre los cuales están los conceptos estilo de vida y modo de vida. Este último fue propuesto y desarrollado por corrientes historicistas, incluido el marxismo, y durkheimianas. Y fue referido por Engels al modo de vida obrera en Inglaterra y, sobre todo, a los modos de vida culturales dominantes en cada sociedad, especialmente por el culturalismo antropológico norteamericano y por las corrientes fenomenológicas. Estas últimas nos hablarán de los modos de vivir, de enfermar y de morir propios de cada sociedad o

de determinados sectores de esa sociedad. Pero este concepto carece, por lo menos hasta lo que sabemos, de precisión tanto en términos teóricos como operativos.

Durante el lapso señalado se acuña el concepto estilo, que fue aplicado a las diferentes esferas de la cultura y la sociedad, como el arte, la literatura, la economía, la política, el pensamiento social y filosófico, así como también a la vida cotidiana<sup>4</sup>. Constituye uno de los conceptos claves con que los historicistas trataron de describir las totalidades culturales a través de expresiones específicas. Para ellos la cultura constituía una unidad que se expresaba a través de diferentes esferas de la realidad, y era un estilo similar el que operaba en cada esfera de la realidad por diferenciada que fuera, asegurando la unidad cultural en lo diferente. De tal manera que esta concepción llevaba a pensar que cada cultura podía llegar a generar no solo estilos diferenciales de enfermar, sino incluso estilos diferenciales de atender la enfermedad. Y es a partir de estas propuestas que se va a proponer el concepto estilo de vida.

Weber aplicó este concepto al estudio de las clases sociales, estableciendo la necesidad de articulación de las condiciones materiales y simbólicas que operaban en las clases y en las relaciones de clase, colocando gran parte de sus intereses en el consumo que se da a través de ciertos estilos de vida, y que posibilita pensar no solo en términos de clases sino también de *status* sociales.

Su propuesta, que dio un papel protagónico a ciertos aspectos simbólicos, influyó notoriamente en toda una serie de tendencias que reelaboraron aspectos del estilo de vida a través de este, o más frecuentemente de otros conceptos derivados de él. Y así articulada con concepciones fenomenológicas y marxistas dio lugar al desarrollo del concepto vida cotidiana<sup>5</sup>, mientras que articulado con el psicoanálisis posibilitó la temprana aplicación de este concepto al estudio de la salud mental, recordando que estas tendencias se elaboran inicialmente en Alemania. Más aún, serán científicos alemanes emigrados principalmente a los EEUU los que trabajarán con este concepto, o con conceptos similares, en diferentes campos incluido el publicitario, como veremos de inmediato.

Tanto en los EEUU como en Gran Bretaña, el concepto estilo de vida –con este o con otros nombres– fue utilizado inicial y preponderantemente como expresión de las características y diferencias de las diferentes clases sociales que los sociólogos y antropólogos británicos y norteamericanos reconocían en sus respectivos países. En el caso norteamericano este concepto fue parte nuclear del sistema teórico de

---

<sup>4</sup> Este concepto ha sido desarrollado desde diferentes aspectos, especialmente por autores alemanes, desde las ideas políticas hasta los hábitos culturales.

<sup>5</sup> Durante el lapso señalado la convivencia del psicoanálisis, la fenomenología y los historicismos, incluidas las diferentes variantes del marxismo, dio lugar a un notable desarrollo teórico-metodológico en Alemania y en Europa central, caracterizado por las críticas y mutuas influencias de estas corrientes que se tradujeron en notables aportes. No puede entenderse, por ejemplo, la propuesta fenomenológica sobre vida cotidiana de Schutz sin tomar en cuenta la influencia decisiva de M. Weber sobre la misma. Recordemos que Schutz es el principal referente teórico-metodológico de las escuelas norteamericanas que recuperaron el concepto de vida cotidiana a partir de 1950. Pero sin incluir centralmente la dimensión clasista elaborada desde el marxismo por diversos autores y especialmente por H. Lefebvre (1967).



estratificación social más utilizado en los EEUU. Me refiero a los estudios desarrollados por Warner durante las décadas de 1940 y 1950, que incluyeron centralmente indicadores de estilo de vida en la caracterización y diferenciación de cada clase social norteamericana.

El modelo de clases sociales propuesto por Warner, y que surge en gran medida de la articulación de las concepciones de Weber y de Veblen, no solo cuestiona el enfoque economicista dominante en las propuestas marxistas, sino que además reduce cada vez más el papel de las condiciones económico/políticas colocando el peso en indicadores de *status* social en términos especialmente de consumo. Es importante recordar que este modelo de estratificación social se utilizó en investigaciones epidemiológicas a partir de la década de 1950, aunque sin incluir los aspectos referidos a estilo de vida ni la perspectiva analítica propuestos por Warner, sino utilizando su sistema de clases como un ordenador más de la información obtenida.

En el caso de los estudios británicos sobre clases sociales, este concepto tuvo un notable desarrollo, aunque con otras denominaciones, siendo especialmente aplicado a la caracterización de la clase obrera y de la clase media, y a las diferencias observadas entre ellas en muy diversos aspectos, y especialmente respecto de los procesos de *s/e/a*. Las características de cada clase fueron sobre todo referidas a las condiciones de trabajo manual y no manual, que dieron lugar a una diferenciación en términos de *status*, ingresos y poder, observables en los estilos de vida y los valores de dichas clases, una parte de los cuales se mantuvieron hasta la actualidad incluso respecto de diferentes procesos de *s/e/a*:

Diferencias en retribuciones y experiencias en el lugar de trabajo establecen paralelismos entre dos estilos de vida y de actitudes marcadamente distintos de clase media y de clase obrera. Y si bien ha habido cambios al interior de cada clase, se sigue observando a través de las encuestas que hay dos estilos de vida y de valores muy diferentes. (Fitzpatrick y Scambler, 1990, p. 69)

Toda una serie de estudios sociológicos desarrollados durante las décadas de 1960 y 1970, pone en evidencia que los trabajadores “manuales” y “no manuales” en Gran Bretaña presentan diferencias significativas entre sí en sus experiencias de vida, en el uso de normas sociales, en los estilos de comunicación, en los patrones de sociabilidad y del uso del “tiempo libre”, en términos de los procesos de *s/e/a*, incluida la muerte y la mortalidad.

En general, en estos trabajos británicos se mantiene la idea de que la génesis del estilo de vida está en la clase social, y que tanto en la relación médico/paciente como en el uso de criterios preventivos “...las clases sociales más bajas están menos orientadas hacia el futuro en relación con la salud, o que es menos probable que tomen medidas preventivas apropiadas” (Fitzpatrick y Scambler, 1990, p. 73). Varios estudios propusieron incluso que el fatalismo constituía una actitud característica de la clase obrera británica (Davidson *et al.*, 1992). Ahora bien, más allá de aceptar o no estas conclusiones, estos estudios asumen que el estilo de vida refiere a sectores

sociales que tienen que ver con una clase social determinada y no a un comportamiento individual.

Es esta concepción, y lo subrayo, la que posibilita interpretar los datos sobre tabaquismo que encontraron reiteradamente los estudios epidemiológicos ingleses desde la década de 1950 hasta la actualidad. Según estos estudios, la clase obrera inglesa no solo tiene muchas más posibilidades de adquirir el hábito tabáquico, sino que además evidencia mucho menores posibilidades de abandonarlo, presentando más altas tasas de mortalidad asociadas a dicho consumo que las clases media y alta. Si bien un sujeto de clase obrera puede abandonar el tabaquismo, el análisis en términos de clase indica que hay diferencias cruciales entre los miembros de esta clase y los de las otras, que afectan el consumo individual de tabaco.

El tabaquismo fue durante gran parte de la segunda posguerra la primera causa de muerte en el Reino Unido, expresada a través de varias enfermedades.

Si bien en Gran Bretaña se redujo significativamente el consumo de tabaco, ya que mientras en 1974 fumaba el 45% de los adultos para el 2003 solo lo hacía el 26%, dicho decremento se dio en ciertos sectores sociales. Ya que actualmente el consumo de tabaco está concentrado en los trabajadores no calificados del sexo masculino, donde se observa el 42% de los consumidores de tabaco, mientras que solo un 15% de los varones dedicados a actividades profesionales fuman. Por lo tanto, una aproximación basada en comportamientos individuales no puede explicar un hábito que refiere a condiciones de la cultura de la clase obrera inglesa, en la cual fumar tabaco, beber cerveza –sobre todo negra–, practicar la violencia física a nivel corporal, considerar el “pub” (cantina) como parte de su vida social, así como otra variedad de comportamientos, son “hábitos” constitutivos de su modo de vivir, de su forma de estar en el mundo, de su identificación de clase y de la manera de relacionarse con las otras clases (Hoggarth, 1990).

Por supuesto que estas características socioculturales, que este estilo de vida, no son permanentes ni definitivos, sino que se transforman, y que es dentro de estas condiciones cambiantes de clase que operan los comportamientos individuales. Por lo cual, los criterios preventivos o promocionales de salud deben formularse a partir de los conjuntos sociales y no exclusivamente de los sujetos. Subrayo estos aspectos porque el uso actual biomédico del concepto estilo de vida orienta a trabajar básicamente con los sujetos en términos individuales.

Los estudios británicos sobre el uso de los servicios de salud indican que, después de casi medio siglo de instalación del servicio nacional de salud británico, siguen manteniéndose notorias diferencias de clase no solo en la relación médico/paciente sino también en el uso de los servicios de salud en general, de tal manera que la clase obrera obtiene menores beneficios de los servicios de salud oficiales que los sectores medios. Según algunas estimaciones, estas diferencias se habrían incrementado desde la década de 1980. Creo que es a partir de este tipo de datos que deben explicarse las tendencias a utilizar el estilo de vida o técnicas como el consejo médico en términos individuales, dado que es a través del paciente individual que la biomedicina asume su trabajo, y no a través de los conjuntos sociales, aun en aquellos países en los cuales, por lo menos una parte de la biomedicina y especialmente de

la epidemiología, reconoce el papel de las clases sociales y, por supuesto, de otros conjuntos sociales respecto de los procesos de *s/e/a*.

Estos señalamientos no suponen concluir que no debemos seguir trabajando con el consejo médico u otras técnicas en términos individuales, sino que estas aplicaciones tienen serias limitaciones por las razones señaladas, y que debemos pensar en estrategias que posibiliten una mayor eficacia de dichas técnicas, sobre todo, respecto de ciertos grupos de riesgo.

En el caso latinoamericano especialmente, la antropología cultural utilizó desde la década de 1930 diferentes conceptos que referían a patrones culturales para estudiar inicialmente al campesinado y más tarde a marginales urbanos. Los trabajos de Foster sobre el “bien limitado” o de Erasmus sobre el “síndrome del encogido” expresan esta manera de pensar, donde los comportamientos hacia la enfermedad o la relación médico/paciente son referidos a las características globales de la cultura. Estos y otros estudios realizados sobre todo en México, consideran el fatalismo y la envidia como expresiones básicas de la cultura de los grupos estudiados, las cuales pueden ser observadas especialmente a través de determinados procesos de *s/e/a* (Menéndez, 1981). Estas propuestas son previas a las formuladas por los trabajos británicos sobre las características de la clase obrera, y tienen en su mayoría como referente a la comunidad y no al individuo.

Según gran parte de estos estudios, la comunidad campesina tiende a mantener el equilibrio y la homogeneidad socioeconómica entre sus miembros, para evitar conflictos a nivel personal y sobre todo grupal, dado que tanto el desequilibrio como la heterogeneidad pueden tener consecuencias negativas, expresadas frecuentemente a través de determinados padecimientos.

Toda una serie de mecanismos (gasto ceremonial, envidia, brujería, etc.) operan para evitar el desarrollo de la heterogeneidad, lo cual daría lugar al desarrollo en el campesinado de una ideología individualista, desconfiada y fatalista que se pone de manifiesto en el manejo de los procesos de *s/e/a*.

Los estudios sobre pobres y marginales urbanos realizados en países latinoamericanos, en los EEUU y en Gran Bretaña entre las décadas de 1950 y 1970 también describieron pautas de este tipo, y las refirieron en determinados casos al uso de servicios de salud (Fitzpatrick & Scambler, 1990).

Esta forma de pensar la cultura o los estilos de vida subalternos fue criticada por investigadores norteamericanos, latinoamericanos y europeos por varias razones, especialmente por reducir o directamente no incluir el papel de la dimensión económico/política, así como por centrar la explicación de los comportamientos en una dimensión simbólica que no incluía los procesos económico/políticos así como los culturales en términos de hegemonía/subalternidad<sup>6</sup>.

Pero más allá de recuperar estas críticas, así como de reconocer las diferencias que existen entre el culturalismo antropológico y los estudios sobre cultura obrera británicos, lo que me interesa subrayar es la referencia de los comportamientos

---

<sup>6</sup> Subrayamos el papel estructurante que los saberes ejercen sobre los sujetos, pero no como determinantes ni como esencias culturales.

individuales a algún tipo de conjunto social por todas estas tendencias, así como la transformación del estilo de vida en un indicador de comportamientos individuales por parte de la epidemiología y la clínica médica. Desde la perspectiva de las orientaciones sociológicas y antropológicas señaladas, los comportamientos de los sujetos, así como la mayor o menor eficacia del consejo médico deben ser referidos no solo a los sujetos, sino a sus grupos sociales de pertenencia y a las relaciones de estos con otros grupos sociales.

Por lo cual, la reducción del hábito de fumar en personas de los estratos sociales medio y alto, y su persistencia en personas de clase baja, no pueden ser solamente explicadas por los comportamientos individuales específicos referidos al consumo de tabaco. Y así en el caso de los sujetos de los estratos medios, la reducción o eliminación del consumo de tabaco, que incluye hasta una actitud militante contra el tabaquismo, debe ser vinculada a la nueva cultura de la salud que estos sujetos están desarrollando, y que implica una nueva relación con el cuerpo, con la vejez y la idea de vejez, con una nueva ideología de la “eterna juventud”, con la posibilidad consciente e intencional de prolongar su vida, así como con las posibilidades materiales y simbólicas de poder generar esas modificaciones. Y subrayo que este último aspecto es para mí decisivo.

A su vez, si una parte de la clase obrera, por lo menos la británica, mantiene el hábito tabáquico es porque este es parte de sus concepciones y prácticas de vida, expresa su pertenencia de clase y sus relaciones con las otras clases sociales. Fumar es parte de su identidad, de su racionalidad, de sus saberes y de sus diferencias con otras clases sociales, por lo menos hasta ahora<sup>7</sup>.

Desde esta perspectiva, la modificación de los comportamientos de riesgo de los sujetos y microgrupos no solo se ha generado por aplicación de tecnologías biomédicas, sino también por efecto de procesos económicos, sociales y culturales. Cuando Terris, por ejemplo, analiza cómo se desarrollaron en Canadá y los EEUU modificaciones en los comportamientos de los sujetos que redujeron el impacto de padecimientos cardíacos en ciertos sectores sociales, concluye que dichas modificaciones se debieron casi exclusivamente a las acciones de la propia población: “Casi todo lo ha hecho la propia gente, sin demasiada ayuda de los servicios de salud pública ni de la profesión médica” (Terris, 1988, 890).

Pero más allá de asumir o no las conclusiones de Terris, debemos señalar que no es este concepto de estilo de vida el que es utilizado por el sector salud, sino un concepto referido a comportamientos individuales.

---

<sup>7</sup> El Boletín de la Organización Panamericana de la Salud dedicó un volumen –1952, XXXIII (4)– a los trabajos culturalistas norteamericanos aplicados a programas de salud en América Latina. La mayoría de los autores hablaban, aunque con otra terminología, de estilos de vida desde la perspectiva que estamos analizando.

## Causas estructurales y riesgos individuales

Este aspecto es para mí decisivo, porque la epidemiología y también la clínica médica consideraron el concepto de riesgo como parte nuclear de determinados estilos de vida, pero la forma de enfrentarlo no solo no corresponde a lo que realmente es un estilo de vida, sino que además tiene capacidad limitada o directamente no tiene capacidad para reducir el impacto generado no solo por los comportamientos de los propios sujetos, sino también de las empresas promotoras de riesgos, que al partir de una concepción más global, se articulan con los deseos y posibilidades de sujetos y grupos más que con las técnicas biomédicas utilizadas en términos de estilo de vida.

Una parte de la biomedicina –junto con otros sectores sociales y profesionales– maneja además algunos presupuestos sobre riesgos y estilos de vida que limitan aún más su posible eficacia. Muchos investigadores y comentaristas proponen que las condiciones de vida actuales generan más riesgos que “antes”, a través del peligro potencial de los reactores nucleares, la expansión del sida o el incremento de la violencia en las ciudades, concluyendo que los estilos de vida actuales son más riesgosos y que la mayoría de los riesgos son generados por los propios sujetos y sociedades.

Reconociendo la corrección de algunos de estos aspectos, habría sin embargo que explicitar no solo de qué riesgos hablamos sino también qué riesgos excluimos. Desde hace unos años en América Latina se está redescubriendo la “violencia” como causa de mortalidad y como indicador negativo de calidad de vida; varios de los países latinoamericanos forman parte de los países con mayores tasas de mortalidad por homicidios. Y esto también es correcto, pero en la medida en que reconozcamos que este fenómeno no es reciente, sino que la violencia homicida forma parte de nuestra historia social, política y cultural.

Las violencias han constituido parte de las primeras causas de mortalidad en América desde por lo menos 1492, lo cual ha sido evidenciado por la investigación antropológica y por la demografía histórica. La violencia, como parte de las primeras causas de muerte en varones en edad productiva, está evidenciada a nivel epidemiológico desde fines del siglo XIX para países como México, nación que en la década de 1940 tenía una tasa de homicidio que cuadruplicaba la documentada por el SS a principios de 2000.

Cuando actualmente se reconoce el incremento de la violencia, especialmente en el Tercer Mundo, y se consideran las violencias como parte de nuestros estilos de vida, se suele olvidar que la expansión colonial y nacional exterminó grupos étnicos enteros en América entre los siglos XVI y XX a través de lo que en las décadas de 1950 y 1960 se reconoció como etnocidio. Si bien en la actualidad continúa la violencia, y especialmente la violencia estructural, contra los grupos indígenas de América Latina, observamos una recuperación demográfica en países como Bolivia, Ecuador, Guatemala y México, lo cual constituye un proceso relativamente reciente y que está implicando una relación con el riesgo de morir menos negativa que hace, por ejemplo, tres décadas.

Por lo tanto, la afirmación de que actualmente la sociedad latinoamericana vive en mayores condiciones de riesgo respecto de las violencias, debe ser analizada

dentro de un proceso que reconozca la continuidad/discontinuidad de la violencia en nuestros países y especifique con claridad de qué riesgos y de qué violencias estamos hablando. Y analice especialmente las tendencias a colocar los procesos más negativos en el presente y en el futuro, y no también en el pasado (Menéndez & Di Pardo, 2007).

Otro aspecto que evidencia la orientación con que la biomedicina maneja la relación estilo de vida y procesos de s/e/a, es el que tiende a colocar el riesgo de enfermedad, pero también la responsabilidad por el mantenimiento de la salud en las acciones del sujeto enfermo o potencialmente enfermo.

Esta es una de las principales concepciones de la medicina y de la epidemiología actuales, y se expresa a través de muy diferentes procesos. No es una casualidad que, especialmente desde la década de 1970, se hayan desarrollado la epidemiología clínica y determinadas políticas de promoción de la salud, que se caracterizan por impulsar la prevención centrada en la responsabilidad y acción de los individuos. Masse (1995, pp. 133-42), analizando el Informe Lalonde para Canadá, así como otros documentos salubristas generados en los EEUU, concluye que los mismos responsabilizan a los individuos por el incremento de las enfermedades, y proponen políticas y actividades centradas en acciones individuales como el uso de cinturón de seguridad, la reducción del consumo de grasas animales o el abandono del tabaco.

Sin negar por supuesto el papel de dicha responsabilidad, metodológicamente sería necesario incluir también el papel de las condiciones estructurales que remitirían la responsabilidad no solo a los sujetos enfermos, sino también a las empresas productoras de padecimientos (MacKinlay, 1982). La manera de manejar la responsabilidad por la biomedicina y por el sector salud es al menos curiosa, pues la reduce generalmente al enfermo o al sujeto en riesgo sin incluir o incluyendo secundariamente la responsabilidad de los agentes de la enfermedad, los cuales no solo son bacterias o virus, sino también empresas con responsabilidad productiva y comercial, que colocan la explicación del problema en la libertad de elección (consumo) individual.

De tal manera que, debido al incremento de los accidentes y de sus consecuencias en términos de mortalidad especialmente en ciertos grupos de riesgo, se ha decidido aplicar toda una serie de medidas, que más allá de su eficacia, se caracterizan por estar aplicadas solo a los sujetos que conducen automotores, pero no a las empresas que producen dichos automotores. Una de las medidas es controlar la velocidad en carreteras, y así en un país como México la máxima ha sido fijada en 110 km por hora, por lo cual si una persona conduce a mayor velocidad potencialmente será sancionada. Pero ocurre que los autos pueden llegar a velocidades de hasta 250 o 300 km por hora y aún más, pese a que la velocidad máxima estipulada es de 110 km por hora. ¿Por qué entonces no obligar –como en el caso de los conductores– a los fabricantes de automotores a producir vehículos cuya velocidad máxima sea de no más de 110 km por hora, tal como establecen las normas del sector transporte y del sector salud, y dejando solo para ambulancias, camiones de bomberos y servicios similares la producción de transportes de mayor velocidad?

Lo que proponemos no es una paradoja, sino medidas que tienen que ver con una lógica preventiva. Pero ocurre que el SS y la biomedicina no se manejan frecuentemente con una lógica basada en la prevención de la salud, sino en una lógica supeditada a los intereses económico/políticos dominantes, que obviamente incluye los “deseos” de una parte de la población.

Como sabemos, toda una serie de mecanismos protectores son diseñados para reducir los efectos de los accidentes generados por el uso de transporte automotor, pero dichos mecanismos no se aplican en todos los países, ni a todo el parque automotor de un solo país, por lo menos en el caso de la mayoría de las naciones latinoamericanas. Las bolsas de aire que posibilitan reducir notoriamente las consecuencias de ciertos choques fueron aplicadas inicialmente en los países desarrollados, y no en los países dependientes; y dentro de un país como México, solo ciertos modelos tienen bolsas de aire, y según sea el precio del modelo dicha protección se amplía. Es decir, no es la existencia de recursos técnicos que posibilitan disminuir el impacto negativo en la morbilidad, sino que son las condiciones económicas las que se imponen, por lo menos durante un determinado lapso de tiempo. Por lo cual no es, por lo menos en parte, la decisión del sujeto lo que determina el uso de mecanismos preventivos, sino su capacidad de compra.

Pero, además, las actividades del sector salud generan incertidumbre respecto de lo que puede ser riesgoso, dado que mientras en algunos casos interviene contra los empresarios de la enfermedad, como es el caso actual del tabaco por lo menos en países capitalistas centrales y periféricos, no lo hace con los empresarios del alcohol en la mayoría de dichos países. ¿Por qué para el SS en unos casos la empresa es responsable junto con el sujeto, mientras en otros no? Constituye un problema que solo tiene explicación en términos políticos e ideológicos.

Colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la denominada “culpabilización de la víctima” (Ryan, 1976), que no solo posibilita colocar la responsabilidad de la desnutrición en el desnutrido o del tabaquismo en el fumador, sino que correlativamente excluye el papel de los procesos económico/políticos, culturales e ideológicos en la generación, por lo menos parcial, de estos problemas.

El riesgo colocado exclusivamente en el sujeto supone, explícita o implícitamente, que dicho sujeto es un ser “libre” con capacidad y posibilidad de elegir si fuma o no fuma tabaco, si bebe o no alcohol, si usa o no usa condón o si come o no come determinados alimentos. La cuestión aquí implica definir qué es ser “libre”, y observar quién y qué puede realmente elegir el sujeto o el microgrupo.

Toda una serie de procesos, incluido el descrédito político y teórico del “socialismo real” y del marxismo, condujo a cuestionar las explicaciones colocadas en la clase social y en otros conjuntos sociales, y a la recuperación del punto de vista del actor y del sujeto como agente, así como a impulsar una visión de estos con capacidad y libertad de elección, y ello desde las propuestas durkheimianas de Giddens hasta las propuestas ultraindividualistas de Elster.

Y así, por ejemplo, para Giddens el estilo de vida centrado en el “yo” constituye una de las características básicas de las sociedades desarrolladas actuales. En diversos



textos este autor insiste en que cada sujeto construye su yo seleccionando determinada opción dentro de una pluralidad de posibilidades, considerando que:

La elección del estilo de vida es cada vez más importante en la constitución de la autoidentidad y en la actividad diaria. El plan de vida organizado reflexivamente se convierte en un rasgo central de la estructuración de la autoidentidad [...] De tal manera que el estilo de vida también refiere a la toma de decisiones y los cursos de vida dentro de condiciones de restricciones materiales... (1997a, pp.38-39)

Pero, en la actualidad, en la mayoría de los países de América Latina, ¿quién puede realmente “elegir” trabajo?, dado que cada vez se producen menos puestos laborales, y cuando la mayoría de ellos corresponden a lo que se denomina trabajo “informal”. Y cuando, además, como en el caso de México, entran anualmente al mercado laboral alrededor de 1.300.000 nuevas personas.

Durante las décadas de 1980 y 1990, con el incremento de la situación de pobreza y de extrema pobreza en la mayoría de los países de Latinoamérica, ¿quién tuvo posibilidad de “elegir” los alimentos a consumir, ya que para gran parte de la población lo sustantivo no es la posibilidad de elegir qué come, sino si el sujeto puede comer o no alguna cosa, dadas sus carencias económicas? Por lo tanto, la población selecciona, pero no puede elegir.

Pero el uso del concepto estilo de vida no suele incluir los factores y procesos que dificultan, o directamente imposibilitan, que un sujeto o un microgrupo desarrolle ciertos comportamientos positivos debido a condiciones que están más allá de sus posibilidades individuales.

Lo señalado respecto del trabajo y de los alimentos puede ser referido a toda una variedad de productos y de servicios a través de los cuales se observa que por lo menos una parte de los sujetos/microgrupos no eligen, sino que seleccionan, o directamente no eligen ni seleccionan. A mediados del año 2008, un exsecretario de Salud señala que gran parte de las personas de la tercera edad tienen en México enfermedades incurables y costosas, que requieren medicamentos y otro tipo de recursos no incluidos en el cuadro básico de medicamentos. Según él, “el porvenir inmediato de medio millón de personas que requieren prótesis de cadera y medio millón que requieren operaciones de cataratas solo tendrán muletas y lazarillos” (varios periódicos mexicanos, 29/07/2008). Es decir que su “elección” será la de ser discapacitados.

Esto no significa negar que en los sujetos y microgrupos operan comportamientos selectivos que los pueden afectar negativamente, como es el consumo de alimento chatarra/basura incluso por la población pobre, pero dichos comportamientos “selectivos” deben ser referidos no solo a la subjetividad de los actores, sino también a las condiciones sociales e ideológicas dentro de las cuales operan.

Lo desarrollado hasta ahora evidencia que el concepto estilo de vida ha sido aplicado en gran medida para explicar la conducta de los sectores sociales que pueden comparativamente elegir, y que han desarrollado una determinada cultura

referida a los riesgos debido a que cuentan con recursos materiales y simbólicos para poder elegir y, por supuesto, consumir.

Pero, además, este concepto no solo refiere a la capacidad de elegir, sino además a la responsabilidad y a la capacidad de autocontrol individual de los riesgos, de tal manera que toda una serie de enfermedades y de consecuencias negativas generadas por el consumo excesivo de alcohol, de tabaco o de alimentos son explicadas por la falta de autocontrol de los individuos. Más aún, el consejo médico, que pese a enumerar los riesgos del consumo de alcohol no consigue reducir el consumo del sujeto, es para la biomedicina una prueba de la falta de autocontrol del individuo, más que una prueba de la ineficacia de dicha técnica.

El estilo de vida es referido al sujeto y es escindido de un contexto sociocultural, donde determinados comportamientos son favorecidos por las empresas productoras y comercializadoras, y también por los valores culturales dominantes, como pueden ser el alto consumo de alcohol, el deseo de conducir a altas velocidades o las maneras de tener relaciones sexuales. Lo cual debe ser considerado en todas sus implicaciones.

Como sabemos, especialmente organizados en torno a la problemática de las adicciones, se ha desarrollado la propuesta de reducción de daños, que entre otros objetivos no solo legitima las conductas “adictivas” en términos de deseo y de autocontrol individual, sino que además cuestiona el orden moral y normativo desarrollado a través de la clínica y epidemiología médicas, y, por supuesto, también a través de las ciencias sociales.

Congruentemente con estas tendencias, Campos cuestiona las propuestas de la OMS de combatir estilos de vida que considera nocivos, dado que aplica una concepción que no toma en cuenta las decisiones del sujeto respecto de su modo de vida, concluyendo que es este quien debe decidir si prefiere el deseo o la longevidad: “la participación de los sujetos en la administración de las relaciones entre deseos, intereses y necesidades es la condición *sine qua non* de la democracia de la construcción de sujetos saludables” (2001, p. 185).

## Saber profesional y saber popular: ¿Qué es prevención?

Respecto de la prevención existen varias diferencias entre la perspectiva biomédica y la antropológica, y algunas de las más significativas se organizan en torno al reconocimiento o no de los saberes populares como mecanismos de prevención, dado que la biomedicina suele considerar dichos saberes como factores que frecuentemente inciden en forma negativa sobre los procesos de s/e/a. Los perciben como saberes equivocados o incorrectos que deben ser modificados, considerando explícita o implícitamente que la población no solo carece de criterios de prevención, sino que incluso rechaza la prevención.

Sin negar totalmente estas afirmaciones, lo primero a recuperar es que todo grupo social, ajeno a su nivel de educación formal, genera y utiliza criterios preventivos

respecto de por lo menos una parte de los padecimientos que los sujetos y grupos reconocen que están afectando real o imaginariamente su salud, o aspectos de la vida cotidiana relacionados con ella. No existen grupos familiares, clases sociales o culturas que carezcan de estos saberes, dado que estos son básicos para su producción y reproducción biocultural.

La mayoría de los criterios preventivos que utilizan los conjuntos sociales son socioculturales, y el punto central para nosotros no radica tanto en considerarlos como comportamientos erróneos o correctos, sino asumir que los grupos producen/reproducen representaciones y prácticas de prevención, más allá de que sean equivocadas o no. El desarrollo de criterios de prevención respecto de los hechos, factores y/o actores que amenazan real o imaginariamente a un grupo, constituye un proceso estructural en el desarrollo de la vida de los grupos y sujetos sociales. Y estas afirmaciones son parte del sentido común antropológico y uno de sus aportes más significativos en términos de prevención que, como gran parte de las propuestas antropológicas, refieren al descubrimiento de lo obvio.

El reconocimiento de estos procesos supondría un cambio radical en la perspectiva salubrista, pues asumiría que los conjuntos sociales no carecen o son reacios a la prevención, dado que producen y utilizan saberes preventivos en su vida cotidiana. Reconocería que, si bien los sujetos y grupos suelen rechazar determinadas concepciones y prácticas preventivas, ello no significa que se opongan o no utilicen saberes preventivos.

Una parte de los salubristas y clínicos se quejan de que los sujetos no aprenden y/o no aplican las enseñanzas aprendidas. Más aún, consideran que las personas pueden estar informadas sobre qué es lo correcto en términos preventivos, pero no aplican dicho conocimiento. Y así las encuestas señalan que un alto porcentaje de jóvenes varones mexicanos no utilizan condones pese a tener información correcta, y de allí el gran número de embarazos “no deseados”.

Y esto en cierta medida es correcto, pero en la medida en que los clínicos y salubristas reconozcan el desarrollo de actitudes receptivas de los sujetos y grupos sociales hacia las políticas de prevención, expresadas a través de varios aspectos decisivos desde una perspectiva de salud pública, de los cuales solo citaré dos ejemplos. El primero nos indica que el sector salud mexicano ha logrado una de las más altas coberturas mundiales de vacunación que habría inmunizado durante los primeros años del siglo XXI a más del 97% de la población, lo cual implica por lo menos reconocer que la población no rechaza una de las principales estrategias de prevención biomédica. Y debemos señalar que el esquema de vacunación aplicado en México implica inmunizar especialmente a los niños menores de seis años, pero también a otros grupos etarios respecto de una gran variedad de enfermedades, y que periódicamente se incluye una vacuna más para prevenir otros padecimientos a nivel de determinados grupos etarios.

El segundo hecho refiere a que México ha pasado de una media de seis hijos por mujer en la década de 1970, a una media de dos hijos en la actualidad, lo cual indica un notable descenso de la tasa de natalidad, que en gran medida debemos adjudicar

a la penetración de los programas de planificación familiar, y que por lo menos cuestionan las afirmaciones precedentes.

Estos hechos son conocidos por los salubristas mexicanos, y deberían ser asumidos técnica e ideológicamente para desarrollar una concepción más comprensiva y optimista respecto de la recepción y aplicación de las concepciones y prácticas preventivas por parte de la mayoría de la población mexicana. Pero, además, deberían articular estos procesos con los que indican que los grupos sociales desarrollan y aplican casi necesariamente saberes preventivos.

Más aún, el cambio de perspectiva permitiría a los salubristas observar que, una parte sustantiva de los saberes preventivos actuales utilizados por los grupos sociales como propios, han sido generados a partir de la biomedicina y normalizados por los sujetos como comportamientos cotidianos.

Considero que una de las principales tareas epidemiológicas debería ser la descripción y análisis de las características, significado y eficacia de los saberes preventivos utilizados por los diferentes grupos sociales, para trabajar a partir de ellos y articularlos con los criterios preventivos biomédicos.

Que una persona no deba transitar por ciertos lugares a ciertas horas o durante ciertos días; que no se deba exponer a un niño pequeño a miradas y palabras de ciertos sujetos; que no deban comerse ciertos alimentos sobre todo en ciertas situaciones vitales, o que las niñas no deban sentarse sobre ciertos lugares fríos, constituyen comportamientos preventivos para no contraer determinados padecimientos como mal de ojo, empacho, susto o mal de orines, los cuales como sabemos están estrechamente vinculados con determinados padecimientos alopáticos.

Toda una serie de mitos, narraciones o refranes, más allá de sus funciones específicas, presentan criterios preventivos referidos al medio ambiente, animales, personas, seres imaginarios y, por supuesto, también padecimientos, que operan en la vida cotidiana.

Dado el incremento de la inseguridad social actual a nivel objetivo y subjetivo en diferentes países americanos, las personas y grupos desarrollan estrategias de prevención para evitar las consecuencias de violencias de diferente tipo. Y estas estrategias pueden referir a actividades cotidianas que el mismo sujeto implementa, como no llevar joyas ni ropas costosas, viajar con las ventanas del auto cerradas o no concurrir a ciertas horas a los cajeros automáticos. Así como comprar seguridad para su persona, para su vivienda o para su empresa, de tal manera que los gastos en seguridad se han incrementado constantemente en países como México, por supuesto que en ciertos sectores sociales.

Pero el desarrollo de este tipo de conductas preventivas respecto de la inseguridad no es nuevo, sino que es parte de las conductas aprendidas, especialmente en términos de género. Diversas investigadoras describen, para los EEUU, la variedad de estrategias y la cantidad de actividades que las mujeres desarrollan cotidianamente para prevenirse de los acosos y violencias. Las niñas reciben información sobre la manera de sentarse, de vestir, de hablar con los varones; y los niños y niñas aprenden desde pequeños a no concurrir a casas de amigos cuyas familias sus padres no conocen, así como no ir al baño en otra casa que la suya, por miedo a ataques sexuales.

Como concluye una estudiosa del problema:

La mayoría de las mujeres tiene que dedicar una gran cantidad de energía, tiempo y recursos económicos a protegerse de la delincuencia y a minimizar sus temores: tomar taxis, comprar “mace” o gas picante, adquirir armas, utilizar estacionamientos cerrados [...] Los rituales cotidianos utilizados por hombres y mujeres para protegerse contra el miedo a la delincuencia, reproducen y mantienen los estereotipos y las expectativas de género, raza y clase. (Madriz, 2001, p. 143, p. 186)

Debemos asumir que las formas de prevención constituyen respuestas sociales que los sujetos y grupos desarrollan casi necesariamente, y que lo paradójico es que esa cualidad social haya sido negada por los encargados de impulsar profesionalmente la prevención.

En América Latina, toda una serie de grupos rurales y urbanos utilizaron y utilizan ciertas “aguas”, especialmente aguas de arroz, de choclo (maíz) o de guayaba que administran al sujeto que tiene diarrea, y en muchos casos dicha agua se hierve y se le agrega sal o azúcar, mucho antes de que la biomedicina promoviera el uso de los sobres de rehidratación oral.

En mi primer trabajo de campo en Yucatán, durante 1977, detecté en una comunidad yucateca de unos diez mil habitantes que los sujetos en general, y en particular si tenían diarreas y especialmente si eran niños, bebían “coca cola”, “sidral” o “delaware” porque constituían las aguas más potables en una comunidad que carecía de agua potable. Más aún, dichas bebidas eran recomendadas por el personal del centro de salud de dicha comunidad, por las razones citadas (Menéndez, 1981). Esta práctica la observé ulteriormente en otras comunidades yucatecas y de otros estados mexicanos, y lo que no pude establecer es si esta actitud curativo/preventiva había sido gestada por los grupos en forma autónoma, o había sido propuesta por el personal de salud, lo cual pasa a ser secundario desde nuestro objetivo central. ero lo que sí cabe consignar es que México ha tenido y sigue teniendo uno de los mayores consumos per cápita de refrescos a nivel mundial.

Por supuesto que al señalar estos procesos no ignoramos la importancia decisiva que tuvo la aplicación de las soluciones de rehidratación oral, que contribuyó a reducir radicalmente la mortalidad por estas enfermedades, dado que entre el 60% y el 70% de la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas se debía a la deshidratación. Si bien en México el Programa Nacional de Hidratación Oral se aplica desde 1984, la rehidratación casera se aplicaba desde la década de 1950, según lo reconocen destacados especialistas mexicanos (Mota-Hernández, 1990).

Pero es importante subrayar que las propias investigaciones biomédicas indican la resistencia que el personal de salud, incluidos los médicos, tuvieron en México para aplicar e impulsar el uso de la rehidratación oral. Según el coordinador del consejo directivo del control de enfermedades diarreicas de la Secretaría de Salud de México:

El conocimiento teórico de estos nuevos conceptos (sobre hidratación oral) no parece haber sido suficiente en nuestros países latinoamericanos para convencer a la mayoría de los médicos y del personal de salud que tienen

a su cargo la responsabilidad de atender a niños con diarrea. Sobre todo, cuando la literatura internacional continúa recomendando en forma subliminal las bondades de los 'nuevos' antibióticos para la diarrea del turista o las 'nuevas fórmulas' libres de lactosa para los niños con diarrea por intolerancia a la leche... (Mota Hernández, 1990, p. 256)

Es decir que las “resistencias” a la prevención –o por lo menos ciertos tipos de prevención– debemos buscarlas no solo en los conjuntos sociales legos, sino también en el personal de salud.

La existencia de estos procesos preventivos posibilita la difusión de criterios y actividades de prevención biomédicos, así como, por supuesto, el rechazo de los mismos. Muchas veces ciertos criterios biomédicos de prevención son rechazados no por oponerse las personas a la prevención en sí, sino porque dichos criterios contradicen costumbres, incluidas costumbres preventivas, de los grupos.

Por supuesto que esta propuesta no niega reconocer que una parte sustantiva de los criterios preventivos utilizados por los sujetos y grupos pueden tener consecuencias negativas. Pero ello no reduce la importancia de lo que estamos subrayando. En primer lugar, reconocer que todo grupo genera y/o usa saberes preventivos respecto de los procesos que vive real o imaginariamente como amenazantes, lo cual implica que en dichos grupos operan actitudes positivas hacia la prevención; y segundo, tratar de identificar cuáles son los mecanismos que operan en estos saberes preventivos para utilizarlos en la formulación y aplicación de las propuestas salubristas.

Los conjuntos sociales manejan saberes preventivos no solo para las enfermedades denominadas tradicionales, sino también para aquellas que reconocen como amenazantes. Pero, además, por lo menos una parte de las representaciones y prácticas preventivas no son vividas como prevención específica por los grupos, sino que constituyen parte de su vida cotidiana, lo cual es lo que debería ocurrir con la mayoría de los mecanismos y procesos preventivos, es decir, desmedicalizarlos y constituirlos en parte normalizada de la vida de los sujetos y grupos.

Ahora bien, la mayoría de los criterios preventivos que utilizan los sujetos y grupos son producto de procesos sociales y colectivos, pero ocurre que gran parte de la prevención que están impulsando la biomedicina y el sector salud tienen como destinatario al individuo. Ya vimos cómo los criterios de riesgo, así como los estilos de vida, son referidos a individuos, y se busca intervenir básicamente sobre cada sujeto para que deje de fumar o para que reduzca sus niveles de colesterol. Esta manera de actuar ha sido reforzada por el desarrollo de la llamada epidemiología clínica a partir de la década de 1970, que justamente se centra sobre los riesgos individuales y sobre las soluciones basadas en el individuo, de tal manera que impulsa una prevención centrada en la medicina clínica.

Considero una vez más que necesitamos asumir una obviedad, que nos indica que la mayoría de la prevención del sector salud, y más allá de las inversiones y políticas específicas, se ha hecho siempre desde la clínica. Dado que el acto clínico, y más allá de la intencionalidad del médico, genera propuestas y acciones preventivas especialmente a través de la resignificación del paciente. En última instancia, lo que hace la

epidemiología clínica es reforzar algo preexistente en el saber médico, pero además legitimándolo técnicamente como uno de los principales lugares de la prevención.

Esto conduce a que los médicos acepten mucho más las propuestas de esta “epidemiología”, dado que tiene que ver con sus actos clínicos, mientras que gran parte de las propuestas salubristas suelen vivirlas como ajenas al trabajo médico. Pero este proceso no solo es producto del desarrollo de la epidemiología clínica, sino también de la orientación dada por la biomedicina, el SS y la propia epidemiología a los conceptos/instrumentos denominados estilo de vida y riesgo, manejados y referidos básicamente al individuo.

Pero, además, esta focalización de lo preventivo en términos de estilo de vida ha sido también favorecida por toda una serie de procesos que impulsan el consumo, incluido el consumo de “salud”, tanto asistencial como preventivo en términos individuales.

Para los estudios de mercado, por lo menos desde la década de 1950, el estilo de vida del consumidor es decisivo para la implementación de campañas publicitarias basadas en el *status* del consumidor, en su capacidad de compra, en la significación social del producto a consumir, de tal manera que los “creativos” desarrollan la idea de que lo importante no es el producto que se vende, sino el estilo de vida del que consume. Para muchos constituye uno de los conceptos claves de los estudios de mercado.

Debido a ello, la investigación de mercado se dedicó a establecer perfiles de consumidores a través de estilos de vida que incluían las variables sexo, edad, ocupación, escolaridad, nivel de ingresos, composición familiar, lugar de residencia, valores culturales, necesidades y deseos sociales, así como hábitos y patrones de consumo asociados con dichas variables. Existen varios perfiles desarrollados por diferentes investigadores de mercado, algunos de los cuales “coinciden” con instrumentos desarrollados por epidemiólogos norteamericanos, lo cual no es extraño dado que utilizan casi las mismas variables.

Si bien los estilos de vida están pensados por los estudios de mercado en términos de grupos o, si se prefiere, de agregados sociales, el objetivo es operar sobre cada consumidor, sobre cada cliente, sobre cada “paciente” en términos individuales.

Los estudios de mercado han trabajado sobre diferentes aspectos de los procesos de *s/e/a*<sup>8</sup>, y especialmente sobre la publicidad, promoviendo estilos de vida vinculados al consumo de diversos productos que el SS combate por considerarlos elementos integrados de los estilos de vida más negativos, como son beber alcohol, fumar tabaco o conducir vehículos a altas velocidades.

---

<sup>8</sup> Es importante señalar que las empresas productoras de diversos artículos de consumo han tratado de asociarse al sector salud a través de acciones concretas relacionadas especialmente con la prevención y con los estilos de vida. En el caso de México, las acciones más interesantes fueron las desarrolladas por la principal empresa productora de cerveza, que organizó y financió cursos de Atención Primaria respecto del alcoholismo, y que fueron cursados por médicos de las diferentes instituciones oficiales mexicanas. El curso concluía con una comida en la sede de esta empresa. La otra experiencia la constituye la campaña publicitaria que esta empresa realizó asociada con el Instituto Nacional de la Nutrición impulsando un consumo moderado de cerveza, y que recibió el premio nacional a la mejor campaña publicitaria (Menéndez, 1990b; Menéndez y Di Pardo, 2003).



Una de las industrias que más ha utilizado la publicidad es justamente la químico-farmacéutica. Esta industria ha trabajado no solo con la población, sino especialmente con los médicos, tomando en cuenta el estilo de vida deseado por estos para utilizarlos como uno de los principales actores que favorecen la “realización” de sus productos.

Esta industria no solo utiliza como uno de sus principales criterios de venta el estilo de vida a través de su utilización por las compañías publicitarias, sino que utiliza el estilo de vida asociando constantemente los procesos biológicos y los sociales. La mayoría de las grandes empresas químico/farmacéuticas reconocen la importancia del estilo de vida para mejorar la salud, y algunas han diseñado programas denominados “Estilos de vida saludables” o con títulos similares, en los cuales promueven todo un conjunto de actividades que ayudarían a los sujetos a combatir la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, el alto consumo de grasas y de carbohidratos, etc.

Pero, simultáneamente, estas empresas promueven la venta de medicamentos eficaces en términos curativos, reparativos o preventivos para dichos problemas, donde los medicamentos aparecen como parte sustantiva de los estilos de vida saludables a nivel individual. La casi totalidad de los sujetos con enfermedades crónico/degenerativas o con VIH-sida, en la medida en que puedan adquirirlos, vivirán utilizando determinados medicamentos específicos. De tal manera que dichos medicamentos no solo son parte permanente de sus estilos de vida, sino de sus vidas.

## Últimas consideraciones

No cabe duda que determinadas corrientes salubristas que trabajan en educación y en promoción de la salud reconocen la importancia de los procesos culturales, así como epidemiólogos y clínicos que trabajan sobre ciertos problemas consideran que los factores culturales constituyen el principal factor para la protección y prevención de problemas como el suicidio, aunque no en todo contexto sociocultural (De Leo *et al.*, 2003). Tanto en términos de las propuestas de estilo de vida, como de las que colocan el eje en las condiciones estructurales, los factores culturales, sociales y/o económicos constituirían los principales factores de protección y prevención. Pero una cuestión es reconocer este papel y otra aplicarlo o incluso saber aplicarlo en términos clínicos y epidemiológicos, sobre todo en el caso de los procesos y factores culturales.

Además, si bien he subrayado la necesidad de incluir los procesos y factores culturales y sociales tanto respecto de la explicación de los procesos de s/e/a en general como de las estrategias y actividades de prevención en particular, quiero aclarar que nuestra propuesta no implica que aceptemos acríticamente descripciones, análisis o programas preventivos que utilizan la dimensión simbólica, sobre todo cuando dicha orientación genera explicaciones e intervenciones no solo incorrectas, sino incluso con consecuencias negativas.

En su revisión de investigaciones socioantropológicas referidas a enfermedades infectocontagiosas, Inhorn y Brown (1990) señalan que muchas de esas

investigaciones tienden a sobreponderar el peso de los aspectos simbólicos dejando de lado otros procesos y factores. Así, por ejemplo, revisan varios estudios sobre el desarrollo de determinados padecimientos y el manejo del agua, y encuentran que respecto de poblaciones que viven en el delta del Nilo, varios estudios sostienen que el impacto diferencial de ciertas enfermedades en musulmanes y cristianos se debe a comportamientos religiosos que tienen que ver con el uso del agua, como es el caso de las abluciones por motivos religiosos que realizan los musulmanes.

Dicha explicación se hizo extensiva a otras áreas del norte y centro africano, pero estudios realizados en Sudán concluyeron que la relación entre lugar de excreción y cercanía o lejanía de las fuentes de agua utilizadas constituía un factor mucho más importante que el factor religioso.

El dominio de explicaciones culturalistas caracterizó gran parte de la producción antropológica en América Latina, tal como ha sido analizado por diversos autores. En 1977 iniciamos una investigación en Yucatán (México), y nuestras primeras observaciones y entrevistas las hicimos en una comunidad de unos diez mil habitantes, caracterizada por la presencia de un centro de salud oficial con cuatro camas de hospitalización y por personal constituido por médicos, pasantes de medicina y enfermeras; por la existencia de seis médicos clínicos que ejercían a nivel privado, por un alto número de farmacias y por la venta de productos como aspirinas o vitaminas en gran parte de las pequeñas tiendas de la comunidad.

En dicha comunidad aplicamos una encuesta a la población sobre uso de servicios de salud y sobre el tipo de enfermedades y tratamientos más utilizados, y realizamos entrevistas a médicos, parteras empíricas y parte de la población para profundizar dicha información. Y de la información recolectada surgió el reconocimiento de un alto y frecuente consumo de medicamentos de tipo biomédico. A principios de la década de 1970, Press (1975) había estudiado una comunidad de unos mil habitantes, distante unos diez kilómetros de la estudiada por nosotros y había encontrado también un alto consumo de este tipo de medicamentos, lo cual verificamos directamente, dado que también estudiamos dicha comunidad.

Varios años antes, la primera comunidad había sido estudiada por un antropólogo norteamericano, que entre otros trabajos realizó uno para detectar qué tipo de tratamientos se utilizaban en la misma, y solo contabilizó dos medicamentos de tipo biomédico (R.A. Thompson, 1966, 1974), lo cual evidencia el peso de una orientación que no solo pone de relieve ciertos datos, sino que omite una parte de la realidad, y que, por lo tanto, presenta información y propone estrategias que no corresponden a lo que realmente ocurre en la realidad (Menéndez, 1981).

Respecto de la prevención, hay por lo menos otras dos cuestiones que operan no solo en la relación entre ambas disciplinas, sino sobre todo respecto de sus funciones técnicas e ideológicas. La primera es la que establece una suerte de paradoja entre el énfasis colocado por el sector salud en el papel de la prevención y los recursos reales que le dedica. En el caso de México, para el lapso 1960-2000 solo entre el 5% y el 7% de los recursos financieros del SS oficial fueron dedicados a la prevención, lo cual indica su reducido papel comparado con el de la atención, que es adónde van

los recursos masivos del SS. Esta constituye la tendencia dominante a lo largo de un ciclo de casi cincuenta años, la cual se ha modificado muy poco.

La segunda cuestión refiere a los análisis que consideran que a través de la prevención –y también de la atención– se pueden generar procesos de control social, ideológico y hasta políticos, en nombre de necesidades médicas objetivas. Como sabemos, los conceptos proceso de medicalización y de psiquiatrización refieren en gran medida a esta posible función de la biomedicina. No solo los trabajos de Foucault, sino sobre todo un gran número de investigaciones sociológicas, antropológicas y médicas, han descripto y analizado especialmente a partir de la década de 1950 estas funciones de control y normatización en los aparatos médicos sanitarios de países capitalistas y en los países de “socialismo real”.

Ahora bien, respecto de este tipo de estudios, debemos asumir que para nosotros todo sistema médico cumple potencialmente funciones de control social y cultural, incluido el control político. Las líneas de investigación sobre estructura y función de la brujería desarrolladas a partir de la década de 1920, y especialmente desde la década de 1930 por la antropología británica y la norteamericana, evidenciaron justamente estas funciones de control, que ulteriormente fueron observadas en otros sistemas médicos, y especialmente en los sistemas biomédicos.

De tal manera que todo sistema médico, por “científico” que sea, a través de sus acciones de prevención/atención/curación de padecimientos, desarrolla funciones de control y de normatización. Pero esta es una historia que ya hemos contado en otros trabajos, y que no vamos a desarrollar ahora.





## Capítulo 3

# Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades<sup>1</sup>

En este capítulo analizaré una serie de procesos que interfieren en las relaciones entre la epidemiología y la antropología médica, y que limitan el desarrollo de la epidemiología sociocultural en México, tendencia teórico/metodológica que con este u otros nombres se ha desarrollado desde hace más de treinta años, especialmente en Canadá, los EEUU y en algunos países latinoamericanos (Almeida-Filho, 2000; Gaines, 1992a; Massé, 1995; Menéndez, 1990a).

Mi análisis refiere a materiales producidos en Canadá, los EEUU y países europeos, pero básicamente a la producción epidemiológica y antropológica latinoamericana, y especialmente a la realizada en México. Y es a partir de ellos que considero que la epidemiología sociocultural se caracteriza por varios rasgos, y en particular por los tres que voy a sintetizar a continuación. En primer lugar, por intentar describir y analizar no solo los aspectos sociales, sino también los culturales y los económico/políticos de los procesos de s/e/a, junto por supuesto con los biológicos y ecológicos. Subrayando que estos aspectos deben ser tratados no solo como variables epidemiológicas, sino sobre todo como procesos socioculturales y bioecológicos.

En segundo lugar, por proponer un tipo de trabajo que utilice y articule los datos obtenidos en términos estadísticos y cualitativos, y sobre todo articule el tipo de interpretaciones diferenciales que ambas disciplinas aplican a partir de los marcos referenciales que utilizan. Y tercero, por la aplicación de un enfoque relacional que no solo incluya los diferentes “factores” que operan respecto de un problema determinado, sino que sobre todo incorpore el conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren, actúan dicho problema, pero no en términos individuales sino en función de las distintas relaciones y redes de relaciones dentro de las cuales se desarrollan los procesos de s/e/a.

Existen otras características, pero dados los objetivos de este capítulo solo subrayo estas, aunque reconociendo que mi propuesta puede ser considerada innecesaria por epidemiólogos y antropólogos que podrían señalar que lo propuesto ya se hace en México. Lo cual en parte es correcto, ya que algo se hace, pero no demasiado, y frecuentemente en forma sesgada. Dado que, por ejemplo, si bien los estudios epidemiológicos y socioantropológicos sobre los procesos de s/e/a toman en cuenta

---

<sup>1</sup> Una versión de este texto fue publicada en *Región y sociedad*, México, 2008, XX: 5-50, número especial dedicado a epidemiología sociocultural.

los procesos sociales, observamos que la mayoría de la producción mexicana actual en antropología médica y en epidemiología utiliza muy escasamente los procesos económico/políticos e ideológicos, pese a la pertinencia que tienen para la comprensión y/o intervención de problemas de salud prioritarios.

Reiteradamente procesos culturales de alta complejidad son excluidos o convertidos en variables esquemáticas y empobrecidas por los epidemiólogos, y a su vez la mayoría de los antropólogos no describen ni analizan las características y procesos bioecológicos de los padecimientos. Más aún: "...los antropólogos sociales y culturales siguen empeñados en perpetuar dicotomías como innato/aprendido, animalidad/humanidad, genético/ambiental, etc., que reflejan un profundo desconocimiento de la biología de los últimos veinticinco años" (Llobera, 1990, p. 129).

Estas dos disciplinas no incluyen en sus estudios sobre México un fenómeno de la importancia del racismo, que como sabemos caracteriza gran parte de las relaciones sociales desarrolladas entre nosotros, y especialmente algunas organizadas en torno a los procesos de s/e/a, como son las relaciones entre personal de salud y pacientes. Más aún, toda una serie de antropólogos, de epidemiólogos y de médicos han observado episodios de racismo; incluso algunos antropólogos dedicados al estudio de los procesos de s/e/a en diversos campos, lo han observado a través de su experiencia de diez, quince y hasta veinte años, pero en sus investigaciones no dan cuenta de esos fenómenos, o solo aparecen marginalmente.

En la mayoría de los países americanos se han aplicado políticas eugenésicas que afectaron especialmente a ciertos sectores sociales. Durante las décadas de 1960 y 1970, miles de mujeres fueron esterilizadas sin consentimiento en los EEUU; dichas mujeres eran de origen mexicano, afroamericano, puertorriqueño y de grupos indígenas americanos (Stern, 2006). En la década de 1990 se calcula que 250.000 mujeres de origen indígena fueron esterilizadas en Perú (Miranda y Yamin, 2004).

Y en México se han reiterado denuncias de esterilización no solo de mujeres, sino también de varones de diferentes grupos étnicos, especialmente en los estados con mayores niveles de pobreza y marginalidad. Uno de los pocos casos que tuvieron visibilidad fue el de un grupo de varones indígenas de una comunidad del Estado de Guerrero, localizada en una de las zonas más pobres de México, que fueron esterilizados entre 1998 y 2001 por personal del sector salud, el cual luego de negarlo reconoció su papel e indemnizó a catorce varones esterilizados.

Pese a ello no contamos con una epidemiología de la esterilización en términos de su distribución según género, edad, pertenencia étnica, nivel socioeconómico, religión, etc., que además incluya el sentido y significado de estas esterilizaciones para quienes las decidieron y aplicaron, y para quienes las sufrieron. Como sabemos, en los EEUU, las esterilizaciones se aplicaron durante las décadas de 1960 y 1970 como parte del programa contra la pobreza, y en América Latina especialmente a partir de la década de 1980 dentro de los programas de planificación familiar y de salud reproductiva, que en el caso de Perú fueron financiados por la Agencia Internacional de Desarrollo de los EEUU y, aunque es obvio, debemos recordar que dichas esterilizaciones fueron realizadas por personal de salud.



## La venganza de sangre como problema epidemiológico

Una de mis principales preocupaciones se basa, por lo tanto, en que la carencia de una aplicación sistemática de una epidemiología sociocultural –junto, por supuesto, con otros factores– está dejando sin descripciones, explicaciones y propuestas de intervención algunos de los principales problemas sociales y de salud colectiva que aquejan a la población mexicana.

Para precisar lo que estoy proponiendo, comentaré una experiencia desarrollada en la vieja Escuela Nacional de Salud Pública, en la cual una parte importante del aprendizaje de las técnicas epidemiológicas se realizaba a través de un trabajo de campo que duraba alrededor de un mes, generalmente desarrollado en localidades de entre diez mil y veinte mil habitantes.

En el año 1978, es decir, hace casi treinta años, realizamos un trabajo de campo de este tipo en una comunidad de Michoacán situada casi al borde de la denominada “tierra caliente”; era una comunidad de doce mil habitantes en la cual hicimos un estudio epidemiológico para saber de qué había enfermado la población en las últimas dos semanas, así como un estudio sobre uso de servicios de salud.

Yo realicé algunas de las encuestas a la población, y en una de las entrevistas ocurrió un hecho significativo. Llamé a la puerta de la casa, y salió a atenderme una joven de unos 16 años, que me dijo que sus padres no estaban, y entonces decidí hacerle la encuesta a ella. Terminada la entrevista, me despedí pidiéndole que saludara a sus padres de parte mía. Y entonces la joven me dijo que sus padres estaban muertos, que habían sido asesinados hacía poco tiempo. Que no solo los habían matado a los dos, sino que además a su padre le habían sacado los ojos. Más aún, me dijo que ella estaba aprendiendo a manejar un fusil para vengarse, dado que solo tenía un hermano de ocho años, y estaba muy chiquito. Sus hermanos mayores residían desde hacía varios años en los EEUU.

Me dijo, además, que habían matado a sus padres porque unas vaquitas habían invadido el predio del vecino que los mató, y que además el asesino se había fugado y estaba libre. Pero también me dijo que entre ambas familias había una larga historia de mutuos asesinatos. Me dio mucha más información, que no es necesario presentar ahora, porque en parte la he relatado en otros trabajos, aunque nunca en forma integral. Yo hacía cerca de dos años que vivía en México y nunca había escuchado hablar de este tipo de asesinatos, que en terminología antropológica tiene un nombre técnico, se llama “venganza de sangre”, y ha sido estudiado en muy diferentes contextos, especialmente en grupos africanos.

Como además de trabajar con esta comunidad teníamos que estudiar también una más pequeña de unos mil habitantes situada a unos siete kilómetros de distancia de la anterior, aproveché la ocasión para preguntar a los entrevistados si tenían referencias de este tipo de hechos. Este segundo estudio se basaba en entrevistas en profundidad a informantes claves, y dos de ellos señalaron que estos hechos no solo



ocurrían, sino que incluso estaban muy extendidos en la zona. Y me narraron varias características de los mismos.

Quiero señalar que, a partir de nuestro estudio epidemiológico, pudimos constatar que el homicidio constituía en estas comunidades una de las principales causas de muerte en varones “en edad productiva”; es decir que estamos hablando de un problema epidemiológico importante por lo menos a nivel local y regional, y del cual forma parte la “venganza de sangre”. Por supuesto que ni a nivel de los certificados de defunción ni de los diagnósticos médicos surgía la existencia de este tipo de homicidios, que justamente solo se registraban como homicidios.

A partir de estos datos pregunté a personas del equipo de trabajo si conocían este tipo de hechos, y varios dijeron que sí. Más tarde pregunté a salubristas de la Escuela de Salud Pública, y también algunos reconocieron la existencia de estos hechos, pero no sabían de ningún estudio epidemiológico al respecto. Tampoco pude detectar estudios antropológicos específicos. Quiero consignar que hasta la actualidad no conozco estudios antropológicos ni epidemiológicos que traten este tipo de homicidios en México<sup>1</sup>.

En sucesivos trabajos de campo realizados en los cuatro años siguientes, traté de reunir información sobre la existencia y características de estos hechos. Y no solo verifiqué la existencia de venganza de sangre en varios contextos nacionales, sino que además obtuve información sobre algunas de sus características, de las cuales solo señalaré tres. La primera indica que la venganza de sangre, si bien se realiza a través de la acción de uno o de varios individuos, implica una relación según la cual la venganza no solo se puede ejercer sobre el individuo que mató previamente y del cual hay que vengarse, sino que se puede ejercer sobre todo familiar cercano, especialmente si el sujeto no está cuando se lo va a matar. Más aún, “la venganza” legítima el homicidio de todos los miembros del grupo familiar que encuentren los homicidas en el momento de ejercer su venganza, incluidos niños y mujeres embarazadas. En gran medida constituye un asesinato corporativo, tanto en términos de homicidas como de asesinados, pero sobre todo la venganza de sangre es parte de un sistema de relaciones sociales, familiares y comunitarias.

La segunda característica es que el asesinato debe incluir acciones sobre el cuerpo del sujeto asesinado; el cuerpo debe ser marcado y hasta despedazado.

Y tercero, que la venganza de sangre constituye un acto público que, en la mayoría de los contextos donde obtuvimos información, no se oculta.

Esta información fue recopilada por mí entre los años 1978 y 1981, y como podemos observar algunos de sus rasgos son los que caracterizan actualmente a ciertas formas de matar de la criminalidad organizada, y especialmente a los crímenes del denominado narcotráfico. Durante los últimos años, y en diversas zonas del país, han aparecido cadáveres decapitados, con las manos mutiladas y/o con los testículos quemados, los cuales constituyen mensajes dirigidos a determinados

---

<sup>1</sup> Debo consignar que dos investigadores de la calidad de A. Isunza y de P. Hersch me comunicaron recientemente que en zonas de la costa de Oaxaca y del occidente de Puebla, respectivamente, observaron procesos similares a los descriptos por mí.

sujetos y grupos, así como también posibilitan estar constantemente presentes en los medios de comunicación masiva. Se mata, por lo tanto, a partir de pautas culturales y sociales –incluida la planificación del horror– reconocidas, por lo menos por una parte de las comunidades donde operan estos asesinatos.

Para evitar equívocos, aclaro que, por supuesto, la venganza de sangre no pretende explicar el narcotráfico, cuyas raíces, como sabemos, están en leyes basadas en criterios biomédicos y legales que justifican la prohibición del consumo de sustancias consideradas adictivas, y que casi inevitablemente conducen a la emergencia del crimen organizado en torno a la producción y comercialización de dichas sustancias, dadas las extraordinarias ganancias económicas que permiten obtener.

El desarrollo del narcotráfico tiene que ver, por lo tanto, con objetivos básicamente económicos. Según datos del Centro de Inteligencia y Seguridad Nacional mexicano (Cisen), a principios de la década del 2000 las ganancias obtenidas giraban en torno a los cincuenta mil millones de dólares anuales, constituyéndose en uno de los principales rubros de la economía mexicana, en el cual participan cada vez más dirigentes políticos y autoridades oficiales en todos los niveles y, sobre todo, a nivel municipal en los principales estados donde operan los narcotraficantes.

A mediados de 2008, un especialista en problemas de narcotráfico de las Naciones Unidas informó que entre el 50% y el 60% de los gobiernos municipales de México estaban cooptados y “feudalizados” por los narcotraficantes, y que la delincuencia organizada establece cada vez más alianzas no solo con las autoridades políticas sino con las empresas privadas.

Lo cual fue refrendado por el propio director del Cisen a mediados de 2008, cuando en entrevista al diario británico *Financial Times* aseguró que el narcotráfico ha logrado captar a miembros de la Policía, del Poder Judicial y de las entidades de gobierno, e incluso el dinero del narcotráfico estaría involucrado en las campañas de algunos legisladores del actual parlamento.

Como sabemos, las diferentes actividades que se organizan en torno al narcotráfico, desde la producción rural hasta el narcomenudeo urbano, posibilitan un constante derrame de dinero no solo entre los grandes narcotraficantes y los sectores sociales con poder político, sino también en los sectores sociales subalternos.

Los narcotraficantes mexicanos han tratado de hacer alianzas directas e indirectas no solo con los poderes políticos y económicos, sino además con los poderes “espirituales” y especialmente con la Iglesia católica, incluidas sus más altas autoridades. Durante abril y mayo de 2008 se generó una intensa discusión a nivel nacional, expresada fuertemente en los medios de comunicación masiva, en torno a las declaraciones del presidente de la Comisión Episcopal Mexicana (CEM), quien informó a los medios que varios de los principales narcotraficantes habían hablado con diversos obispos para solicitarles consejo, y que los obispos les han indicado que deben cambiar de forma de vida y abandonar el narcotráfico y otras formas de criminalidad. Pero el presidente del CEM señaló, además, que los narcotraficantes “han sido muy generosos (con la dotación de infraestructura a sus comunidades de origen) y muchas veces también construyen templos o una capilla. Eso es verdad” y agregó: “en algunos pueblos muy alejados en la sierra, donde ni el gobierno tiene

recursos para actuar, los narcotraficantes hacen obras muy significativas para la comunidad. No los estoy justificando, simplemente estoy señalando la evidencia” (Zamora, 2008).

Todos los medios de comunicación dieron cuenta durante semanas de estas palabras, así como de las declaraciones de varios obispos aclarando que ellos no habían tenido relaciones con los narcotraficantes y repudiando dichas actividades. Pero el presidente del CEM no se desdijo de unas afirmaciones que, por otra parte, desde hace por lo menos diez años son sostenidas por la propia población mexicana.

Este reconocimiento de una de las más altas autoridades del catolicismo mexicano se articula con toda una serie de procesos que constituyen parte de la “cultura del narco”, como son la producción de “corridos” que tratan sobre hechos y personajes del narcotráfico, algunos de los cuales han sido mandados a hacer por líderes del narcotráfico. Dichos corridos constituyen parte de la vida cotidiana de amplios sectores de las regiones donde dominan más estas tradiciones musicales, y los mismos se siguen transmitiendo por las radiodifusoras en estados como Sinaloa, y los discos y casetes se venden libremente en las tiendas. Otro fuerte componente es la veneración de ciertas figuras religiosas oficiales o reconvertidas en “santos” por la población, como es el caso de Malverde.

Más aún, esta significación cultural del narcotráfico se expresa casi paradigmáticamente en la creación por el ejército mexicano de un Museo de Enervantes, que en gran medida está dedicado al narcotráfico. Dicho museo no está abierto al público, pues está dedicado a la instrucción de los cuadros que van a combatir el narcotráfico. Señalando su actual director que:

...las ramificaciones de la cultura del narco trastocan los sistemas políticos y pervierten los sectores sociales y culturales donde narcos y sociedad conviven cada vez en mayor medida. El narcotráfico y su cultura están permeando el subconsciente de la colectividad peligrosamente. Sus rasgos son cada vez más aceptados y adoptados por la sociedad, que no parece percatarse de la gravedad del problema. (Jiménez, 2008)

Me interesa señalar que la apropiación por parte del crimen organizado de procesos sociales y culturales resignifica y legitima sus acciones, o por lo menos establece un reconocimiento social de las mismas, más allá del repudio individual, colectivo y oficial respecto de dichos hechos. Si bien los procesos básicos que están operando son de tipo económico, político y ocupacional, por un lado, y de tipo subjetivo y microgrupal, por otro, es importante recuperar el uso de la legitimación social y cultural que de diferentes maneras se expresa a través de autoridades eclesíásticas, del ejército mexicano y de la población de las propias comunidades no solo en términos económicos, sino en términos culturales.

Estas actividades delictivas dan lugar a muy altas tasas de homicidios en varios países de América Latina, incluido México, que no son observadas en otros contextos sociales donde también existe un notorio desarrollo de actividades delictivas organizadas en torno a las drogas consideradas adictivas. Por lo tanto, estas altas

tasas de homicidios ocurren en sociedades donde aparecen legitimados o por lo menos “normalizados” culturalmente, aunque puedan ser cuestionados socialmente por una parte de la población.

Dada la recurrente tendencia antropológica a focalizar exclusivamente el mundo de lo simbólico, no niego los peligros de incluir lo simbólico en el análisis del narcotráfico, ya que toda una variedad de autores puede pasar a considerarlo prioritariamente como un proceso cultural. Pero este peligro opera constantemente respecto de una diversidad de problemáticas en términos de polarizaciones académicas, políticas e institucionales, que justamente no deben ser negadas ni aceptadas, sino cuestionadas a través del desarrollo de varias instancias, entre las que incluyo el desarrollo de una epidemiología sociocultural.

Ahora bien ¿quién estudia estos procesos y no solo en términos de variables, sino desde una perspectiva epidemiológica que incluya por lo menos una parte de los aspectos que acabo de señalar? Que yo sepa no lo estudian los epidemiólogos, ni los profesionales de la medicina social, ni los antropólogos médicos, ni los que estudian actualmente la violencia en México. Yo mismo tardé muchos años en dar cuenta de estos datos y, como señalé, nunca los describí integralmente.

Subrayo que el caso presentado constituye solo un ejemplo de toda una serie de problemas que ameritan el desarrollo de una epidemiología sociocultural, que entre nosotros se da en forma reducida y acotada. Y de esta manera, por ejemplo, carecemos de una corriente de estudios sobre el infanticidio, así como sobre el notable incremento de la impotencia sexual masculina, sobre la esterilización sin consentimiento informado de mujeres en edad reproductiva, o sobre el papel del racismo en el desarrollo y atención de los padecimientos.

Carecemos de estudios y, sobre todo, de interpretaciones que expliquen realmente por qué, pese a las dos y media “décadas perdidas” de 1980 y 1990 y parte de 2000 mejoran, en lugar de empeorar, algunos de los principales indicadores de salud tanto en México como a nivel de América Latina (OPS, 2002; SSA, 2001a, 2001b). Considero que este tipo de datos puede evidenciar no solo lo que está ocurriendo con los procesos de s/e/a a nivel regional, sino que pueden contribuir a explicar los comportamientos sociopolíticos de la población, y especialmente de los sectores sociales subalternos.

Es debido a estas omisiones y simplificaciones que necesitamos impulsar una epidemiología que estudie los problemas en toda su complejidad, pero sobre todo porque los procesos señalados no son secundarios en términos de salud colectiva. Como sabemos, los homicidios son una de las primeras causas de muerte en varones en edad productiva en varios países americanos, incluido México. Mientras que el racismo constituye entre nosotros uno de los procesos sociales más negativos, que entre otras cuestiones explica que sean nuestros grupos indígenas los que presentan siempre los indicadores más negativos de salud/enfermedad/atención, comparado con cualquier otro grupo social.

La carencia de investigaciones epidemiológicas, tanto en términos generales como diferenciales respecto de nuestros grupos indígenas en México, expresa en gran medida esta tendencia, dado que dichos grupos son los que tienen la más

alta tasa de mortalidad general, de mortalidad infantil, de mortalidad preescolar, de mortalidad materna; así como también evidencian la menor esperanza de vida. Dichos grupos son los que presentan no solo los mayores índices de desnutrición sino también de hambre, y son los que más han sido sometidos a políticas eugenéticas en términos directos y/o indirectos.

Farmer ha propuesto recurrentemente incluir el racismo, la pobreza y las desigualdades como parte central de una epidemiología del VIH-sida y de la tuberculosis broncopulmonar, pero dicha propuesta no ha tenido repercusión en los estudios epidemiológicos y socioantropológicos realizados en México sobre el VIH-sida, sobre tuberculosis, ni sobre prácticamente ningún procesos de s/e/a. Farmer y Castro consideran al racismo como parte de la causalidad de determinadas enfermedades y de las condiciones de atención, y especialmente como parte sustantiva del sufrimiento de la población en general y especialmente de las personas pobres y enfermas (Castro & Farmer, 2003; Farmer, 1992, 1997, 2003, 2007).

Esta orientación profesional y académica a negar o no interesarse por el racismo se expresa también en la prensa escrita mexicana, donde la información sobre VIH-sida se concentra en mujeres y en población homosexual en tanto género, con muy escasas referencias a la situación de los pobres. Y subrayamos que el VIH-sida constituye la enfermedad sobre la cual los periódicos mexicanos presentan mayor cantidad de información comparada con cualquier otro padecimiento (Menéndez & Di Pardo, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció a mediados de 1990, que se estaban incrementando la pobreza y la extrema pobreza especialmente en los países no desarrollados, considerándola la principal causa de mortalidad en dichos países. Si bien entre nosotros tenemos cada vez más estudios sobre la pobreza, son muy escasas las investigaciones sobre pobreza y procesos de s/e/a que permitan ir más allá de las descripciones e interpretaciones tautológicas.

No contamos, por lo tanto, con estudios integrales sobre toda una serie de procesos de s/e/a, pero además no se realizan estudios sobre problemas de los cuales reiteradamente se habla. Desde por lo menos la década de 1970, se ha señalado que los estudios epidemiológicos no documentan ni analizan información sobre la enfermedad en términos de sufrimiento humano, ni incluyendo el sentido y significado que los sujetos y grupos –incluido el personal de salud– dan a los sufrimientos.

Carecemos en nuestros países de una epidemiología de la tortura, y no solo de la tortura que ocurre en períodos más o menos excepcionales, sino también de la que se aplica cotidianamente. Cuando organicé el primer número de la revista *Nueva Antropología* dedicado a antropología médica, publiqué un trabajo de Yarzabal (1985) que describe en términos epidemiológicos la tortura como enfermedad endémica en Uruguay, o que varios antropólogos y epidemiólogos cuestionaron por considerar que no era una problemática correspondiente a sus respectivas disciplinas.

La falta de estudios –y más aún de acciones– sobre estos y otros procesos de s/e/a, expresan el peso de orientaciones ideológicas y no solo técnico/científicas que caracterizan nuestra producción de conocimiento.

Y así, por ejemplo, en el caso del racismo y sus implicaciones en los procesos de s/e/a, observamos una preocupación y desarrollo de estudios y reflexiones por parte de la epidemiología brasileña en los últimos años, que contrasta con la negación del problema por parte de la epidemiología mexicana.

Basta contrastar la producción epidemiológica a través de las investigaciones y de las reflexiones de sus salubristas y clínicos, así como de la producción de las principales revistas salubristas mexicanas y brasileñas, para observar estas tendencias diferenciales. Justamente el análisis e interpretación de estas “ausencias” es también parte del desarrollo de una epidemiología sociocultural.

El tipo de epidemiología sociocultural que propongo no solo busca incluir procesos, problemas y perspectivas como los señalados, sino que busca también cuestionar los estereotipos que se constituyen tanto a nivel del saber de los grupos sociales, como a nivel de los estudiosos profesionales sobre los procesos de s/e/a. Lo cual hemos desarrollado especialmente respecto del saber médico y paramédico sobre el alcoholismo (Menéndez & Di Pardo, 1996, 2003), pero también respecto de otras problemáticas sobre las cuales trabajan organizaciones no gubernamentales e instituciones oficiales y privadas, como son las que tienen que ver con ciertos aspectos de la salud femenina, y en particular con las violencias de los varones contra las mujeres.

Una parte de estas organizaciones e instituciones han subrayado la importancia de los feminicidios, lo cual nos parece no solo relevante, sino necesario, pero frecuentemente los han estudiado de tal manera que distorsionan la realidad que describen, y especialmente las características de la mortalidad por asesinatos en México. Según sus estudios y reflexiones, las mujeres serían los principales sujetos de los homicidios, proponiendo como ejemplo paradigmático el caso de “las muertas de Juárez”. Pero ocurre que el principal problema en términos epidemiológicos, incluso en Juárez, es el de los masculinocidios, ya que, en América Latina, si bien los varones matan mujeres, la mayoría de los asesinos y también de los asesinados son varones. El 90% de los asesinatos en la región, incluido México, es de varones contra varones, y solo menos del 10% corresponde a asesinatos de mujeres por varones (Krug *et al.*, 2003; Organización Panamericana de la Salud, 2002; Rev. Salud Pública, 2004; SSA, 2001a, 2001b).

Esta tendencia se ha reiterado históricamente, por lo menos desde que contamos con información más o menos confiable. Más aún, estos datos son publicados a nivel nacional e internacional en revistas epidemiológicas y son parte de nuestras estadísticas vitales, y, sin embargo, se ha ido construyendo una representación social dominante que no solo establece una imagen casi exclusivamente referida a los feminicidios realizados por varones, sino que además oculta o por lo menos silencia que los asesinados son básicamente varones, constituyendo una de las primeras causas de mortalidad en varones en edad productiva, lo cual no ocurre en el caso de las mujeres, como lo evidencian los datos epidemiológicos oficiales y no oficiales.

Se estima que durante el lapso 2001-2006 en México, hubo alrededor de diez mil asesinatos generados por el narcotráfico. Durante el 2007, el total de asesinados por el narcotráfico fue de 2.275 personas, de las cuales el 93% fueron varones y el 7% mujeres. Pero, además, la casi totalidad de los 250 torturados, de los 33 decapitados

y de los 83 cadáveres que portaban mensajes corresponden a sujetos del género masculino. Y ha sido en los estados de Sinaloa y Chihuahua donde durante 2007 y 2008 se cometió mayor número de homicidios, y la gran mayoría de los mismos son asesinatos de varones.

La epidemiología de los homicidios producida por los estudios de género en México requiere de una radical revisión, dado que en términos de tasas y de porcentajes de asesinados/homicidas, el núcleo de la cuestión no radica en los feminicidios sino en el homicidio de varones, lo cual subrayamos sin negar por supuesto la existencia de asesinatos de mujeres. Dicha revisión no solo refiere a los estudios del género femenino, sino también del masculino, dada la tendencia a pensar la violencia del varón como expresiones más o menos espontáneas de irascibilidad e ira reactiva de “los hombres violentos”. Cuando por lo menos en el caso del narcotráfico la mayoría de los asesinatos son planificados.

Por supuesto que el trabajo epidemiológico no solo busca develar y cuestionar las afirmaciones estereotipadas y además incorrectas, como las señaladas, sino que busca además establecer los significados que tiene la creación y difusión de estos estereotipos, dado que una epidemiología sociocultural es en gran medida una epidemiología de los significados de los diferentes sujetos y grupos involucrados con los procesos de s/e/a, incluidos los propios sujetos que estudian los procesos epidemiológicos. De allí que, en términos de epidemiología sociocultural, lo que necesitamos explicar es por qué organismos del Estado y organizaciones de la sociedad civil – incluidos sectores académicos– tratan de imponer este tipo de datos y de representaciones sociales, así como las funciones que cumplen y para quiénes las cumplen.

## Algunas afirmaciones y varias propuestas

A partir de estos señalamientos analizaré algunos aspectos y problemas referidos al posible desarrollo de la epidemiología sociocultural en México, constituyendo nuestra primera propuesta que dicho desarrollo debe basarse en la articulación y complementación de la antropología médica y de la epidemiología, a partir de ambas disciplinas.

Desde luego, hablar de epidemiología y de antropología médica supone una simplificación, ya que al interior de cada una de estas disciplinas reconocemos varias tendencias, algunas de las cuales evidencian fuertes diferenciaciones entre sí, como lo hemos presentado en el Capítulo 2. No obstante reconocer estas diferencias, sostengo que el desarrollo posible de una epidemiología sociocultural se basa en la complementación y articulación de ambas disciplinas y de sus diferentes tendencias. Lo cual no niega que dicha complementación puede gestarse más entre ciertas orientaciones que entre otras.

Aclaro que, si bien propongo una epidemiología sociocultural producto de la articulación de diferentes perspectivas disciplinarias, no lo hago a partir de considerar que cada disciplina tiene realmente límites fijos, específicos y claramente diferenciados en términos epistemológicos, sino que lo hago problematizando la



realidad a estudiar, y asumiendo que es a partir del problema que podemos desarrollar una articulación interdisciplinaria que supere los límites establecidos institucional y profesionalmente.

Más aún, la articulación debería pasar por cuestionar las relaciones de hegemonía /subalternidad que existen entre ambas disciplinas, así como reflexionar sobre los estereotipos que cada una tiene de la otra. Ya que, como propone Inhorn, antropóloga médica especializada en enfermedades infecciosas, las similitudes entre ambas disciplinas son mayores que sus diferencias (1995, p. 287).

Pese a las similitudes, sin embargo, cada una de estas disciplinas tiende a subrayar ciertas características que acentúan las diferencias, y que en muchos aspectos básicos constituyen estereotipos. Inhorn (1995) analiza cinco estereotipos que los antropólogos tienen respecto del trabajo de los epidemiólogos, concluyendo que tienden a distorsionar el trabajo de estos últimos. Por supuesto que las diferencias no solo son producto de estereotipos, pero los mismos tienden a reforzarlas e incrementarlas.

Por lo tanto, necesitamos problematizar nuestras disciplinas y las relaciones entre ambas, y un paso decisivo sería establecer un listado de lo que puede ofrecer/obtener y de lo que no puede ofrecer/obtener cada una de estas dos disciplinas. Es decir, evidenciar dónde pueden generar aportes, y dónde tienen limitaciones o directamente imposibilidades. Y a partir de ello establecer la posibilidad/necesidad de complementación. Y este listado –o como se llame– debe surgir no solo de las posibilidades teórico/metodológicas de cada disciplina, sino sobre todo de lo que realmente produce cada una. Y esta es una de las tareas básicas que todos los interesados en el desarrollo de una epidemiología sociocultural deberíamos elaborar a partir de nuestros respectivos campos de trabajo.

Considero que la complementación y articulación debe darse no forzando una integración que puede hacer perder las características básicas de cada disciplina, sino por el contrario respetando lo que cada una aporta a partir de sus propias características. En consecuencia, no propongo una nueva disciplina, dentro de la cual se disuelvan las dos disciplinas en cuestión, sino una articulación problematizada de las mismas.

Para observar con mayor claridad lo que quiero transmitir, presentaré algunas problemáticas que en cierta medida son complementarias, y que refieren a aspectos con los cuales se identifican respectivamente la epidemiología y la antropología médica. La primera cuestión refiere a la posibilidad de establecer generalizaciones por parte de la epidemiología, y a la imposibilidad o por lo menos limitaciones de establecerlas por parte de las aproximaciones cualitativas.

No cabe duda que aquí hay un punto de diferenciación y divergencia muy fuerte, que debe resolverse a partir de establecer con la mayor claridad posible lo que busca no solo cada disciplina, sino incluso cada investigador. El núcleo del conflicto y del distanciamiento, según la mayoría de los analistas, radica en que la aproximación epidemiológica no solo busca establecer generalizaciones de base estadística, sino que además cuestiona, desconfía, subalterniza la información producida por las técnicas cualitativas respecto de diferentes problemáticas, pero sobre todo en términos de que no podría establecer generalizaciones.

A su vez, los antropólogos médicos plantean que la información obtenida por observación, o a través de pocos informantes entrevistados en profundidad, es realmente la que posibilita producir información estratégica, considerando frecuentemente que la mayoría de la información generalizable obtenida por la epidemiología es superficial, y no aporta demasiado a la comprensión de los problemas, y menos aún en términos de intervención. La epidemiología estaría preocupada básicamente por la generalización, mientras la antropología buscaría la profundización<sup>2</sup>.

La mayoría de los antropólogos actuales reconocen –sin demasiados problemas– que utilizan una metodología que no posibilita establecer generalizaciones, y no solo de tipo estadístico. Más aún, las corrientes dominantes entre la década de 1970 y la actualidad, especialmente las fenomenológicas, consideran imposible establecer generalizaciones, afirmando que la búsqueda de las mismas distorsiona los procesos a estudiar, lo cual ahonda aún más las diferencias con la epidemiología.

Sin embargo, las ciencias sociales y antropológicas han desarrollado aproximaciones cualitativas para establecer generalizaciones e incluso “predicciones”. Las dos principales metodologías que posibilitan las generalizaciones no estadísticas son las que utilizan el tipo ideal y las que usan modelos, las cuales no solo permiten generalizaciones, sino que sobre todo proponen interpretaciones o explicaciones respecto de los procesos analizados.

Las dos tienen elementos comunes, pero me interesa subrayar que el tipo ideal –con este o con otros nombres– fue utilizado por Emile Durkheim y Max Weber desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX, respectivamente. A su vez, la metodología que utiliza modelos aparece identificada con las orientaciones teóricas estructuralistas, pero también con las historicistas, incluido el marxismo. Durante la década de 1960, diversos analistas consideraron que los modos de producción descriptos y analizados por Marx eran sobre todo modelos, reconociendo esto como uno de los principales aportes metodológicos del marxismo.

Esta propuesta se desarrolló especialmente a partir del texto de Marx sobre las formaciones precapitalistas, cuyos materiales históricos y antropológicos solo podían ser aceptados en término de modelos y no de “realidades” históricas. Pero el desarrollo más completo Marx lo realizó respecto del modo de producción capitalista, donde el modo de producción constituye la construcción metodológica y la historicidad refiere a las formaciones económico/sociales.

Debemos recordar, además, que el tipo ideal fue utilizado intensamente por la antropología de los EEUU y de América Latina durante el lapso 1940-1970, especialmente a partir de sus propuestas sobre los “tipos de campesinado” y sobre el “continuum folk/urbano” que utilizaban las concepciones de Durkheim y de Weber en el caso de Redfield, pero también de Marx en autores como E. Wolf o S. Mintz.

La mayoría de las propuestas de generalización que utilizan actualmente los cualitativos constituyen variantes de estas dos formas, pero debemos recordar que

---

<sup>2</sup> Este constituye, en cierta medida, un estereotipo de los antropólogos, dado que una parte de la epidemiología, y especialmente de la epidemiología clínica, se caracteriza por el estudio cualitativo de diez o veinte casos para analizar teórica y prácticamente un problema determinado.

desde fecha temprana estas tipologías cualitativas serán aplicadas a procesos de salud/enfermedad/atención en forma directa, como en el caso del suicidio estudiado por Durkheim, o en forma indirecta, como en el caso de los tipos de autoridad y dominación estudiados por Weber. Y desde entonces podemos observar una variedad de propuestas tipológicas que, en diferentes momentos, tuvieron notables impactos teórico-ideológicos como fueron los trabajos sobre la denominada “personalidad autoritaria” desarrollados por un equipo liderado por Adorno, la propuesta de R. Benedict sobre tipos culturales que incluían protagónicamente –procesos de s/e/a, o la de Ankernecht sobre los modelos médicos. Así como más recientemente la propuesta de Denzin respecto de los tipos de “alcohólicos”, los modelos explicativos de Kleinman o los estudios de Fábrega Jr. y Silver sobre el sistema médico zinacanteco y su comparación con el sistema biomédico, a los que manejan como tipos ideales. Más aún, los conceptos de *illnes* y *de disease* solo pueden entenderse como tipos ideales.

Pero, además, las tipologías han sido instrumentos frecuentes tanto de la medicina clínica como de la epidemiología, dando lugar al desarrollo de propuestas tipológicas respecto de padecimientos específicos, como han sido las diferentes tipologías que se han propuesto respecto del consumo de alcohol “normal” y patológico. Los especialistas han detectado más de cuarenta propuestas médicas respecto de “tipos de alcohólicos”, varias de las cuales incluyen aspectos/indicadores sociales y en algunos casos culturales.

Más aún, consciente o implícitamente, el epidemiólogo trabaja siempre con modelos, ya que, como señala Susser, este profesional reduce la realidad “...a un modelo que se compone de variables relacionadas. La función de estos modelos consiste en predecir o representar” (1991, p. 41). Es justamente a través de estos modelos que la epidemiología puede predecir, aún cuando sus predicciones, según Susser, siempre serán endebles.

Debemos reconocer que, desde su organización como disciplina, la epidemiología ha funcionado siempre con modelos predictivos; es decir, ha utilizado uno de los principales instrumentos que también usan las ciencias sociales e históricas para describir, interpretar y “predecir”, nada más que la epidemiología se basa en datos estadísticos y la mayoría de la producción antropológica e histórica en material cualitativo. Pero, y es lo que me interesa subrayar, en ambas disciplinas el proceso de construcción de tipos y modelos es inevitablemente cualitativo, más allá de que lo reconozcan consciente o funcionalmente los que los utilizan. En última instancia, todos trabajamos con modelos/tipos explicativos o comprensivos, nada más que la mayoría no se da cuenta. O como concluyen Kaplan y Manners, “los antropólogos piensan en términos de tipos estructurales aun cuando no lo sepan” (1979, p. 30).

La epidemiología evidencia su mayor similitud en el uso de tipologías con la sociología que trabaja a nivel estadístico. Mora & Araujo, a partir de sus estudios sobre la opinión pública, sostiene que las tipologías constituyen parte central del análisis estadístico, ya que la mayoría de la investigación cuantitativa se concentra en el uso de segmentaciones tipológicas y de tablas de contingencia de dos o tres variables, concluyendo que “Las segmentaciones útiles son las que subdividen a una

población en términos de unas pocas variables fuertes como para explicar muchos de los comportamientos relevantes” (Mora & Araujo, 2005, p. 470). Recordemos que tanto la segmentación como las variables fuertes se seleccionan a partir de hipótesis que se imponen a los datos; es decir, operan como tipos sociales.

Personalmente no hago casi distinguos entre los conceptos tipo y modelo, y si utilizo este último es porque subraya más que el modelo no es la realidad, sino una construcción provisional de la misma. Y es a partir de este y, por supuesto, de otros criterios que he desarrollado, especialmente desde principios de la década de 1970 la propuesta del modelo médico hegemónico (MMH), así como de otros modelos de atención/prevenición de los padecimientos, aunque con menor elaboración metodológica respecto del primero<sup>3</sup>.

Los modelos son construcciones –al igual que los tipos ideales– que posibilitan la indagación de procesos específicos, y con esta perspectiva el manejo tanto de modelos como de tipos ideales, debe asumir desde el principio que el tipo y el modelo no equivalen a “la realidad” que quieren describir y explicar, sino que son construcciones *basadas* en la realidad. Y segundo, que su aplicación supone una relación constante entre modelo/tipo e historicidad; siendo a partir de este juego teórico/empírico que podemos simultáneamente dar cuenta de procesos y problemas específicos y locales, así como proponer generalizaciones que van más allá de lo específico y de lo local.

Durkheim y Weber reconocen la complejidad de los procesos sociales, culturales e históricos que quieren por lo menos entender, y justamente porque lo reconocen es que proponen la necesidad de un acercamiento holístico, pero que no puede aplicarse sino como referente metodológico, debido a lo cual proponen los conceptos citados. Es a causa de la complejidad de lo social, de lo político, de lo cultural que estos autores no solo proponen estos conceptos, sino que además cuestionan el esquematismo y simplificación que caracterizaba a las teorías sociológicas e históricas de fines del siglo XIX y principios del XX, que colocaban las explicaciones de los fenómenos sociales en las características de los individuos.

Es porque Weber reconoce –y no simplifica– la complejidad de los fenómenos históricos, que elabora su propuesta tipológica, pero entendida como una dialéctica constante entre tipo ideal e historicidad. Que es lo que he tratado de aplicar modestamente respecto del saber médico en México, tanto en términos de un problema específico –saber médico y alcoholismo–, como respecto de procesos más generales referidos a las características, funciones, situación y trayectoria del SS mexicano. Por lo tanto, y a partir del juego modelo/historicidad y de considerar realmente como provisional nuestra propuesta de modelos médicos, lo que he hecho es describir y analizar durante cerca de treinta años las características del sector salud, y especialmente el proceso de alcoholización, observando a través de estudios específicos la trayectoria y funcionamiento del sector salud y de la biomedicina respecto del

---

<sup>3</sup> Desde mediados de la década de 1960 venía aplicando esta metodología a la producción y trayectoria de la antropología, formulando una propuesta de la existencia de cuatro modelos teórico-metodológicos básicos.

alcoholismo, lo cual nos permite revisar, confirmar y/o modificar periódicamente nuestra formulación de modelos médicos.

No cabe duda, como lo reconocían tanto Durkheim como Weber, que la formulación de tipos y de modelos supone la existencia de hipótesis respecto de los problemas a estudiar, lo cual ha sido criticado especialmente por las corrientes interpretativas. Pero ocurre que la formulación de hipótesis interpretativas o explicativas cumple un objetivo epistemológico fundamental: poner en evidencia los presupuestos que operan en todo investigador, ya que gran parte de los investigadores interpretativos –pero también no interpretativos– creen que van a estudiar la realidad sin hipótesis y sin presupuestos, no solo teóricos o metodológicos sino también experienciales y de sentido común, lo que conduce frecuentemente a que las conclusiones de sus estudios constituyan profecías autocumplidas.

Si bien los modelos se construyen a partir de datos empíricos, no debemos reducirlos a los datos empíricos observables, sino que debemos tratar de articular los procesos y los actores sociales a través de las relaciones inscriptas en lo observable, pero para proponer interpretaciones que vayan más allá de lo observable y de los procesos y fuerzas sociales manifiestas.

Subrayo que estos modelos deben ser pensados como construcciones provisionales, que no niegan las diferencias subjetivas y grupales de los médicos, que no imponen una homogeneización que anula las particularidades, ni pretenden encontrar las explicaciones del funcionamiento de las instituciones y del saber médico exclusivamente fuera de ellos, colocándolas en estructuras y fuerzas sociales que determinan los comportamientos médicos, como señala acertadamente Campos (2001, p. 36). Considero que la subjetividad y la diferencia emergen, cuando aplicamos determinados criterios metodológicos y cuando referimos el modelo a la historicidad de los procesos, como hemos tratado de desarrollarlo a través de nuestras descripciones y análisis del saber, de las instituciones y del MMH respecto del alcoholismo (Menéndez, 1990b; Menéndez, 1992; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2003, 2006).

Algo similar he estado haciendo respecto del modelo de autoatención y del modelo que corresponde a los saberes populares, respecto de los cuales la revisión se basa sobre todo en el material surgido de las tesis de maestría y de doctorado que he dirigido en los últimos veinte años, que en su mayoría refieren a procesos de autoatención y a las características y usos de los saberes populares en muy diferentes contextos mexicanos. Pero subrayo que en todos los casos el núcleo metodológico refiere a la relación que establecemos entre modelo e historicidad.

## Modelos, experiencias y otras desventuras

Ahora bien, la metodología basada en tipos y modelos ha recibido reiteradas críticas, que en parte son correctas. Dichas críticas consideran que los tipos y modelos cosifican la realidad, de tal manera que el tipo o modelo pasan a ser la realidad, así como promueven la homogeneización y la uniformidad de los procesos y actores

que estudian, reduciendo o eliminando las diferencias y particularidades. Tienden a construir una imagen monolítica de los actores sociales, de tal manera que se excluyen toda una serie de puntos de vista de los actores que operan en la realidad. Pero, además, buscan establecer regularidades y patrones sociales, de tal manera que el estudio se centra en el modelo más que en la realidad. Estos modelos y tipos proponen –buscan– una coherencia lógica de la realidad, que no se observa en los procesos reales. Como concluyen Good & del Vecchio Good, el concepto de modelo biomédico “sirve pobremente para comprender la medicina actual y sirve poco para hacer comparaciones con otras formas de saber médico. Muchos de estos trabajos indican más sobre el analista y la teoría social utilizada que sobre la realidad cotidiana” (1993, p. 83).

Una gran parte de estas críticas señalan la diversidad que caracteriza el saber, trabajo o acto médico. Más aún, algunos autores consideran que los trabajos sobre modelo médico están desfasados de la realidad que opera actualmente, dado que la mayoría de los médicos en los contextos latinoamericanos son asalariados, y que el poder lo tienen las grandes corporaciones médicas y especialmente la industria químico/farmacéutica, y no la profesión médica<sup>4</sup>.

Gran parte de estas críticas no solo son parcialmente correctas, sino también relativamente antiguas, y así dentro de la antropología podemos observar las sagaces críticas realizadas en las décadas de 1920 y 1930 por Malinowski y por Radin respecto del esquematismo con que se concebía a los “primitivos”; así como las realizadas por Nadel, Lemert o Worsley en las décadas de 1950 y 1960 desde perspectivas estructuralistas, interaccionistas simbólicas y marxistas.

Y así Radin, en gran medida a partir de su experiencia etnográfica con varios grupos étnicos americanos y especialmente con los “*winnebago*”, subraya las reacciones individuales –y no solo colectivas– que los sujetos tienen incluso ante hechos como la muerte de seres queridos. Sus respuestas no solo se dan en términos de rituales y mitos, sino en términos de afectos individuales: “Dondequiera que obtenemos información detallada sobre rituales, ritos mágicos, etc. no tardamos en descubrir que mucha de la supuesta uniformidad estereotipada y ausencia de variación desaparece por completo” (1960, p. 70). Y recordemos que Radin sostiene esta propuesta durante la década de 1920, y que en sus textos metodológicos reflexiona sobre un tipo de trabajo antropológico que tiende a eliminar las variaciones individuales en función de establecer un patrón social dominante.

Varias décadas después, Lemert, cuestionando la concepción tipológica de Durkheim, señala:

---

<sup>4</sup> Este tipo de críticas son interesantes, pues evidencian que sus autores manejan una visión del saber médico en términos exclusivamente profesionales, más allá de que los mismos invoquen alguna variedad de marxismo, dado que solo piensan el modelo médico que cuestionan en términos de la profesión médica, excluyendo a las industrias de la salud y de la enfermedad que son parte sustantivas de dicho modelo.

Quienes han estudiado las sociedades de indios americanos, entre ellos Opler, han quedado por lo menos impresionados por la existencia permanente o muy frecuente de fragmentación, autonomía y competencia de elementos culturales, como por su unidad y consistencia [...] Puede decirse con toda seguridad que el separatismo, la federación, la débil asociación y tal vez la estructuración abierta son por lo menos tan características de las sociedades como las que aparecen estructuradas y unificadas en torno a valores y que impresionó a Durkheim, Parsons y Merton. (1967, p. 70)

Ahora bien, una parte de estas críticas también puede ser dirigida a propuestas interpretativas, dado que algunas se caracterizan por el uso de modelos y de tipos, lo cual suele ser olvidado o desconocido por los que cuestionan esta metodología a partir de posiciones fenomenológicas. Y así no suelen considerar que autores como Schutz, Geertz o Denzin, caracterizados por su enfoque cualitativo e interpretativo, utilizan modelos o conceptos similares, y no en forma periférica.

En uno de sus textos teórico-metodológicos más importantes, Geertz señala que las orientaciones interpretativas:

...centran su atención en el significado que las instituciones, acciones, imágenes, experiencias, acontecimientos y costumbres tienen para quienes poseen tales instituciones, acciones, etc. Como resultado de ello, no se expresa mediante leyes, fuerzas o mecanismos como los de Boyle, Volta o Darwin, sino por medio de construcciones como la de Burkhardt, Weber o Freud y sus análisis sistemáticos del mundo conceptual en que viven los condotiere, los calvinistas o los paranoicos. La forma que adoptan estas construcciones varía: retratos en el caso de Burkhardt, modelos en el de Weber y diagnósticos en el de Freud. Todos ellos representan intentos de formular el modo en que un pueblo, un período, una persona da sentido a sus vidas, y luego de comprender esto, averiguar lo que nosotros entendemos por orden social, cambio histórico o funcionamiento psíquico. (1994, p. 34)

Mientras que uno de los líderes metodológicos actuales de la aproximación cualitativa, y caracterizado por su gran experiencia en investigación con individuos, trabaja con tipos sociales en uno de los estudios cualitativos más importantes que conozco. Me refiero a los trabajos de N. Denzin (1987a, 1987b, 2000), quien formuló tipos sociales a partir de la información obtenida en un trabajo de campo que duró cinco años, y fue realizado en una comunidad norteamericana de 150.000 habitantes. El estudio se hizo a través de entrevistas personales y microgrupales a personas alcohólicas que eran miembros de grupos de Alcohólicos Anónimos, y Denzin participó en unas dos mil sesiones abiertas y cerradas de estos grupos.

Denzin articula teóricamente perspectivas fenomenológicas, interaccionistas simbólicas y weberianas describiendo minuciosamente la trayectoria de sujetos, pero no reduciendo su interpretación a la vida de cada sujeto, sino buscando una interpretación de conjunto que fuera más allá de cada experiencia y trayectoria, que justamente realiza a través del tipo ideal, y, por supuesto, de otros procedimientos descriptivos e interpretativos.



Recuerdo estas propuestas porque gran parte de las críticas al uso de tipos y modelos se hace desde autores que se asumen como interpretativos, y que además trabajan casi exclusivamente con la experiencia de los sujetos, excluyendo los aspectos macrosociales y macroculturales, reduciendo la realidad justamente a la experiencia de los sujetos, y negando explícita o tácitamente la existencia no solo de estructuras sociales, sino también de regularidades. Pero que parecen desconocer el uso de tipos sociales por las propias corrientes teóricas dentro de las cuales se inscriben.

Más aún, parecen desconocer que toda una serie de autores, especialmente norteamericanos, trabajaron a partir de individuos, pero también buscando regularidades y patrones sociales y culturales, como son los casos de Radin, de Opler o de Devereux. Y como es el caso emblemático de Linton, quien a fines de la década de 1940 propone los conceptos de pauta ideal, pauta real y pauta construida para referirse a las diferentes modalidades a través de las cuales se construyen y utilizan las pautas, incluido el papel de los sujetos.

O como fueron los casos de Homans, Garfinkel o Goffman en las décadas de 1950 y 1960 que, como señala Gouldner, describen y analizan sujetos que operan a través de las interacciones y negociaciones que se generan entre ellos, y no de individuos gobernados por normas sociales y culturales. Pero estos autores no solo manejan modelos explicitados o no, sino que además buscan la articulación de niveles o la relación sujeto/estructura más allá de que subrayen unos aspectos más que otros.

Las críticas más fuertes al uso de modelos y tipos vienen de las corrientes que rescatan el papel del sujeto, y sobre todo del sujeto como agente. Y si bien dicho rescate lo considero necesario, así como el cuestionamiento de las tendencias que excluyen al sujeto, cuestiono la tendencia a reducir la realidad al sujeto y a negar toda utilidad al uso de modelos y tipos.

Es obvio que si una persona es obesa o tiene sobrepeso algo tiene que ver el sujeto con esa gordura, pero la cuestión es que la misma no solo tiene que ver con el sujeto, sino también con algo más. En México, en los últimos diez años se ha incrementado notablemente, en términos de porcentajes y de tasas el número de personas obesas, de tal manera que actualmente el 69% de todos los mexicanos tienen sobrepeso y el 30% son obesos.

No negamos que, si una mujer quiere tener un parto por cesárea, dicha decisión tiene que ver con el sujeto y con el microgrupo familiar, pero una de las cuestiones a explicar es por qué en México, en el término de dos décadas, la cesárea pasó de constituir el 3% de los partos a ser más del 35% de los mismos en la actualidad.

¿Qué pasó? ¿Acaso todos los futuros obesos mexicanos se reunieron en algún lugar o se comunicaron por Internet y decidieron volverse gordos de la noche a la mañana?, ¿o cada uno a partir de su propia intencionalidad autónoma coincidió con la gordura del otro? O existe algo más –junto con el sujeto, por supuesto– que va más allá de cada individuo y su microgrupo, y que es parte decisiva de lo que ocurre con la obesidad o con la cesárea.

Hace alrededor de cincuenta años, la mayoría de los mexicanos nacían y morían en su hogar, mientras que en la actualidad cerca del 90% nacen y mueren en hospitales u otras unidades médicas. No cabe duda que ambas experiencias son subjetivas

y microgrupales, pero las mismas no han sido decididas solo por los sujetos. Más aún, se han impuesto a los sujetos, por supuesto a través de procesos de “negociación”. En gran medida la sociología y en menor medida la antropología a través de Durkheim y de Weber, pero también de Mauss y de Simmel, y más allá de la importancia diferencial dada por estos autores a los sujetos y a los actores, se organizó para poder explicar lo social y lo simbólico no solo en términos de individuos o de suma de individuos y de experiencias, sino para entender ese “plus” que los incluye y va más allá de cada sujeto.

Por lo tanto, me parece necesario recuperar al sujeto, sus experiencias, sus trayectorias, sus sufrimientos, sobre todo por una disciplina como la antropología que, salvo excepciones, no se preocupó demasiado por el sujeto ni por su sufrimiento. Y por eso rescato los trabajos de Alves (1993), Csordas (1990, 1994) o Rabelo (1993, 1994); pero una cuestión es recuperar al sujeto, y otra reducir la realidad al sujeto debido a varios hechos, y en particular a que la mayoría de los que han focalizado sus trabajos en el sujeto y en su experiencia han concluido en subrayar casi siempre ciertas características de la realidad, y en excluir casi siempre otras más allá de la diversidad de los sujetos y problemas estudiados.

Y el énfasis en esas omisiones o presencias, así como sus consecuencias para entender la realidad que estudian, fueron señaladas y cuestionadas a finales de la década de 1970 y principios de la de 1980 respecto de algunas de las principales tendencias y autores que trabajaron con interpretaciones, punto de vista del actor y experiencias. Dichas críticas fueron formuladas desde distintas corrientes teóricas por autores de la significación de Baer, Bibeau, Corin o Singer.

En uno de los trabajos fundadores de la antropología médica actual, A. Young (1982), analiza el enfoque utilizado por uno de los líderes de las corrientes interpretativas, concluyendo que Kleinman reduce los procesos de *s/e/a* a eventos clínicos y a la percepción de la enfermedad; circunscribe las relaciones sociales exclusivamente a la relación médico/paciente-familiares, excluyendo todo otro tipo de relaciones no solo de tipo macrosocial, sino también comunitario. Sus trabajos se caracterizan por utilizar un enfoque microsociológico, que no describe ni analiza el papel de las estructuras sociales ni la dimensión económico/política, y donde el poder es referido exclusivamente a las relaciones personales.

Tanto Kleinman como Good y otros interpretativos no solo están interesados básicamente en la medicina clínica, sino sobre todo en la eficacia médica. Y como recuerda Young, uno de los conceptos claves desarrollado por Kleinman, el de modelo explicativo, tuvo como objetivo básico generar instrumentos pedagógicos para trabajar con médicos clínicos en el aprendizaje de una relación médico/paciente que tomara en cuenta al paciente para establecer negociaciones terapéuticas más eficaces, y donde la prioridad de la enseñanza es colocada en el tratamiento individual.

En fin, Young señala que, si bien tanto Kleinman como Good critican ciertos aspectos de la biomedicina, no describen ni analizan los determinantes sociales, políticos y económicos de la misma. Lo cual fue señalado también por Taussig, así como por Baer y por Singer en diversos trabajos, quienes consideran que la denominada

antropología médica clínica (Chrisman & Maretzki, 1982) se caracteriza por desarrollar y aplicar un enfoque antropológico cada vez más psicologista y biomedicalizado.

Taussig (1980), analizando los tempranos trabajos de Kleinman, y especialmente su manejo del *illness* (padecimiento) y sus propuestas respecto de la relación médico/paciente, concluye que el objetivo es educar al médico y al paciente, pero a partir de las instituciones y concepciones biomédicas, sin incluir los conflictos de diferente tipo que operan en dicha relación:

For indeed there will be irreconcilable conflicts of interest and these will be 'negotiated' by those who hold the upper hand albeit in terms of a language and practice which denies such manipulations and the existence of unequal control; [y agrega] It is a strange 'alliance' in which one party avails itself of the other's private understandings in order to manipulate them all the more successfully. What possibility is there in this sort of alliance for the patient to explore the doctor's private model of both disease and illness, and negotiate that? Restricted by the necessity to perpetuate professionalism and the ironclad distinction between clinician and patient while at the same time exhorting the need and advantage of taking cultural, these authors fail to see that it is not the 'cultural construction of clinical reality' that needs dragging into the light of day, but instead it is the clinical construction of reality that is at issue. (Taussig, 1980, p. 12)

[Porque, de hecho, habrá conflictos de interés irreconcilables y estos serán "negociados" por quienes tienen la ventaja, aunque utilizando un lenguaje y una práctica que niegan tales manipulaciones y la existencia de un control desigual. [Y agrega:] Es una extraña "alianza" en la que una de las partes se aprovecha de las comprensiones subjetivas de la otra para manipularla con mayor eficacia ¿Qué posibilidad tiene el paciente, en el marco de esta alianza, de explorar el modelo privado del médico sobre la enfermedad y el padecimiento, y negociar al respecto? Restringidos por la necesidad de perpetuar el profesionalismo y la rígida distinción entre clínico y paciente, mientras al mismo tiempo exhortan a considerar la importancia y el beneficio de atender a lo cultural, estos autores no advierten que no es la "construcción cultural de la realidad clínica" lo que necesita salir a la luz, sino que, en realidad, lo que está en cuestión es la construcción clínica de la realidad.] [Trad. del ed.]

Si bien en trabajos ulteriores Kleinman considera acertadamente que la biomedicina trata generalmente el dolor y el sufrimiento como un proceso mecánico que requiere técnicos que lo traten técnicamente. Así como que tanto la biomedicina como las ciencias de la conducta no han desarrollado categorías para describir, interpretar y trabajar con el sufrimiento de los pacientes (1988, p. 28). Y proponiendo estudiar los mundos experimentados por pacientes y por terapeutas para poder comprender el cuerpo, el sí mismo (*self*), y los cambiantes contextos sociales dentro de los cuales la enfermedad y la práctica clínica operan. Sin embargo, su trabajo recupera básicamente la experiencia individual del padecer, de tal manera que los procesos sociales y culturales aparecen como mero sostén de la subjetividad:

Tenemos la impresión de que algunos antropólogos de orientación fenomenológica consideran la cultura como un dato accesorio, un artefacto independiente que solo modela exteriormente la experiencia del sujeto, constituyendo esta 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 solo a la experiencia subjetiva de las personas. (Bibeau & Corin, 1994, p. 111)

Ahora bien, como señalaba hace casi cincuenta años F. Braudel, todos trabajamos con modelos sin ser demasiado conscientes de ello. Lo cual incluye también a los que trabajan exclusivamente con el sujeto y sus experiencias.

La mayoría de los trabajos antropológicos que manejan estos conceptos, por lo menos en México, no explicitan las definiciones de sujeto y de subjetividad que manejan. Más aún, consideran que ellos trabajan sin modelos ni tipos, y cuestionan a las tendencias y autores que los utilizan. Lo cual justamente forma parte del modelo que manejan en forma no explicitada.

El modelo –o tal vez modelos– de los que cuestionan el uso de modelos se caracteriza por focalizar el papel del sujeto en términos de individuo y con fuerte tendencia al psicologismo, por considerar que las estructuras sociales y simbólicas solo tienen sentido en términos del manejo, uso, creación del sujeto. Parten del supuesto de que hay una gran variedad de comportamientos y de experiencias individuales –a veces casi infinita–. Frecuentemente surge, por lo tanto, un sujeto que es casi “pura” experiencia, cuya trayectoria no evidencia regularidades, rutinas, reiteraciones, que no utiliza patrones sociales y cuya vida se caracteriza por la intencionalidad consciente.

Una parte de los autores de esta tendencia consideran que no describen representaciones sociales, sino experiencias, cuestionando no solo el primer concepto, sino también el concepto de rol. Sin embargo, uno de los autores que ha desarrollado una de las más sutiles etnografías de las instituciones biomédicas, y me estoy refiriendo a Goffman, realizó también una de las más sutiles etnografías del sujeto, para concluir en algunos de sus trabajos que la “espontaneidad” de los sujetos refiere a reglas, patrones, y rituales generalmente no descritos, porque no se los observado que aparecen sumamente “normalizados”, o porque están incluidos en la subjetividad como parte de ella. Y recordemos que Goffman utiliza centralmente los conceptos de institución, de rol y de representación social.

Las orientaciones interpretativas que utilizan el concepto de experiencia, y obtienen la casi totalidad de su información de las narrativas de los sujetos, consideran tácita o explícitamente que dichas narrativas equivalen a prácticas sociales, lo cual no solo es parte del modelo que utilizan, sino que es por lo menos dudoso, ya que la mayoría de sus estudios no se basan en la observación sistemática, sino exclusivamente en lo que le dicen sus informantes a través de narraciones. Por supuesto que, si al investigador solo le interesan los significados, y además no le interesa la verdad/no verdad de la experiencia, que el sujeto haya o no tomado determinado fármaco pasa a ser secundario, como también pasa a ser secundario si violó o no violó, o si mató o no mató, ya que lo sustantivo son las experiencias y las interpretaciones formuladas por un sujeto.

Posiblemente la antropología brasileña sea, a nivel latinoamericano, la que mejor ha desarrollado y fundamentado los enfoques interpretativos que niegan los modelos y afirman el papel de la experiencia, pero, como señala Canesqui, se preocupa especialmente por las experiencias individuales referidas a la enfermedad en términos de significado y de acción “ocultando las regularidades sociales o los patrones estructurantes sociales, políticos, culturales o simbólicos”. Frente a lo cual la autora propone trabajar tanto con la experiencia como con los patrones colectivos, dado que articulando lo colectivo/individual y la estructura/acción “podemos encontrar caminos menos polarizados y constructivismos menos radicales” (2003, pp. 121-122). Con lo cual estoy totalmente de acuerdo.

Justamente, la polarización y la exclusión constituyen también parte de este modelo, lo cual se pone en evidencia a través de las oposiciones sujeto/estructura o experiencia/representación que manejan, como si las experiencias de un sujeto no tuvieran que ver también con representaciones sociales. Considero que no es el concepto de modelo en sí, como tampoco el de experiencia en sí, los que establecen una descripción y análisis sesgados de los procesos de s/e/a que favorecen la cosificación o la disolución de la realidad, sino que son los usos que los investigadores damos a los conceptos en términos de polarizaciones excluyentes.

Por supuesto, no ignoro que determinados conceptos favorecen más ciertos sesgos, limitaciones y, por supuesto, hallazgos que otros conceptos; y menos aún desconozco que los objetivos de un investigador pueden estar orientados a subrayar la diferencia y diversidad mientras otros tratan de observar similitudes y regularidades. Lo cual considero legítimo, en la medida que es eso lo que les interesa describir y comprender, pero en la medida que las investigaciones no excluyan a priori los procesos individuales o colectivos que son decisivos para comprender los procesos a estudiar.

A lo largo de unos veinte años he desarrollado una metodología que trata de evidenciar los diversos presupuestos con los cuales nos enfrentamos al estudiar un problema específico, para reducir hasta lo posible que los presupuestos nos manejen a nosotros, y para evitar que nuestros resultados se conviertan en profecías autocumplidas. Así como he tratado de diferenciar los diferentes actores que hay dentro de “un actor” para evitar la cosificación no solo de la realidad, sino de los sujetos. Y así, por ejemplo, en nuestros estudios sobre saber médico y alcoholismo he tratado de asegurar la mayor diversidad de actores que expresaran diferentes posibilidades del saber médico, permitiendo establecer notorias diferencias entre muy diferentes grupos de médicos, pero también observar similitudes en aspectos decisivos del saber y trabajo médico (Menéndez, 1990b; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2003).

Considero que mientras trabajemos con la estructura, por un lado, y el sujeto por el otro, en términos de exclusiones establecidas a priori, lo que haremos es confirmar nuestros sesgos, debido a que todos nosotros, aun los que cuestionan en nombre del sujeto el uso de tipos e hipótesis, nos caracterizamos por utilizar modelos e hipótesis, así como por imponer a la realidad presupuestos que frecuentemente simplifican y sesgan la realidad a estudiar.

En síntesis, para mí los tipos y modelos constituyen construcciones metodológicas provisionales, que deben ser referidas a la historicidad de los procesos y de los actores sociales, los cuales operan siempre dentro de relaciones sociales. Su formulación se hace a partir de problematizar la realidad a estudiar, y de establecer hipótesis explicativas o interpretativas respecto de dicha realidad. Es a partir de estas hipótesis que, simultáneamente, podemos proponer interpretaciones individuales y/o generalizaciones tentativas.

Ahora bien, no conozco, por lo menos para México, estudios en los cuales se analice desde perspectivas epidemiológicas y antropológicas la posibilidad de articular el tipo de generalización estadística y el que deviene del uso de tipos y modelos. Así como cuáles son sus beneficios y limitaciones, y el tipo de complementación que demandaría.

## Los peligros del olvido

Además de los analizados, hay otros aspectos relacionados con las posibilidades de generalización, que favorecen el distanciamiento entre ambas disciplinas, y de los cuales solo seleccionaré uno. Como ya señalé, la epidemiología trata de establecer generalizaciones que vayan más allá de los contextos locales, mientras que gran parte de los antropólogos se asumen como estudiosos de lo local, pasando a ser secundario o directamente inexistente la necesidad de generalizar, pero también de comparar. Si bien el método comparativo caracterizó el desarrollo inicial de la antropología, fue perdiendo significación hasta casi desaparecer de los objetivos e intereses de las escuelas dominantes entre las décadas de 1970 y 1990.

Lo que señalo no niega que a la epidemiología le pueden interesar problemas a nivel local, comunitario o regional, pero frecuentemente necesita manejar la información en un nivel local que posibilite a su vez la generalización y la comparación. Los epidemiólogos pueden estudiar un foco infeccioso a nivel local o establecer un programa de vigilancia epidemiológica regional, pero su trabajo implica el uso de determinadas categorías y la producción de información que posibiliten su comparación con los datos obtenidos en otros contextos. Requieren, por lo tanto, no solo generalizar más allá de lo local, sino también describir y analizar los datos locales a través de categorías universales.

Gran parte de la antropología médica, al colocar sus objetivos en el estudio de lo local, de lo *emic*, trabaja en torno al padecimiento (*illness*). Lo que importa son las características que adquiere una enfermedad no solo a nivel local, sino en función de las categorías sociales formuladas y utilizadas por los sujetos y grupos que estudia. Por lo menos una parte de los antropólogos sostienen que, a través de los síntomas de los sujetos locales, se expresan los valores, creencias y significados de la cultura local.

Esta ha sido la tradición fuerte de los estudios antropológicos sobre los procesos de s/e/a, por lo menos desde la década de 1930, y que se expresa por ejemplo en los notables estudios de Mead (1957) sobre la fatiga en Bali, de Devereux (1937) sobre el homosexualismo entre los Mohave, o De Martino (1961) sobre el “tarantulismo”

en comunidades del sur de Italia. Todos estos trabajos focalizan las características locales –en su mayoría culturales– que se expresan a través de los padecimientos, ya que lo que importa es dar cuenta de la estrecha relación que existe entre determinadas formas culturales y las características de los padecimientos, tanto en términos de causalidad, de desarrollo, como de solución de los mismos, pero donde lo central lo constituye la interpretación cultural de los procesos estudiados.

En función del peso dado a la dimensión simbólica referida especialmente a aspectos como el cuerpo o el sufrimiento, se han desarrollado ciertas concepciones e interpretaciones que deben ser analizadas con sumo cuidado no solo en términos teórico-metodológicos, sino ideológicos. Y me refiero a toda una serie de antropólogos que, desde fines de la década de 1980 y sobre todo durante la de 1990, nos han hablado de “biologías locales” como expresión de la estrecha relación y significación que existe entre el cuerpo y las enfermedades a nivel de las culturas locales, y que justamente impiden o limitan todo intento de generalización.

Considero que el desconocimiento de la trayectoria teórico/práctica de la antropología, así como de su vinculación contextual con los procesos económico/políticos e ideológicos dentro de los cuales operó, les permite proponer esta categoría sin tomar, por ejemplo, en que fueron antropólogos –y otros científicos– alemanes y centroeuropeos entre 1920 y 1940, quienes más trabajaron con la concepción de “biologías locales” que terminaron siendo usadas como justificación de exterminios masivos.

Me interesa subrayar que estas propuestas fueron desarrolladas por algunos de los más importantes antropólogos alemanes, recordando que, en ese momento, la antropología alemana constituía una de las tres antropologías más importantes del mundo junto con la británica y la de los EEUU, y se caracterizaba por su mayor desarrollo teórico y metodológico. Dichos antropólogos propusieron una relación entre lo biológico, lo étnico y lo popular (*volk*) en términos de una unidad particular que caracterizaba a ciertos grupos sociales y los diferenciaba radicalmente de otros. Dicha concepción no estaba basada solo en la raza, como suele afirmarse, sino más bien en la unidad indisoluble etnos/raza/pueblo que estos científicos e ideólogos propusieron.

La elaboración de una epidemiología sociocultural debe tener muy en cuenta las diferentes trayectorias que dan lugar a su desarrollo, pero no solo incluyendo y reflexionando sobre los aspectos descriptivos, teóricos y metodológicos que podemos recuperar para legitimar dicha orientación epidemiológica, sino también cuestionando las orientaciones que generaron explicaciones incorrectas y posibilitaron, además, el uso de la antropología y de la biomedicina con objetivos y consecuencias terribles, como fueron la exterminación de gitanos, judíos, eslavos y personas de otras “minorías raciales” caracterizadas por expresar “biologías locales”.

No debemos olvidar que gran parte de los estudios sobre “higiene racial” fueron desarrollados por la biomedicina, pero también por la epidemiología y no solo en Alemania, sino en la mayoría de los países europeos y en los EEUU. Y que en nombre de concepciones eugenésicas se desarrollaron notables aportes clínicos y epidemiológicos. Las investigaciones de Eppinger sobre las funciones hepáticas desarrolladas durante la década de 1930 y primeros años de la década de 1940, posibilitaron extraordinarios avances en la comprensión e intervención clínica respecto de dichas



funciones, pero a partir de la muerte de cientos de sujetos –judíos en su mayoría– que fueron utilizados como cobayos humanos en el laboratorio especial que el nazismo construyó en Creta para que Eppinger realizara sus notables investigaciones biomédicas. Una de las primeras encuestas masivas a nivel mundial sobre tuberculosis broncopulmonar (TBC), realizada no solo a través de interrogatorio médico, sino además con pruebas de laboratorio, fue aplicada al conjunto de la población alemana bajo el régimen nazi, constituyendo uno de los aportes fundamentales a la epidemiología de la tuberculosis broncopulmonar a nivel internacional.

En varios trabajos he señalado que la negación y el olvido son parte de la continua deshistorización de las sociedades, y que el desarrollo de una epidemiología sociocultural supone una suerte de continua “lucha” contra el olvido, dado que en el pasado podemos encontrar aportes que todavía tienen notable vigencia y validez metodológica y teórica, como son por ejemplo las propuestas epidemiológicas de Durkheim, Cassel o Murphy, pero también para observar cómo son usados actualmente conceptos como el de “biologías locales”, que requieren de una revisión y uso crítico.

## Críticas mutuas

Como sabemos, ambas disciplinas se han cuestionado mutuamente, y así los epidemiólogos sostienen que los antropólogos no establecen con claridad cuáles son sus criterios para seleccionar los informantes con los cuales trabajarán. Que las formas de utilizar, por ejemplo, la técnica denominada “bola de nieve”, conduce a que por lo menos una parte de los sociólogos y antropólogos utilicen los informantes que “pueden” y no los que serían más idóneos para lo que quieren estudiar.

Y tienen razón, ya que gran parte de los estudios antropológicos y sociológicos de tipo cualitativo no establecen criterios claros de selección de sus sujetos de estudio. O lo que es más preocupante, establecen criterios de selección, y luego entrevistan a los sujetos que pueden y no a los que deberían según los términos de la metodología propuesta. Debemos advertir que algo similar le ocurre a una parte de los epidemiólogos que se han dedicado en los últimos años a aplicar técnicas cualitativas, sin tener demasiada experiencia en ello.

La epidemiología sociocultural basa su trabajo en los denominados “actores sociales significativos”, los cuales deben ser considerados como significativos en función de la importancia que tienen respecto del proceso de salud a investigar, estableciendo por lo tanto criterios de selección que deben ser aplicados para conseguir entrevistar y observar justamente a los sujetos que tienen que ver con la problemática que se quiere estudiar, y no solo a cualquier sujeto que se deja entrevistar.

Personalmente estoy cada vez más preocupado por la calidad de la información que producimos los antropólogos a través de nuestras técnicas cualitativas, dado que toda una serie de procesos está conduciendo a un fuerte deterioro en la aplicación de las mismas. Comparto la opinión de destacados especialistas brasileños que sostienen que el *boom* de la investigación cualitativa generado en las décadas de 1980 y

1990 se caracteriza por ser frecuentemente superficial y por generar aportes que no van más allá del sentido común (Minayo *et al.*, 2003).

Presiones de muy diferente tipo que impulsan la “productividad académica” tienden a reducir no solo el tiempo del trabajo de campo, sino también la posibilidad de asegurar una mínima calidad en la información obtenida. Se impulsa la rapidez en todos los pasos de la investigación, de tal manera que muchas instituciones financian básicamente proyectos que utilizan técnicas cualitativas que favorecen la urgencia, aun cuando se reduzca la profundidad y calidad de la información obtenida.

Desde esta perspectiva, el auge actual de determinadas técnicas de obtención de información no tiene tanto que ver con la calidad de la información, sino con la rapidez con que se la obtiene, lo cual abarata costos y conduce a producir resultados más rápidamente. No es un hecho casual que toda una serie de instituciones financiadoras de organizaciones no gubernamentales (ONG) hayan impulsado especialmente el trabajo con los denominados “grupos focales”.

Las técnicas rápidas de obtención de información (RAP) tuvieron una notable difusión inicial, que luego quedó sobre todo confinada a su uso por una parte de las organizaciones no gubernamentales. Estas técnicas fueron tempranamente criticadas por epidemiólogos y por antropólogos por considerar que el tipo de información obtenido no era confiable, porque eran utilizadas por personas sin formación antropológica para obtener material cultural complejo, y porque obtenían la información a partir de muy pocas personas, frecuentemente una sola. Este material se tomaba a veces como prueba piloto, pero en otras constituía la base a partir de la cual se debían generar intervenciones sobre las comunidades (Herman & Bentley, 1992).

Considero que las RAP han tenido un fuerte impacto en el trabajo de campo de antropólogos que están realizando investigaciones académicas sobre procesos de s/e/a, de tal manera que estos no solo entrevistan en profundidad a unos pocos informantes, sino que incluso para problemas tan graves como pueden ser las relaciones entre pobreza y VIH-sida o la vinculación violencia/estilo de vida, en ocasiones aplican una sola entrevista que frecuentemente es más una encuesta que una entrevista en profundidad. Más aún, si bien no generalizan estadística ni tipológicamente, sus análisis a partir de los datos con muy escasos informantes terminan hablando de “los pobres”, de los “grupos étnicos”, de “la” mujer o de “los estratos sociales”, que suponen en cada caso a millones de sujetos.

Subrayo que no cuestiono trabajar con escasos informantes y en profundidad para obtener información confiable y estratégica; todo lo contrario, pero para ello hay que trabajar realmente en profundidad.

Especialmente entre las décadas de 1950 y 1960, una parte de los antropólogos que trabajaban con procesos de s/e/a estaban preocupados por la validez de la información obtenida de los “informantes claves” que entrevistaban, lo cual preocupaba especialmente a epidemiólogos y científicos sociales interesados por problemas de salud mental, como fueron los casos de E. Jellinek y de H. Murphy. Este último estaba especialmente preocupado por la calidad de los datos obtenidos por los estudios epidemiológicos, preguntándose si los proporcionados por los entrevistados eran

realmente válidos. Lo cual lo condujo a elaborar y aplicar una metodología basada en informantes claves.

Estas propuestas, con adaptaciones, fueron aplicadas en México a fines de la década de 1970 a través de estudios sobre consumo de alcohol (Smart, Natera & Almendares, 1981). Pero estas preocupaciones han casi desaparecido, por lo menos entre nosotros; a veces tengo la impresión de que ya no interesa cómo se obtiene la información, ni su calidad, ni el papel del antropólogo en la producción de dicha información. Lo único que interesa es producir “datos”.

Toda una serie de orientaciones teóricas, incluso algunas caracterizadas por su sofisticación, han favorecido esta manera de trabajar. Varias propuestas, surgidas especialmente de los denominados “estudios culturales”, han promovido que una parte de los antropólogos se convirtieran en *flâneurs* o, si se prefiere, en turistas del conocimiento. Es como si aspiraran a ser una suerte de Walter Benjamin caminando y “voyeurando” por París, nada más que ahora pasearían por los hospitales o por las bibliotecas de la Facultad de Medicina, para contarnos sus narrativas.

Las propuestas relativistas que cuestionaron la relación verdad/no verdad en la investigación antropológica especialmente desde la década de 1970, que por supuesto no se reduce solo a Geertz y sus discípulos, favorecieron estos procesos, así como también las propuestas que basan la información en “las narrativas” describiendo y analizando el discurso, sin tomar en cuenta no solo el contexto, sino tampoco las relaciones sociales y económico/políticas donde funcionan dichas narrativas (Bibeau & Corin, 1995).

Para mí, las propuestas socioantropológicas deberían preocuparse no solo por la capacidad estratégica de la información obtenida, sino también por la calidad y confiabilidad de dicha información. Es decir, tenemos la obligación metodológica de establecer y justificar cuáles son nuestros actores significativos, cuáles son los criterios de selección de los sujetos que los representan, cómo obtenemos la información y cómo aseguramos su confiabilidad en términos cualitativos. Nos guste o no nos guste, el trabajo cualitativo aparece como muy sencillo y muy fácil de aprender, lo cual se traduce en el incremento de trabajos fáciles, pero poco confiables.

A su vez, el trabajo epidemiológico también ha recibido fuertes y reiteradas críticas, de las cuales solo recordaré algunas. En primer lugar los antropólogos sostienen que las técnicas estadísticas, como la encuesta, tienden a aislar a los sujetos que entrevistan en lugar de describirlos en términos de sus relaciones sociales, y que además no incluyen los contextos a partir de los cuales estos sujetos desarrollan sus vidas y sus significados. Más aún, las técnicas estadísticas eliminan los significados personales que los entrevistados tienen respecto de los datos que los encuestadores les solicitan.

Diversos autores sostienen que las variables sociales y culturales que utiliza la epidemiología, como pueden ser estratificación social, pobreza o pertenencia étnica, se aplican sin establecer lo que significan estratificación social, pobreza y pertenencia étnica en términos teóricos o por lo menos de procesos sociales empíricos. Estas y otras categorías como edad, sexo o clase social son producto de procesos sociales; son parte de las representaciones sociales colectivas, e incluso son expresión de las

luchas que se han dado en diferentes sectores sociales para que se tome en cuenta el género, el grupo étnico o la tercera edad.

De tal manera que aparecen como categorías científicas y universales, cuando son resultado de procesos sociales específicos y, por supuesto, técnico/científicos, que organizan cierto tipo de realidad, que la mayoría de la epidemiología no cuestiona ni analiza en sus consecuencias metodológicas. Se presentan al investigador como la realidad, cuando estas categorías constituyen reificaciones de la realidad.

Los estudios de género, y especialmente la denominada epidemiología feminista, han desarrollado una crítica radical respecto de las categorías utilizadas tanto por la antropología como por la epidemiología que tratan cuestiones de género. Su revisión ha cuestionado los datos estadísticos producidos por la epidemiología para fenómenos como violencia contra la mujer o mortalidad materna, sosteniendo que los datos epidemiológicos tienden a disminuir la significación estadística de estos procesos debido a su manejo de las categorías y al tipo de técnicas que emplean.

Los epidemiólogos suelen manejar las variables y categorías como meros indicadores que posibilitan establecer determinadas correlaciones estadísticas en torno a las mismas, pero sin incluir en sus análisis el significado que estas tienen respecto de los procesos estudiados. O si lo hacen, generalmente sus propuestas son tautológicas, o simplifican la realidad a estudiar en términos tales que no solo no permiten describirla y comprenderla, sino que además reducen la posibilidad de intervenir eficazmente por lo menos sobre ciertos sectores de la realidad, como lo hemos observado a través de nuestro análisis de la “variable” estilo de vida.

Esta tendencia la podemos registrar, sobre todo, a través de una parte significativa de los estudios que sobre pobreza y salud se están desarrollando actualmente en América Latina, que tienen la tendencia a trabajar con la realidad en términos de “variables” y no de procesos sociales, simplificando y esquematizando los procesos que estudian, y dejando de lado, por ejemplo, los procesos de violencia estructural que caracterizan a la pobreza latinoamericana.

Pero, además, tanto la epidemiología como la socioantropología que estudian pobreza y procesos de s/e/a en México –según surge de una revisión bibliográfica y de algunas entrevistas que estamos realizando–, si bien han generado aportes, especialmente en términos estadísticos, lo que llama la atención es la “pobreza” de la información etnográfica, la reiteración de ciertas temáticas de escasa significación, y la carencia de descripciones y análisis sobre aspectos decisivos de las relaciones entre pobreza y procesos de salud/enfermedad/atención. Así, por ejemplo, en los trabajos que nosotros conocemos no encontramos información estadística ni cualitativa significativa sobre procesos como el narcotráfico, pese a que por lo menos algunos de estos estudios se han llevado a cabo en zonas dominadas por el “crimen organizado”.

Los especialistas regionales tienden a ignorar la producción de notables trabajos desarrollados desde las décadas de 1960 y 1970 por autores como Antonovsky, Black, Farmer, Kosa, Massé, Riesman o Tousignant, que no solo incluyen los procesos económicos/políticos y los simbólicos en sus análisis sobre la relación pobreza/procesos de s/e/a; que no solo toman en cuenta el racismo como parte central de dicha relación, sino que además desarrollan conceptos como los de “coping” (Antonovsky,

1979) o “espacio de pobreza” (Massé, 1995; Tousignant, 1989), que serían de suma importancia para explicar y para intervenir en la situación mexicana.

Desde por lo menos la década de 1950, toda una serie de estudios manejan supuestos teóricos y empíricos que proponen que, los estratos sociales más bajos de nuestras sociedades se caracterizan por tener las más altas tasas de mortalidad y la menor esperanza de vida comparado con cualquiera de los otros estratos sociales. Según estos estudios, los pobres se caracterizan no solo por ser más vulnerables a la mayoría de las enfermedades, sino además por pagar más por su salud (Williams – Edit.–, 1977). Estas y otras características diferencian radicalmente a los más pobres del resto de los estratos sociales. Y a similares conclusiones llegan “veinte años después” los estudios locales sobre pobreza y procesos de s/e/a, pero sin avanzar mucho más en sus interpretaciones.

Observamos que la mayoría de los estudios mexicanos sobre salud y pobreza, y especialmente los que se han realizado en torno a los programas contra la pobreza, dejan de lado no solo las investigaciones, sino las discusiones, reflexiones y aplicaciones que se hicieron sobre las políticas de Atención Primaria, y especialmente respecto de las denominadas Atención Primaria Comprensiva y Atención Primaria Selectiva desarrolladas entre fines de las décadas de 1970 y 1990, lo cual constituye una grave omisión, ya que fue en gran medida a partir de ellas que posteriormente se diseñaron y aplicaron las políticas focales o selectivas respecto de la población en situación de pobreza y extrema pobreza.

El análisis y evaluación de las mismas posibilitaría explicar, por ejemplo, no solo la trayectoria de los programas IMSS/Coplamar, Solidaridad, Progresá y Oportunidades, sino además la eficacia y las limitaciones que estos han tenido. Recordando que dichos programas fueron organizados e impulsados por el Estado mexicano desde la década de 1970 hasta la actualidad, para enfrentar problemas –especialmente los de enfermedad– que afectaban la situación de los sectores más pauperizados de la sociedad mexicana, en particular en el medio rural.

Esos estudios y reflexiones tal vez ayudarían a nuestros especialistas en pobreza a comprender lo que no pueden comprender –según lo explicitan varios de ellos–, e incluso a incluir en sus estudios y acciones lo que no incluyen. Y dado, además, que los estudios sobre pobreza y salud tienden a ignorar algunos de los principales aportes etnográficos que se han hecho en los últimos años, respecto de población en situación de pobreza y perteneciente a diversos grupos étnicos, como son, por ejemplo, los estudios de Freyermuth (2000), Mendoza (1994, 2004) y Ortega (1999). Si bien estos trabajos no tienen por objeto la pobreza, presentan información mucho más profunda, confiable y estratégica sobre procesos de s/e/a en población pobre, que posibilita comprender algunos de los problemas más lacerantes que padecen dichos grupos.

Más aún, los especialistas en pobreza tienden a ignorar los estudios desarrollados por médicos latinoamericanos, y especialmente mexicanos (Celis & Navas, 1970), entre las décadas de 1950 y 1970, que evidencian una preocupación especial respecto de la pobreza como una de las principales causas de enfermedad y de las altas tasas de mortalidad, así como uno de los principales impedimentos para reducir los problemas de salud que afectan a la población mexicana. Toda una serie de

estudios clínicos y epidemiológicos sobre cirrosis hepática desarrollados durante las décadas de 1950 y 1960, conducirán a los especialistas mexicanos a colocar las causas de este padecimiento en la relación consumo de alcohol, desnutrición y pobreza. Interpretación que a partir de la década de 1970 fue abandonada, especialmente por los nuevos líderes profesionales y académicos (Menéndez, 1990b; Menéndez & Di Pardo, 2003).

Pero, además, la mayoría de los epidemiólogos, pero también los antropólogos, parecen desconocer –o por lo menos no citar– los notables trabajos de Oscar Lewis sobre la pobreza en México realizados entre las décadas de 1940 y 1960, que no son tomados en cuenta ni siquiera para cuestionarlos, aunque muchos de los “nuevos” estudios reiteran –tal vez sin saberlo– muchas de las propuestas de Lewis.

El análisis de los materiales bibliográficos y de las intervenciones sobre pobreza y procesos de s/e/a producidos desde la década de 1960, posibilitaría a los especialistas actuales en este campo contar con explicaciones y estrategias de intervención que siguen siendo vigentes, así como desechar las que han evidenciado falta de eficacia. Este análisis es pertinente porque las políticas y actividades que se están aplicando actualmente contra la pobreza, y especialmente las que tienen que ver con procesos de s/e/a, reiteran sin demasiados agregados las que se vienen aplicando en México desde las fechas indicadas.

Tal vez por lo menos una parte de lo señalado tenga que ver con las funciones sociales y académicas del olvido, ya que nos permite periódicamente redescubrir el problema de la pobreza y de los pobres y desarrollar nuestras investigaciones y propuestas sobre los mismos “olvidándonos” de los trabajos y acciones previas.

## La epidemiología del alcoholismo: epistemología y sentido común

La revisión de las investigaciones epidemiológicas, especialmente las referidas a ciertos padecimientos, ha llevado a concluir que lo básico –y frecuentemente lo único– que aportan la mayoría de los estudios epidemiológicos son mediciones, que si bien son importantes no permiten comprender muchos de los procesos que miden, dado que tienden a desconocer la complejidad del campo social donde operan dichos procesos de s/e/a (Bibeau & Corin, 1994). Ello, por supuesto, no niega sus aportes epidemiológicos, sino que señala sus limitaciones.

Desde hace más de dos décadas estoy analizando los aportes epidemiológicos respecto del consumo de alcohol y de sus consecuencias en los procesos de s/e/a en México, y hago más las conclusiones de dos de los más importantes especialistas contemporáneos sobre las adicciones, incluidas las relacionadas con el consumo de alcohol:

Los estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas rara vez han abordado las verdaderas dificultades teóricas de esta problemática; predomina un tipo de investigación mecánica y reiterativa que trata al consumidor de

drogas como un objeto de estudio totalmente divorciado de las condiciones culturales y de las instituciones sociales dentro de las cuales vive y consume drogas. (Edward & Ariff, 1981, p. 291)

Más aún, reconocen que el alcoholismo no es fácil de estudiar, pues implica un conjunto de relaciones complejas y en constante cambio, que justamente constituyen el tipo de problema que debe enfrentarse metodológicamente en lugar de simplificar la realidad, describiéndola a través de variables y categorías aisladas. Y quienes realizan estas afirmaciones son clínicos y epidemiólogos.

Estas afirmaciones siguen siendo válidas para la mayor parte de la investigación epidemiológica que se realiza en México sobre consumo de alcohol y sus consecuencias. Pero es importante señalar que esta producción epidemiológica evidencia además serias incongruencias metodológicas, especialmente referidas a la calidad de la información que produce y analiza.

Desde por lo menos la década de 1960, contamos con evaluaciones metodológicas que indican que las encuestas tienden a subregistrar fuertemente el consumo de alcohol por parte de la población, y así R. Room, analizando los datos de la encuesta aplicada por Cahalan en 1964-1965 a nivel nacional en los EEUU, encuentra que los datos de esta encuesta solo corresponden al 50% de la venta de vinos, al 55% de la venta de cerveza y a un 55% de la venta de bebidas alcohólicas de alta graduación. Es decir que esta encuesta subregistra en más de un 50% los volúmenes de bebidas alcohólicas consumidos por la población de los EEUU, según los registros de venta.

Recordando que ambos son dos de los más importantes investigadores norteamericanos sobre alcoholismo, es importante señalar que a partir de entonces se verificaron estos hallazgos en otros contextos y, por lo tanto, se recomendó no aplicar este tipo de instrumentos para obtener datos confiables sobre consumo de alcohol. Más aún, una revisión de los estudios epidemiológicos basados en encuestas realizadas en países como Canadá, Finlandia y los EEUU concluyó que los mismos “proporcionan estimados del consumo per cápita equivalentes a entre 40% y 60% de los resultados obtenidos de la venta” (Pernamen, 1975; citado en OMS/OPS, 2000, p. 36).

Estos y otros análisis realizados durante las décadas de 1980 y 1990 concluyeron que estas encuestas no detectan a los bebedores de mayor consumo –es decir, uno de los principales grupos de riesgo–, dado que dichos bebedores tienden a decir a sus encuestadores que no beben o beben muy poco alcohol, mintiendo intencionalmente. Más aún, esta omisión y deformación se expresa también en las entrevistas clínicas (Menéndez & Di Pardo, 1996, 2003).

Pese a que los especialistas nacionales tienen conocimiento de estas críticas, en México se han llevado a cabo desde fines de la década de 1980 cinco encuestas nacionales sobre consumo de alcohol y consumo de otras sustancias consideradas adictivas, pero sin incluir en las descripciones y análisis los sesgos que presenta la información obtenida, que no solo subregistra el consumo general de alcohol, sino que además subregistra el consumo de alguno de los principales grupos de riesgo. Más aún, se calcula que más del 50% del alcohol consumido en México es de producción y venta clandestinos, pero la mayoría de los epidemiólogos especializados



en alcoholismo solo analizan el alcohol a través de las encuestas citadas y/o de las cifras oficiales que no incluyen la producción y venta clandestina, lo cual acentúa aún más el sesgo de sus descripciones y análisis, que no corresponden a los consumos reales de alcohol de la población mexicana.

Ahora bien, estos subregistros del consumo de alcohol no solo lo observamos en los estudios específicos realizados en México sobre dicho consumo, sino también en estudios sobre violencias contra la mujer que tratan de correlacionar dichas violencias con el consumo de alcohol. Y así, por ejemplo, en la encuesta nacional sobre violencia contra la mujer realizada en México (Olaiz, *et al.* 2003, p. 16) se presentan datos que indican que, según las mujeres encuestadas, el 51% de ellas nunca toma bebidas alcohólicas, un 43,6% dice beber ocasionalmente menos de una vez al mes, y solo el 3% reconoce un consumo mayor al de una vez al mes. Y los investigadores trabajan con estos datos como si fueran “verdades”.

En ninguno de los casos señalados observamos una reflexión metodológica por parte de los investigadores que diseñaron y aplicaron estas encuestas, sobre la confiabilidad de los datos estadísticos obtenidos, ni sobre la calidad de los mismos, pese a que por lo menos una parte de dichos datos contradicen no solo los datos de las estadísticas vitales, sino incluso el sentido común de cualquier persona que viva en México. La Secretaría de Salud (SSA) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) nos informan que, desde la década de 1980, la mortalidad por cirrosis hepática en mujeres que están entre los 35 y 64 años de edad es parte de las primeras cinco causas de mortalidad, lo cual por lo menos contrasta con lo que las mujeres dijeron a sus encuestadores.

Pero no solo no observamos reflexiones metodológicas sobre la información obtenida, sino que además la misma pasa a ser utilizada como si realmente los datos correspondieran a la realidad de los consumos, no expresando los investigadores ninguna duda sobre la información que nos están presentando y a partir de la cual sacan conclusiones que pasan a ser parte de nuestras realidades epidemiológicas construidas por la epidemiología, pero que tienen poco que ver con la realidad de los consumos y de los usos de la población.

Desde hace años se han generado críticas consistentes respecto de las construcciones más o menos imaginarias que han generado diferentes disciplinas, incluida la epidemiología –y por supuesto la antropología social–, respecto del alcoholismo (Room & Collins, 1983), pero nuestros especialistas siguen sin asumir dichas críticas, y estableciendo mediciones que no solo no son válidas, sino que incluso distorsionan la realidad.

Además, las reiteradas encuestas epidemiológicas realizadas sobre consumo de alcohol solo se dedican a obtener ciertos datos para medir consumo y para correlacionarlo con ciertas variables, pero sin producir información sobre aspectos económico/políticos, culturales, sociales que son decisivos para poder diseñar y aplicar estrategias respecto de los problemas generados por el consumo de alcohol. Cada vez se habla más de la importancia de los estilos de vida, así como del cambio de los mismos especialmente en mujeres y en adolescentes, para explicar las formas y volumen de consumo de alcohol por parte de ellos, pero las encuestas señaladas

prácticamente no nos dicen nada sobre los estilos de vida de los bebedores en términos que nos sirvan para comprender y también para intervenir.

Existe, además, toda una serie de procesos epidemiológicos respecto de los cuales no contamos con información que nos permita comprenderlos, pese a lo sorprendentes que son. Tenemos, por ejemplo, el caso del VON o virus del Nilo, padecimiento detectado por primera vez en Uganda en 1937, y que fue encontrado en 1999 en seres humanos en los EEUU. Para el 2004 se habían infectado quince mil personas, de las cuales murieron 650 en EEUU, especialmente en las áreas del sudeste fronterizas con México.

Pese a que las condiciones geográficas y ecológicas son prácticamente idénticas en ambos lados de la frontera, y pese a que el vector de contagio es un mosquito que vive tanto en los EEUU como en México, hasta el 2006 no se había detectado el virus en humanos del lado mexicano.

Hay varias hipótesis respecto de este proceso, que van desde la negación/ocultación epidemiológica del problema, hasta que los casos de VON son, en México, diagnosticados como dengue. Tal vez estaría ocurriendo lo que observé a finales de la década de 1970 en varias zonas del país, y especialmente en Yucatán, donde pese a la existencia de condiciones ecológicas y ambientales propicias y pese a la existencia del vector, los clínicos y epidemiólogos no detectaban el mal de Chagas, pues no lo reconocían a través de los indicadores diagnósticos que utilizaban (Menéndez, 1981).

Lo cierto es que nuestros clínicos y epidemiólogos no detectan ni codifican enfermos ni muertos por el virus del Nilo, pese a su impacto creciente en la morbilidad y mortalidad de los norteamericanos y mexicanos, que viven del otro lado de la frontera con mayor tránsito de personas a nivel mundial. Justamente, en El Paso se han detectado constantemente casos de VON, por lo cual las autoridades sanitarias de Juárez, ciudad mexicana colindante con El Paso, “colocaron trampas para evitar que los mosquitos lleguen a esta ciudad” (*La Jornada*, 14/08/2007).

Durante el año 2007, se hizo público un estudio realizado por investigadores norteamericanos, que propone que la epidemia de VIH-sida se desarrolló en los EEUU a fines de la década de 1960 y no a mediados de 1970 como se ha sostenido hasta ahora. El estudio señala que el incremento de la mortalidad por VIH-sida se desarrolló durante doce años sin que las autoridades sanitarias ni los epidemiólogos detectaran dicho desarrollo, y menos en términos de una pandemia que solo comienza a ser reconocida en la década de 1980, pero que venía expresándose y desarrollándose desde muchos años antes.

Las críticas señaladas a ambas disciplinas son frecuentemente correctas, y por eso la construcción de una epidemiología sociocultural implica reconocer las limitaciones de ambas disciplinas a partir de las cuales establecer una posible y necesaria complementación. Es decir, no permanecer en la crítica del Otro, sino asumir las críticas del Otro, para a partir de ellas –y, por supuesto, de otros aspectos– favorecer una articulación metodológica y técnica.

Considero que estas limitaciones y diferencias no solo existen, sino que es lógico que existan pues surgen de las concepciones, hábitos profesionales, técnicas de investigación, objetivos diferenciales que cada disciplina ha procesado en su trayectoria

profesional y académica. Es a partir de reconocer estas diferencias que hay que analizar lo que cada una puede y no puede realizar, tanto a nivel metodológico general como respecto del análisis de problemas específicos.

Desde esta perspectiva, cada disciplina debería reconocer sus aportes y sus limitaciones, así como cuestionar los aportes y señalar las limitaciones de la otra, pero para buscar una posible complementación, y no para justificar las diferencias y distanciamientos.

Pero, además, este tipo de análisis permitiría observar la existencia de notables similitudes entre ambas disciplinas, que posibilitan reflexionar sobre estas, en función de nuestras propuestas de complementación metodológica.

Pese a que, como ya lo señalamos, nuestras dos disciplinas se identifican casi polarmente con las técnicas estadísticas y con las técnicas cualitativas, observamos varios aspectos comunes, de los cuales solo comentaremos los siguientes. El primero es casi obvio, y refiere a que la información obtenida a través de ambas aproximaciones constituye construcciones metodológicas. Es decir, los datos obtenidos no son datos “naturales”, sino datos que han sido producidos y organizados de determinada manera, y a partir de determinados criterios impuestos a la realidad por los que construyen y usan esos datos, sean obtenidos a través de técnicas estadísticas o cualitativas.

Una segunda similitud refiere a que la mayoría de los datos producidos por los epidemiólogos y por los antropólogos tienen un origen similar, es decir, son obtenidos de la palabra de los sujetos encuestados o entrevistados. Más allá de la crucial diferencia entre encuesta y entrevista, ambas obtienen sus datos de lo que dicen los sujetos con los cuales se trabaja.

Desde esta perspectiva, ambas disciplinas se diferencian notoriamente de la biomedicina caracterizada por su tendencia creciente a excluir o secundarizar la palabra del “paciente”. Asumiendo, por supuesto, que esta similitud no niega que existan notorias diferencias en términos de obtención y tratamiento de la palabra hablada.

Esta orientación de ambas disciplinas nos lleva a reflexionar sobre una tercera característica común, y es que, tanto la epidemiología como la antropología, trabajan casi exclusivamente con representaciones sociales y no con las prácticas de los sujetos que entrevistan a nivel cualitativo o encuestan a nivel estadístico.

Si bien ambas disciplinas –y por diferentes razones– “creen” que trabajan con prácticas y se resisten a reconocer que solo trabajan con la palabra del otro, lo cierto es que su fuente principal no es la observación ni la experimentación de prácticas, sino la obtención de datos a través de algo parecido al diálogo.

Ahora bien, como vimos a través de los estudios de Goldberger, una parte de los epidemiólogos trataron de observar comportamientos, y en el caso de la antropología la denominada observación participante constituyó la técnica que identificaba a esta disciplina. Más aún, el trabajo de campo antropológico de mediana y larga duración se basaba en la observación participante, que aseguraba un mínimo de observación de prácticas. Pero la observación epidemiológica es actualmente mínima, y la observación participante antropológica está en vías de desaparición, por lo menos en México.

Debemos asumir en todas sus consecuencias, las cuales ahora no analizaremos, que la principal fuente de datos producidos por ambas disciplinas refiere a la palabra hablada, es decir, son representaciones y no prácticas sociales.

## La necesaria búsqueda de complementaciones

Por los aspectos enumerados y por la complejidad de los procesos de s/e/a a estudiar/entender/intervenir, consideramos necesaria la complementación interdisciplinaria dadas las limitaciones y parcialidad de los enfoques, técnicas y marcos teóricos particulares.

La aproximación epidemiológica se maneja mejor con variables e indicadores de tipo biológico, ecológico y en menor medida social, teniendo dificultades para trabajar con indicadores y variables –y no digamos procesos– culturales. La mayoría de las orientaciones antropológicas trabajan muy poco con procesos biológicos, y se centran en los socioculturales.

Tanto la epidemiología como la antropología médica actuales tienden a trabajar muy poco con indicadores o procesos socioeconómicos, y menos aún económico/políticos. Y en el caso de México no trabajan con indicadores ni con procesos raciales ni racistas.

La articulación entre ambas perspectivas posibilitaría el desarrollo de una epidemiología no solo del *disease* (enfermedad) y del *illness* (padecimiento), sino del *sickness*, como propuso A. Young a principios de la década de 1980. Una epidemiología no solo de los significados culturales, sino también de las condiciones y significados económico/políticos; una epidemiología no solo de las representaciones, sino también de los comportamientos y de las experiencias.

Esta propuesta no surge de reflexiones “teoricistas” más o menos voluntaristas, sino de mi experiencia a nivel de investigación, de docencia y de participación en grupos de estudio, desarrollada desde mediados de la década de 1960 hasta la actualidad, tanto con antropólogos como con salubristas.

Es a partir de esta experiencia que he analizado los aspectos que favorecen tanto las diferencias como las convergencias entre antropología médica y epidemiología, concluyendo que una complementación real solo puede darse a partir de reconocer las diferencias mutuas, así como asumir que cada una de estas disciplinas exige una formación profesional específica. Por estas y otras razones, sostengo que es más factible y eficaz el desarrollo de una epidemiología sociocultural a partir de la complementación interdisciplinaria, que a través del desarrollo de una nueva disciplina.

Sin negar esta última posibilidad, considero que las convergencias y articulaciones pueden desarrollarse con mayor eficacia a través de un trabajo interdisciplinario, que en la práctica de la interdisciplina reconozca y “verifique” esta posibilidad y sobre todo sus aportes. Es en función de ello que, a manera de ejemplo, trataré una cuestión que considero de especial interés, dado que es uno de los principales ejes de diferenciación y de antagonismo entre la epidemiología y la antropología médica.

Si bien ambas disciplinas reconocen la existencia de los procesos de salud/enfermedad/atención, la biomedicina y la epidemiología trabajan casi exclusivamente sobre la enfermedad. La salud y las actividades biomédicas respecto de la salud son secundarias en la práctica, forman parte de un discurso médico cuyo objetivo básico es trabajar sobre la enfermedad. La formación profesional y las actividades médicas se desarrollan para trabajar con la enfermedad y con enfermos, y en muy segundo lugar para evitar la enfermedad, lo cual es asumido por el personal de salud y por la población, ya que los sujetos sanos “no van al médico”.

Las ciencias médicas crearon a fines del siglo XIX la idea del “portador sano”, es decir, propusieron que un sujeto sano puede, sin embargo, portar una enfermedad y además contagiar a otros. Más allá de lo correcto de esta propuesta, la misma genera la idea de que lo sano opera a nivel manifiesto, y que lo patológico constituye no solo parte de lo sano, sino que subyace a lo sano. Toda una serie de concepciones biomédicas refuerzan esta orientación, cuya máxima expresión está en las concepciones y aplicaciones genéticas.

El médico se identifica con el trabajo directo sobre lo patológico, y de allí su unilateral identificación con el trabajo clínico, lo cual se expresa en que cada vez más las acciones de prevención en México quedan en manos del personal paramédico. La aplicación del programa de prevención integral del IMSS, es decir el PrevenirINMS, desde su creación a principios de 2000 está en manos de enfermeras, mientras los médicos se dedican exclusivamente a la atención de pacientes. Esta división del trabajo se justifica por la creciente carga del trabajo médico, dado el incremento de la demanda de atención. Lo cual en parte es correcto, pero refuerza la tendencia de los médicos a trabajar sobre lo patológico y no sobre la salud.

Esto por supuesto no niega que el trabajo clínico y el epidemiológico no se reducen a trabajar con las consecuencias de una enfermedad, sino que tratan de prevenirlas. Más aún, las corrientes salubristas que impulsan la promoción en salud subrayan que buscan producir salud o por lo menos fortalecerla, y no solo prevenir la enfermedad. Con lo cual estamos de acuerdo, pero el acto médico, tanto para el personal de salud como para la población, se identifica con la atención de la enfermedad.

En el caso de los estudios antropológicos, observamos una tendencia no solo a secundarizar lo patológico, sino incluso a despatologizar los procesos—aún los patológicos—, colocando sus intereses en la descripción y análisis de las relaciones, significados y/o funciones sociales que se organizan en la vida cotidiana en torno a los padecimientos. Durante gran parte de su trayectoria, las principales corrientes antropológicas describieron e interpretaron la enfermedad y sus tratamientos en términos de procesos mágicos y religiosos o de determinados aspectos de la estructura social, tendiendo a manejar los procesos de s/e/a como variables dependientes, más que como objetivos específicos.

Para la antropología, los padecimientos no son solo enfermedades, sino procesos sociales y simbólicos que pueden cumplir funciones sociales e ideológicas, tanto a nivel macro como microsociales. Más aún, inicialmente la enfermedad y hasta la muerte interesan más como fenómenos sociales y simbólicos que por el hecho de que los sujetos enfermen y mueran. Es esta orientación la que se vincula a uno de los

grandes “descubrimientos” de la antropología, y es el hecho de que la cultura, tanto para Durkheim como para De Martino o para Geertz, da “seguridad” a los sujetos y grupos. Una seguridad que tiene que ver con estar en el mundo, sabiendo que “sabe” culturalmente qué es ese mundo, y que opera como protectora por lo menos imaginaria de los riesgos, ya que provee a la gente de explicaciones de la realidad, de organizaciones y de planes de acción, y más allá de que los sujetos enfermen y mueran aun de causas fácilmente evitables y/o solucionables.

Estas diferencias son debidas en gran parte a un hecho obvio que tiene que ver con el origen y desarrollo de ambas disciplinas, ya que mientras las ciencias médicas –incluida la epidemiología– se organizan y desarrollan a partir de la enfermedad, las ciencias antropológicas se constituyen y desarrollan a partir de sus intereses por la cultura, de la cual forman parte la enfermedad y la atención de la misma, pero consideradas como productos culturales.

Por lo tanto, respecto de lo patológico se constituyen perspectivas diferenciales y hasta antagonicas, que refuerzan el distanciamiento entre ambas disciplinas.

No cabe duda que la secundarización antropológica de los aspectos patológicos de la enfermedad y la cura tuvo consecuencias negativas, al ignorar o secundarizar desde sus inicios el papel negativo e incluso catastrófico que tenían las enfermedades respecto de los grupos que estudiaban, dado que hasta fechas relativamente recientes los antropólogos no se preocuparon por describir y analizar las enfermedades de las cuales enfermaban y morían los grupos con los cuales trabajaban. Recordando que las enfermedades infecciosas constituían las más importantes causas de sufrimiento y muerte en términos de enfermedad de las personas que vivían en las “culturas” estudiadas tradicionalmente por los antropólogos (Inhorn & Brown, 1990).

No se preocupaban por observar ni explicar por qué sus sujetos de estudio morían, incluso de padecimientos que eran fácilmente tratables o prevenibles. De tal manera que en sus estudios no incluían, como parte sustantiva de la sociedad estudiada, las altas tasas de mortalidad general y etarias que la diferenciaban de otras sociedades, como por ejemplo la del investigador que la estudiaba. Más aún, la mayoría de los antropólogos seguían estudiando exclusivamente los tratamientos “tradicionales”, como ya lo señalamos.

Estos aspectos caracterizaron a la mayor parte de la producción antropológica que se desarrolló desde fines del siglo XIX y que en gran medida reinterpretó la relación normal/patológico en términos de normal/anormal. Las escuelas dominantes en antropología propusieron que lo normal/anormal es definido por cada cultura, lo cual se extrapoló a la relación normal/patológico.

Esta concepción fue propuesta por Durkheim a través de su estudio sobre el suicidio, y más tarde fue desarrollada por el culturalismo antropológico norteamericano a través de los trabajos de Sapir, Mead y especialmente de Benedict respecto de diferentes padecimientos, proponiendo que las categorías de normal/anormal se definen a partir de lo intrínseco de cada cultura. Y será este tipo de concepciones las que serán retomadas a partir de la década de 1970 por algunas de las más importantes orientaciones de la antropología médica, especialmente las lideradas por Kleinman y por Good.

Por lo tanto, mientras la biomedicina y la epidemiología parten de lo patológico en la descripción y análisis de los procesos de *s/e/a*, la antropología parte de los procesos sociales y culturales que incluyen el fenómeno considerado patológico. Para las aproximaciones antropológicas lo nuclear es el sistema cultural que da calidad de normal o anormal a determinados fenómenos. De allí que lo normal/patológico no fueran consideradas categorías universales, sino contextualizadas, es decir, definidas por cada cultura.

Esta orientación ha sido criticada por los salubristas y por corrientes antropológicas, las cuales sostienen que el relativismo cultural y las orientaciones teóricas preocupadas por la integración y la cohesión sociocultural de los grupos conducen a reducir o directamente a no incluir la significación de los procesos patológicos, justamente en grupos sociales caracterizados por la alta incidencia de padecimientos y las altas tasas de mortalidad.

La trayectoria de la antropología respecto de los procesos de *s/e/a*, al centrar sus objetivos especialmente en las enfermedades denominadas tradicionales y en las enfermedades mentales, posibilitó esta negación o secundarización por dos razones básicas. Porque dichos padecimientos no fueron estudiados en cuanto tales, sino como expresión de la cosmovisión y funcionamiento de los grupos donde se daban, y porque los sujetos morían básicamente de otros padecimientos que los estudiados por los antropólogos.

Hay un tercer proceso que operó a partir de la década de 1950, y en el cual participaron varias disciplinas. Me refiero a los estudios y a las críticas que concluyeron que la biomedicina, y especialmente la psiquiatría, tienen un papel relevante en la construcción y legitimación profesional y académica de enfermedades y de desviaciones sociales. Toda una serie de cuadros patológicos pasaron a ser considerados como contruidos y/o inducidos por la biomedicina, cuestionándose el proceso de medicalización de los comportamientos generados por esta. Se propuso que, por lo menos una parte de las enfermedades mentales, eran “etiquetamientos” contruidos y aplicados por los expertos en salud mental, que contribuían además a la “culpabilización de la víctima”.

Desde la década de 1950 hasta la actualidad, las ciencias sociales, y especialmente la antropología social, han descripto y analizado los procesos de medicalización a través de muy diferentes aspectos. En las últimas décadas, han propuesto que varios de los conceptos y técnicas epidemiológicos, como riesgo, conducta de riesgo, grupo de riesgo e incluso reducción de riesgo, favorecen la medicalización. Si bien potencialmente es posible, ello no significa, como señala Inhorn (1995), que no haya riesgos, así como necesidad de desarrollar criterios y acciones preventivas, dado que gran parte de los análisis antropológicos se reducen a la crítica, pero sin desarrollar explicaciones y estrategias alternativas.

Todo lo cual significa asumir que, durante las décadas de 1960 y 1970, una parte de las ciencias antropológicas y sociales, –pero también de la biomedicina y especialmente de la psiquiatría– desarrollaron orientaciones, categorías y técnicas no patologizantes, e incluso antipatologizantes.



Existe, por lo tanto, una continuidad en el uso de estas concepciones no patologizantes, que podemos observar especialmente a través de los estudios antropológicos que describen y analizan los usos y el consumo de alcohol, aun el “excesivo”, como patrones socioculturales, concluyendo que no existía alcoholismo, por ejemplo, en sujetos que presentaban entre sesenta y noventa episodios anuales de ebriedad, debido a que dichos comportamientos estaban propiciados y legitimados socialmente (Menéndez, 1991).

Autores como Castelain, Dennis o Edgerton consideran que en numerosas sociedades lo normal no es la sobriedad, sino el consumo excesivo, y que por lo tanto, según Edgerton, el problema en estas comunidades lo constituyen los abstemios y no los alcoholizados. Ahora bien, estas no constituyen actitudes provocadoras o paradójales de la antropología, sino que forman parte de pensar lo normal y lo patológico según son definidos por cada cultura y grupo social.

En el primer estudio comparativo intercultural realizado en 1943 sobre el consumo de alcohol, Horton (1991) sostuvo que para un antropólogo interesado en el problema del alcoholismo tenía tanta significación estudiar los alcohólicos crónicos y los bebedores sociales como la población no bebedora. De tal manera que un estudio del alcoholismo en los EEUU no debía ser referido exclusivamente a los 600.000 alcohólicos crónicos que entonces había en dicho país, sino al conjunto de la población bebedora y abstemia, dado que a través de las representaciones y las prácticas sociales de los diferentes actores podríamos encontrar explicaciones al fenómeno en términos de la estructura social y de los significados sociales no reducidos al hecho patológico, que es lo que interesa exclusivamente a la biomedicina.

A partir de estas y otras orientaciones, se generó una revisión de toda una serie de conceptos biomédicos utilizados en el trabajo clínico y epidemiológico del alcoholismo, para evidenciar que conceptos como alcoholismo, desinhibición, bebedor problema, consumo excesivo o dependencia no resisten el análisis epistemológico ni las pruebas etnográficas, y sobre todo no posibilitan comprender y actuar sobre los problemas organizados en torno a los usos del alcohol (Mac Andrew & Edgerton, 1969; Room & Collins, 1983).

Entre las décadas de 1970 y 1990 se redujeron notablemente los estudios antropológicos respecto de los usos de bebidas alcohólicas, lo cual, según Castelain y otros autores, expresa la actitud no patologizante de esta disciplina, ya que, al describir el consumo de bebidas alcohólicas y sus funciones desde el punto de vista de los actores, las consecuencias de dichos consumos no son consideradas como enfermedades.

Más aún, desde diferentes procesos y actores sociales se desarrollan propuestas que ulteriormente van a formar parte de los criterios de la reducción de riesgos, que proponen pensar las adicciones en términos de placer, de goce, de deseo y no solo en términos de enfermedad, lo cual es impulsado por grupos de la sociedad civil y por algunas tendencias teóricas, lo cual complica aún más las discusiones en torno a la normalidad/anormalidad-patológico, máxime si incluimos ciertos procesos como los del deseo/necesidad de morir expresados a través del denominado suicidio asistido.

Ahora bien, estas tendencias que secundarizan o reformulan la comprensión de lo patológico, se articularán con ciertos procesos que evidencian no solo la dificultad

que ha tenido y sigue teniendo la biomedicina de definir como entidades patológicas a las enfermedades mentales, a las “desviaciones” y a los síndromes culturalmente delimitados, sino también el incremento de los dolores difusos, de las invalideces generadas por los estilos de vida, y de determinadas enfermedades crónico/degenerativas que establecen nuevos parámetros respecto de la definiciones de normalidad y anormalidad.

Como sabemos, una parte de las invalideces y de las enfermedades crónico/degenerativas se generan y/o son detectadas a edades cada vez más tempranas, en sujetos cuya esperanza de vida se amplía constantemente. De tal manera que se configura un nuevo tipo de persona, caracterizada porque durante la mayor parte de su vida será técnicamente un enfermo. Es decir que cada vez más sujetos se caracterizan por padecer una determinada enfermedad durante casi toda su vida, lo cual contribuye a erosionar las nociones de normalidad /patológico, en la medida en que esa es la tendencia dominante de nuestras poblaciones donde la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o incluso el VIH-sida pasan a ser parte normalizada de la vida de los sujetos.

El conjunto de estos aspectos, y especialmente los que tienen que ver con las tendencias no patologizantes, ha favorecido, según algunos analistas, el estudio de los aspectos “sanos” de los sujetos, la capacidad de convivencia de los sujetos con sus padecimientos, así como los procesos que favorecen los estados de salud. Desde los estudios de Durkheim sobre el suicidio, sabemos que determinadas relaciones sociales y determinados procesos culturales limitan o reducen la posibilidad del suicidio consumado; es decir, aparecen como procesos “protectores” por lo menos dentro de ciertos contextos (De Leo *et al.*, 2003). Especialmente desde la década de 1960, toda una serie de estudios, entre los que destaca la obra de A. Antonovsky, ha tratado de describir y poner a prueba los procesos que posibilitan producir salud y enfrentar con éxito la enfermedad.

Recordemos que Antonovsky (1967), a partir de sus estudios sobre nutrición, mortalidad y clase social, observó que la mayor incidencia de mortalidad se daba en sectores caracterizados por la pobreza, pero también observó que no todos los pobres que estaban en el mismo nivel de pobreza presentaban las mismas tasas de mortalidad, y trató de registrar cuáles serían los factores que posibilitaban una mayor capacidad de sobrevivencia, lo cual suponía pensar no solo en términos de salud/enfermedad, sino también en términos de procesos sociales: “plantear la cuestión de la salud es plantear la cuestión de las estructuras sociales que permiten a las personas hacer un ‘*coping*’ eficaz, es decir, encontrar soluciones” (Renaud, 1992, p. 62).

Estas concepciones fueron aplicadas especialmente al campo de las adicciones, detectando la existencia de las funciones positivas que cumplen la producción y consumo de por lo menos ciertas drogas. Como sostienen Edwards y otros especialistas en cuestiones de adicción, la psiquiatría ha establecido los aspectos negativos de numerosas drogas consideradas adictivas, pero no ha tomado en cuenta los aspectos positivos que tienen para la vida de los sujetos y grupos.

La línea de trabajo conocida como “reducción de daños”, que algunos acompañan con “la reducción de riesgos”, se basa en gran medida en reconocer que ciertos

sujetos y grupos han aprendido a convivir con el consumo de estas sustancias consideradas “adictivas”, reduciendo a un máximo los daños y los riesgos (Romaní, 1999).

Estas propuestas pueden ser articuladas con las que consideran que la autoatención individual y sobre todo grupal contribuyen a resistir, enfrentar y reducir el impacto de los malestares, incluso en el caso de los “locos”, como fue propuesto e impulsado por los antipsiquiatras y por las teorías que cuestionaron el etiquetamiento y la desviación:

“Concluyendo, hay que invertir también en el fortalecimiento de los sujetos. No solo en su dimensión corporal conforme la tradición en salud pública, sino al pensarlos como ciudadanos con capacidad de reflexión y autonomía” (Campos, 2001, pp. 184-85).

Por lo tanto, una epidemiología sociocultural debería preocuparse por los aspectos patológicos, pero también por los no patológicos de los padecimientos, pues posibilita comprender y establecer estrategias de acción basadas no solo en las técnicas médicas, sino también en las técnicas sociales y culturales de los sujetos y grupos sociales, como lo propusieron e impulsaron diversos autores especialmente desde la década de 1960.

## Esquizofrenias metodológicas

Pese a las posibilidades de articulación que estamos señalando, la revisión de la producción de ambas disciplinas nos indica una fuerte tendencia a la polarización y a la diferenciación entre ellas, que se expresa a través de toda una serie de dicotomías.

Como lo señalamos en el segundo capítulo, las principales diferencias son las que se organizan en torno a los siguientes aspectos planteados en términos dicotómicos: cultural/biológico, normal/patológico, local/global, diferencia/homogeneidad, *emic/etic*; *illness/disease*, cualitativo/estadístico, profundidad/generalización. Reconociendo, además, que existen otras dicotomías importantes que operan no solo entre la antropología médica y la epidemiología, sino también al interior de cada una de estas disciplinas, como son los casos de las dicotomías simbólico/económico-político, sujeto/estructura, prácticas sociales/representaciones sociales, micro/macrosocial.

Estas dicotomías, por otra parte, no son recientes, sino que se han mantenido y en algunos casos profundizado desde la década de 1930 hasta la actualidad. Y así, por ejemplo, toda una serie de autores han cuestionado recientemente la tendencia de los antropólogos médicos no solo a trabajar exclusivamente con procesos culturales, no solo a no incluir los procesos de desigualdad socioeconómica en sus descripciones etnográficas, sino incluso a que dicho énfasis en lo cultural tienda a ocultar el papel que juegan los procesos económico/políticos y especialmente la pobreza en la causalidad y desarrollo de enfermedades como la tuberculosis broncopulmonar o el VIH-sida, así como en el uso de servicios de salud, como lo ha señalado reiteradamente Farmer.

Pero estas y otras críticas al culturalismo antropológico no son nuevas; más aún, dichas críticas caracterizaron a toda una corriente antropológica desarrollada en

América Latina entre fines de la década de 1950 y 1970 , que justamente no solo cuestionó el papel del culturalismo en el ocultamiento o negación de ciertos graves problemas de salud de las poblaciones subalternas, sino que incluso criticó el tipo de interpretaciones formuladas que distorsionaban la realidad estudiada, y no tenían capacidad para explicar por lo menos una parte de los problemas estudiados, ni eficacia para reducir los problemas de una población indígena caracterizada en México por tener los peores indicadores de salud comparado con cualquier otro grupo social (Menéndez, 1981).

Dicha crítica al culturalismo no negaba la significación de los procesos simbólicos, sino que cuestionaba la reducción de la realidad a aspectos simbólicos, así como la no inclusión o secundarización de procesos económico/políticos que eran básicos para comprender los procesos de *s/e/a*.

Como ya señalamos, este culturalismo antropológico contrasta con la no inclusión de la dimensión simbólica, no solo por la epidemiología positivista, sino también por las corrientes dominantes de la medicina social latinoamericana durante su lapso de mayor desarrollo y presencia teórica e ideológica.

Domina, por lo tanto, una tendencia a la polarización que se reitera constantemente y que reduce o impide las articulaciones y complementaciones. Esta polarización no solo se encarna a través de disciplinas, orientaciones teórico/metodológicas e instituciones, sino que además tienden a personalizarse profundizando aún más las diferencias.

Más aún, esto ocurre respecto de importantes procesos que han sido propuestos desde la década de 1970 y especialmente desde la década de 1980 como objeto de trabajo antropológico, como es el caso del papel del sufrimiento en la vida de los sujetos. Con respecto a esto, Farmer sostiene que la pobreza constituye posiblemente la principal fuente de sufrimiento para gran parte de la población mundial, aunque él lo refiere específicamente a la población haitiana donde desarrolló sus estudios e intervenciones médicas y antropológicas. A partir de sus estudios sobre VIH-sida este autor concluye que el principal “factor” de riesgo de contraer y, sobre todo, de morir por VIH-sida lo constituye la situación de pobreza. Y ello tanto para varones como para mujeres.

En forma cada vez más explícita, Farmer (1992, 1996, 2003) refiere esta situación al sistema capitalista generador de pobreza, y por eso no solo habla de pobreza y violencia estructural, sino que además considera el sufrimiento como parte de esta pobreza y esta violencia generadas por dicho sistema, cuestionando a los antropólogos que reducen el sufrimiento a “diferencia cultural”.

A su vez, uno de los autores que, a juicio personal, más han impulsado el desarrollo de una epidemiología sociocultural en términos de etnopsiquiatría –me refiero a A. Gaines (1992a) –, concluye que los enfoques que buscan explicar el sufrimiento por el sistema capitalista omiten incluir aspectos centrales de tipo cultural y étnico que tienen que ver con dichos sufrimientos. Y que no solo el sistema capitalista se caracteriza por generar sufrimientos.

Una lectura de la producción etnográfica de ambos autores posibilita observar que lo dominante son los aspectos que favorecerían la articulación y no la diferenciación,

pero lo central de sus afirmaciones marca el distanciamiento. Y es esta tendencia al distanciamiento lo que me interesa subrayar, dado que la misma se reitera constantemente a través de nuevas propuestas, que por otra parte frecuentemente son viejas propuestas retomadas por autores que frecuentemente desconocen su existencia previa, como considero que ocurre en torno a los conceptos de experiencia y de representación social.

Considero que, en muchas de estas propuestas, no solo domina un “teoricismo” (Menéndez, 2002) que limita las posibilidades de articulación dada la radicalidad ideológica con que plantean las diferenciaciones, sino que además utilizan concepciones que hace tiempo fueron discutidas, pero que ahora se manejan sin retomar justamente las discusiones teóricas suscitadas entre las décadas de 1920 y 1960 en torno a los marxismos no mecanicistas, a las diferentes propuestas fenomenológicas y a las diferentes variedades neodurkheimianas. En gran medida constituyen un redescubrimiento, pero no asumen la historicidad de sus “nuevas” propuestas. De tal manera que, por ejemplo, las viejas oposiciones organizadas en torno a la causalidad biológico/genética, por un lado, y las causalidades referidas al “medio ambiente”, por el otro, siguen desarrollándose con reiteradas y similares idas y vueltas desde las décadas de 1940 y 1950 hasta la actualidad.

En principio no cuestiono que autores y corrientes teóricas prefieran, por diversas razones, trabajar más con aspectos simbólicos que con aspectos biológicos o económico/políticos, ni tampoco que unos prefieran trabajar más con experiencias que con representaciones colectivas o con saberes sociales.

Lo que cuestiono es proponer y usar estas dimensiones y conceptos como antagónicos y excluyentes a priori. Considero que la selección de las orientaciones teóricas, de los conceptos y metodologías debe darse en función de la problemática a estudiar, del tipo de objetivos buscados, del tipo de actores sociales con que se trabaja<sup>5</sup>.

De allí que el primer paso en la aplicación de una epidemiología sociocultural debería ser la problematización del proceso de s/e/a estudiar y/o intervenir y la problematización de los presupuestos teóricos, empíricos y técnicos del propio investigador, para, a partir de dichas problematizaciones, comenzar a decidir cuáles son las variables o procesos, así como los actores sociales y los conceptos con los cuales debería trabajar. Esto constituye un trabajo epistemológico que debería darse mediante el desarrollo de investigaciones interdisciplinarias, para a través de la práctica de la investigación posibilitar la articulación y complementación a partir de las características particulares de cada disciplina.

Si bien he subrayado algunos de los aspectos que más dificultan la posibilidad de generar y sobre todo desarrollar una epidemiología sociocultural, no ignoro que, sino por el contrario, asumo positivamente la existencia de toda una producción tanto en antropología médica como en epidemiología, que tiende a impulsar el desarrollo de la epidemiología que estamos proponiendo. Los aportes de Goldberger,

---

<sup>5</sup> Lo que estoy proponiendo no cuestiona la existencia de orientaciones disímiles y antagónicas, ni menos la discusión de las diferentes propuestas. Más aún, los considero como posibles mecanismos que reduzcan el papel negativo de las propuestas unilaterales y polarizadas.

Rosen o Cassel desde la epidemiología, los de Durkheim, Devereux o A. Young desde la antropología, así como de toda una serie de epidemiólogos y antropólogos latinoamericanos, posibilitan dicho desarrollo y articulación en términos teóricos y técnicos.

## Capítulo 4

# Participación social como realidad técnica y como imaginario social<sup>1</sup>

Uno de los conceptos centrales de las concepciones preventivistas, de la atención primaria integral no selectiva en particular, así como también de la epidemiología sociocultural, es el de participación social, por lo cual trataré de hacer una revisión y reflexión sobre este concepto desde la perspectiva que estoy proponiendo en este texto.

La primera parte de mi revisión trata la participación social como un concepto/instrumento aplicado a una gran diversidad de campos y de actores sociales, incluidos los referidos a los procesos de s/e/a, pero subrayando que pese a dicha diversidad este concepto presenta componentes, objetivos y usos similares. Mientras que en la segunda parte me centraré casi exclusivamente en los procesos de s/e/a.

Desde la década de 1970 y especialmente desde la Conferencia de Alma Ata, la participación social (PS) ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de atención primaria de la salud. Junto con la autoatención, los saberes médicos populares y el papel de la mujer, la PS sigue siendo reconocida hasta la actualidad como parte sustantiva de las acciones dirigidas a solucionar, o por lo menos limitar, varios de los principales problemas que afectan la salud colectiva e individual, en particular de los grupos subalternos.

La PS ha sido propuesta para América Latina como una actividad necesaria no solo respecto de los procesos de s/e/a, sino también respecto de una gran diversidad de campos, como el educativo, el económico, el recreativo e incluso el cultural, lo cual dio lugar desde la década de 1940 a la propuesta y/o implementación de proyectos específicos de participación social impulsados desde el Estado y/o desde la sociedad civil.

Desde la década de 1940, la PS aparece simultáneamente como un objetivo y como un instrumento de aplicación y de reflexión teórico-metodológico respecto de los procesos de s/e/a, dado que podría contribuir a mejorar las condiciones de vida y a reducir la incidencia de factores negativos a nivel de grupos domésticos y de grupos de autoayuda, así como a nivel comunitario, incluyendo procesos y unidades

---

<sup>1</sup> Una versión anterior de este texto fue publicada bajo el título "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social". En: *Cuadernos Médico-Sociales*, Argentina, 1998, (73), pp. 5-22.



macrosociales incluso en términos de movimientos sociales. No solo investigadores dedicados al estudio de los grupos de autoayuda como Katz y Bender, sino también especialistas en movimientos sociales como Gusfield o como Touraine vieron desde la década de 1960 en el proceso de *s/e/a*, un eje para el desarrollo de acciones colectivas, que a partir de su especificidad, podían articular y/o expresar necesidades genéricas y/o tender a constituirse en movimientos sociales.

Es decir que la PS, organizada en torno a los procesos de *s/e/a* fue considerada no solo como un medio para abatir/limitar daños a la salud, sino también como un instrumento que posibilitaría organizar, movilizar, democratizar a los conjuntos sociales, y no exclusivamente respecto de los procesos de *s/e/a*.

## Una esquemática trayectoria de la participación social

Si bien la PS comienza a ser impulsada desde la década de 1940 por organismos internacionales y por expertos en diferentes campos del denominado “desarrollo social”, debemos asumir que la misma era parte de las formas históricas de actuación colectiva de la sociedad, especialmente de los grupos políticos y sindicales, que a través de distintas formas participativas trataban de lograr objetivos específicos, en su mayoría relacionados con el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y la modificación de las desigualdades socioeconómicas dominantes. Si bien los problemas de salud y especialmente de alimentación eran parte de las demandas, no aparecían como un capítulo separado de los objetivos generales. La lucha por estos objetivos condujo, no obstante, a incluir cada vez más las demandas de atención de la salud como parte de las reivindicaciones sostenidas especialmente por los trabajadores urbanos de los países capitalistas centrales durante fines del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX.

Es decir que la participación social era identificada, por lo menos desde el siglo XIX, con determinadas formas de acción y organización impulsadas sobre todo por ciertos sectores sociales subalternos, no solo al margen del Estado, sino también frecuentemente, en conflicto y/o lucha contra él y contra los sectores sociales dominantes. Por eso es interesante observar que, sobre todo a partir de la década de 1940, la PS será impulsada en forma constante, aunque discontinua, por organismos internacionales y por los Estados, respecto de problemas específicos que tienen su principal impacto negativo en las sociedades menos desarrolladas, como se decía entonces.

Como sabemos, después de concluida la denominada Segunda Guerra Mundial, los países capitalistas centrales “descubrieron” que la mayoría de los países que comenzarían a ser llamados del Tercer Mundo se caracterizaban por el “subdesarrollo”, es decir, por vivir en condiciones de pobreza, por su escasa productividad, por el dominio de organizaciones políticas no democráticas y autoritarias, así como por la existencia de características sociales y culturales que limitaban el “desarrollo” de esas sociedades. El subdesarrollo generaba condiciones de vida negativas expresadas sobre todo a través de las altas tasas de mortalidad general, mortalidad infantil y preescolar, una baja esperanza de vida, la alta incidencia de enfermedades infectocontagiosas y

procesos de desnutrición endémica. De allí que las condiciones de salud pasaron a constituir algunos de los principales y más negativos indicadores de la situación de subdesarrollo, lo cual implicaba la necesidad de intervenir sobre ellos.

Estas condiciones de subdesarrollo, vinculadas o no con la expansión del “comunismo” en amplias partes del Tercer Mundo y especialmente en China, así como con el surgimiento de ideologías y de acciones políticas anticolonialistas y antiimperialistas, tanto a nivel de la sociedad civil como de una parte de los gobiernos surgidos del proceso de descolonización, condujeron a las sociedades desarrolladas a proponer el desarrollo del mundo subdesarrollado, lo cual suponía no solo mejorar las condiciones económicas, sino también reducir las consecuencias negativas generadas por el subdesarrollo en diferentes áreas, y especialmente en el área de la salud.

Estos, y por supuesto otros procesos, condujeron a proponer la participación social como uno de los principales instrumentos para impulsar el desarrollo económico, la educación, el combate a la enfermedad en los países periféricos y especialmente en las zonas rurales. Las actividades se centraron en la “comunidad” –a través del denominado desarrollo de las comunidades–, y se dio especial importancia a los aspectos socioculturales, dado que estos fueron considerados como “barreras” que limitaban o directamente impedían el cambio. Más aún, según las interpretaciones salubristas, pero también de economistas y científicos sociales, dominantes durante las décadas de 1940 y 1950 y aún la década de 1960, gran parte de los problemas de salud, y las dificultades para erradicarlos, se debían al dominio de estos factores, y especialmente de los culturales.

Esta forma de pensar e implementar la PS fue impulsada por organismos internacionales, y especialmente por agencias norteamericanas que a través de financiamientos y de la asesoría de expertos, ayudaron a diseñar las actividades de participación para el desarrollo económico rural, el desarrollo educativo o el desarrollo en salud. El eje del desarrollo fue colocado en aspectos técnicos y sociales, dejando de lado en la mayoría de los casos los procesos de poder, especialmente el papel del poder en la estructuración de las condiciones de subdesarrollo, y las limitaciones que el poder impone, por lo menos, a determinadas formas de PS.

Estas propuestas técnicas de participación comunitaria se aplicaron a contextos en los cuales se venían desarrollando similares o diferentes propuestas participativas en los ámbitos sindicales, políticos o estudiantiles, una parte de las cuales colocaban en el centro de sus preocupaciones justamente la cuestión del poder y de las desigualdades socioeconómicas, lo cual cobró desarrollo durante la década de 1950 y especialmente durante la de 1960. Por lo cual la PS, con este u otros nombres (desarrollo comunitario, animación social, movilización, etc.), desde la finalización de la denominada Segunda Guerra Mundial ha sido utilizada con diversos objetivos y por diferentes sectores sociales en términos exclusivamente técnicos, en términos básicamente políticos o en términos que corresponden a los intereses específicos de ciertos grupos, como pueden ser los de tipo sindical o los de tipo étnico. Pero, además, la PS, especialmente en función de los procesos que estamos señalando, ha sido también un importante objetivo de la investigación y reflexión académica

referida justamente a los procesos sindicales, políticos, étnicos, religiosos y, por supuesto, a los procesos de s/e/a.

Es decir que este concepto supone la existencia de una trayectoria técnica, de una trayectoria política, de una trayectoria sindical, de una trayectoria académica, así como de otras trayectorias, que si bien han tenido procesos diferenciados, se caracterizan porque han formulado y tratado de resolver interrogantes teórico/prácticos similares referidos a la participación social. Hay que asumir en toda su significación que un promotor de salud, un activista sindical, un militante político, como ahora los activistas en derechos humanos o las organizaciones feministas, se formulan interrogantes y objetivos similares cuando se proponen intervenir en términos de participación social: ¿Cómo se asegura mínimamente la participación social de sujetos y grupos respecto de la constitución y funcionamiento de un comité de salud en una comunidad rural, de la obtención de agua potable a nivel barrial o de una demanda salarial a nivel de un determinado sector ocupacional?, ¿Cuál es el tipo de organización que asegura la PS, y reduce el peligro de conflictos, fracturas o burocratización de los miembros de los grupos que impulsan la PS? ¿Cuáles son los procesos y factores que limitan o favorecen la PS de los grupos involucrados en estas situaciones?

Este tipo de preguntas se las formulan, y sobre todo se las han formulado desde hace mucho tiempo, personas que trabajan en organizaciones étnicas, sindicales y políticas respecto de sus objetivos específicos, dado que para lograrlos necesitan resolver un problema similar que podemos sintetizar así: ¿cómo hacer que personas y grupos se organicen y participen respecto de objetivos comunes, lo que frecuentemente implica la modificación de aspectos considerados negativos para la situación actual de dichos grupos?

Recordar la similaridad de interrogantes supone reconocer que antes que el sector salud, las ONG o los académicos se preocuparan por la PS, toda una serie de actores sociales reflexionaron, impulsaron y/o actuaron previamente en términos de PS. Más aún, la participación social a través de microgrupos constituye un proceso básico de la vida cotidiana de los sujetos. En consecuencia, este concepto supone la existencia de múltiples historias, que, si bien han tenido trayectorias diferenciadas, se caracterizan porque han tratado de resolver problemas particulares a través de interrogantes y acciones similares, que han posibilitado por otra parte la permeabilidad entre dichas trayectorias, sobre todo a nivel de los conjuntos sociales y más allá de la intencionalidad de los sectores que impulsan o están interesados en la PS.

Por lo tanto, la reflexión sobre participación social referida al proceso de s/e/a debería tener como marco referencial estas múltiples trayectorias, lo cual sin embargo no ocurre en la mayoría de las reflexiones e investigaciones académicas, pero tampoco en las reflexiones y sobre todo en las acciones desarrolladas por la biomedicina y las secretarías de Salud y las ONG.

La inclusión de la dimensión histórica es necesaria, tanto en términos teóricos como prácticos, dado que existe una tendencia a pensar y sobre todo a practicar la participación, como si operara en una suerte de vacío histórico y social, lo cual entre otras cosas conduce a desconocer y, en consecuencia, a no buscar la existencia de

formas y experiencias de participación social previas en las comunidades, grupos y sujetos con los cuales se trabaja con objetivos participativos, convalidando una manera de actuar según la cual todo nuevo proyecto político o técnico inaugura la participación social en el medio donde trabaja. Se actúa como si “antes” no existieran actividades y experiencias participativas, lo cual conduce a ignorar la existencia, trayectoria y resultados de dichas experiencias, así como de los procesos y factores que limitaron o facilitaron la participación social.

Lo cual no solo es incorrecto en términos metodológicos, sino sobre todo en términos prácticos, pues impide entender por qué determinados grupos participan de determinada manera, por qué adoptan actitudes pasivas o por qué se niegan a participar en los términos propuestos por los sectores técnicos o por los grupos políticos. Desde nuestra perspectiva, los sujetos y grupos tienen y utilizan representaciones, prácticas y experiencias de participación social, que son aprendidas y usadas en sus trayectorias cotidianas referidas a los diferentes campos donde desarrollan su cotidianidad. Por lo cual, cuando trabajo con sujetos y grupos, parto de la existencia posible de formas y criterios de participación social, que por lo tanto debo buscar. Por lo cual considero que, en lugar de negar a priori la existencia de PS en los sujetos y grupos con los cuales trabaja el SS, una de las primeras actividades es la de detectar y observar sus características y sus objetivos.

Considero que gran parte de los que trabajan promoviendo la participación social en salud lo hacen sin saber con quiénes están trabajando en términos participativos, dado que parten del supuesto tácito o expresado de que la gente no maneja criterios de PS. Lo señalado, por supuesto, no niega que existen autores y tendencias que reconocen lo que señalamos y que en parte utilizan la PS desarrollada cotidianamente por los sujetos y grupos.

Pero hay, sin embargo, por lo menos dos orientaciones que, si bien reconocen la existencia previa de participación social en la práctica, no trabajan con ella. Una de las orientaciones parte del supuesto de que los sujetos y los grupos reinventan los procesos participativos a partir de la situacionalidad en la que están viviendo, y que, por lo tanto, la trayectoria histórica participativa no tiene demasiado efecto si no corresponde justamente a la situacionalidad actual de los actores.

Mientras otra tendencia sostiene que los grupos sociales se caracterizan por la continuidad/discontinuidad, y por lo tanto es importante recuperar las experiencias participativas del pasado para sustentar o posibilitar el surgimiento de actividades participativas en situaciones en las cuales observamos que no están desarrollándose. Esta orientación propone utilizar varias técnicas, pero sobre todo la historia oral, para recuperar la PS, sosteniendo además que estas técnicas cumplen también una función participativa e incluso de movilización.

Así como la primera propuesta se caracteriza por una suerte de presentismo y situacionismo, que en los hechos no busca la trayectoria histórica de la PS, la segunda evidencia frecuentemente una tendencia a venerar arqueológicamente el pasado en sí. Por lo cual considero que necesitamos buscar intencionalmente las experiencias históricas de PS para trabajar con ellas, en la medida en que expresen experiencias y procesos que puedan ser reconocidos y apropiados por los grupos sociales actuales.

Pero, además, los que trabajan en PS suelen tomar en cuenta exclusivamente las formas y experiencias de participación que refieren a su campo específico, como si los actores sociales recortaran en su subjetividad los campos de la realidad establecidos desde el Estado o desde una determinada disciplina o interés sectorial, y en consecuencia operando como si las experiencias participativas respecto de problemas agrarios o de procesos educativos vividas por sujetos y grupos no tuvieran influencia en los comportamientos participativos de los mismos referidos a otras áreas de la realidad, como pueden ser la salud, el uso del tiempo libre o la religión.

Ahora bien, en este trabajo no desarrollaré estas múltiples historias salvo en algunos aspectos muy puntuales, sino que propondré un marco referencial a partir del cual veamos jugar diferentes concepciones y prácticas de la PS, así como el proceso de continuidad/discontinuidad que caracteriza el uso de este concepto.

## La construcción teórico/práctica de un concepto

La década de 1970 supuso el desarrollo, y a veces constitución, tanto en sociedades centrales como periféricas,<sup>1</sup> de procesos de participación colectiva organizados en torno a lo económico/político, a particularidades étnicas, religiosas, de género, estudiantiles o en función de identidades fuertemente estigmatizadas (homosexuales). Especialmente a partir de la década de 1970, y sobre todo durante la de 1980, la afirmación de la diferencia a través de formas de PS fue utilizada por sujetos y grupos como expresión de modos de vida específicos, y también como propuestas de cuestionamiento y/o de transformación de la sociedad dominante, en forma global o más frecuentemente referidas a aspectos puntuales.

Mientras que gran parte de los proyectos de participación social centrados en lo político entraron en crisis o por lo menos en receso durante las décadas de 1970 y sobre todo la de 1980, una parte de los constituidos en torno a determinadas diferencias se caracterizaron por su afianzamiento o por lo menos por su continuidad hasta la actualidad. Más aún, los fracasos y/o inviabilidad política e ideológica de la mayoría de los proyectos políticos que buscaban la transformación, una parte de los cuales –no lo olvidemos– lo hicieron a partir de apelar a la intensificación de la participación colectiva, contrastan con un hecho aparentemente paradójico: ciertos conceptos participativos, y sobre todo los definidos en términos de participación social como control en la toma de decisiones o en términos de “empoderamiento”, cobraron mayor presencia práctica e ideológica cuando entraron en crisis las propuestas políticas más radicales y generales.

---

<sup>1</sup> El esquema que presentamos no solo deja de lado determinados procesos contextuales, sino que desarrolla una síntesis –a veces muy apretada– de una parte de las tendencias teóricas y aplicadas que trabajan en participación social. Debemos también aclarar que las tendencias enumeradas no operan en todos los contextos, ni en todos los procesos y con los mismos actores sociales.

El uso de la PS se dio, desde la década de 1970, en forma heterogénea y disímbola en función de la afirmación de las particularidades específicas, así como del tipo de críticas a la sociedad dominante, que expresaban las condiciones de opresión, marginación, estigmatización o subalternidad de los diferentes sectores sociales implicados. Desde esta perspectiva, la recuperación de la PS no puede ser pensada en los mismos términos respecto de las propuestas desarrolladas por grupos étnicos, por las diversas variantes del feminismo o por el movimiento en salud mental; y, por supuesto, no puede ser interpretado con la misma perspectiva el desarrollo de estos movimientos en las sociedades capitalistas centrales que en las periféricas, pese a los afanes de las concepciones denominadas globalizadoras<sup>2</sup>.

La PS, como concepto y como práctica, fue utilizada por tendencias teórico/ideológicas que consideraron que el capitalismo favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista, pasivo/receptiva, apática, donde los objetivos privados se imponen a las necesidades públicas. Una sociedad donde la caída de ideologías y prácticas comunitarias y/o socialistas favorecía la atomización y la indiferencia o el escepticismo hacia las acciones colectivas; y donde la democracia aparecía cada vez más formal, ya que se había generado o más frecuentemente profundizado la escisión entre la población y sus representantes políticos y/o sindicales, aun en contextos donde funcionaba comparativamente la democracia representativa.

Pero estas concepciones no eran nuevas, ya que desde mediados del siglo XIX y especialmente durante las décadas de 1920 y 1930 del siglo XX, tanto la sociología académica como una parte del marxismo, de las diferentes orientaciones anarquistas, pero también del pensamiento conservador e incluso del fascista habían reflexionado críticamente sobre las características de la sociedad capitalista, y particularmente sobre sus propuestas de participación en términos básicamente individuales.

Más aún, en las décadas de 1950 y 1960, especialmente la sociología norteamericana retomará algunas de dichas temáticas, en particular las referidas a la pérdida de la identidad subjetiva y grupal, la caracterización de la vida como inauténtica, anómica, alienada; el dominio creciente de la soledad, el aislamiento, “la muchedumbre solitaria”, la depresión, o la soledad del “corredor de fondo”, que expresaban la continuidad de un análisis negativo de las sociedades capitalistas, iniciado previamente por los pensadores europeos.

Lo nuevo a partir de la década de 1960, y sobre todo de 1970, fue la crítica no solo desde el pensamiento conservador, sino también desde la izquierda, a los socialismos reales en los cuales la participación social era controlada y/o excluida en términos políticos, y donde la participación sociocultural era organizada vertical y burocratizadamente. Sociedades en las cuales la población no tenía injerencia en la selección

---

<sup>2</sup> Recordemos que los grupos y movimientos sociales nucleados en torno a lo étnico, a la religión, al género, a la edad, a la identidad estigmatizada o a la enfermedad mental tuvieron un notable desarrollo en los EEUU, y en menor grado en los países europeos durante la década de 1960, antes de que estos movimientos específicos cobraran significación en América Latina, donde salvo en los casos de los movimientos obrero, campesino y estudiantil, el resto se desarrolló en periodos ulteriores.

y nombramiento de sus representantes políticos o sindicales, y donde la democracia directa constituía un acto de simulación. De tal manera que se desarrollan cuestionamientos de los dos modelos dominantes de organización económico/política, la capitalista y la “comunista”, a partir de múltiples características, pero sobre todo porque serían sociedades sumamente estructuradas, dirigidas por cúpulas burocráticas que responden a intereses sectoriales y que tratan de anular la participación autónoma de los diferentes grupos que las constituyen. Lo cual condujo a proponer que la modificación de dichas sociedades solo es posible a través de una suerte de activismo permanente, que debía utilizar todas las formas de participación posibles, reconociendo algunas tendencias donde la violencia constituía una de las principales formas de participación social.

Gran parte de las críticas al estructuralismo, al funcionalismo, al culturalismo y, por supuesto, al marxismo y a la negación del sujeto que caracterizó a estas corrientes, expresaban en el plano teórico el desarrollo creciente de esta crítica sociopolítica. Durante las décadas de 1960 y 1970, una serie de corrientes teóricas subrayaron la tendencia institucionalizadora dominante en toda sociedad, el dominio de lo instituido sobre lo instituyente, concluyendo que las instituciones crean necesariamente mecanismos para asegurar su propia reproducción. Toda institución, y no solo las políticas, generan procesos de poder y micropoder para reproducirse, y en función de dicha hipótesis fueron analizadas especialmente las instituciones familiares, educacionales y médicas.

Tales conclusiones no consistieron en meras reiteraciones de las propuestas weberianas o de la escuela de Frankfurt, sino que describieron el peso de lo institucional como oponiéndose estructural y funcionalmente a los procesos de democratización en los más diversos campos, más allá de las invocaciones políticas formales. El trabajo de Foucault –si bien con contradicciones y discontinuidades– expresa en parte este tipo de concepciones, donde el saber/poder institucional no solo limita la PS, sino que convierte la PS supuestamente autónoma en un agente de la reproducción del sistema dominante.

Para los institucionalistas, los neoweberianos y los foucaultianos la astucia de la estructura es notoriamente insidiosa, ya que la misma se reestructura y reproduce por lo menos en parte a través de los que la cuestionan, pues los mismos tienden a utilizar algunos de los mecanismos y procesos que critican, para asegurar su propia reproducción. Así, los partidos políticos o las organizaciones no gubernamentales que proponen la solidaridad, critican el individualismo competitivo o cuestionan el manejo de incentivos materiales, pueden desarrollar al interior de sus organizaciones competencias por micropoderes o luchas por liderazgos, que suelen concluir en la exclusión de algunos de sus miembros, en el fraccionamiento de la organización, o pueden llevar a realizar actividades que son contradictorias con los objetivos propuestos intencionalmente.

No obstante, la existencia de estas características a nivel de la estructura social y de las subjetividades, una parte de las tendencias reconoce a la PS como uno de los escasos procesos que pueden oponerse a lo estructurante, a lo institucionalizado y a la reproducción de la subalternidad.



Por otra parte, los análisis referidos a las condiciones socioeconómicas y étnicas de los países periféricos, y especialmente de América Latina, evidenciaron no solo la creciente pobreza de la población, sino también su exclusión de la toma de decisiones respecto de los procesos económicos y políticos, así como culturales, que condicionaban sus formas de vida, incluso a nivel local. Conceptos como el de marginalidad, más allá de su legitimidad teórica, buscaron subrayar que la mayoría de la población subalterna rural y urbana no participaba, o lo hacía subordinadamente en los espacios de la democracia formal.

Si bien las sociedades capitalistas se caracterizaban, en los ámbitos oficial y privado, por el desarrollo de una burocracia jerarquizada, por la concentración de los mecanismos de poder, por un incremento en la división del trabajo que incidía en la pérdida de autonomía de los sujetos, estas y otras características tendrían un peso diferencial en las sociedades periféricas limitando o disuadiendo las actividades de participación social, o reduciéndolas a ámbitos locales.

El conjunto de estas orientaciones favoreció durante la década de 1960 la recuperación de las propuestas autogestivas desarrolladas previamente sobre todo en las décadas de 1920 y 1930, las cuales se expresaron a través de proyectos y experiencias referidas al “control obrero”, al “control campesino”, al “control estudiantil”. En el caso de las enfermedades mentales, varias tendencias propusieron e impulsaron la toma, o por lo menos la coparticipación, de los “locos” en el control de las instituciones psiquiátricas. Al igual que las experiencias centradas en lo político ocurridas simultáneamente, la mayoría de estos ejercicios y propuestas de control fueron desapareciendo durante la década de 1970 y especialmente durante la de 1980 o se orientaron, como en el caso de las corrientes antipsiquiátricas, hacia objetivos que en algunos casos llegaron incluso a ser instrumentados por los sectores e instituciones contra las cuales luchaban dichas corrientes.

Como sabemos, esto ocurrió con el proceso de despsiquiatrización hospitalaria desarrollado en los EEUU, lo cual no significa que en todos los contextos operó de la misma forma, sino que nos indica que prácticamente cualquier proceso –por radical que sea– puede ser apropiado y reorientado por las fuerzas sociales contra las cuales se constituyó. Y ello por varios procesos, sobre todo si no se ejerce la participación social constante respecto de los objetivos propios, tal como sostienen algunas de las corrientes que impulsan el participacionismo activo.

Además, algunas de las tendencias participativas que se caracterizan por recuperar el papel del actor y de la subjetividad, subrayan el papel decisivo del actor y del sujeto activo justamente porque reconocen el peso de la estructura, de la institución, de la propia vida cotidiana en la tendencia a la reproducción de la realidad, planteando la necesidad de la participación constante e intencional. Subrayo este aspecto porque toda una serie de recuperaciones del sujeto desde la década de 1970, y sobre todo desde la de 1980, decidieron la muerte de la estructura justamente cuando, por lo menos en América Latina, el peso de la misma se expresaba abiertamente a través de las estructuras de poder –incluso de un poder dictatorial– y de las estructuras económicas, que en pocos años convirtieron en pobres a millones de sujetos. Una de las paradojas intelectuales de estas décadas reside en que, cuanto más se subraya el

papel del sujeto y más se niega el papel de la estructura, es cuando más se observan las consecuencias que la estructura está teniendo sobre los sujetos y subjetividades de los latinoamericanos.

Considero que el incremento del uso de ciertos conceptos psiquiátricos –como el de “dependencia”–, y su extrapolación a otros campos del saber y de la vida cotidiana, expresan estas preocupaciones por la relación sujeto/estructura. Toda una serie de análisis subrayaron la constitución de sujetos cada vez más dependientes en las sociedades actuales, de sujetos caracterizados por la pérdida de autonomía y por delegar sus actividades e incluso su identidad a toda una variedad de instituciones, “sustancias adictivas” o líderes. De tal manera que la dependencia podía ser a las drogas, al juego, al deporte, a la televisión o a una ideología.

Respecto de esta dependencia se fue desarrollando una doble propuesta: una que encontraba la solución en la transferencia de la dependencia a otra instancia expresada, sobre todo por los grupos de autoayuda; y otra que encontraba la solución en el acto individual y voluntario del sujeto.

Si bien, como vimos, desde la década de 1940 se impulsa la PS respecto de los procesos de s/e/a en términos salubristas, a partir de la década de 1950 y sobre todo de la década de 1960 se sostiene que la participación del sujeto es también decisiva para la curación o por lo menos la reducción de los efectos negativos de un padecimiento determinado. Una notable cantidad de investigaciones demostraron que la involucración activa del paciente no solo facilitaba la cura de la tuberculosis broncopulmonar o el control de la diabetes mellitus, sino que además reducía significativamente los tiempos de recuperación del paciente.

En este lapso, la PS fue recuperada desde diversas orientaciones, problemáticas y actores sociales. La misma fue propuesta como uno de los principales mecanismos para construir y/o reconstituir la identidad deteriorada o no de grupos étnicos, de migrantes rurales/urbanos, de homosexuales o de “locos”. Aparece no solo como un mecanismo de rehabilitación, sino también como un ejercicio donde los sujetos y grupos pueden experimentar su propio poder y sus posibilidades de acción. La PS aparece como una de las principales estrategias de los marginales urbanos, de las mujeres o de los “desviados” para solucionar sus problemas, que en gran medida consistía en eliminar la exclusión y la subalternidad. Aquellas(os) que no tienen poder, que no “tienen la palabra”, pueden llegar a tenerlos si comienzan a participar, de tal manera que la PS se va convirtiendo en una suerte de mecanismo eficaz que opera desde lo político hasta lo terapéutico y que dio lugar a la expansión de palabras como “empoderamiento”.

La PS supone para algunos cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación, a la manipulación, a la cooptación, pero también a la burocratización. La PS posibilitaría el desarrollo de la autonomía a nivel de sujeto y de grupo; cuestionaría la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones o por lo menos de determinadas formas de verticalidad. Desde una perspectiva política, la PS supondría un ejercicio constante de democratización y, como se dijo anteriormente, de ciudadanía. Más aún, explícita o larvadamente, algunos pensaron la PS en términos de democracia directa al colocar el eje en la toma de decisiones. Pero,

además, la participación posibilitaría la transformación del propio sujeto al convertirlo en actor que no reduce su papel a la reproducción de la estructura, sino que contribuye a producirla y a cambiarla.

Correlativamente, desde la década de 1960 y desde diferentes tendencias teóricas y aplicadas, se propondrá el uso de la investigación/acción, cuestionando las metodologías dominantes como poco apropiadas para describir y analizar la realidad y, sobre todo, actuar sobre ella. La nueva metodología es propuesta no solo como un instrumento de investigación, sino de transformación. Más aún, su aplicación posibilitaría el aprendizaje de los sujetos involucrados a partir de participar y modificar la realidad. Esta metodología se extenderá durante las décadas de 1970 y de 1980 como la forma normalizada de trabajar de las ONG, y toda una serie de autores como Fals Borda verán, en la apropiación de esta metodología por las comunidades, la posibilidad de construir una democracia real y no formal.

Algunas de las tendencias señaladas, y en especial las que trabajan en investigación/acción o en investigación participativa, cuestionaron el rol y función de los expertos y de la actividad académica y profesional en general, señalando que el conocimiento que producen no está referido a las necesidades y problemas de los conjuntos sociales, que gran parte de sus aportes son complejos y difíciles de manejar por la población, y que sus investigaciones tienen que ver básicamente con objetivos académicos y profesionales que tienden frecuentemente a reproducir juegos académicos. Además, sostienen que el experto ha funcionado favoreciendo los intereses de determinados grupos y operando como control de los grupos subalternos a través de aspectos específicos, especialmente dentro del campo de la salud.

La PS aparece entonces como un instrumento necesario para cuestionar y modificar algunas de las principales características negativas de las sociedades actuales. La PS “en sí” cuestionaría el individualismo, la dependencia o la apatía; al involucrar al individuo en una actividad colectiva tendería a superar la atomización social y posibilitaría la constitución de una subjetividad no centrada en lo privado. Estas concepciones son fundamentadas teórica y empíricamente en el hecho de que el sujeto se constituye como tal a partir del otro; la constitución del sujeto no es un hecho individual, sino un proceso de participación social relacional.

Pero, además, la PS constituye un mecanismo de concientización, de aprender a negociar, de afirmación, en la medida en que se participe. Es a través de dicha participación que los sujetos y grupos pueden solucionar algunos de sus problemas más graves, pese a su situación de subalternidad e inclusive de estigmatización. En el caso de México, este proceso se evidenció especialmente a través de la lucha y capacidad organizativa de sujetos y grupos con VIH-sida, que enfrentaron especialmente a las instituciones oficiales del sector salud y trataron de concientizar a la sociedad civil a través de la constante producción de “performances” y otros mecanismos para legitimar sus demandas y para lograr sus objetivos.

En México, como en casi todos los países del tercer mundo, uno de los problemas cotidianos de la mayoría de los sujetos que padecen VIH-sida lo constituye el alto precio de los medicamentos, los cuales son indispensables para asegurar una mayor sobrevivencia y una mejor calidad de vida. Y aclaremos que el costo del tratamiento

contra el VIH-sida en México es cuatro veces mayor que en Brasil, según lo señalaron varios especialistas en el Foro sobre acceso universal al tratamiento del VIH-sida, realizado a principios de 2008 en la ciudad de México, y como lo reconoció el subsecretario de Salud.

En México ha sido frecuente y recurrente, sobre todo en los últimos quince años, el desabastecimiento de estos fármacos en las instituciones oficiales del SS; desabastecimiento que, por otra parte, existe para gran parte de los medicamentos necesarios para tratar diabetes mellitus o problemas cardiovasculares que son parte de las primeras causas de mortalidad en dicho país.

Ahora bien, desde hace casi dos décadas una parte de los enfermos de VIH-sida se organizó a través de ONG y de otro tipo de grupos para demandar la entrega gratuita, o a precios muy bajos, de los medicamentos específicos, así como para evitar el desabastecimiento o denunciar el mal trato al que son sometidos por el personal de salud. La casi totalidad de estos grupos están constituidos por homosexuales, que incluso han creado un frente de organizaciones. Estos grupos están caracterizados por su activismo, por desarrollar espectáculos que colocan frecuentemente sus demandas en los medios de comunicación masiva, por ritualizar ciertos tipos de actividades que convocan cada vez más participantes. Estos grupos han presionado a las autoridades del sector salud para formar parte de los organismos oficiales que luchan contra el VIH-sida, lo cual no solo han logrado, sino que incluso han tenido un papel decisivo en los dos últimos sexenios, en el nombramiento de las máximas autoridades técnicas de las instituciones oficiales que luchan con el VIH-sida.

Ahora bien, estos enfermos –a través de sus organizaciones y de su activismo– han logrado obtener lo que ningún otro grupo de enfermos de padecimientos mucho más extendidos y con mayor incidencia no solo en la morbilidad sino también en la mortalidad ha logrado. El VIH-sida no forma parte en México de las principales causas de mortalidad, y, sin embargo, una gran parte de los que padecen este problema ha logrado soluciones que no observamos en el caso de la mayoría de los pacientes diabéticos o con problemas cardiovasculares, que son los que tienen las más altas tasas de mortalidad. Y así, por ejemplo, la mayoría de la población hipertensa no tiene acceso a los fármacos más eficaces, dado sus altos costos; más aún, las instituciones de seguridad social no tienen estos fármacos en el listado de medicinas que prescriben a los asegurados al IMSS o al ISSSTE.

Esta capacidad organizativa y activista de una parte de los sujetos con VIH-sida se da en muy diferentes contextos, lo cual ha sido reconocido por la directora de la Organización Mundial de la Salud, quien señaló en la XVII Conferencia Internacional sobre VIH-sida, que los logros obtenidos se deben sobre todo al trabajo de los activistas. Pese a lo cual, y lo subrayamos, la mayoría de los sujetos con VIH-sida, y especialmente los de menores recursos y de los países más pobres, siguen teniendo problemas con la obtención de antirretrovirales o directamente no pueden obtenerlos.

La trayectoria del concepto/acción PS tiene como trasfondo la lucha contra la hegemonía teórica de los estructuralismos, funcionalismos y culturalismos negadores no solo del actor, sino también del autor, pero ello no implica que las corrientes que recuperaron la significación de la PS de sujetos y grupos arrancaran de la nada,

como parecen creer actualmente gran parte de los que trabajan en investigación participativa. Ya que durante dicha hegemonía existieron tendencias que siguieron proponiendo el papel central o por lo menos copartícipe del sujeto y sus grupos. Es justamente debido a la existencia de estas tendencias, que cuando entraron en crisis determinadas teorías, ideologías e imaginarios, ello condujo por una parte a la recuperación del sujeto hasta reducir en algunos casos la teoría de la acción a la subjetividad, pero paradójicamente condujo a radicalizar aún más determinadas concepciones estructurantes como fue el caso de varios foucaultianos.

La revisión de las propuestas que utilizan la PS evidencia que no son homogéneas en lo referente a la relación sujeto/estructura, que las mismas cuestionan diferentes ámbitos de la realidad y que sus propuestas difieren en aspectos decisivos de los usos de la PS. Una de las orientaciones que más subraya el papel de la PS, coloca en el individuo y en la competencia socioeconómica la alternativa más adecuada y “realista” de PS; la autonomía, responsabilidad, autocontrol y la capacidad/capacitación individual son las condiciones básicas de la eficacia de la PS. Esta tendencia secundariza la importancia de la estructura y del papel del Estado, reduciendo la acción participativa al grupo y, sobre todo, al individuo.

Como sabemos, esta ha sido una tendencia constante desde la década de 1930 en la antropología aplicada norteamericana, que halló en el individuo, en los líderes comunitarios, en los *cultural brokers*, la posibilidad de desarrollo comunitario, y que se expresó constantemente en los programas de participación social aplicados en América Latina, especialmente en el medio rural. De tal manera que la PS fue reducida al individuo o al microgrupo colocando en ellos tanto los logros como los fracasos. Algunas de estas tendencias son las que mejor expresan el proceso de “culpabilización de la víctima” (Ryan, 1976), según el cual los pobres son los principales culpables de ser pobres.

Junto a esta orientación se desarrolla una variedad de propuestas que, simultáneamente, critican a las concepciones individualistas, pero también a las estructuralistas y culturalistas. A las primeras, por reducir la PS al individuo y a las segundas por reducir las relaciones sociales al nivel macrosocial, y sobre todo por ignorar la dinámica de las redes sociales, de los grupos de autoayuda, de las estrategias de vida, del papel activo de los sujetos. Señalan que no se tomó en cuenta la “lucha” cotidiana de los sujetos y microgrupos, y que la PS solo fue pensada en términos políticos y a través de las clases sociales, dejando de lado a los actores sociales que participaban a través de sus particularidades religiosas, de género o de padecimiento.

Se generó una articulación de propuestas devenidas del gramscismo, la fenomenología, el cristianismo de base y de otras tendencias, impulsando una perspectiva que recuperaba la significación del saber popular y su potencialidad de resistencia, así como el papel de la práctica y de la concientización, que se expresó a través de un intenso trabajo comunitario y barrial, y una de cuyas principales referencias fue la obra de P. Freire.

Si bien el conjunto de estas orientaciones teóricas y prácticas desarrollaron críticas correctas a las concepciones estructuralistas y a las individualistas, debe reconocerse que no construyeron una “teoría del pasaje” de las estrategias de vida, o del

trabajo comunitario, a instancias más genéricas como las clases o los movimientos sociales. Si bien se dieron procesos en los cuales estas experiencias se articularon, o inclusive impulsaron movimientos populares urbanos y rurales, ello fue coyuntural y no se expresó en una elaboración teórica. La mayoría de estas experiencias, sobre todo a través de ONG, desembocaron en un trabajo que buscaba solucionar o paliar problemas de salud específicos, o asegurar la supervivencia de la vida de los sujetos y microgrupos, operando como estrategias de “aguante” más que como estrategias de transformación.

Ahora bien, en el plano teórico estos procesos condujeron a la recuperación del sujeto, a la necesidad de incluir al actor, a considerar la realidad como procesual concibiendo a la estructura no como algo dado, sino como un proceso que se constituye en la práctica. Se recuperó la capacidad de los sujetos y microgrupos para construir espacios propios dentro de las instituciones, y se construyeron o reapropiaron términos como lucha, negociación, transacción, movimiento como expresiones de una nueva forma de pensar y actuar la realidad.

Debe recordarse que gran parte de estas propuestas constituían reapariciones, y considero que una parte de las críticas referidas a los usos pasados de la teoría y de la práctica expresan frecuentemente el desconocimiento de que similares propuestas y acciones habían sido previamente desarrolladas. Esto se evidencia especialmente en el desconocimiento de que una línea de trabajo centrada en el individuo (sujeto)/microgrupo y/o en la comunidad, desarrollada especialmente por las ciencias sociales y de la conducta norteamericanas desde las décadas de 1930 y 1940 hasta la actualidad (antropología aplicada, estudios de pequeños grupos, estudios de comunidad, grupos de encuentro, etc.), fue la que en gran medida proveyó las técnicas e instrumentos con los cuales trabajaría incluso una parte de las tendencias críticas, de los que adhieren a la investigación participativa y/o de las ONG, por lo menos de las interesadas por el campo de la salud.

Pero, además, en la década de 1990 se vuelve a hablar de “resistencia”, sin recuperar, o solo recuperando escasamente, las diversas líneas que Fanon, E. P. Thompson, Huizer o Cooper propusieron entre las décadas de 1950 y 1970 respecto de la resistencia de los colonizados, de los trabajadores, de los campesinos o de los locos, como uno de los principales y más eficaces procesos de participación social.

Actualmente está de moda en América Latina señalar que algunas de estas corrientes funcionalistas, interaccionistas simbólicas, culturalistas, pero también fenomenológicas y marxistas no incluían los procesos de poder y de micropoder, lo cual es solo parcialmente correcto dado que autores correspondientes a diversas corrientes teóricas como Basaglia, Gouldner, Szasz o J. Young colocaron en la descripción y análisis del poder y/o del micropoder gran parte de sus esfuerzos teóricos y empíricos para explicar, y en ciertos casos intervenir, en sus campos de especialidad.

Durante las décadas de 1950 y 1960 toda una serie de autores describieron y, sobre todo, reflexionaron sobre la erosión y pérdidas de relaciones y rituales sociales en las sociedades occidentales.

Proponiendo que dichas sociedades se caracterizaban por producir sujetos racionales, movilizadas por una evaluación de la realidad en términos de costos/

beneficios, por un proceso de socialización focalizado en la individuación y por carecer de ceremoniales y mitologías que los vincularan entre sí y/o con otras instancias supraindividuales, que tácita o explícitamente referían al orden religioso. Esta interpretación hallaba parte de sus fundamentos en la comparación con “sociedades no occidentales”, en las cuales dominarían los rituales, y donde las relaciones colectivas organizadas y fundadas en un orden cultural y no en un orden económico/político eran prioritarias respecto del sujeto<sup>3</sup>.

Estos trabajos contribuyeron a promover una visión fuertemente individualista y a-relacional de las sociedades actuales, proponiendo algunas tendencias la necesidad de reimpulsar la construcción de rituales y relaciones basados en la participación social.

## La polivalencia de la participación social

Otro importante aspecto a precisar refiere al tipo de sociedad, o por lo menos sociabilidad, que se pretende obtener al impulsar la participación social, dado que la misma ha sido considerada como decisiva para lograr sus objetivos por tendencias políticas e ideológicas similares, pero también antagónicas. Como ya lo señalamos, la PS tiene diferentes significados, constituyendo para algunas tendencias un medio para obtener determinados resultados específicos, pero también para ensayar y/o impulsar el tipo de sociedad que se pretende establecer a través de la participación social que se está aplicando.

Por lo tanto, en gran parte de los casos el objetivo de la PS es sobre todo específico, como por ejemplo en el movimiento gay, que busca básicamente eliminar la exclusión y la estigmatización, así como el reconocimiento y legitimación de su diferencia sexual; es decir, que el objetivo es producir una sociedad no excluyente, por lo menos respecto de las sexualidades “diferentes”. Algo similar podemos decir del movimiento de las mujeres, en el cual hay tendencias que proponen una transformación de la sociedad basada en el paso a primer plano de “valores femeninos”, y de los cuales uno de los más enfatizados refiere a la posibilidad de construir sociedades no violentas y más “curadoras”, en el sentido original del término, así como otras que expresan objetivos socialistas o neoliberales, pero lo común en este disperso movimiento sería eliminar la exclusión y la subalternidad de la mujer.

A nivel general pero también específico, la PS explícita o tácitamente ha sido propuesta como uno de los mecanismos que posibilitaría y expresaría el tipo de sociedad que se quiere producir, ya sea en términos de una concepción individualista, competitiva y desigual característica del neoliberalismo actual, como en

---

<sup>3</sup> Determinadas tendencias de la sociología durante la década de 1960 consideraron que la pérdida o erosión de los símbolos y/o rituales constituían características distintivas de sociedades reducidas a individuos, y sin capacidad de producir espacios de participación colectiva. Estas sociedades darían lugar al desarrollo de sujetos no solo no participativos sino también sin identidad, o con una identidad vacía, difusa y a veces híbrida.



términos de una sociedad autogestiva, colectiva e igualitaria que emerge de determinadas concepciones socialistas y anarquistas, pero también de propuestas comunitarias y etnicistas desarrolladas durante el siglo XIX y parte del siglo XX.

Pero, además, debemos recordar que la PS fue utilizada también como uno de sus principales mecanismos políticos e ideológicos durante el lapso 1920-1940 por los fascismos, especialmente el italiano y el alemán, quienes colocaron en la movilización masiva en espacios públicos uno de los ejes políticos de sus propuestas políticas. Si bien, como señala Sombart, el concepto de movimiento social se desarrolló inicialmente en relación con los esfuerzos del proletariado para emanciparse y construir el socialismo, de tal manera que “socialismo y movimiento social son distintos aspectos de un mismo fenómeno” (Sombart, 1974, p. 20), lo cierto es que fue el fascismo y ulteriormente algunos populismos los que usaron autorreferencialmente este concepto, constituyéndolo en parte central de su concepción política<sup>4</sup>. El nazismo colocó en el Movimiento el peso dinámico de su propuesta, criticando en forma radical la tendencia de los partidos políticos a establecer programas y proponiendo como alternativa no solo las “directrices” del “movimiento”, sino sobre todo la acción, una acción que incluía lo coyuntural y lo situacional (Neumann, 1983, p. 86).

La PS masiva, impulsada sobre todo por el nazismo, generó la movilización de millares y en algunas ocasiones de millones de personas a través de simbologías y rituales colectivos –que incluso supusieron la recuperación y resignificación de antiguos rituales<sup>5</sup>–, y si bien el tipo de organización desarrollada fue vertical, sumamente jerarquizada, colocando solo en algunos sujetos la toma de decisiones y reduciendo frecuentemente lo coyuntural y situacional a oportunismo político, todo ello no niega el efecto de PS impulsado por estas concepciones y organizaciones, uno de cuyos objetivos políticos era producir la unificación ideológica del “pueblo” a través de la participación social fuertemente ritualizada. La participación y la adhesión cultural (ideológica) fueron dos de las estrategias básicas del nazismo; más aún, la brutalidad física, el confinamiento e incluso el exterminio formaban parte de la concepción ritual, organizativa y participativa del régimen nazi.

Por otra parte, determinadas interpretaciones de la PS recuperan algún tipo de comunidad utópica como modelo de sociedad, cuyas referencias van desde los grupos “primitivos” a la recuperación de espacios más o menos medievales como alternativas a las sociedades actuales. Respecto de estas propuestas, la cuestión nuevamente radica en aclarar cuál es el tipo de organización social e ideológica que se trata de constituir o reconstruir, ya que las formas organizativas de estas comunidades pueden generar la exclusión de determinados miembros del grupo, debido a la aplicación de reglas que estructuran social y culturalmente no solo la exclusión,

---

<sup>4</sup> Fueron los fascistas los que utilizaron este término autorreferencialmente, que no olvidemos cuestionaba la concepción clasista refiriendo el movimiento social a la categoría “pueblo”.

<sup>5</sup> La antropología y la etnología alemanas se dedicaron intensamente durante las décadas de 1920 y 1930 al estudio de las características y funciones de los rituales y símbolos culturales.

sino también la subordinación, y pueden llegar a legitimar como forma de vida la violencia y hasta la muerte contra determinados grupos y sujetos<sup>6</sup>.

Más allá de la crítica a las actuales formas de organización y de exclusión social, y de reconocer la potencialidad de la PS como un instrumento que puede favorecer la inclusión de nuevos actores, de democratizar las relaciones sociales pero también de excluir sujetos y grupos, uno de los problemas centrales –como ya lo señalé– reside en indicar qué tipo de sociedad se busca constituir a través de procesos participativos no solo en términos de propuesta ideológica, sino también de prácticas sociales. El cuestionamiento de una sociedad consumista, dependiente y cada vez más desigual no necesariamente conduce a desarrollar sociedades menos dependientes y consumistas y más igualitarias; puede, por el contrario, reforzar la dependencia y el “consumo”, aunque con otra orientación y hacia otros sujetos y/o entidades. Para algunas lecturas, la dependencia respecto de una organización religiosa o de una ideología política, se llame Testigos de Jehová, neoliberalismo o “comunismo” parece tener más legitimidad que la dependencia a la televisión, a determinados alimentos o al sexo, lo cual no niego ni afirmo sino solo propongo como problema a reflexionar.

La PS identificada con la acción, la praxis, la investigación/acción o la necesidad de “estar ahí”, condujo a sostener que la mera participación constituía un cuestionamiento a la pasividad de la sociedad actual y sus sujetos. Más aún, algunos de estos usos la consideraron como la máxima expresión de la existencia del sujeto, algo así como “participo/actúo, luego existo”, lo que fue asumido sobre todo por figuras emblemáticas de corrientes marxistas, existencialistas y fascistas que enfatizaron la concepción de “la vida como riesgo”. La PS fue concebida como la presencia activa en el lugar donde se juega la existencia, lo cual supone para unos la vida cotidiana de los microgrupos y para otros la experiencia en los procesos donde se definen las condiciones estructurales en términos reales o imaginarios. En ambos casos, sin embargo, la PS fue pensada en términos de presencia activa.

La casi totalidad de las tendencias que desde la década de 1950 promovieron la PS, la asumieron como necesaria o por lo menos útil en términos de crítica y sobre todo de acción. Pero, mientras que algunas manejaron este concepto como panacea social, otras lo pensaron en términos de utilidad específica, aunque asumiendo en todos los casos la eficacia de la PS para organizarse, para integrarse, para modificar, para generar o reforzar pertenencias o para solucionar problemas puntuales. El concepto/instrumento PS evoca algún tipo de eficacia social, que fue especialmente reconocida respecto de los procesos de s/e/a.

Esta concepción condujo, sobre todo, a las personas que trabajaban en investigación/acción o exclusivamente en acción, a manejar tácitamente la idea de la PS como buena en sí; como asociada solo con objetivos correctos y saludables, y sobre

---

<sup>6</sup> Lo “étnico”, la “comunidad”, el “pueblo” son conceptos que suelen ser utilizados sin fisura, como si por ejemplo todos los grupos indígenas de México e incluso de América Latina constituyeran una unidad en cuanto a prácticas, creencias, rituales, identidad, etc. Sin embargo, en México, un maya yucateco y un maya de los altos de Chiapas difieren significativamente en toda una serie de aspectos sustantivos, incluida su propia identidad como mayas.

todo considerada como un medio para asegurar la modificación de la realidad en términos positivos. Y por lo tanto olvidando o desconociendo que la PS –por supuesto que junto con otros procesos– puede tener consecuencias negativas o simultáneamente negativas y positivas respecto de la salud de las personas y los grupos sociales.

En la mayoría de los países europeos y latinoamericanos los grupos de cantina siguen siendo mucho más numerosos que los de Alcohólicos Anónimos (AA), y desarrollan formas de participación más articuladas con el ciclo de vida cotidiana de los sujetos involucrados.

Mientras que los AA se reúnen para no beber, los grupos de cantina lo hacen por varias razones en torno al alcohol, lo cual como sabemos posibilita la sociabilidad y la pertenencia, pero también las agresiones físicas y verbales, así como otras consecuencias.

El uso y consumo de alcohol es parte de ceremoniales religiosos, políticos, deportivos, familiares; determinadas redes sociales de apoyo (cuatismo, compadrazgo, grupos de trabajo, fiestas de moros y cristianos, etc.) se organizan parcialmente en torno al uso del alcohol, de tal manera que el consumo es parte intrínseca de gran parte de las relaciones de reconocimiento, pertenencia y diferenciación que operan en sujetos y grupos, lo cual puede dar lugar a la exclusión de los que no participan en los rituales alcoholizados a partir de su “diferencia”.

Generalmente estos tipos de participación no suelen ser reconocidos como tales, así como suelen olvidarse las consecuencias que las luchas por poderes y micropoderes generan en grupos “socioterapéuticos” intensamente participativos, y de lo cual es expresión significativa lo ocurrido con el grupo Synamos y con varios grupos comunitarios tipo Nueva Era o similares, que no solo condujo a la desaparición de varios de esos grupos, sino a generar consecuencias en la salud física y mental de una parte de sus miembros y, en algunos casos, a episodios de muertes masivas. Y recordemos que eran y son grupos caracterizados por el desarrollo intensivo de actividades participativas.

La asociación de la PS exclusivamente con lo positivo se debe en parte a la identificación de la misma con la acción, con el “hacer” o, si se prefiere, con la producción de prácticas, que suele incluso implicar un cuestionamiento o directamente negación de la actividad teórica entendida como un “no hacer”. Los sustentos de esta afirmación están en considerar que la PS es exclusivamente o básicamente práctica, y que se aprende en la práctica, de tal manera que la PS no solo se identifica con el hacer, sino que conduce además a reducir frecuentemente el trabajo comunitario a la aplicación y/o enseñanzas de técnicas –entendidas como prácticas– y a la exclusión de la reflexión y realimentación teórica.

La práctica además aseguraría, según algunos teóricos de la investigación/acción, que las actividades realizadas concluyan en resultados comunitarios y no estén determinadas por intereses personales. Incluso en algunas organizaciones políticas y sociales se supone que las prácticas son una suerte de reaseguro contra las tendencias individualistas propias del quehacer teórico. Sin negar el narcisismo casi intrínseco a la reflexión y análisis teórico, considero que el uso de las prácticas, desarticulado de la reflexión y realimentación teórica, la reduce frecuentemente a un empirismo

voluntarista y rutinario. De allí que la cuestión no radica en excluir lo teórico, sino en cuestionar el teoricismo, así como también el practicismo, y en consecuencia en promover la articulación constante teoría/práctica.

La PS no es buena ni mala en sí, sino que constituye un medio que, según los sujetos y grupos sociales que se hagan cargo de él, puede ser orientado hacia diferentes objetivos y consecuencias. Toda PS opera dentro de un juego de relaciones a nivel micro y/o macrosocial, entre actores que pueden compartir objetivos, pero que frecuentemente tienen proyectos, necesidades, intereses o metas diferentes, que pueden convertirse a la larga en antagónicos. Por ello, los procesos y formas de PS que son “positivos” para determinados sectores y grupos, pueden ser “negativos” para otros; la pertenencia étnica o nacional que favorece la autoestima de un grupo, su capacidad de resistencia y de enfrentamiento, puede traducirse sin embargo en odio casi racial hacia personas que no pertenecen a ese grupo étnico o nacional.

En México asistimos constantemente a la expulsión –e incluso agresión– de ciertos sujetos y grupos de sus comunidades, por considerar que los mismos, al convertirse a otras formas religiosas distintas de las dominantes en las comunidades, ya no cumplen con los requisitos comunitarios. Lo cual ha conducido en distintas comunidades a negarles el agua, el uso de bienes comunales e incluso impedirles la atención en los centros de salud. Pero simultáneamente dichos grupos expulsores, y especialmente los sujetos de los mismos, suelen ser discriminados, incluso en términos racistas, por parte de otros sujetos y grupos.

La PS no constituye un proceso unilateral y unívoco, sino que opera dentro de juegos transaccionales que se dan entre los grupos y sujetos, y en consecuencia dependerá del poder (micropoder) y de la orientación teórica e ideológica de cada uno de los grupos, los usos que se den a la PS. No obstante, lo dominante sigue siendo una concepción unilateral y positiva “en sí” de la PS, lo cual tiene por supuesto consecuencias no tanto en la teorización, sino sobre todo en sus aplicaciones.

En términos de acción, la PS suele incluir dos componentes ideológicos fuertes, que tienen como uno de sus principales objetivos unificar a una sociedad, movimiento o grupo social más allá de las diferencias e intereses de sus diferentes miembros. Y así, ciertas orientaciones que buscan a través de la PS unificar para la acción, plantean explícitamente que *todos deben* participar, lo cual aparece expresado en ciertas consignas políticas del movimiento peronista argentino con la consigna “el que no salta es un gorilón”. Si bien como estrategia participativa coyuntural dicha exigencia puede ser eficaz, la misma puede tener efectos negativos, dado que puede conducir a no reconocer las diferencias que existen al interior de los grupos que apoyan determinados objetivos conjuntos, y crea además una meta prácticamente imposible de alcanzar, que es justamente la de que *todos* participen.

Pero, además, por lo menos una parte de los proyectos sociales o políticos que operan a través de la PS refieren a un componente imaginario que, más allá de que se concrete o no, constituye el referente de la unificación y de la acción. La “toma del poder”, pero también la aspiración a la “comunidad” o a la autogestión, e incluso la añoranza por una dialéctica sujeto/grupo pensada en términos de unicidad,

aparecen como propuestas ideológicas que no se realizan o solo lo hacen parcial y excepcionalmente y por corto lapso.

En consecuencia, algunas de las concepciones de PS deben ser consideradas como orientaciones ideológico/culturales que cuestionan la realidad y se desarrollan dentro de un proceso de pérdida y reencuentro. Sin embargo, esta característica distintiva no suele ser asumida por la mayoría de los que impulsan la participación social.

## Participación social en salud: las representaciones y las prácticas

A partir de las trayectorias señaladas vamos a analizar las orientaciones y las actividades a través de las cuales se aplicó la PS respecto de los procesos de s/e/a. Considero que, más allá de reconocer o no autonomía al campo de la salud, la mejor forma de acercarse a su comprensión es a partir de la especificidad de los procesos, sin por supuesto reducirnos a la especificidad. Más aún, considero que muchas de las discusiones y divergencias, así como de las dificultades para hallar explicaciones al papel de la PS respecto de determinados procesos de s/e/a, son debido a la secundarización o negación que algunos autores hacen justamente del proceso de s/e/a o a la reducción de su análisis exclusivamente a los aspectos específicos que observamos en otros. Una suerte de maniqueísmo metodológico suele dominar los estudios, y sobre todo las reflexiones sobre PS<sup>7</sup>.

Desde esta perspectiva, el primer aspecto a aclarar es si existe una PS específica referida al proceso de s/e/a. Este interrogante puede aparecer retórico, dado que los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), las organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan sobre el campo de la salud o el sector salud (SS) de la mayoría de los países, promueven y/o realizan actividades de PS por lo menos desde la Conferencia de Alma Ata. Una campaña de vacunación, la formación de promotores, las actividades de comités de salud o la constitución de sistemas locales de salud serían evidencia de ello. Pero mientras que para las propuestas de Atención Primaria Médica (APM) y de Atención Primaria Selectiva (APS) dichas actividades son reconocidas como PS, para la Atención Primaria Integral (API) esas actividades no serían realmente participativas si no cumplen ciertos requisitos, ya que consideran que dichas actividades pueden tener importancia a nivel

---

<sup>7</sup> Analizar la PS, o cualquier otro concepto/proceso, a partir de su especificidad problematizada, no solo reduce la posibilidad de caer en extrapolaciones incorrectas, sino que además posibilita pensar el concepto/proceso a través de sus características intrínsecas. Esto por supuesto puede conducir, como de hecho ha ocurrido, a reducir el análisis a lo intrínseco obviando o secundarizando las condiciones sociales generales que lo contextualizan. Pero una metodología centrada en lo intrínseco, que incluya la generalidad a partir de la especificidad, posibilita superar estas polarizaciones.

local, pero sin resolver los problemas no solo a nivel general sino, frecuentemente, tampoco a nivel local (Grodos & Bethume, 1988; Rifkin & Walt, 1988)<sup>8</sup>.

Estas divergencias no se establecen tanto respecto de las actividades que se aplican en nombre de la PS, sino de los objetivos que se buscan con la PS, y de las formas organizativas a través de las cuales se expresan. Mientras que para la APM movilizar a la población para vacunarse constituye PS, sobre todo si se logra una determinada cobertura de vacunación, para otras tendencias dicha actividad no sería PS si no se cumplen las condiciones que aseguran el papel decisivo de los grupos sociales en la cobertura de vacunación. De tal manera que, si los miembros de estos grupos no intervienen en el diseño de las características de la convocatoria para vacunarse, y no participan en la ejecución y supervisión de la misma, estas actividades no serían participativas.

Otras propuestas sostienen que solo hay PS cuando se toma en cuenta el punto de vista de los actores, dado que si estos no reconocen los problemas, los esfuerzos generados desde “afuera” no solo pueden ser inútiles o ineficaces, sino también contraproducentes. De tal manera que, por ejemplo, según Rootman & Moser (1985), solo debería impulsarse un programa respecto del alcoholismo si la comunidad reconoce el alcoholismo como problema, y si además tiene interés en participar en el diseño y en la implementación de las actividades necesarias para llevarlo a cabo, incluida la supervisión y evaluación del mismo.

Observamos entonces que algunas orientaciones definen PS según los objetivos que se quieren lograr, el rol que los actores tienen en la toma de decisiones y/o el sentido que ellos dan al problema y a sus acciones. Por lo cual estas definiciones de PS necesitan ser acotadas, pues larvada o explícitamente proponen que no son las actividades, por más participativas que aparezcan en lo fenoménico, las que definen lo que es PS, sino el papel y el sentido dado a dichas actividades por los actores que las realizan y/o impulsan, lo cual en la práctica conduce a excluir determinadas concepciones y sobre todo acciones de PS.

Si bien debemos tomar en cuenta estas propuestas, necesitamos asumir que las mismas excluyen concepciones de PS que no solo son legítimas para otros actores, sino que sobre todo intervienen en el proceso de s/e/a; más aún, frecuentemente son las concepciones y acciones que más intervienen.

Considero que la negación de la cualidad de PS a formas de acción cuyo sentido cuestiono, no solo es incorrecto en términos metodológicos, dado que al hacerlo no incluyo todas las posibilidades que intervienen en la realidad, sino que además puede tener graves consecuencias en la práctica, ya que puedo dejar de lado las principales formas de PS que utilizan los grupos sociales con los cuales trabajo, pero también excluir las formas de PS que utilizan las instituciones oficiales y privadas que también trabajan con esos grupos. De tal manera que más allá de que yo las cuestione, esas son las formas de participación utilizadas por los grupos sociales sobre los cuales trato de incidir.

---

<sup>8</sup> La Atención Primaria Médica, la Atención Primaria Selectiva y la Atención Primaria Integral constituyen variantes de la atención primaria entendida como primer nivel de atención.

Por lo cual, necesitamos asumir una actitud metodológica que implique establecer –y no negar– nuestra propia definición de PS, fundamentando su sentido e instrumentación desde el punto de vista de nuestros objetivos, pero reconociendo –y no negando– la existencia de otras formas de definir e instrumentar la PS. Implica además establecer con claridad para los “otros” las consecuencias de los tipos de PS que se están aplicando, reconociendo tanto sus limitaciones como su eficacia. Pero, sobre todo, necesitamos asumir que la posibilidad de generar en los grupos formas de PS transformadoras debe tomar en cuenta las participaciones sociales existentes, más allá de que las definamos como no participativas.

A partir de lo señalado podemos distinguir los siguientes objetivos con que se impulsan actividades de participación social respecto del proceso de s/e/a: a) la PS referida a actividades específicas con objetivo expreso de mejorar el estado de salud, abatir daños, mejorar la cobertura, etc.; b) la PS referida a actividades específicas con un objetivo similar al anterior, pero además buscando intencionalmente legitimar al Estado o al grupo que impulsa este tipo de actividades; c) la PS como medio de organizar a la comunidad/barrio/grupo, pero considerando el proceso s/e/a como central para generar este ejercicio organizativo; d) la PS como trabajo “voluntario” para reducir costos en la aplicación de actividades curativas y/o preventivas, y en la supervisión del uso de recursos a nivel local; e) para involucrar a la población y poder planificar mejor, así como posibilitar una mayor aceptación de las propuestas diseñadas y decididas a nivel central; f) la PS como instrumento decisivo en el desarrollo de experiencias y capacidades participativas y organizativas, más allá de que se cumplan o no los objetivos específicos; lo significativo es la experiencia y aprendizaje de participación, organización y/o concientización; g) como requisito básico para la democratización y el ejercicio de ciudadanía; h) la PS en salud como proceso importante pero no determinante para organizar, movilizar y generar transformaciones a niveles macrosociales; i) la PS considerada como no relevante para la modificación sustantiva de las condiciones de salud, o para algunos aspectos; la solución está depositada en cambios estructurales y/o en soluciones técnicas; j) la PS como mecanismo que solo soluciona parcialmente los problemas, pero que debe ser impulsada porque en función de diferentes factores (reducción de recursos financieros, reducción de la cobertura de atención, etc.), dicha participación social asegura un mínimo de intervención y/o de eficacia sobre los problemas; k) la PS como un proceso que asegura la continuidad de por lo menos algunas actividades, dada la discontinuidad que caracteriza las actividades de las instituciones del SS; l) la PS como un mecanismo de *distracción*, de mediatización, de reforzamiento de relaciones de hegemonía/subalternidad respecto de los sectores sociales subalternos.

Por supuesto que estos objetivos no son excluyentes, ni simultánea ni secuencialmente; más aún, varios pueden ser utilizados dentro de una secuencia de intervención. La aplicación de los mismos puede centrarse en la solución de procesos de s/e/a o considerar este proceso como un medio para el logro de otros objetivos. La PS puede ser considerada como un recurso que posibilita la supervivencia del sujeto y microgrupo a nivel local, con o sin objetivos de solución a nivel de la sociedad en



general, o puede ser manejada como un medio idóneo para orientar transformaciones sociales a partir de lo local<sup>9</sup>.

Sin embargo, esta diversidad de objetivos se evidencia cada vez menos en las definiciones de PS utilizadas por los diferentes actores y organizaciones sociales. Mientras que hasta la década de 1970 dominaban en el campo sanitario definiciones de PS en términos de asociaciones voluntarias de personas, con el objetivo de movilizar recursos propios para mejorar condiciones específicas de salud; desde mediados de dicha década, y sobre todo durante la década de 1980, asistimos a un dominio creciente de definiciones en términos de control local sobre la toma de decisiones.

Aproximadamente desde la Conferencia de Alma Ata se desarrolla una doble acepción de la PS en salud, una en términos de recurso –que era la dominante hasta entonces en las propuestas del sector salud–, y otra en términos de población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud. La primera constituyó una variante de las definiciones gestadas durante las décadas de 1940 y 1950 en torno al desarrollo y participación comunitaria:

El fin de todo programa de organización y desarrollo de la comunidad es capacitar a la gente de la comunidad para que resuelva sus problemas por sus propios esfuerzos y logre el mejoramiento de su vida [se debe] estimular, movilizar y asesorar a los vecinos y líderes de la comunidad en el desarrollo de la ayuda mutua y el esfuerzo propio... (Ware, 1962, p. 1)

En la práctica, esta definición es la que realmente corresponde a lo que hacen la mayoría de las ONG y las Secretarías de Salud.

La segunda acepción tendió a ser inicialmente utilizada por aquellos que asumían la atención primaria como integral, y que generalmente no trabajaban dentro de las instituciones oficiales de salud. Para Latinoamérica una de las definiciones más difundida y utilizada fue la de Muller, quien a fines de la década de 1970, y refiriéndose a la situación regional, consideró a la PS como el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones. Este fue el tipo de definición propuesta por los sanitaristas que impulsaban el desarrollo de la API para los países periféricos.

---

<sup>9</sup> Varios miembros del movimiento popular en salud desarrollado en México, y especialmente Ulate, de Keijzer, Garrido y otros más, sostenían a fines de la década de 1970 que el trabajo popular en salud tenía como objetivo central generar contrahegemonía, en la medida en que la lucha por la salud fuera considerada como un problema político. Para lo cual proponían concientizar a la población sobre cuáles eran las reales causas de sus problemas de salud, así como impulsar su organización para modificar esa situación. Para lograr esto, los trabajadores de la salud deberían criticar la visión biomédica respecto de los procesos de salud y enfermedad, contribuir a socializar el saber que está en manos de unos pocos técnicos, y modificar *habitus* que dificultan que la población se incluya en procesos de PS transformadora.

Sin embargo, este último tipo de definiciones será apropiado en forma creciente por los organismos internacionales (OMS, OPS, FAO, Unicef, Banco Mundial), y también por los gobiernos nacionales, lo cual reconocen Oakley y Marsden respecto de los programas de desarrollo rural, luego de fundamentar su definición de PS en términos de toma de decisiones:

Es interesante observar que gran parte de la literatura oficial comienza a interpretar la participación en términos de control sobre la toma de decisiones. [y agregan] Si bien este es el tenor general de las declaraciones hechas, en realidad la población rural pobre aún no tiene ninguna función directa en los proyectos de desarrollo rural. (1985, p. 81)

Estas conclusiones están referidas al desarrollo rural, pero dentro del campo de la salud colectiva en América Latina y especialmente en México operó un proceso similar. Ya en el año 1961, la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México proponía impulsar el programa de Distrito Integral de Salud Pública "... para conseguir la participación de la comunidad, partiendo del principio de que sin ella no hay programa eficaz de salud pública" (García Sánchez *et al.*, 1961, 585-86). Y unos diez años más tarde, la División General de Servicios Coordinados de Salud señalaba que, para concretar la aplicación del programa de obras rurales por cooperación, debían realizarse asambleas de campesinos como método básico para estudiar los problemas, analizar los recursos y tomar decisiones para la selección y ejercicio de las obras a realizar" (SSA, 1973, 101). Pero nuestro análisis de la aplicación de los programas de salud en Yucatán entre 1940 y fines de 1970 evidencia que los mismos se caracterizan por ser programas jerárquicos, verticales, que utilizan a la población como recurso, de tal manera que las actividades de diseño, dirección, organización y decisión están colocadas fuera de la comunidad (Menéndez, 1981, p. 287).

Durante las décadas de 1970 y 1980 observamos un incremento en la propuesta de definiciones de PS en términos de toma de decisiones, que adquieren características radicales especialmente en las definiciones propuestas por funcionarios de la OPS, que impulsaron la realización de los sistemas locales de salud, que colocaron el eje de las mismas en los procesos de poder:

La participación social así definida tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de la atención a la salud, por cuanto significa ejercicio de poder y como tal el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base [...] Desde esa perspectiva, la participación social equivale al proceso de re-apropiación, por la población, del conjunto de instituciones que regulan la

vida social y de los servicios que prestan. (Paganini & Rice –circa 1989–; ver OPS, 1994)<sup>10</sup>

Frente a estos usos verbales, lo más sensato es observar cómo ha sido llevada a cabo la PS a través de las acciones y no solo de los discursos del sector salud en América Latina. Y al respecto podemos constatar que diversos análisis de la PS impulsada por el SS a nivel regional, y realizados a lo largo de casi veinte años, llegan a similares conclusiones. Así la evaluación en 1979 de Muller en cinco países de la región, como el análisis de La Forgia para un solo país como Panamá, o el análisis de Kroeger y Barbira-Freedman para países de la región andina, coinciden en sus principales conclusiones:

Transcurrida una década de campañas rutinarias para promover la Atención Primaria como una estrategia global, la meta de 'salud para todos en el año 2000' ha sido considerada por muchos como realmente inalcanzable [...] Los programas especiales de salud suministrados verticalmente a través de departamentos del sistema de salud pública [...] sin la participación de la comunidad, son la regla más que la excepción [...] Continuamente ignorados son también los principios básicos de la Atención Primaria de la salud, de participación de la comunidad, la coordinación de actividades entre los sectores de atención de salud y la adaptación de las estrategias de atención de salud a las costumbres y necesidades locales. Wisner (1988) sostiene que los sistemas de 'entrega' *ad hoc* socavan seriamente el desarrollo de las organizaciones de base. Pero nosotros creemos que tales organizaciones nunca fueron utilizadas efectivamente [...] El gobierno dice abogar por la participación comunal, pero en realidad hace muy poco por idear e implementar estrategias que podrían dar por resultado la participación. (Kroeger & Barbira-Freedman, 1992, pp. 350-51)

Las organizaciones internacionales, y especialmente el Banco Mundial desde fines de la década de 1980 y en particular durante la década de 1990, utilizaron un discurso según el cual la participación social y el involucramiento de los conjuntos sociales, especialmente de los "pobres, marginales y vulnerables", es considerado decisivo para mejorar sus condiciones de salud y de vida, al mismo tiempo que lo que realmente se impulsó fueron acciones de Atención Primaria Selectiva, que buscaron incrementar la PS como recurso para asegurar determinados objetivos específicos.

Debemos subrayar que este proceso opera dentro de un juego de propuestas que reiteradamente recuperan las propuestas de la Atención Primaria Integral. Y así, a

---

<sup>10</sup> El SS puede utilizar en sus discursos, como ya vimos, este tipo de definiciones, pero en sus proyectos aplicados dominan otro tipo de definiciones. En uno de los principales proyectos de AP realizados en México en los últimos años, y llevado a cabo por personal del Instituto Nacional de la Nutrición, la participación comunitaria es definida como el "Proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad" (Martínez *et al.*, 1993, p. 677). Es decir, muy similar al tipo de definición propuesta por Ware (1962), y que fue de las más utilizadas en la década de 1950 y principios de 1960 por las instituciones oficiales en América Latina.

partir de 1986, se propone y se impulsa, por lo menos a nivel teórico/ideológico, la promoción en salud durante la Conferencia Internacional llevada a cabo en Ottawa (Canadá), que retoma algunos de los principales objetivos y mecanismos propuestos por la API incluyendo la educación, la alimentación, la renta, la justicia social y la equidad como parte de la salud. También subraya la importancia de los factores económicos y políticos, y promueve el autocuidado, la ayuda mutua, la creación de ambientes saludables, así como destaca la necesidad de trabajar especialmente sobre la salud positiva y no solo contra la enfermedad.

Esta propuesta trató de modificar las orientaciones dominantes del modelo biomédico, y será reiterada en las sucesivas conferencias internacionales de promoción de la salud llevadas a cabo en Adelaida (1988), Sundsväl (1991) y Yakarta (1997). Pero justamente durante este lapso se impondrá, por lo menos en la mayoría de los países de Latinoamérica, la Atención Primaria Selectiva, concentrando los recursos y acciones sobre la enfermedad, y reforzando la orientación técnica de la biomedicina.

Nuestro análisis de programas de PS en salud aplicados a diferentes áreas y problemas corrobora estas conclusiones (Menéndez, 1981, 1990b; Menéndez & Di Pardo, 1996, 2003, 2006), y además evidencia que el uso de definiciones en términos de poder y de toma de decisiones por las instituciones del SS no se expresa en sus actividades y objetivos, y que, por el contrario, por lo menos una parte de sus acciones operan negativa o disuasivamente respecto de la posibilidad de impulsar la participación en términos de control comunitario sobre la toma de decisiones.

Correlativamente al incremento del uso de definiciones de PS en términos de control y de poder se recuperó el uso del concepto de autogestión en forma generalizada, siendo utilizado para una amplia gama de actividades que van desde el autocuidado individual hasta la gestión comunitaria, pasando por los grupos de autoayuda. Este concepto, articulado con el de estilo de vida, ha sido referido al control y toma de decisiones que los sujetos generan respecto de su vida y su salud. Mientras que otros lo refieren a grupos y comunidades, donde la autogestión es entendida como la capacidad colectiva y autónoma de hallar soluciones a los problemas a partir de sus propios recursos, como ocurre con los grupos de AA donde la autonomía y autarquía es parte central de su ideología asistencial.

A su vez, determinadas políticas internacionales en salud impulsaron un concepto de autogestión basado en la capacidad colectiva de obtener y manejar recursos propios, de generar autofinanciamiento con escasa o ninguna inversión del Estado, de colocar la responsabilidad del cumplimiento del programa de salud en los propios actores, más allá de que los mismos tengan los recursos suficientes para implementarlo. Incluso, cuando durante la década de 1990 se decide entregar apoyos financieros a nivel local, se los identifica también con orientaciones autogestivas focalizadas en la mujer.

Algunas de estas propuestas incluyen elementos nucleares de las concepciones políticas autogestivas desarrolladas desde perspectivas anarquistas y socialistas, ya que apelan a la autonomía y a la autarquía del grupo como mecanismos de diferenciación y rechazo de la injerencia del Estado, así como a la importancia de la toma de decisiones en términos de poder, pero que en la práctica refieren a poder hacer o

si se prefiere decidir sobre determinados objetivos (autovivienda, autocuidado de la enfermedad, huertos domésticos), pero no sobre las condiciones socioeconómicas y políticas que son decisivas para su estado de salud individual y colectiva. Es decir que las decisiones y el poder son referidos a ciertos aspectos y excluidos de otros (Menéndez, 1983).

El uso actual de la autogestión refuerza la concepción de la PS como recurso, y solo una parte de las ONG y de los programas de API retomaron una concepción autogestiva centrada en la toma de decisiones. Una de las paradojas de toda una serie de proyectos dizque autogestivos impulsados por ONG reside en que los mismos no solo dependen inicialmente de recursos y financiamientos externos internacionales o nacionales, sino que en general no logran nunca el autofinanciamiento. Más aún, la continuidad de estos proyectos depende tanto de los financiamientos externos, que cuando desaparecen dichos financiamientos también suelen desaparecer dichos proyectos asumidos como autogestivos.

Ahora bien, más allá de las características de estos procesos, es importante recordar que las definiciones de PS como control por parte de los actores, en términos de “empoderamiento” y también de autogestión, pasaron a primer plano en los organismos internacionales y en el SS cuando se profundizó la situación de pobreza y de extrema pobreza en América Latina. A mayor expansión de la pobreza habría como una mayor insistencia por organismos, como el Banco Mundial, en impulsar la participación autónoma de los más pobres.

Frente a estos usos y apropiaciones, la posibilidad de establecer la orientación real de la participación reside en observar cuál es el sentido dado a las actividades, pero no solo en el discurso, sino sobre todo en las prácticas. Así, por ejemplo, cuando las propuestas del Banco Mundial a principios de la década de 1990 cuestionaron la orientación asistencialista y el escaso uso de la prevención por la biomedicina, proponiendo desmedicalizar la salud e impulsar la educación básica a través de criterios similares a los del salubrisimo radical, necesitamos analizar los objetivos de estas propuestas que justamente se vinculan a las denominadas políticas de “ajuste estructural” impulsadas por el neoliberalismo, y que difieren de los objetivos de la API que se oponen a la privatización, al desfinanciamiento de los servicios, a la descentralización vertical promovidos por las políticas de ajuste. Pero este análisis no solo debe concentrarse en el sentido encontrado en el discurso teórico/ideológico, sino sobre todo en las prácticas, que en este caso son bastante evidentes dada la orientación de las inversiones en salud promovidas por el Banco Mundial.

Observar el sentido de la PS en las prácticas es decisivo, porque si bien en algunos casos vemos similitudes entre discurso y práctica, lo más frecuente suele ser la similitud en ciertos aspectos parciales y la discrepancia en otros, o directamente la falta de similitudes. De tal manera que el SS, o ciertos organismos internacionales en salud, pueden simultáneamente hablar de la PS en términos de toma de decisiones o en términos de recurso, pero donde las prácticas indican que lo dominante es el uso de la PS en términos de mano de obra “voluntaria” o “involucrada”. La articulación entre discurso y práctica debe ser referida a las diferentes experiencias y de ser posible a lo largo de un lapso histórico amplio, dado que coyunturalmente

pueden utilizarse una serie de actividades participativas autónomas que son discontinuadas al poco tiempo.

Todo lo cual supone que, además, debemos tratar de entender y explicar por qué ciertas políticas de salud son las que se aplican a la realidad, más allá de la apropiación por parte del Banco Mundial y otros organismos de conceptos y de técnicas desarrollados por orientaciones críticas, y que no solo podemos referir al cinismo de los funcionarios o a la infinita astucia del poder. Considero, por ejemplo, que si la APS se aplicó fue debido no solo a la fuerza de los discursos, sino a que esta evidenció –por lo menos durante un lapso– eficacia en las prácticas, y especialmente para problemas prioritarios, como la notable disminución de las tasas de natalidad, así como la disminución de la mortalidad infantil y preescolar, la reducción de los niveles de desnutrición o la extensión de cobertura de inmunizaciones.

La APS se impuso además no solo porque evidenció eficacia y rapidez para problemas de salud específicos, graves y urgentes, sino también porque podía aplicarse a través de actividades relativamente simples y baratas, para las cuales además existían financiamientos específicos, como parte de una estrategia de concentración de recursos en determinados problemas y actividades. Las políticas selectivas no solo fueron dirigidas a seleccionar problemas y técnicas biomédicas específicos, sino también a seleccionar determinados actores a través de los cuales en gran medida se implementaron las acciones, y que fueron en primer lugar la mujer en su rol de esposa/madre y en segundo lugar las organizaciones no gubernamentales que trabajaban sobre ciertos procesos de *s/e/a*. Y será a través de estos dos actores que se impulsará y se desarrollará la mayoría de las actividades participativas y de los programas de salud que las involucran.

Pero, además, los programas de APS buscaron reducir y enfrentar las consecuencias de las políticas neoliberales denominadas “de ajuste”, impulsadas a mediados de la década de 1980 en la mayoría de los países de la región, y que no solo iban a generar pobreza, desocupación, el incremento de las desigualdades sociales y una caída en los niveles y calidad de vida, sino que además podrían tener graves consecuencias en el campo de la salud colectiva. Y de allí que, en un país como México, se comiencen a aplicar programas contra la pobreza que utilizan criterios selectivos para “focalizar” ciertos problemas y ciertos actores con los cuales trabajar, y que complementan las políticas selectivas del sector salud.

Más aún, estos programas selectivos fueron parte importante de las “políticas de ajuste”, dado que evidenciaron eficacia puntual en aspectos como la reducción de ciertas mortalidades etarias sin modificar las condiciones económico/políticas dominantes. De tal manera que la AP selectiva no aparece como amenaza, aunque

sea potencial, a los intereses de los sectores dominantes, como sí aparece, aunque a nivel de discurso, en las propuestas de API<sup>11</sup>.

Pero, además, el registro y sentido de las prácticas es decisivo para entender procesos como los de la denominada “resistencia pasiva”, donde la “pasividad” de los conjuntos sociales es considerada por algunos autores como uno de los principales mecanismos de oposición, de pertenencia, de participación social contra los sectores dominantes. La conclusión de que la pasividad constituye un proceso de resistencia está fundamentada por algunos autores exclusivamente en el sentido que le dan los sujetos que resisten; sin negar la pertinencia de encontrar en la intencionalidad de los actores dicho tipo de participación social, debemos además observarla en las consecuencias prácticas de dicha pasividad, que no se reduce a los actores “pasivos” sino que se extiende al juego desarrollado por los diferentes actores entre quienes opera la resistencia pasiva. Establecer esta articulación es necesario, pues si no toda “pasividad” puede ser entendida como resistencia de las clases subalternas y frecuentemente más allá de la intencionalidad de los comportamientos. Desde Fanon a Scott pasando por Ginsburg y una parte de los teóricos de la desviación, toda una serie de autores han encontrado en los comportamientos “desviados” o “diferentes” cuestionamientos intencionales o implícitos al sistema dominante, lo cual no negamos como posibilidad, pero ello debe ser observado en las transacciones específicas que se desarrollan entre los sectores hegemónicos y los “desviados” y “diferentes”, para concluir cuál es realmente el sentido y las consecuencias de conductas que aparecen simultáneamente como sumisas y cuestionadoras.

Esta actitud metodológica es necesaria, dado que los que trabajan en atención primaria de la salud a través de orientaciones críticas y no críticas, y tanto en el SS como en las ONG, se caracterizan por realizar actividades semejantes, utilizar instrumentos similares y trabajar con los mismos actores sociales. Más aún, casi todos reconocen que la PS favorece/impulsa la creatividad, la involucración del sujeto/grupo, la concientización, la responsabilidad, la democratización, el sentido de pertenencia, etc., y que dichas características pueden ser utilizadas para intervenir sobre el proceso de s/e/a. Pero, lo subrayamos, estas características aparecen para algunas tendencias y organizaciones como si la PS implicara “en sí” estos rasgos, en vez de considerarlos como desarrollos posibles, dependientes de las orientaciones, de las prácticas y de las condiciones dentro de las que operan.

Considero que son estas similitudes, así como la noción de la PS como “buena en sí”, las que posibilitarían el pasaje de militantes de ONG a trabajar como funcionarios en instituciones oficiales o internacionales, cuando entran en crisis

---

<sup>11</sup> Subrayo que los actores sociales pueden modificar sus formas de participación en función de sus intereses y de las coyunturas donde operan, y que por lo tanto el apoyo del Banco Mundial a la APS no significa ignorar que cuando se reduce la eficacia de ciertas actividades de la APS, el BM recupera como necesarias una parte de las propuestas de la API, especialmente las que tienen que ver con el papel autónomo de los grupos sociales subalternos, de tal manera que desde la década de 1990 insiste en fomentar el involucramiento de los sujetos y grupos en todos los pasos de los programas de salud, como ya lo señalamos.



ideológicas o financieras los proyectos, o cuando al interior de los grupos se generan conflictos por micropoderes o cuando se abren espacios institucionales oficiales que demandan mano de obra calificada.

Estas orientaciones son también las que han posibilitado que por lo menos una parte de las ONG, que antes se oponían a ser financiadas por los gobiernos nacionales, aceptaran con suma facilidad y discreción dichos financiamientos cuando esta tendencia se incrementó durante la década de 1990<sup>12</sup>. A mi juicio, este “pasaje” se halla facilitado porque tanto en las instituciones del SS como en las ONG domina una orientación ideológica sobre la PS centrada en la práctica, que frecuentemente excluye o niega la significación del análisis teórico, incluido el análisis teórico de las prácticas.

Las principales actividades de PS realizadas por los diferentes tipos de instituciones y organizaciones respecto de los procesos de s/e/a son: a) formación de promotores, frecuentemente polivalentes; b) adiestramiento de parteras empíricas, de personal experto en actividades de planificación familiar; adiestramiento en la prescripción de tratamientos básicos, en la realización de actividades quirúrgicas menores, en la identificación y datación de casos de paludismo, de chagas, etc.; c) formación de comités de salud; d) promoción y formación de grupos de autoayuda; detección y trabajo con redes sociales; e) realización de tareas colectivas de saneamiento y similares; f) construcción de huertos domésticos y/o colectivos para producir plantas medicinales y/o comestibles; g) recolección de plantas comestibles y curativas y/o formación de herbarios; h) elaboración de productos terapéuticos populares y galénicos; i) realización de tareas de educación y/o de concientización de la población sobre las causas y solución de sus principales problemas de salud; j) favorecer e intervenir en la organización de los promotores y/o de los curadores populares; k) favorecer y/o intervenir en la organización de la comunidad para actividades de asistencia y prevención, y/o para demandar y/o para luchar por problemas específicos (obtención de agua) o por problemas genéricos; l) adiestrar y asesorar a grupos y comunidades en actividades de gestión; en “aprender” a gestionar; ll) contribuir a la organización y funcionamiento de los sistemas locales de salud (SILOS); m) organizar grupos, cooperativas u otras formas colectivas de producción y comercialización a partir de las características del área; n) enseñar a realizar diagnósticos de salud a nivel local.

Para realizar estas actividades se aplican generalmente instrumentos similares; se utilizan pláticas, talleres de educación y concientización, manejo de algún tipo de variante de los denominados grupos focales; manejo de técnicas de animación como dramatizaciones, teatro de títeres, uso de narrativas, música y canciones populares<sup>13</sup>. Desarrollo de experiencias prácticas como caminatas ecológicas, organización de museos locales en especial de herbolaria, preparación de alimentos, adiestramiento

---

<sup>12</sup> Aclaro que no estoy cuestionando dichos financiamientos, sino analizando las orientaciones práctico/ideológicas de determinados grupos de la sociedad civil.

<sup>13</sup> Algunas de estas técnicas tienen un uso relativamente antiguo; en México, por ejemplo, el uso del teatro popular se desarrolló desde la década de 1920, y en especial durante la segunda mitad de la de 1930 referido especialmente a problemas específicos como el alcoholismo.

en atención curativa y preventiva, participación en asambleas comunitarias o de tipos especiales de “enfermos”. Aprendizaje de técnicas educativas y de concientización. Se supone que el conjunto de estas técnicas es participativo desde el proceso de aprendizaje y que la aplicación involucra al “educador” en el proceso participativo.

Las definiciones, actividades e instrumentos propuestos por los técnicos y profesionales de las instituciones del SS y de las ONG para trabajar en PS aparecen como similares, aunque la orientación puede diferir, ya que determinadas técnicas y actividades tienen que ver más específicamente con los objetivos de las tendencias que trabajan con proyectos de API, que las que trabajan dentro de los límites de la APM. Pero, potencialmente, la mayoría de las instituciones y organizaciones que trabajan en salud utilizan formas de trabajo similares.

Los actores sociales con quienes se trabaja en PS de la salud son las mujeres respecto de procesos de salud reproductiva o de salud infantil; los grupos familiares a través de las campañas de vacunación; los miembros de las pequeñas comunidades a través del trabajo “voluntario” en actividades de saneamiento del medio; los grupos de autoayuda respecto de un padecimiento específico, o las redes sociales organizadas para enfrentar determinadas carencias. Pero debemos subrayar que, en la mayoría de estos grupos, el actor sobre el cual se concentra el trabajo participativo es la mujer en su rol de esposa/madre.

A partir del análisis realizado hasta ahora surgen una serie de interrogantes referidos a: ¿A quiénes les interesa la PS respecto de los procesos de s/e/a? ¿A quiénes les interesa que dicha participación se desarrolle en términos colectivos y autogestivos o en términos individuales y de estilo de vida? ¿Quiénes son los sujetos y sectores sociales que realmente impulsan la participación en este campo? ¿Qué sectores consideran prioritaria la participación en procesos de s/e/a? La respuesta a estos interrogantes es decisiva, sobre todo respecto del análisis y/o intervención sobre problemas específicos, dado que los mismos suponen no solo establecer quiénes son los que realmente participan y a través de qué características, sino observar la similitud, complementación o contradicción que opera entre los diferentes actores participativos, así como las eficacias diferenciales que surgen de sus acciones.

## Las tendencias asistenciales de lo cotidiano

Si bien los organismos oficiales y privados del SS y las organizaciones no gubernamentales manejan definiciones, instrumentos, actividades y actores similares, ello no supone concluir que la orientación y las consecuencias de los proyectos son también similares. Así, los organismos del SS tienden a favorecer una PS individual o microgrupal centrada en la mujer, y a impulsar la participación en términos de recurso colocando el eje de la primera en lo asistencial/curativo, y de la segunda en su utilización como mano de obra.

Nuestra revisión de programas mexicanos que utilizan la PS, nos permite concluir que manejan una concepción de la comunidad como homogénea y simétrica, omitiendo los factores que impulsan la heterogeneidad tanto al interior como al

exterior de la comunidad. Los programas se caracterizan por su verticalismo, autoritarismo, control, y por tender a una aplicación coercitiva de los mismos, cuya expresión reciente más notoria en América Latina lo constituyen los programas de planificación familiar, que en algunos países de la región han incluido la esterilización sin consentimiento informado. Y, por lo menos en el caso de México, esta orientación se observa también a través de una de las políticas básicas impulsada desde la década de 1980 me refiero a la imposición de un proceso de descentralización en el SS decidido y aplicado verticalmente, de forma tal que se apelaba a la PS en el discurso del SS sobre descentralización, pero se la negaba en la práctica.

El discurso sobre PS que manejan las organizaciones internacionales referidas a la salud, y en menor medida el SS, plantea la necesidad de desarrollar un tipo de PS que implique la delegación de funciones y actividades por parte de las instituciones oficiales de salud. La descentralización pensada en los niveles provinciales, municipales y comunales expresa esta concepción cuyo referente son los SILOS. Pero en la práctica, dicha delegación de actividades ha sido mínima en la mayoría de los países de la región; más aún, la posibilidad de que esta propuesta se desarrolle en términos de PS como toma de decisiones en los tres niveles señalados, constituye en numerosos contextos un riesgo político y profesional para los sectores dominantes, dada la posibilidad de que en dichos niveles se constituyan realmente proyectos de autonomía y no solo en términos de políticas de salud. Las instituciones del SS no solo desconfían del saber de los conjuntos sociales en salud, sino también de sus posibilidades de autonomía organizativa.

Esta actitud del SS hacia la PS es reforzada por la actitud del personal de salud; estudios y experiencias de muy diverso tipo han evidenciado que el personal de salud, especialmente el médico, se caracteriza por no estar interesado en la PS, por desconfiar de los saberes comunitarios, por rechazar que los sujetos y grupos sociales puedan intervenir en la toma de decisiones de tipo técnico, pero también de tipo social (Rasmussen-Cruz, 1993; Rifkin, 1990; Kroeger & Barbira-Freedman, 1992). Dominaría en ellos la noción de que la población se caracteriza por su pasividad, desinterés y falta de iniciativa, lo cual puede ser correcto a nivel manifiesto, pero sus explicaciones de la apatía de los conjuntos sociales no solo no son correctas por lo menos respecto de ciertos aspectos, sino que además excluyen el papel de la biomedicina y del sector salud en la construcción de dicha apatía. Excluyen el papel de la verticalidad, de la falta de consulta a la población, de su inclusión solo como recurso, de la discontinuidad de las acciones, etc., lo cual no supone reducir la explicación de dicha pasividad y desinterés exclusivamente al papel del sector salud, pero sí la necesidad de incluirlo protagónicamente.

El saber biomédico tiende a excluir la PS, y en particular la autogestión, por razones de tipo técnico e ideológico, lo cual se expresa sobre todo a través de dos procesos. En primer lugar, la reiteración con que la biomedicina aparece como el principal o como uno de los principales factores que se oponen, limitan y/o reorientan la PS de los sujetos y comunidades, sobre todo cuando son de tipo autónomo. Y, en segundo lugar, a que los médicos en general consideran en la práctica que la PS no es un asunto biomédico ni siquiera del SS.

Esta tendencia sería consecuencia de las orientaciones ideológico/técnicas de la biomedicina, puesta de manifiesto tanto en la elaboración como en la aplicación de los programas de salud. No es un hecho casual que la normatividad técnica de la PS en salud, por lo menos en el caso del SS mexicano, sea una de las normatividades menos precisas, tal como podemos observarlo en los programas nacionales y regionales elaborados sobre problemas generales y específicos de salud.

Esto se correlaciona con la falta de formación profesional que evidencia el equipo de salud en casi todo lo que refiere a PS, y no solo a nivel clínico sino también en la formación de salubristas. Al respecto, debemos reconocer que la mayoría de los médicos, por no decir la totalidad, estudian medicina para trabajar como médicos, y su formación de grado y posgrado refuerza esa motivación. De tal manera que en términos profesionales no solo no tienen motivaciones, sino que además no poseen habilidades técnico/profesionales para trabajar en PS, lo cual, por supuesto no quiere decir que no las puedan aprender e instrumentar, tal como ha ocurrido en varios países de América Latina.

Actualmente la mayoría de las ONG comparten algunas de las características analizadas, ya que se centran en actividades asistenciales, no normatizan las actividades de participación, y/o focalizan su trabajo en la mujer. Pero una parte de ellas se diferencian por fomentar el desarrollo o mantenimiento de relaciones simétricas y la autonomía de la comunidad, así como por recuperar el saber popular rehabilitando sus creencias y prácticas no solo como recurso terapéutico, sino también para reforzar la “autoestima” y la autoidentificación positiva local. Pero, además, suelen impulsar el uso de nuevas estrategias de atención y prevención adecuándolas a la situación local, y promueven el aprendizaje de técnicas de gestión.

A su vez, una minoría de ONG comparten algunas de las características enumeradas, pero las incluyen en objetivos de concientización y de organización que posibiliten el control sobre la toma de decisiones, por centrarse en el trabajo local pero también promover la referencia y/o articulación con unidades sociales mayores y con otros actores sociales, tratando de ir más allá del proceso de s/e/a específico, así como también por impulsar actividades que promuevan la autonomía y en menor medida la autogestión comunitaria.

Más allá de reconocer el papel asistencial, de apoyo social, y en menor medida concientizador, observamos que las ONG que trabajan en el campo de la salud se enfrentan a problemas que no solo afectan su trabajo y orientación técnico/ideológica, sino que además expresan las dificultades de la mayoría de las organizaciones de diferentes tipos que deciden trabajar en participación social. Uno de los problemas, yo diría que permanentes, refiere a la significación de los factores y actores externos en la organización y consolidación de los proyectos comunitarios, que podemos reducir a dos: la dependencia del financiamiento externo, ya señalado, y la dependencia técnica y social de los supervisores/asesores iniciales externos.

Estos factores y actores no solo inciden en la posibilidad de continuidad de los proyectos de PS, lo cual en el mejor de los casos solo condiciona la renovación anual del financiamiento, sino también en la orientación y problemas sobre los cuales trabajar dado que los financiamientos tienden a ser cada vez más específicos, de tal

manera que se tiende a trabajar sobre aspectos que cuentan con financiamiento potencial y no sobre los problemas prioritarios, los cuales pueden coincidir pero no necesariamente. Si bien las estrategias de los grupos financiados posibilitan reorientar parte de los recursos a sus objetivos propios, la tendencia creciente es hacia la adecuación funcional a las propuestas financiadoras.

Una expresión paradigmática de esta dependencia la observamos en la tendencia de gran parte de las ONG a trabajar con grupos focales, aun para problemas y grupos donde otras técnicas son mucho más adecuadas y productivas, y si bien los grupos focales suelen ser utilizados a partir de numerosas variantes, el uso frecuentemente único y excluyente de esta tecnología evidencia dicha situación de dependencia. Y recordemos que parte de los financiamientos que inducen el uso de ciertas tecnologías sociales se hacen con objetivos de promover la PS.

Las experiencias de PS comunitaria evidencian recurrentemente las dificultades que existen en la construcción y mantenimiento de organizaciones grupales o comunitarias que aseguren la PS. La población suele tardar en organizarse, pero una vez establecida la organización pueden surgir conflictos entre sus miembros por micropoderes, emergen fracciones e intereses personales y sectoriales que dificultan la gestión y conducen frecuentemente a la desaparición de la experiencia. Recuerdo que estas tendencias se dan no solo en la comunidad, sino también al interior de las ONG.

Una parte significativa de las ONG, especialmente las de tradición más ideologizada y politizada dentro de determinadas líneas autogestivas, proponen inicialmente desarrollar un tipo de organización simétrica, dominada por relaciones horizontales, centrada en la autonomía del grupo. Al impulsar este tipo de organización heredan y/o redescubren las viejas disyuntivas entre privilegiar la eficacia devenida en gran medida de una organización centrada en liderazgos verticales, fuertemente organizados y a través de actividades planificadas, o impulsar el proyecto a través de una organización laxa, con alto peso de la espontaneidad, con menor peligro de burocratización, pero que puede tardar mucho más en organizarse, ser más lenta en la toma de decisiones o incluso tener una menor eficacia por lo menos en acciones inmediatas. Esta disyuntiva se resuelve frecuentemente con el fraccionamiento del proyecto en sectores que expresan las diferentes orientaciones, o en la reorganización del proyecto en términos verticales y jerarquizados que cuestionan los principios iniciales de simetría, pero aseguran una determinada eficacia por lo menos durante un tiempo.

Uno de los aspectos más decisivos de los proyectos de PS refiere a los factores que aseguran la continuidad de las acciones y que se relacionan, entre otros factores, con las formas organizativas, la existencia y tipos de financiamiento y al papel de los “asesores”, dado que generalmente son estos los que tienen la mayor capacidad de gestión y las vinculaciones con las financiadoras, así como la experiencia técnica de PS. El papel decisivo inicial de los asesores, así como las consecuencias de diferente tipo generadas cuando se retiran, constituye uno de los problemas más frecuentes y que se reitera hasta la actualidad. Pero la posibilidad de continuidad y sobre todo de eficacia no solo refiere a estas instancias “externas”, sino también a factores que dependen de los miembros de las ONG, entre los cuales los más importantes son

la cantidad de tiempo y de permanencia reales dedicados a la organización y sobre todo a la realización de las actividades de PS.

La presencia constante en la comunidad de los miembros de las ONG y de otros grupos de la sociedad civil es a mi juicio uno de los factores más decisivos no solo para asegurar la constitución de la PS, sino también para generar confianza, aprendizaje y orientación en la realización de los objetivos por parte de los miembros de la comunidad. Pero ocurre que la tendencia dominante de los equipos directivos de por lo menos una parte de las ONG, es que estén cada vez menos tiempo trabajando en la comunidad, por lo cual las actividades comunitarias participativas son realizadas casi exclusivamente por promotores u otros actores sociales similares. Por lo que estas características contradicen o por lo menos difieren de las ideologías participativas horizontales propugnadas por dichas ONG.

Esto una vez más nos lleva a las relaciones entre representaciones y prácticas, que en este caso tienen que ver en gran medida con la tendencia a la profesionalización de los miembros directivos de las ONG, pero que genera –y es lo que me interesa subrayar– un efecto en la PS devenida de la relación entre práctica y discurso, que tanto los promotores como las comunidades observan. Dado que en algún lugar del saber de los promotores como de los grupos sociales con quienes trabajan las ONG y también el Estado, lo relevante puede pasar no por lo que les dicen qué hacer en términos de PS, sino por lo que observan que hacen los que promueven la PS. Y lo que observan es que los que impulsan, hablan y/o escriben sobre la PS, no actúan la PS en las comunidades sino en el discurso.

A partir de reconocer diferencias entre las orientaciones e instituciones señaladas respecto de las concepciones y prácticas de PS, debemos no obstante señalar que la gran mayoría trabaja con similares unidades (microgrupos, especialmente el grupo centrado en la mujer), y realizan exclusiva o conjuntamente con otras acciones, actividades de tipo curativo/asistencial. Estas actividades son dominantes desde el principio en gran parte de las experiencias, pero aun cuando en algunas tengan un carácter secundario, a lo largo del tiempo las actividades curativo/asistenciales devienen dominantes en gran parte de las experiencias. Esta tendencia se evidencia a través de una variedad de experiencias que indican no solo las necesidades, sino también las preferencias de los sujetos y grupos sociales, pero además de los promotores de las ONG y del SS oficial, por las actividades asistenciales y curativas.

Los conjuntos sociales, y especialmente los subalternos, tienen interés en solucionar sus problemas específicos de enfermedad en forma inmediata, lo cual refuerza la tendencia a la participación individual y microgrupal en términos asistenciales. Las causas de esta orientación se atribuyen a que la población tiene poco tiempo para participaciones de tipo colectivo y no específicas, que actúa respecto de prioridades que considera inmediatas, por lo cual las acciones de tipo personal les resultan más “económicas” en términos de tiempo y de organización de su vida cotidiana. Otros autores, reconociendo o no estas características, subrayan que la escasez de participaciones de tipo colectivo obedece a otros factores, especialmente a las relaciones de poder y micropoder, a las relaciones de hegemonía/subalternidad, a

los conflictos sectoriales, etc. que limitan la PS de los sujetos y grupos, o los convierten en altamente conflictivos.

Dada la casi inevitable orientación hacia lo asistencial, algunas tendencias niegan el carácter de PS a las actividades de tipo individual, lo cual en términos teóricos y empíricos es en gran medida incorrecto, primero, porque existen participaciones de tipo individual, y segundo, porque deberíamos impulsar la articulación entre los diferentes tipos de PS, más que tender a la exclusión de algunas de ellas. No obstante, reconocemos la preocupación de estas tendencias ya que, según ellas, la orientación individual y asistencial erosiona, limita o directamente excluye el desarrollo de las participaciones de tipo colectivo y no centradas en la atención médica.

Por lo cual sería necesario reforzar continuamente las participaciones no asistenciales, dado que tanto desde el sector salud como desde las demandas de la propia población, se impulsan las de tipo individual y no solo en términos curativos. Así, por ejemplo, se observa a través de diferentes experiencias que la población, incluidos los promotores de salud, aprenden determinados saberes a través de talleres colectivos, para usar dichos saberes en términos personales, y no solo a través de prácticas de autoatención, sino también como medio ocupacional.

Las características de este tipo de PS pueden observarse en la trayectoria de los promotores de salud, que constituyen uno de los principales actores a través de los cuales el sector salud y las ONG trataron de impulsar la PS y la organización comunitaria. Especialmente las ONG centraron su trabajo en la formación de promotores, a través de los cuales pensaron realizar actividades tanto asistenciales y preventivas como de organización comunitaria. Inicialmente, como señalan Kroeger & Barbira-Freedman fueron como "...la contraparte de los médicos descalzos chinos, y gozaron de gran popularidad en los círculos intelectuales latinoamericanos del '70" (1992, p. 361). Se esperaba no solo un rol de curador, sino también de transformador social; si bien esta expectativa, según estos y otros autores, ha declinado, sigue siendo considerado como el recurso más idóneo, pero su trabajo deviene cada vez más asistencial en la mayoría de las experiencias actuales (Christensen & Karlquist, 1990).

Esta tendencia se debió a factores como los ya señalados, pero también a los decursos tomados por los propios programas. Nuestro análisis del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) para Yucatán (Menéndez, 1981, pp. 287-96) evidenció que dicho programa, centrado en el uso de promotores, fue rechazado en forma pasiva y activa no solo por el personal de salud, sino también por la población debido a que el sector salud proponía reemplazar, en las pequeñas e incluso medianas comunidades rurales, a los médicos y pasantes de medicina por promotores de salud, quienes quedarían a cargo de la atención primaria de la enfermedad, lo cual fue considerado negativo por la población. De tal manera que la actitud de esta se articuló con el rechazo del personal de salud hacia la actividad asistencial de los promotores.

Pero, y lo subrayo, el rechazo no fue a lo asistencial, al contrario, ya que tanto la población como los médicos cuestionaron el rol asistencial del promotor en función de demandar que la asistencia fuera dada por médicos y no por agentes comunitarios. En este proceso vuelven a emerger orientaciones contradictorias, pero que



evidencian la importancia dada a lo asistencial no solo por la biomedicina sino por sujetos y grupos sociales, especialmente los subalternos.

El programa de extensión de cobertura (PEC) fue el primero que, en forma integral, intentó formar promotores en México para reemplazar en áreas rurales la atención realizada por médicos; en dicha propuesta se unificaban concepciones que veían en el promotor un agente terapéutico, pero sobre todo un organizador social extraído de las propias comunidades rurales y/o étnicas. Este programa buscaba, a través del promotor, reducir las inversiones del sector salud, así como asegurar una mayor extensión de cobertura.

Esta orientación se hizo cada vez más notoria especialmente en los países con menores recursos, debido a las dificultades económicas que atravesaba gran parte del denominado tercer mundo, especialmente durante las décadas de 1980 y 1990, expresado por la agudización e incremento de la situación de pobreza y por la reducción o estancamiento de las inversiones en el sector salud. Esto condujo a que, en las sociedades menos desarrolladas y especialmente en población rural pobre y marginal, una parte cada vez mayor de los problemas de salud fuera atendida por promotores y otros curadores populares, pese a las críticas constantes de la biomedicina hacia dichos curadores:

En gran número de países de la región (América Latina y el Caribe) los sectores desprotegidos de la sociedad han quedado al margen de la asistencia sanitaria. Las ONG, el sector informal y en algunos casos el autocuidado han sido las únicas respuestas a las necesidades de la población más pobre. (Lavandez, 1990, p. 515)

Esto, lo reitero, no niega la existencia actual de experiencias que promueven un papel de los promotores no solo asistencial sino también organizativo e incluso político, pero estas no constituyen la tendencia dominante. Nuevamente observamos que procesos que inicialmente son desarrollados a través de actividades, instrumentos y actores similares, pero con diferentes y hasta contradictorios objetivos y orientaciones, como por ejemplo los impulsados por el Banco Mundial por una parte o los impulsados por determinados grupos de base por otra, convergen sin embargo en el dominio de actividades de tipo asistencial en función de una variedad de procesos que van desde la persistencia de la extrema pobreza, hasta el “desgaste” de por lo menos una parte de los activistas, pasando por las inducciones generadas desde instituciones del Estado (programas contra la pobreza) y desde diferentes organizaciones civiles cuyas acciones se centran en el trabajo con sujetos y microgrupos, y en la solución o reducción de problemas puntuales como violencia doméstica, VIH-sida o desnutrición.

Esta orientación se refuerza por dos hechos que se reiteran a lo largo y ancho de la participación social en salud; primero, la mayor parte de los programas que utilizan promotores trabajan con mujeres en su rol de esposa/madre, y/o con mujeres con algún tipo de padecimiento específico o en tanto sujetos de agresión física, lo cual tiende a favorecer las actividades asistenciales, ya que además se articula con el rol

establecido y asumido por las mujeres al interior del grupo familiar. Y segundo, que gran parte de las enseñanzas que reciben los promotores refieren a aspectos curativos y asistenciales; la cantidad de tiempo dedicado a prepararlos en organización comunitaria, por ejemplo, es muy reducido comparado con los tiempos dedicados a aprender/reaprender técnicas herbolarias, de relajación, uso de medicamentos, etc.

Estos procesos no solo se articulan con las tendencias asistenciales de los miembros de las comunidades, sino también con la identificación del promotor como “curador” que facilita su conversión en curador “privado” local, lo cual se acentúa si el promotor se desempeñó previamente como curador tradicional (huesero, yerbero, partera, etc.). Desde esta perspectiva, estos promotores/curadores no solo tratan de adquirir saberes y habilidades curativas, sino también diplomas y todo tipo de reconocimiento que los legitimen en su desempeño, y si las condiciones lo posibilitan, demandar ingresos económicos del sector salud o de instituciones financiadoras. Una parte de los promotores deriva o retorna al ejercicio privado, que refuerza la orientación asistencial, dentro de un proceso de empobrecimiento y desocupación que favorece que los promotores utilicen las habilidades adquiridas como forma de trabajo “profesional”<sup>14</sup>.

Nuestras conclusiones se relacionan con dos procesos: el reconocimiento de que la deserción de los promotores es un problema constante y generado por múltiples factores, en especial por la situación socioeconómica, y la posibilidad de los promotores de convertirse en líderes locales que desarrollan tipos de participaciones “alternativas”, a veces relacionadas con proyectos políticos, como ocurre en algunas zonas indígenas de Latinoamérica. Pero en otros casos, se dedican a organizar e impulsar acciones de salud, pero caracterizadas por su asimetría, verticalismo y autoritarismo.

## Microgrupos, comunidades, clases sociales: autonomía, dependencia o articulación

Uno de los problemas teóricos y prácticos más importantes que surgen de las experiencias y proyectos sobre participación social, es que mientras existen constantemente expectativas sobre el desarrollo y continuidad de la participación a través de

---

<sup>14</sup> Durante la década de 1970, y aun durante la década de 1980, se dio una discusión especialmente al interior de las ONG y/o de grupos que trabajaban en investigación/acción, sobre si el trabajo comunitario debía reducirse a “incentivos ideológicos” o debían incluirse “incentivos materiales”, lo cual retomaba una antigua discusión desarrollada en los grupos y partidos políticos. La trayectoria real de las ONG condujo a que se impusiera la aceptación de los incentivos materiales como proceso normal, reduciéndose a un mínimo los grupos que siguen insistiendo en los incentivos ideológicos. Actualmente no es “de buen gusto” tratar este tema, y en los hechos no solo dominan los incentivos materiales, sino que hay una tendencia a no discutir dicha cuestión ni el financiamiento de los incentivos. Subrayo que no cuestiono en absoluto este proceso, sino que me parece importante analizar cómo se dio y qué repercusiones tuvo en el trabajo de las ONG y de otros grupos de la sociedad civil, incluido el mundo académico.

movimientos sociales o de otros tipos de conjuntos sociales de nivel macrosocial, en la práctica estos operan coyuntural y discontinuadamente, mientras la mayor frecuencia y continuidad de la PS en salud se desarrolla a través de pequeños grupos generalmente sin relación con los procesos políticos masivos de tipo coyuntural, aunque sí con los programas estatales y de las ONG que impulsan las actividades participativas.

Para analizar esta tendencia, primero propondré un esquema<sup>15</sup> de las unidades y actores sociales a través de los cuales se ejerce la PS en el proceso de s/e/a, para luego analizar la dinámica existente entre los mismos:

- a) Personas y microgrupos: los más importantes microgrupos en términos de frecuencia de acciones respecto de procesos de s/e/a son los grupos domésticos, los grupos de amigos, los grupos laborales a nivel de pequeño grupo, etc., en los cuales se generan y practican básicamente las actividades de autoatención. Incluye grupos sostén, redes familiares y redes sociales inmediatas, así como la movilización de los recursos individuales y/o microgrupales para enfrentar un problema (*coping*). En estos grupos y especialmente en el doméstico es donde se reclutan los “cuidadores”, que en su inmensa mayoría son cuidadoras. Es a partir de estos sujetos y microgrupos que se crean redes sociales, especialmente redes familiares, pero también de amigos. En todos estos grupos, y especialmente en el grupo doméstico, la PS refiere a la atención curativa o asistencial y también a la prevención, a través de actividades y relaciones sociales producidas espontáneamente, pero que suponen la construcción y desempeño de roles específicos, entre los que destaca el de la esposa/madre. De allí que, si bien la acción participativa es desarrollada directamente por los miembros del grupo, existe una clara división del trabajo especialmente en los grupos domésticos. Todos estos grupos se constituyen a partir de relaciones primarias.
- b) Micro y mesogrupos: incluye grupos laborales organizados formalmente, como por ejemplo comisiones de seguridad e higiene industrial, grupos de autoayuda para padecimientos específicos cuyo modelo es Alcohólicos Anónimos, comunidades terapéuticas, redes sociales amplias, comités de salud; grupos que se constituyen para acciones inmediatas (demanda de servicio de agua) o a mediano plazo (instalación de un centro de salud). Una parte sustantiva de estas actividades están también centradas en la mujer, pero otras, como determinados grupos de autoayuda o grupos para gestionar determinadas demandas incluyen también al varón. Incluso algunos grupos de autoayu-

---

<sup>15</sup> Esta propuesta es sintética y provisional; la misma presenta una clasificación, que como toda clasificación es metodológica, es decir, constituye un medio de organizar la realidad para comprenderla, y por lo tanto esta clasificación no pretende ser la realidad, sino simplemente ordenar información de una determinada manera para luego dinamizarla a través de análisis específicos. Desde esta perspectiva, somos conscientes de que la gradación presentada no coincide con muchas experiencias concretas, así como que cada uno de los “tipos” clasificados presentan características cuyas diferencias están en determinados énfasis de rasgos aparentemente similares.

da, como es el caso de Alcohólicos Anónimos, se constituyeron inicialmente a partir de varones. La mayoría de estos grupos se constituyen a partir o en torno de objetivos específicos y a partir de relaciones primarias, pero su rasgo distintivo respecto del anterior es que son construcciones intencionales y voluntarias, que casi siempre producen una organización momentánea o permanente que asegure la continuidad del grupo y de sus actividades. Implica también la constitución de algunos roles jerarquizados. En la mayoría de los casos, las acciones son desarrolladas en forma directa por los miembros de los grupos, pero una parte de las actividades pueden ser delegadas, lo cual depende del nivel de organización desarrollado por los grupos.

- c) Macrogrupos: refieren a grupos constituidos para el logro de objetivos específicos, que suelen tener algún tipo de organización, que en algunos casos son formales y jerarquizadas, donde si bien operan relaciones primarias, estas funcionan dentro de un ámbito definido por el dominio de relaciones secundarias. Algunos de estos grupos se constituyen a partir de los anteriores.

Incluimos dentro de este tipo a los movimientos sociales de tipo genérico, como pueden ser los movimientos urbanos/populares, que puede incluir demandas específicas referidas a procesos de s/e/a, pero dentro de un conjunto de objetivos; también incluimos a los movimientos sociales organizados en torno a demandas específicas, como pueden ser los movimientos feministas, homosexuales o ecologistas, parte de cuyas acciones también refieren a procesos de s/e/a específicos. Forman parte de este tipo los movimientos de derechohabientes de instituciones de bienestar social, en términos genéricos o referidos a sectores específicos (personas de la denominada tercera edad). Incluimos dentro de este tipo a las ONG y a movimientos sociales constituidos a partir de ONG, como es el caso para México del Movimiento Popular en Salud. Los primeros grupos, y en parte estos últimos, se constituyen a partir de la población que padece problemas de salud/enfermedad/atención.

Pero en este tipo incluimos además toda una serie de asociaciones y grupos que se crean a partir de los curadores, como son las asociaciones profesionales biomédicas, las asociaciones de curadores “tradicionales”, las asociaciones de promotores, los trabajadores de la salud sindicalizados, las asociaciones de médicos desocupados, etc. Todos estos grupos se caracterizan por su construcción voluntaria e intencional, por operar a través de relaciones primarias, pero en ámbitos secundarios que suponen un nivel de complejidad, de organización formal y jerarquizada, una división técnica del trabajo que tiende a formalizarlos en forma mucho más desarrollada que en los dos grupos anteriores. En casi todos estos grupos se establecen formas burocratizadas de funcionamiento, así como se constituyen sectores que tienden a monopolizar su organización y dirección. De tal manera que no se delegan las decisiones, sino determinadas actividades.

Ahora bien, la mayoría de las actividades de PS en la vida cotidiana se dan en los sujetos y grupos del tipo A y en segundo lugar del tipo B, debido al papel que estas actividades cumplen para asegurar la producción y reproducción biosocial

de los sujetos y microgrupos. Más allá del nivel de vida, de las condiciones materiales e ideológico/culturales diferenciales que estratifican y diferencian a los conjuntos sociales, los procesos de *s/e/a* que se dan en el tipo A y especialmente los de autoatención, operan a través de una estructuración producida necesariamente para asegurar la reproducción biológica y sociocultural de los sujetos y microgrupos. Sin negar que al interior de estos microgrupos se dan procesos voluntarios e intencionales, estos no son los determinantes, sino las actividades organizadas no conscientemente; es decir, lo que Bourdieu denomina *habitus*, y que, en antropología, sobre todo en la antropología cultural, ha recibido diversas denominaciones desde la década de 1920. En los otros dos tipos de unidades, la realización de actividades participativas no solo es básicamente intencional y voluntaria, sino que además supone la construcción de organizaciones y/o instancias específicas. Más aún, supone un esfuerzo organizativo y/o intencional más o menos continuo para asegurar el mantenimiento de dichas organizaciones y actividades participativas en cuanto tales.

En el primer tipo, las actividades referidas al proceso de *s/e/a* aparecen formando parte del conjunto de acciones a través de las cuales los sujetos y microgrupos se reproducen; si bien se estructuran roles para dar cumplimiento a determinadas actividades, estos se aplican unificados con otras actividades que forman parte de la vida cotidiana de los actores. Estas actividades específicas son parte de la vida cotidiana de estos microgrupos.

En los otros dos tipos, las actividades participativas pueden organizarse en función de un proceso específico, como es el caso de los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos; o pueden ser de tipo genérico, como el caso del movimiento feminista o del movimiento urbano popular en salud. No obstante, en todos ellos la organización, las actividades, la división técnica del trabajo, etc. son producto de esfuerzos intencionales y voluntarios que necesitan ser continuamente instrumentados.

Como señaló, la continuidad participativa en el campo de la salud se da básicamente a través del primer tipo de grupos, y es en este en el cual, además, se daría el mayor número de actividades participativas respecto del proceso de *s/e/a*. Más aún, gran parte de las actividades realizadas por estos microgrupos suponen el desarrollo constante de saberes populares y de una autonomía relativa de acción.

La mayoría de la PS respecto del proceso de *s/e/a* se realiza por lo tanto a través de microgrupos y de sujetos como parte *natural* y espontánea del conjunto de representaciones y prácticas usadas en la vida cotidiana, para reducir el impacto negativo de la enfermedad sobre sujetos y grupos, así como para contribuir a la reproducción social. Pero, además, debe asumirse que, de los grupos contruidos<sup>16</sup>, los que tienen

---

<sup>16</sup> Si bien todo grupo social constituye una *construcción*, que supone un determinado nivel de intencionalidad a nivel del sujeto o del grupo, la construcción de determinados grupos como el doméstico supone la inclusión no intencional, sino estructural, de toda una serie de actividades consideradas como parte intrínseca de él, mientras que en el caso de la totalidad de los grupos que clasificamos dentro de B y C se caracterizan por la decisión intencional de organizarse en torno a una o más actividades. Podríamos hablar entonces de grupos contruidos de primer y segundo grado.

mayor eficacia y continuidad en el tiempo, los que requieren un mínimo de organización para funcionar, son los conformados en torno a padecimientos u otros problemas específicos por los propios sujetos que padecen dichos problemas o por sus familiares y en menor medida amigos, y su modelo es Alcohólicos Anónimos.

Ahora bien, durante las décadas de 1960 y 1970 se gestaron fuertes expectativas respecto de la potencialidad de los grupos de autoayuda y similares, de constituirse en alternativas al burocratismo, verticalismo, carencia de continuidad e incluso falta de eficacia que caracterizaban no solo a las acciones biomédicas, sino sobre todo a grupos corporativos organizados en torno a demandas sindicales o de acción política, es decir, a los sindicatos y a los partidos políticos.

Algunas tendencias recuperan los proyectos mutualistas y consejistas para pensarlos en términos de autogestión social que convoquen a diversos sectores sociales, mientras otros se constituyen en torno a ciertas identidades de género, como es el caso de los movimientos feministas y gays, pero que en ambos casos podrían dar lugar no solo a luchar en función de ciertos problemas específicos, sino también a impulsar objetivos sociales más amplios.

Estas expectativas fueron propuestas por especialistas en grupos de autoayuda como Katz y Bender (1976; Katz, 1981), pero también por especialistas en movimientos sociales como Touraine, quien viene señalando desde la década de 1970 que, a través de diversos movimientos –e incluye reiteradamente los organizados en torno a los procesos de s/e/a– pueden generarse algunas de las más significativas transformaciones sociales:

Los nuevos movimientos sociales que no pudieron desarrollarse ni influir en la acción política durante los '70 y '80 deberían retornar [...] La debilidad relativa, y en especial la escasa organización de estos nuevos movimientos sociales, no deben ocultar el hecho de que constituyen un llamamiento al Sujeto más directo y vigoroso que todos los movimientos anteriores. En los ámbitos más centrales de la sociedad actual (la salud, la educación, la información) somos testigos de la formación de protestas, debates, propuestas que se dan por objetivo la defensa del sujeto contra la lógica tecnocrática y mercantil. (Touraine, 1987, p. 119; 1992).

Por lo menos en parte, el punto de partida de estas posibilidades está en la observación de que los sujetos y grupos organizados en función de una identidad común pueden tener una mayor capacidad de organización y de eficacia ya sea en términos de género, de etnicidad o de enfermedad. Emergiendo, y lo subrayo, la especificidad como un factor decisivo.

Es a partir de la especificidad que los grupos desarrollan una mayor eficacia; más aún, la unificación de los sujetos y microgrupos en torno a una sola identidad –incluso estigmatizada– les daría una mayor eficacia y continuidad de acción que los sujetos y grupos caracterizados por la pluridentidad. Es la identidad y participación como “alcohólico” dentro de los grupos de AA o de homosexual con VIH-sida dentro de los grupos que han organizado los que padecen este problema, lo que posibilitaría su mayor eficacia.

Ahora bien, la casi totalidad de los grupos de autoayuda o similares organizados en torno a un padecimiento específico promueven acciones y mecanismos de solidaridad y de apoyo, dirigidos básicamente a la recuperación de los sujetos que los integran sin proyectarse más allá de ellos mismos, ni impulsar a sus miembros a otros tipos de acciones colectivas dentro de la sociedad global.

La posibilidad del paso de estos grupos a otros con intereses más generales de tipo social y político, no solo constituye un proceso intencional, voluntario, organizativo, etc., sino que también implica reconocer que los grupos organizados en torno a un padecimiento, problema o diferencia específicos tienden a reducir su esfera de acción a sus propios objetivos. Por lo cual, si bien se depositaron expectativas no solo en el rol de los promotores de salud, sino también en los grupos de autoayuda como el germen a partir del cual constituir un movimiento que, desde lo específico del proceso de *s/e/a* pasara a lo genérico en términos sociopolíticos. Y si bien incluso se desarrollaron experiencias en esta dirección, la práctica evidenció, por lo menos hasta ahora, que la inclusión de objetivos y de mecanismos de acción no reconocidos como propios por los “enfermos” no solo no da lugar a la constitución de movimientos sociales, sino que incluso puede conducir a la desintegración de estos grupos, y aun a perder o reducir su eficacia en términos “curativos” o por lo menos asistenciales.

No solo son ciertos microgrupos, grupos o movimientos sociales los que, centrados casi siempre en sí mismos, participan respecto del proceso de *s/a/e* con la mayor continuidad y eficacia puntual, sino que además los hechos indican que los actores que se acercan al proceso de *s/e/a* con objetivos básicamente políticos o ideológico/políticos tienden, como ya se señaló, a modificar sus objetivos en el proceso, o abandonan al poco tiempo el trabajo centrado en el proceso de *s/e/a*.

Pero no cabe duda que, junto con los grupos organizados en torno a padecimientos, existen otros donde la identidad también constituiría el eje de su unidad y de su capacidad de organización y acción. Y de los cuales los más significativos, en el caso de los países latinoamericanos, han sido los desarrollados por las mujeres y por los grupos étnicos. En estos casos, sería la identidad única la que posibilita su capacidad y continuidad de acción, en la medida en que sea asumida y manejada en términos de fuerzas sociales e ideológicas.

Ahora bien, ¿cómo pasamos de estos diferentes tipos de grupos organizados en torno a algún tipo de identidad única a la posibilidad de movimientos o grupos más genéricos? En principio, no negamos ni cuestionamos la posibilidad de que la PS en términos colectivos, intencionales, con objetivos no solo específicos sino también genéricos e incluso nuclearmente políticos, se constituya en determinadas coyunturas y a través de determinados actores en instrumento/medio de la transformación social, como de hecho se ha dado en algunas tendencias feministas y en menor grado en el movimiento gay. No negamos que, las actividades organizadas en términos de reivindicaciones referidas a procesos de salud reproductiva o de violencias contra la mujer, constituyan el punto de partida a partir del cual impulsar el empoderamiento de la mujer y/o luchar por la concreción de los derechos sociales



femeninos, y por lo tanto no reduzcan las actividades al padecimiento a partir del cual organizaron sus luchas.

Pero este no es un proceso mecánico ni espontáneo, ni tampoco es la tendencia dominante en estos tipos de grupos. Más aún, dentro de ellos se desarrollan prácticas y representaciones que continuamente tienden a reorientar pragmáticamente los objetivos de tipo social más amplio hacia los objetivos y necesidades específicas.

El pasaje de los pequeños grupos a los movimientos sociales no se ha dado o se ha dado en forma limitada, por lo cual no observamos un proceso de pasaje en la práctica, ni tampoco una teoría del pasaje formulada por los analistas, por lo menos en términos de los grupos que operan en torno al proceso de s/e/a. Lo que encontramos son propuestas de algunos teóricos e investigadores de este tipo de grupos o las relativamente antiguas teorizaciones autogestionarias de las décadas de 1920 y 1930, pero especialmente observamos un notable vacío de teorización actual (Menéndez, 1983).

Como ya lo señalamos, la mayor y más continua eficacia, en términos de sus propios objetivos, se da en los microgrupos y especialmente en la actividad de las mujeres en su rol de esposa/madre, en los grupos de autoayuda y en los movimientos organizados en torno a una “diferencia” que les da pertenencia e identidad. La capacidad de integración y la eficacia parecerían residir en la especificidad, en la autonomía, en diferenciarse drásticamente de movimientos incluso no centrados en particularidades. Pero estas características que posibilitan su PS, no solo limitarían el pasaje a demandas más genéricas, sino que también implicarían la dificultad y/o rechazo a integrarse en movimientos más amplios.

Ahora bien, toda una serie de autores proponen que, por lo menos una parte de estos grupos y movimientos centrados en su especificidad, inciden no obstante en la sociedad global a partir de su especificidad, lo cual no negamos, pero necesitamos observar cómo inciden. Ya que, si por incidencia nos referimos al trabajo de desestigmatización desarrollado por grupos homosexuales o a la lucha por la adquisición de poder especialmente respecto de los varones por parte de las mujeres, no cabe duda que han incidido sobre todo en ciertas sociedades y clases sociales. Pero, según autores como Lasch (1996), sin cuestionar el orden dominante, o mejor dicho cuestionando solamente la parte que los afecta en su diferencia. Estos grupos y movimientos, según este autor, no luchan por generar modificaciones estructurales, sino que lo hacen sobre todo para obtener reconocimiento y para incluirse en la estructura más que para generar su transformación.

Pero esta tendencia a luchar por la particularidad se ha expresado históricamente, incluso a través de uno de los más notorios movimientos sociales por lo menos durante el siglo XIX y parte del siglo XX: me refiero al movimiento sindical. Justamente la mayor parte del movimiento sindical se organizó en torno a especificidades, básicamente la demanda de mejores condiciones de trabajo y mayor salario, y la casi totalidad de sus objetivos, demandas y luchas se organizaron en torno a ellos. Su búsqueda de “adquisición de poder” se dirigía hacia esos dos objetivos, y es respecto de ellos que logró su mayor identidad, movilización y eficacia, pero sin modificar estructuralmente el orden dominante, aunque sí modificando sustantivamente

en ciertas sociedades las condiciones de vida y de trabajo de los miembros de esas organizaciones. Como sabemos, pues estoy contando una historia que casi todos conocemos, una parte de las tendencias políticas de izquierda cuestionaron como negativa la concentración del movimiento sindical en sus especificidades, de tal manera que, en algunas sociedades, cuando determinados partidos políticos de izquierda llegaron al poder, liquidaron a los líderes sindicales, disolvieron sus organizaciones o simulaban dar representación a las organizaciones sindicales.

Por supuesto que esta historia es mucho más compleja que mi esquemática presentación, pero no obstante me interesa subrayar que, por lo menos hasta ahora, los grupos que se constituyen a través de sus especificidades, encuentran en las mismas su mayor nivel de integración y eficacia ya sea en términos de sus objetivos religiosos, étnicos o centrados en un padecimiento.

Considero, por lo tanto, necesario reflexionar y tomar decisiones respecto de varios de los aspectos que venimos analizando. ¿Qué implica que los movimientos y grupos centrados en su especificidad reduzcan los objetivos y luchas a sí mismos? ¿Qué supone la carencia o por lo menos la existencia de escasas reflexiones no tanto sobre el sujeto, sino sobre las prácticas –que por supuesto incluyen al sujeto– y que reiteradamente observamos en estos grupos y movimientos? ¿Qué posibilidad existe de producir una teoría del pasaje que posibilite pensar y, sobre todo, generar transformaciones desde los padecimientos específicos hacia las necesidades sociales generales? ¿Qué posibilidades existen de que los derechohabientes de las instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social, se organicen y luchen por defender “sus” servicios de salud que están siendo desfinanciados por el Estado y entrando en un proceso de deterioro difícilmente reversible?

¿Qué posibilidades existen en América Latina, y en México en particular, de que dadas las carencias cada vez más agudizadas de las personas de la tercera edad, estas se organicen y demanden soluciones económicas y sociales a sus principales problemas? Y por supuesto, ¿qué posibilidades hay no solo de que se organicen sino también de que no se burocraticen, y de que luchen y obtengan por lo menos algunas de sus posibles demandas?

En términos empíricos, como ya lo hemos observado, podemos dar respuesta a por lo menos una parte de los interrogantes señalados, pero circunscrita a ciertos procesos, actores y momentos, por lo cual necesitamos interpretaciones teóricas de un mayor nivel de generalidad. Las expectativas colocadas en los mismos deberían reconocer que dichos movimientos y grupos intentan modificaciones específicas (ser reconocidos, aumentar su estatus social, reducir o eliminar las estigmatizaciones, controlar un daño de salud específico), que a veces y en determinadas situaciones y coyunturas logran conmovir a la sociedad general, y que en ello radica gran parte de los objetivos y de las posibilidades de dichos grupos y movimientos. Así como también existen grupos y tendencias, actualmente en receso, que buscan tensar dichos movimientos hacia propuestas más generales, inclusivas y transformadoras que coyunturalmente pueden generar modificaciones.

## Discontinuidades e imaginarios

En diferentes trabajos he descrito y sostenido, en términos más o menos teóricos, que el proceso de *s/e/a* no solo es cotidiano, sino además estructural a nivel de los sujetos y microgrupos, incluyendo como parte de esa estructuración formas de PS muy disímiles que cumplen diferentes funciones para posibilitar la solución o convivencia con problemas específicos, así como asegurar procesos de reproducción biológica y sociocultural dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre diferentes sectores sociales.

Reconocemos, por lo tanto, la existencia de procesos de PS desarrollados por los propios sujetos y grupos, respecto de los procesos de *s/e/a* que los afectan. Y, por lo tanto, la cuestión no es negar esta calidad participativa por considerarla exclusivamente individual o ineficaz en términos de sus efectos estructurales, sino utilizarla para mejorar y/o modificar las condiciones de vida y salud de sujetos y grupos.

A partir de este reconocimiento, considero que uno de los objetivos de los estudios de las experiencias participativas sería describir y analizar los procesos de *s/e/a* que favorecen las expresiones autogestivas, y que en términos intencionales o funcionales cuestionen y modifiquen los procesos que tienden a la reproducción de la subalternidad. Si bien reconozco que en las relaciones de hegemonía/subalternidad se generan procesos transaccionales que implican cuestionamientos y enfrentamientos con los sectores dominantes (Menéndez, 1981), nuestra preocupación se centra en si el trabajo participativo en salud genera más o menos alternativas de participación general y autónoma que en otros campos de la realidad. Parte de los denominados movimientos urbanos populares han centrado sus objetivos en el desarrollo de demandas específicas; más aún, según algunos autores, este tipo de movimiento sería el más frecuente, aunque suele agotarse en el proceso de demandas específicas generando escasos desarrollos de tipo general y con continuidad en el tiempo<sup>17</sup>.

Pero, además, respecto de por lo menos algunos de estos movimientos –y por supuesto de sus estudiosos–, debemos interrogarnos sobre si los mismos incluyen realmente la especificidad como núcleo de sus objetivos, o si lo que domina es la antigua búsqueda de “el” sujeto social de la transformación pensado, investigado y/o actuado exclusivamente a través de lo político. De la revisión de la bibliografía sobre movimientos sociales, por lo menos respecto de México, surge que esta no incluye la descripción ni el análisis de los grupos y/o movimientos organizados en torno al proceso de *s/e/a*, pese a que en la década de 1980 se constituyó en México el Movimiento Nacional de Salud Popular que realizó congresos nacionales desde 1981,

---

<sup>17</sup> Esta es la interpretación más frecuente en los especialistas en movimientos sociales: “En términos globales, los movimientos reivindicativos aquí mencionados han carecido de una organización consciente y eficaz para impulsar y conseguir demandas fuera de su ámbito de acción. En ellos ha faltado cohesión e identidad, no solo para sostener y dar coherencia a sus demandas, sino también para permanecer como movimientos sociales en situaciones críticas. En otras palabras, la matriz constitutiva de actores en el ámbito en donde se han formado los actores sociales, ha carecido de elementos socioculturales que solidifiquen y dinamicen una conciencia del cambio” (Muro, 1994, p. 79).

se organizó en ocho regionales y llegó a tener a fines de dicha década alrededor de cuatrocientos grupos adherentes.

Si bien durante el desarrollo de este movimiento se generaron escisiones, desencuentros, conflictos, abandonos y/o reconstituciones, ello no explica su omisión; por lo que considero que dicha exclusión tiene que ver con la idea reiterada de encontrar “el” sujeto de la transformación, cuya identidad refiere a la condición económica, ocupacional y últimamente étnica de los actores, pensada a través de lo político. Pero, además expresa la ignorancia de la existencia y papel de los grupos o movimientos organizados en torno al proceso de s/e/a por la mayoría de los estudiosos de los movimientos sociales en América Latina.

Por otra parte, deberían formularse conclusiones, por supuesto provisionales, respecto del trabajo (de lucha) cotidiano por la supervivencia, en particular el desarrollado en torno al proceso de s/e/a, surgen transformaciones no solo en términos existenciales referidas al sujeto y microgrupo, sino también referidas a las condiciones de vida de los conjuntos sociales subalternos dentro de las cuales participa dicho sujeto/grupo. Debe realmente analizarse, a través de las prácticas, la propuesta de que las estrategias de vida y/o de supervivencia modifican la cultura y reconstituyen la estructura, en cuanto dichas estrategias actualizan y reactualizan constantemente dicha estructura a través de las actividades de los sujetos. Debe tratar de observarse si lo dominante es la producción/reproducción de modificaciones subjetivas, que también alterarían la situación de subalternidad colectiva, o si lo que opera es la reproducción de las relaciones de hegemonía/subalternidad más allá de que se produzcan modificaciones en algunos sujetos<sup>18</sup>.

La cultura puede ser *verdad* para un sujeto en términos de identidad y pertenencia, y ello puede ser útil para el desarrollo de estrategias de vida, pero también puede favorecer su dominación dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad. La PS en términos ideológicos, es decir, como voluntad intencional de modificación, puede usar o no su propia cultura para modificar la estructura, por lo cual considero que la cultura como verdad que no se constituye en ideología, favorecerá la reproducción subalterna de la estructura más allá del efecto de “resistencia cultural” que pueda tener.

Las acciones, luchas, transacciones en salud colectiva operan constantemente, pero en forma discontinuada, de allí la necesidad de que la PS con objetivos de transformación sea mantenida como un imaginario, que por lo menos ideológicamente tienda a recuperar recurrentemente la idea y/o las aspiraciones individuales y colectivas hacia la “autogestión” o hacia la “comunidad”, para que en determinadas coyunturas se intente realizarlas. Este imaginario debe además funcionar como un referente constante de las propuestas “realistas”, para contribuir junto con otros procesos a que dicho “realismo” político y/o técnico integre/enfrente/confronte las necesidades y situaciones de los conjuntos sociales subalternos. Considero que esa calidad de imaginario es lo que conduce reiteradamente a buscar en la PS mecanismos de

---

<sup>18</sup> Es obvio que no pensamos en situaciones dicotómicas, sino en un espectro de situaciones a través del cual observar este proceso en forma puntual.

transformación de la realidad social o por lo menos de las condiciones de salud colectiva, pese a que la experiencia evidencia también reiteradamente las limitaciones e imposibilidades de las actividades y actores para lograr la transformación significativa de la realidad social, aunque también evidencie una mayor posibilidad de modificaciones en el campo de la salud.

Desde esta perspectiva, considero que es “útil” referir los procesos de *s/e/a* a propuestas participativas de transformación social, aunque más no sea como imaginario o si se prefiere como mecanismo ideológico, dado que la experiencia de los sujetos, de los microgrupos, de los movimientos sociales centrados en la diferencia evidencian que una parte de sus principales logros se dan en términos de procesos de *s/e/a*, y no de la transformación social en términos políticos.

Por último, sugiero que los movimientos, las luchas, las acciones no solo son discontinuas, sino que una parte del trabajo participativo tanto a nivel práctico como ideológico solo se mantiene en la mayoría de los casos durante un escaso tiempo dada una multiplicidad de procesos, entre los cuales subrayo el juego de transacciones que deben realizarse al interior del movimiento social o de las ONG para asegurar tanto su autorreproducción como un mínimo de eficacia. Si además recuperamos la existencia de un proceso constante de deshistorización –desmemoria– en la constitución de los sujetos y los grupos, el referente de la participación social como imaginario colectivo e individual pasa a ser aún más necesario. En consecuencia, el trabajo participativo no debe ser pensado exclusiva y excluyentemente en términos de acción y sobre todo de acciones aplicadas, sino también en términos teóricos e ideológicos entendidos como necesariamente complementarios y no como antagónicos.

## Capítulo 5

# Lazos, redes y rituales sociales, o las desapariciones melancólicas<sup>1</sup>

En este último capítulo voy a analizar algunos aspectos que distorsionan, reducen o directamente evitan la aplicación de un enfoque relacional. Mi análisis parte de una serie de presupuestos teórico-metodológicos, que en gran medida ya desarrollé en los capítulos previos, y de los cuales solo señalaré dos. Primero, reconocer la existencia de propuestas sobre el papel decisivo de las relaciones, redes y rituales sociales en la vida colectiva<sup>2</sup>, y especialmente respecto de los procesos de s/e/a; y segundo, la fuerte tendencia a no describir los procesos de s/e/a en términos de relaciones sociales.

Como sabemos, durante la década de 1960 y sobre todo durante la de 1970, se desarrollaron toda una serie de estudios que pusieron de manifiesto el papel positivo de las redes sociales y de los grupos de apoyo respecto de distintos procesos de s/e/a. Durante dicho lapso se promovió, por parte de investigadores sociales, salubristas y grupos de la sociedad civil, la construcción o reconstrucción de redes sociales, de “grupos sostén”, de grupos de autoayuda para solucionar o por lo menos paliar a nivel de los sujetos y de los microgrupos el impacto, desarrollo y consecuencias de determinados padecimientos.

Paralelamente, una parte significativa de las corrientes de medicina social, en particular en América Latina, propusieron las relaciones de producción y las relaciones de clase como parte de sus marcos teóricos referenciales y/o como ejes de sus investigaciones y en menor medida de sus acciones respecto de los procesos de s/e/a. Es decir que durante el lapso señalado se descubre el papel de las relaciones, tanto a nivel micro como macrosocial, dentro del campo de la salud colectiva.

Posiblemente la casi totalidad de los científicos sociales, pero también de los salubristas, estén de acuerdo en que la vida de los sujetos y grupos se desarrolla dentro de relaciones y rituales sociales, culturales, económicos, de poder. Todo sujeto y grupo social constituye inevitablemente su subjetividad y su identidad dentro de relaciones y rituales sociales. Este punto de partida es para muchos tan obvio que ni siquiera necesita discutirse ni fundamentarse.

---

<sup>1</sup> Una versión anterior de este texto fue publicada bajo el título “Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales”. En: *Relaciones*, México, 2006, (107), 147-178.

<sup>2</sup> En el caso de la antropología latinoamericana, el trabajo de L. Lomnitz (1975) constituye un hito en el uso de un enfoque relacional.

Pero ocurre, sin embargo, que una parte sustantiva de las investigaciones socioantropológicas y especialmente de las epidemiológicas, se caracterizan actualmente por ser a-relacionales, o por proponer y utilizar ciertas relaciones –especialmente las redes sociales– exclusivamente en términos aplicados.

O lo que es aún más interesante, por hablar de relaciones sociales a nivel de las propuestas teóricas, pero sin que las relaciones sociales aparezcan en sus descripciones etnográficas ni epidemiológicas.

Estas tendencias no son recientes y podemos observarlas, por ejemplo, en gran parte de la producción teórica y empírica dedicada a la descripción y análisis de los procesos de s/e/a en términos de clases sociales, dado que salvo excepción no incluía la descripción de las relaciones de clase. Lo dominante en las descripciones eran las posiciones, pero no las relaciones de clase; y aun cuando en los análisis podían sacarse inferencias respecto de dichas relaciones, las mismas no contaban con materiales empíricos de tipo económico/político, social o simbólico, que avalaran dichas inferencias o si se prefiere interpretaciones.

No negamos la existencia de algunos escasos trabajos que utilizaron descriptiva y analíticamente un enfoque relacional, pero lo dominante fueron estudios donde los materiales empíricos solo referían a posiciones de clase.

Esta producción contrastaba con un marco teórico que proponía la existencia de diversos tipos de relaciones de clase, ya que se proponían relaciones de producción, de explotación, de dominación, de poder y hasta relaciones de alineación.

Gran parte de estas relaciones eran además analizadas en un alto nivel de abstracción y sin describir las relaciones desarrolladas en la cotidianidad de los actores sociales, incluso en los espacios sociales considerados como más relevantes para estas tendencias, es decir, los espacios fabriles o el barrio obrero. Esta carencia de descripciones es notable en el caso de los procesos laborales, ya que las perspectivas marxistas desarrolladas entre las décadas de 1950 y 1970 –y por supuesto también en las siguientes décadas– no los describían y mucho menos en términos relacionales.

Esta orientación contrastaba con la existencia de una producción socioantropológica “funcionalista” sobre el trabajo obrero especialmente en la fábrica, que produjo entre la década de 1940 y la década de 1960 algunos de los más importantes aportes descriptivos y analíticos respecto de la lógica (racionalidad social) del trabajo obrero, lo cual fue reconocido tempranamente por Castoriadis en sus artículos publicados en la revista *Socialisme ou Barbarie* durante la década de 1950, en los que señalaba que en estas etnografías podíamos observar las características del trabajo obrero y de las relaciones sociales establecidas en torno al mismo, lo cual no aparecía en los estudios marxistas del lapso señalado, salvo muy escasos aportes<sup>3</sup>.

Pero esta tendencia podemos observarla en la actualidad no ya en los trabajos sobre clases sociales y procesos de s/e/a, que por lo menos en México casi no se

---

<sup>3</sup> Cuando era estudiante universitario, a fines de la década de 1950, dos profesores marxistas nos daban a leer una novela de George Navel para ilustrar la perspectiva marxista sobre las características del trabajo en una sociedad industrializada como la francesa, dado que no existía otro tipo de materiales. La novela se llama *Trabajos*.



realizan, sino en los estudios sobre género, grupos étnicos o grupos religiosos y procesos de violencia, de uso de servicios de salud o de consecuencias de los procesos migratorios. Por lo tanto, en este capítulo trataremos de evidenciar las consecuencias metodológicas y prácticas que ha tenido esta orientación en términos de la producción académica, así como también lo que la misma expresa en términos teóricos e ideológicos.

## ¿De qué relaciones sociales hablamos?

Las ciencias sociales, y en particular la antropología social, desarrolladas desde mediados de la década de 1970 y durante las de 1980 y 1990 se caracterizan por toda una serie de rasgos, y especialmente por el énfasis colocado en la “diferencia”, en la exclusión de la dimensión ideológica, y en el uso de una metodología focalizada en el punto de vista del actor.

Pero ocurre que los estudios sobre las “diferencias” en América Latina, y por supuesto en otros contextos, tratan casi cualquier tipo de diferencia menos algunas de las que en el pasado preocuparon más, por lo menos a ciertas corrientes teóricas. Por lo cual, en la antropología social latinoamericana –incluida la antropología médica– son escasos los estudios sobre las diferencias y sobre las relaciones raciales, de clase e ideológicas.

Esta orientación contrasta –como ya lo hemos señalado– con lo ocurrido en América Latina en esas décadas, ya que se incrementan los niveles de pobreza y de extrema pobreza, así como las desigualdades socioeconómicas, que dan lugar a que la Cepal (Comisión Económica para América Latina) nos hable de las “décadas perdidas” de Latinoamérica, refiriéndose a las de 1980 y 1990. Así como se desarrollan movimientos sociales de base indígena, que denuncian la situación de subalternidad a que están sometidos, subrayando especialmente el racismo dominante en nuestras sociedades.

Si bien el énfasis en el punto de vista del actor y en las “diferencias” constituyen reacciones respecto de las propuestas culturalistas, funcionalistas, estructuralistas y marxistas que se gestaron y desarrollaron durante las décadas de 1950 y 1960, y parte de la de 1970; y si bien, en gran medida, varias de esas reacciones fueron saludables y necesarias en muchos aspectos, desgraciadamente las orientaciones teórico/ideológicas que utilizaron esterilizaron muchas de sus posibilidades, justamente al eliminar o reducir el peso de las relaciones sociales en sus descripciones, al reducirlas exclusivamente a las representaciones sociales y a las experiencias que algunos actores sociales tienen de las relaciones sociales, y/o al describirlas y utilizarlas exclusivamente en términos microsociológicos.

Como sabemos, el estudio de las diferencias favoreció la descripción de la realidad a través del “punto de vista del actor”, que en los hechos supuso frecuentemente la descripción y análisis a partir de la perspectiva de “un” solo actor. De tal manera que la descripción de los “adictos”, de los “gay” o del género femenino, pero también de los “obesos”, de los “discapacitados”, o de los “jóvenes” se centraron exclusivamente

en lo que dicen los sujetos caracterizados por ser “alcohólicos”, “obesos” o “jóvenes”. No se describen ni analizan las “voces” de los diferentes actores significativos con los cuales las mujeres, los discapacitados o los “adictos” entran en relación, ni por supuesto las relaciones que se dan entre ellos. Solo se presentan los testimonios, las voces, las narrativas, las experiencias o las representaciones sociales del actor seleccionado incluyendo sus saberes sobre los “otros”.

Esta orientación es parte de ciertas maneras de pensar la realidad, que favorecieron el uso de enfoques a-relacionales, siendo una de las más notorias la idea de que la sociedad actual se caracteriza por la desaparición o por lo menos erosión de los lazos y rituales sociales, tanto en términos absolutos como comparados con otras sociedades, o con otros momentos de la misma sociedad. Sobre todo, se enfatiza la desaparición de las relaciones primarias, de las relaciones “cara a cara”, expresada especialmente a través de la pérdida de las funciones y/o de la desintegración de la familia actual.

Este es un aspecto sumamente importante, dado que muchos de los más graves problemas actuales –incluidos problemas de salud– se atribuyen a que nuestras sociedades han perdido algunos o la mayoría de sus principales relaciones y rituales religiosos, familiares, laborales y hasta políticos. Más aún, se subraya la velocidad con que están desapareciendo gran parte de dichos rituales y relaciones, y así en el caso de los organizados en torno a las religiones, hasta hace poco dominantes en el mundo occidental, se concluye que “Nunca hasta ahora se dio la ocasión de observar el hundimiento de un cuerpo social en un lapso tan corto de tiempo” (Beauge, 1997, p. 18). Se ha desarrollado una especie de lamento porque el hombre “occidental” y de sus alrededores se está quedando sin relaciones y rituales sociales, y sobre todo de algunos considerados básicos.

Desde hace varios años domina la idea de que en nuestras sociedades se han erosionado muchas de las relaciones sociales significativas tanto a nivel macrosocial como, especialmente, a nivel de los grupos primarios. No solo los científicos sociales, sino también funcionarios gubernamentales mexicanos –en particular los del “sector social”– sostienen que esta erosión sería la principal o por lo menos una de las principales causas de la criminalidad, de la violencia, en particular de la violencia intrafamiliar; del desarrollo de las adicciones, del incremento del suicidio en determinados grupos de edad o del surgimiento de los denominados “niños de la calle”.

Se señala que la caída de los lazos sociales ha generado la erosión de las relaciones de solidaridad, de cooperación, de apoyo, de ayuda mutua; y así, los directores nacionales de los programas contra la pobreza en México señalan reiteradamente “la necesidad de reconstituir el tejido social impulsando todas las actividades que fortalezcan los vínculos sociales como parte central de la lucha contra la pobreza”. Y algo similar proponen los funcionarios encargados de los programas de protección a la familia y a la infancia, quienes “impulsan todo aquello que ayuda a fortalecer la durabilidad del vínculo social... para reducir el índice de alcoholismo, drogadicción, suicidios, abortos y crímenes totalmente deshumanizados” (*La Jornada*, 17/11/2004 y 5/2/2005).

Lo cual sostiene también el secretario de Gobernación, quien considera que: “Ha venido sin duda erosionándose la familia con riesgo para las sociedades, pues el alcoholismo, la explotación de menores, la drogadicción, la violencia intrafamiliar contra mujeres y niños, la prostitución, la criminalidad, las migraciones desintegradoras de las familias, la pobreza y la exclusión se van multiplicando” (*Reforma*, 18/10/2005). Y lo mismo afirma recurrentemente la encargada del área social de México DF. Pero me interesa subrayar que, dichos señalamientos, son hechos por funcionarios que pertenecen tanto a partidos políticos de centro derecha (Partido Acción Nacional / PAN) como al principal partido de izquierda (Partido de la Revolución Democrática / PRD).

La familia aparece como el grupo que más evidencia gran parte de las pérdidas señaladas y que se expresa en gran medida a través de la desaparición de los sujetos que cumplían el papel de cuidadores al interior de los grupos domésticos. Esto tendría consecuencias en el incremento de los niños de la calle, en el constante crecimiento de los trastornos de atención infantil, en la psiquiatrización y/o confinamiento de los ancianos en asilos o en residencias geriátricas, en la psiquiatrización de toda una serie de conductas que antes eran contenidas, controladas o como se los quiera denominar.

Recientemente, la Cepal publicó un interesante trabajo sobre la cohesión social en Latinoamérica, en el cual, a través de un notorio lenguaje durkheimiano, señala que la cohesión social es parte de la solidaridad social que requieren las sociedades para que sus miembros se vinculen, con una fuerza análoga a la de la solidaridad premoderna. Subrayando el creciente peso del individualismo y la debilidad de los vínculos sociales, los que junto con otros procesos económico/políticos e ideológicos inciden negativamente en el desarrollo de los procesos democráticos en América Latina. Y concluyendo que:

El problema no es el individualismo en sí mismo, sino una cultura individualista exacerbada, en la que la relación con otros se vuelve autorreferida. Trabajar a favor de la cohesión social significa, en este marco, trabajar por recrear el vínculo social. (Ottone *et al.*, 2007, p. 20)

Recuerdo, además, que el énfasis en la caída o debilitamiento de los lazos sociales no refiere exclusivamente a México y a nuestras sociedades latinoamericanas, dado que dichas concepciones se desarrollaron inicialmente en los países europeos y en los EEUU, como parte central del pensamiento sociológico elaborado durante el siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, ya que para la mayoría de las tendencias sociológicas dominantes era necesario el fortalecimiento de las relaciones sociales para mantener un mínimo de orden social y de gobernabilidad política, frente a las fuerzas y procesos sociales que amenazaban el orden social establecido (Wolf, 1987).

Esta es una concepción que, con oscilaciones, se mantendrá hasta la actualidad como parte del “sentido común” sociológico, pero también de los saberes populares, y reforzándose periódicamente a través de episodios y de espectáculos trágicos, como fueron las entre 500 y 700 personas que murieron durante el “verano

caliente” de mediados de 1995 en la ciudad de Chicago (EEUU), de las cuales el 73% eran ancianos. Y los miles de ancianos europeos –y especialmente franceses– que murieron en la canícula de 2003, y cuyas causas fueron atribuidas por los expertos y por los medios de comunicación masiva a la caída de los lazos sociales más inmediatos y primarios, dado que la mayoría de dichos ancianos murieron solos y aislados en sus viviendas.

En el caso de Chicago, la mayoría de los que murieron por efectos del fuerte calor fueron ancianos negros y pobres, que en un 48% vivían solos, y no solo sin redes sociales de apoyo, sino además dentro de medios sociales violentos donde dichos ancianos residían “atrincherados” en sus viviendas. Los hispanos, incluidos los miembros de la tercera edad, tuvieron muy pocos muertos pese a su situación de pobreza y a la violencia dominante en sus barrios, debido justamente al papel de sus relaciones familiares y vecinales, así como de sus asociaciones colectivas que funcionaron como eficaces redes sociales de apoyo (Klinenberg, 1997).

Entre los meses de junio y agosto de 2003 se registraron altas temperaturas en Europa, que condujeron a la muerte de miles de individuos, que en principio fueron calculados en unos quince mil, siendo Francia el país con mayor número de muertos. En ese momento, los servicios de salud franceses calcularon que habían muerto menos de diez mil personas, y los de España menos de mil. Pero un año después, la salubridad francesa reconocía que por lo menos habían muerto unas quince mil personas, y las autoridades sanitarias españolas asumían más de seis mil muertos. Si bien murieron personas enfermas y niños de sectores pobres, la mayoría de los muertos fueron ancianos de diferentes clases sociales. En el caso de Francia varios centenares de cadáveres no fueron reclamados por nadie, lo cual condujo al periódico *Le Parisien* a preguntarse: “¿En qué tipo de sociedad estamos viviendo, que nos olvidamos de nuestros propios padres y abuelos?” (*La Jornada*, 28/08/2003; *El País*, 18/05/2004).

Algo similar ocurre con las interpretaciones sobre las consecuencias de la desintegración política del denominado bloque “soviético”, ya que debido a la desaparición de la URSS (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) se habrían prácticamente demolido determinadas relaciones sociales e ideológicas, lo que condujo a la fenomenal reducción de la esperanza de vida de la población rusa, así como a incrementos en la mortalidad especialmente de los varones en edad productiva, que no tienen parangón dentro de la trayectoria de los países de mayor desarrollo socioeconómico.

Este fenomenal incremento de la mortalidad, que redujo en muy poco tiempo la esperanza de vida de los varones rusos en más de diez años, no puede ser atribuido unilateralmente a factores económicos, al empobrecimiento, al deterioro o directamente pérdida de la seguridad social, sino a toda una serie de procesos sociales e ideológicos, incluido centralmente el deterioro de las relaciones sociales e ideológicas (Hertzman & Siddqi 2000; Leon *et al.*, 1997).

Pero es importante subrayar que los lamentos sobre la desaparición de relaciones y rituales sociales y sus consecuencias negativas no constituye un hecho nuevo ni reciente, sino que pueden observarse en los países centrales de la sociedad occidental en diferentes momentos. Pueden observarse especialmente a fines del siglo

XVIII, a fines del siglo XIX, y también durante las décadas de 1920 y 1930; y en la mayoría de los casos dichos lamentos se referían al peligro de desintegración social y política, más allá de los episodios específicos a través de los cuales se expresaban los procesos de erosión de los lazos sociales.

La mayoría de las orientaciones teóricas, pero especialmente los teóricos de la sociedad de masas y de la denominada Escuela de Frankfurt, sostendrán que el capitalismo se caracteriza por impulsar un tipo de sociedad donde desaparecen los ceremoniales sociales y los mecanismos relacionales, impulsando la masificación, la atomización, el individualismo y, por lo tanto, el debilitamiento de la sociedad civil.

Estas orientaciones teórico/ideológicas se expresarán especialmente a través del papel que estas y otras orientaciones teóricas dieron a los medios de comunicación masiva, ya que consideraron que el relajamiento de las ataduras sociales y de las estructuras tradicionales “dejó a las personas atomizadas y expuestas a influjos externos, ante todo a la presión de la propaganda masiva, cuyos instrumentos más eficaces fueron los medios de comunicación masiva” (Morley, 1996, p. 73). Estas teorías propusieron una concepción omnipotente de los medios, reduciendo el papel de los sujetos a meros reproductores individuales de las representaciones sociales difundidas por los mismos.

En las décadas de 1920 y 1930 las concepciones sobre la desaparición de relaciones, rituales y símbolos sociales condujo a científicos sociales, pero sobre todo a líderes políticos e ideológicos, a proponer la construcción de nuevos rituales y mitos colectivos, para evitar los procesos de desintegración social, para impulsar los procesos de cohesión social e ideológica y/o para legitimar el acceso al poder de nuevas organizaciones políticas.

Por lo tanto, la preocupación por esta problemática aparece referida a los más diversos campos y en particular a dos: el de la disolución o pérdida del papel y funciones de la familia, y el de la reducción de la significación ritual y social de la muerte y de la mortalidad.

La transformación de la familia, la pérdida de sus funciones básicas, su delegación en instituciones secundarias, y la modificación del status y rol femenino preocuparon tempranamente a las sociedades de mayor desarrollo capitalista, especialmente en términos de cohesión social. Desde Durkheim hasta la teoría de la modernización, pasando por pensadores marxistas y fascistas, toda una variedad de tendencias teórico/ideológicas señalan que el desarrollo capitalista erosiona y/o genera cambios radicales en las características de la familia.

La reducción del tamaño de la familia, el aumento constante de la tasa de divorcios o de separaciones conyugales de hecho, así como el incremento del trabajo femenino fuera del hogar, y el desarrollo creciente de ciertos comportamientos infantiles, preocuparon no solo en términos de cohesión social, sino también en función del nuevo tipo de sujeto que las familias estaban produciendo y cuidando.

Esta preocupación se expresa especialmente a través del desarrollo de toda una serie de investigaciones sociológicas y psicológicas sobre el papel de la familia, que tienen que ver con los procesos señalados, y especialmente con el nuevo papel de la mujer. Desde la década de 1930, pero especialmente durante la década de 1940,

los especialistas en cuestiones familiares comienzan a interrogarse respecto de cómo afecta el crecimiento y desarrollo motriz, afectivo e intelectual del niño la falta o reducción de vínculos familiares, y especialmente el de la relación madre/hijo. ¿Cómo afecta la separación de los padres, la muerte de alguno de ellos o las discordias permanentes entre los mismos el comportamiento de sus hijos, incluida la emergencia frecuente de enfermedades y el carácter grave de estas?

Posiblemente, la corriente de estudios más influyente en este lapso fue la impulsada por Bowlby a partir de concepciones psicoanalíticas, que recibieron en español el nombre de teoría del “apego” y que trató de evidenciar el impacto negativo que la pérdida o disminución del vínculo madre/hijo en el primer año de vida tenía para el desarrollo, salud y comportamiento del niño.

Esta teoría se convirtió en Inglaterra en doctrina “sagrada” dentro del campo de la salud infantil (Schaffer, 1994), y si bien ulteriormente fue cuestionada y reformulada, me interesa subrayar dos hechos al respecto. Primero que la misma –al igual que otras propuestas– trató de hallar explicaciones, pero también generar intervenciones respecto de las modificaciones profundas que se estaban dando en las relaciones y rituales familiares, y en sus posibles consecuencias en la salud física y mental de los hijos<sup>1</sup>. Y segundo, que tanto Bowlby como una parte significativa de los que cuestionaron y revisaron sus propuestas, siguieron sosteniendo a través de sus investigaciones e intervenciones terapéuticas que no solo las relaciones familiares, sino también las conductas interpersonales en general se caracterizan por la reciprocidad, y que “Donde no hay reciprocidad, la posibilidad de desarrollo psíquico es limitada” (Schaffer, 1979, p. 216).

Correlativamente, las investigaciones históricas, sociológicas y antropológicas se potenciaron para afirmar la desaparición o por lo menos la reducción de los rituales organizados en torno a la muerte. Este es uno de los campos que dio más tempranamente lugar a la investigación de los rituales en las sociedades capitalistas, especialmente a través de los estudios sobre los ritos funerarios en Gran Bretaña de Gorer (1965), quien describe y analiza la erosión y pérdida del significado de dichos rituales, lo cual estaría generando un vacío de relaciones y significaciones culturales respecto de la muerte y de los muertos, que podría tener consecuencias negativas para la integración social de dicha sociedad. Gorer parte de la concepción de Durkheim de que los rituales fúnebres, si bien refieren a un sujeto muerto, su principal función tiene que ver con los que quedan vivos, ya pertenezcan a un grupo familiar, vecinal o comunitario. Son fundamentalmente ritos para asegurar la cohesión de los que siguen viviendo y sobre todo conviviendo. Para este autor, la creciente insensibilidad ante la muerte de familiares y amigos, así como el interés por la violencia que caracterizan a la sociedad británica actual, tendrían que ver con la desaparición o erosión de los ritos funerarios.

Desde los trabajos de Gorer domina la noción de que desaparecen los principales rituales de mortalidad, como parte del proceso de ocultamiento y negación de la

---

<sup>1</sup> La investigación de Bowlby fue replicada en siete países durante las décadas de 1960 y 1970, incluso en dos países latinoamericanos.

muerte que caracterizarían a la sociedad occidental. Y no cabe duda de que, en gran parte de los países “occidentales”, han casi desaparecido relaciones y rituales sobre la muerte que estaban sumamente extendidos hasta hace unos cincuenta años, incluso en México y en Argentina. En particular en las ciudades ha desaparecido el luto total, y casi han desaparecido las señales de duelo en la manga o en la solapa del saco; han desaparecido las carrozas fúnebres y el lento tránsito por las calles que implicaba la persignación u otras señales de respeto colectivas y públicas.

Se ha reducido el tiempo de duelo hasta casi desaparecer como rito, y en algunas sociedades periféricas como Argentina es ya casi imposible oír llantos o lamentos rituales en los velorios. La “muerte del angelito” y las ceremonias que implicaba han prácticamente desaparecido de las ciudades latinoamericanas. Y el hogar ha dejado de ser cada vez el lugar donde se muere y donde se vela al difunto, dado que en un país como México, alrededor del 90% de las muertes ocurren en una institución de tipo biomédica. Y dado que el hogar, donde se daba el manejo ritual y afectivo del muerto, pasó a ser reemplazado como lugar de velatorio por organizaciones y servicios especiales, incluso como conquista laboral, dado que, por ejemplo, en México las dos principales instituciones estatales de seguridad social han creado lugares especiales para que sus derechohabientes puedan celebrar los velatorios.

No obstante, en particular en el caso de México, persisten rituales fúnebres respecto de los familiares muertos, y el Día de Muertos continúa siendo una de las más significativas ceremonias que practican los mexicanos en los panteones y en sus casas a través de rituales específicos. Más aún, los velatorios en las instituciones oficiales pueden incluir la persistencia de rituales y canciones resignificados según los marcos institucionales. Pero, según los analistas, si bien no han desaparecido las ceremonias fúnebres, gran parte de estas se encuentran en extinción o por lo menos están erosionadas. La muerte, según estas interpretaciones, va quedando cada vez más reducida a fenómeno médico, a muerte hospitalaria, y sobre todo se tiende a un creciente ocultamiento de la misma.

La mayoría de estos análisis señalan la importancia que los símbolos y rituales tienen para la constitución e identidad de los sujetos, y que la pérdida de los mismos conduce a una sensación de “vaciedad” y de sinsentido que los sujetos tratan de suplir a través de conductas consideradas transgresoras, pero cuyo objetivo es buscar sentido e identidad (Klapp, 1969).

Más aún, toda una serie de autores subrayan las tendencias a una suerte de individualismo casi absoluto, que dada la pérdida de significación de las ideologías religiosas y políticas en los ámbitos micro y macrosociales, ha generado un sujeto sin proyectos ni ataduras, de tal manera que lo único que resta es el individuo. Y es la articulación entre individualismo y pérdida de rituales lo que conduce a diferentes analistas a sostener que el consumo de drogas adictivas expresa paradigmáticamente a una sociedad sin rituales y a un sujeto reducido a sus deseos interminables. Así como otros sostienen que la desaparición de ciertas relaciones y rituales favorece el incremento de los diferentes tipos de violencia, dado que los mismos han sido considerados como mecanismos sociales a través de los cuales se resuelven, en el nivel simbólico por lo menos, una parte de las agresiones intersubjetivas y/o intergrupales.



Ahora bien, en estos trabajos opera una falta de historicidad que no incluye la dinámica continuidad/discontinuidad temporal en la construcción, resignificación, desaparición o transformación de los rituales y relaciones sociales, dado que domina en ellos una interpretación de los mismos en términos de permanencia y desaparición más que de cambio y resignificación.

Esta orientación contrasta, además, con el surgimiento constante de nuevas relaciones y rituales, incluso respecto de la muerte, dado que desde nuestra perspectiva las sociedades actuales han justamente desarrollado rituales de evitación y ocultamiento no solo respecto de la muerte, sino también de determinadas enfermedades identificadas especialmente con la muerte. Al respecto debemos asumir que no nombrar la palabra cáncer no solo constituye una metáfora de ciertos aspectos de la sociedad occidental como señala Sontag (2003), sino que sobre todo constituye un ritual de evitación simbólica de la muerte en dichas sociedades.

Estas características fueron incluso descriptas desde la década de 1940 por novelistas británicos como A. Huxley en *Viejo muere el cisne* o E. Waugh en *Los seres queridos*, donde se narran las características de la muerte en la sociedad occidental, y especialmente en los EEUU, describiendo justamente los nuevos rituales y relaciones sociales organizados en torno a la misma. Es importante subrayar que las descripciones e interpretaciones de novelistas y sociólogos coincidirán en que los nuevos rituales norteamericanos buscan sobre todo negar la muerte a través de un uso del lenguaje que evita decir *muerte*, y de un tratamiento del cadáver que es más propio de un salón de belleza que de los tratamientos “occidentales” tradicionales del sujeto muerto. Una de las expresiones más notorias de este proceso es la pérdida de las habilidades domésticas en el tratamiento y cuidado del cuerpo del muerto, que ya no es “tratado” por los familiares –especialmente las mujeres–, sino que este pasa a ser un trabajo conjuntamente hospitalario y de las empresas funerarias.

Es importante señalar que las concepciones teóricas que subrayan la caída de las relaciones sociales se generaron no solo dentro del pensamiento conservador, sino también de corrientes sociales progresistas, y que además han tenido continuidad hasta la actualidad. De tal manera que esta concepción no puede ser referida exclusivamente a ciertas corrientes teórico/ideológicas ni tampoco ser circunscrita a un determinado momento histórico.

Una de las corrientes epidemiológicas actuales más progresistas en términos ideológicos, como la canadiense, subraya que el aislamiento y la soledad favorecen el desarrollo de determinados padecimientos (Masse, 1995). Y que el dominio de la competencia y del individualismo en las sociedades capitalistas limita la posibilidad, el desarrollo y uso de redes y de apoyos sociales.

Desde la década de 1940, pero especialmente desde las de 1960 y 1970, la investigación biomédica y sobre todo sociomédica han evidenciado el papel positivo que cumplen las relaciones y redes sociales en los diferentes pasos del desarrollo de una enfermedad, subrayando el incremento de ciertas patologías en las sociedades actuales. Una masa creciente de estudios epidemiológicos concluye que las personas con escasas relaciones sociales tienen mayor riesgo de contraer toda una serie de padecimientos, entre los cuales destacan las enfermedades cardiovasculares,

padecimientos mentales, cáncer e insomnio. Dichas personas tendrían una esperanza de vida menor que las que viven dentro de relaciones sociales primarias.

Fueron los estudios y experiencias sobre problemas de salud mental los que más tempranamente señalaron este tipo de vinculación, proponiendo el uso de redes y de grupos sostén como mecanismos terapéuticos, o por lo menos de contención, que operan tanto a nivel de cuadros psicóticos como de neurosis, incluyendo las consecuencias momentáneas en la salud mental que pueden desarrollarse durante los denominados “eventos críticos”.

Las familias actuales, y especialmente las familias en situación de pobreza, han ido perdiendo su capacidad de “contención”, y por ello la reconstrucción de redes de apoyo se convierte en una propuesta central de las estrategias de atención. E incluso se crea una nueva figura profesional, la del “cuidador”, que cumple un papel cada vez mayor especialmente en los servicios de salud socializados de varios países europeos.

Estas y otras tendencias fueron inicialmente registradas por la socioantropología, la epidemiología y la psiquiatría británicas, y ulteriormente por corrientes sociológicas y epidemiológicas de los EEUU. Así, durante la década de 1950, varios antropólogos británicos describirán las redes sociales que operan en pequeñas comunidades, pero también en una ciudad como Londres. Bott publica en 1957 un trabajo sobre familias que viven en Londres, a través del cual evidencia –entre otros procesos– el papel de las relaciones y redes sociales en diferentes aspectos de la vida cotidiana de dichas familias, concluyendo que las familias actuales no solo han reducido sus redes sociales y han delegado varias de sus antiguas funciones/actividades en instituciones secundarias, sino que además las condiciones de la vida urbana actual, y especialmente el tipo de redes sociales que genera, favorece la vulnerabilidad psicológica (estrés) de los miembros del grupo familiar (Bott, 1971). Y debemos recordar que los estudios de esta antropóloga tuvieron que ver con el sistema de salud británico, que aplicará tempranamente acciones basadas en redes sociales (Bott, 1971, 1990 [1957]).

Este tipo de trabajos no solo impactarán en las estrategias de intervención británicas en salud mental, sino también en especialistas en salud mental de los EEUU, que comenzarán a utilizar también el concepto de red social. Speck y Attneave reconocen explícitamente la influencia de los trabajos británicos, y a partir de sus experiencias clínicas señalan que:

Pensamos que los habitantes de las ciudades necesitan reconstruir o redescubrir los múltiples recursos y relaciones de apoyo mutuo que se van diluyendo a medida que rompieron sus vínculos con las clases sociales, aldeas y sus propia familia[ extensa [...] Una red social incluye el núcleo familiar y todos los parientes, pero también los amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todos aquellos que, perteneciendo a una iglesia, escuela o institución de cualquier tipo, brindan una ayuda significativa y muestran capacidad y voluntad de asumir el riesgo que implica la participación... Consideramos que una red de personas interrelacionadas y organizadas según lineamientos de su propia cultura posee los recursos para desarrollar las soluciones creativas frente a las situaciones difíciles de sus miembros. En verdad, nuestra creencia va aún más lejos: tenemos la convicción de que gran parte de las

conductas tradicionalmente interpretadas como síntomas de enfermedad mental, si no todas ellas, derivan de la alienación de los seres humanos respecto de estas relaciones y recursos. (1974 [1973], pp. 20-21)

Paralelo a estos desarrollos tenemos el incremento de los grupos de autoayuda, cuya primera expresión se dio a mediados de la década de 1930 con la creación de Alcohólicos Anónimos, pero a partir de la década de 1950 observamos el constante incremento de estos grupos respecto de una gran diversidad de problemas, desde neuróticos anónimos pasando por clubes de diabéticos, hasta llegar a padres de niños con discapacidad crónica o hombres violentos.

Desde la década de 1960, Antonovsky, a partir de su trabajo sobre problemas de salud y especialmente problemas de nutrición en familias pobres de los EEUU, observó que si bien la situación de pobreza generaba o favorecía el desarrollo de padecimientos e incluso incidía notablemente en la mortalidad infantil, estas consecuencias no operaban en todas las familias pobres, dado que un porcentaje de dichas familias no sufrían las mismas consecuencias o las enfrentaban (*coping*) con éxito. Y a partir de minuciosos estudios llegó a la conclusión de que la explicación de esta diferencia estaba en la existencia y movilización de diferentes tipos de recursos por parte de estas familias, y especialmente por la existencia y uso de redes sociales. Antonovsky definió como *coping* al conjunto de recursos de todo tipo que un sujeto y su grupo tienen para enfrentar procesos negativos que, entre otras cosas, amenazan su salud (Antonovsky, 1967, 1979).

Ahora bien, desde una perspectiva biomédica y epidemiológica, durante las décadas de 1960 y 1970 se realizan toda una serie de estudios que, con mayor o menor fuerza demostrativa, proponen que la falta de apoyos sociales primarios favorece el desarrollo de ciertos padecimientos, genera mayor vulnerabilidad o reduce la capacidad de recuperación. Dichos trabajos no solo refieren a enfermedades mentales, sino también a tuberculosis bronco-pulmonar, problemas cardiovasculares, consecuencias del parto o accidentes múltiples: “El conjunto de estos estudios sugiere que la presencia de otros sujetos podría, bajo ciertas circunstancias, proteger al individuo contra una variedad de estímulos de estrés” (Kaplan, Cassel & Gorer, 1982, p. 177).

Estos trabajos, según Renaud (1992), sostienen que el apoyo social tiene efectos benéficos para la salud, juega un rol protector respecto de estas enfermedades, da cierto sentido de bienestar y favorece la rehabilitación del enfermo. Más aún, una parte de los mismos apuntan a señalar que en los sujetos opera una suerte de vulnerabilidad general, que posibilita que los individuos con menores apoyos sociales enfermen con mayor frecuencia y gravedad de muy distintas enfermedades.

Este efecto se pone en evidencia en términos de salud mental, especialmente en circunstancias donde el sujeto aparece más expuesto, como son los denominados eventos críticos, los cuales son parte de la vida cotidiana de los sujetos y microgrupos, y algunos en términos inevitables. La mayoría de estos eventos tienen que ver en forma directa o indirecta con relaciones intersubjetivas o microgrupales. Y así, por ejemplo, como lo plantearon G. Caplan y otros autores a partir de la década de 1960, la muerte de un familiar especialmente a nivel de la familia nuclear, el

divorcio o separación de los cónyuges, la pérdida del trabajo, la emergencia de una enfermedad “incurable”, un accidente discapacitante, pero también la realización de un matrimonio o el nacimiento de hijos pueden generar o desencadenar problemas de salud mental que pueden ser coyunturales o duraderos, lo cual dependerá en gran medida de los recursos no solo individuales, sino también colectivos del grupo de pertenencia del sujeto.

Durante este lapso convergen diversas corrientes teórico/prácticas, como la organizada en torno a Cassel, que comienza a impulsar la investigación y el trabajo con redes sociales y grupos de apoyo; así como los epidemiólogos canadienses, especialmente los de lengua francesa, que impulsan la investigación y el trabajo con redes y apoyos sociales sobre todo respecto de la población pobre, o la notable línea de trabajo impulsada por Antonovsky, que también aparece preocupada por los sectores pobres. Todos estos grupos, y lo subrayo, se caracterizarán por promover un enfoque interdisciplinario.

Por lo tanto, la idea de la caída de los lazos sociales y sus consecuencias negativas de diferentes tipos, así como la necesidad de restablecerlos y/o construirlos, está presente en gran parte del pensamiento actual, y especialmente en las explicaciones e intervenciones respecto de determinados procesos de s/e/a.

Pero, además, aparece expresada a través de líderes teóricos como Lasch, Touraine o Bauman. Y así observamos que este último insiste durante toda su obra en la fragilidad de los vínculos sociales actuales, dado que se genera un sujeto que anhela dichos vínculos, pero que tiene dificultades para establecerlos. Un sujeto que desarrolla una relación ambivalente con los lazos sociales, dado que busca establecerlos, pero simultáneamente los teme, y por lo tanto desarrolla lazos exclusivamente provisionales, poco profundos, no duraderos: “la moderna razón líquida ve opresión en los compromisos duraderos; los vínculos durables despiertan una sospecha de una dependencia paralizante. Esa razón le niega sus derechos a las ataduras y a los lazos” (Bauman, 2005, p. 70).

La “caída” de las relaciones sociales ha sido analizada por el pensamiento contemporáneo a través de múltiples aspectos, pero en las últimas décadas se ha subrayado especialmente el papel del “individualismo” impulsado por la sociedad capitalista, como expresión o incluso como causa de la pérdida y/o erosión de los lazos sociales. Para varios analistas, el narcisismo constituye una de las características básicas de una sociedad donde la preocupación central de los sujetos es ellos mismos, lo que en gran medida se expresa a través de la preocupación de los individuos por su cuerpo, por su salud, por su apariencia, por la negación del envejecimiento (Lasch, 1991).

Pero durante todo el lapso analizado, autores de diferente orientación no solo teórica, sino también ideológica, concluyen que la sociedad que unos denominan como capitalista y otros como occidental, se caracteriza por estar desprovista de valores estables, por la pérdida o debilitamiento de las certezas, por generar sujetos para los cuales nada o casi nada tiene sentido, por la desocialización de la sexualidad, por el incremento de situaciones de vida estresantes, lo cual refiere a la pérdida y/o modificaciones generadas en las relaciones sociales dominantes. Y así, una de las más notables especialistas brasileñas, al analizar la Reforma Sanitaria generada en

Brasil señala el incremento del individualismo y consumismo, así como el desmembramiento del tejido social, considerando que se ha desarrollado “un modelo social que prescinde de lazos sociales, donde el otro se torna objeto y no es un sujeto que deba ser más que tolerado, reconocido como igual, aunque diverso, en un proceso de comunicación en la esfera pública” (Fleury, 2007, p. 153).

Más aún, algunos autores proponen la existencia de dos modelos de sociedad: uno caracterizado por la producción de relaciones sociales y basado en el mantenimiento de “ataduras sociales”, y otro que produce individuos con capacidad de elección, y secundariza el papel de las relaciones sociales en las decisiones de los sujetos. Según Levine & White:

Los miembros de las sociedades industrializadas contemporáneas, especialmente en Occidente, tienen más de todo excepto de relaciones sociales; cuando al final son éstas las que dan a la vida un significado, que sin ellas no podría tener. Este tipo de sociedades impulsa la competencia, el aislamiento, la individuación, pero a costa de los vínculos sociales. (1987, p. 173)

De tal manera que filósofos sociales europeos y norteamericanos, que reflexionan sobre las sociedades capitalistas más desarrolladas, así como sociólogos, antropólogos, demógrafos y planificadores que trabajan en áreas del tercer mundo, y pertenecientes a variadas e incluso encontradas tendencias teórico/ideológicas, coinciden en subrayar el desarrollo de sociedades que no solo se caracterizan por la caída o ruptura de las relaciones sociales, sino además por colocar cada vez más sus objetivos intencionales y funcionales en la producción de sujetos, que se viven como sujetos.

Si bien estas tendencias señalan o por lo menos connotan negativamente la ruptura o erosión de los vínculos y redes sociales, así como la centralidad del sujeto, toda otra serie de tendencias, que reconocen el desarrollo de estos procesos, generan una lectura positiva o por lo menos rescatable de los mismos. Y así, una de las más destacadas sociólogas argentinas, señalando justamente los cambios que el capitalismo generó en la organización y relaciones familiares, concluye que:

Estos cambios guardan entre sí una gran coherencia: todos remiten a una demanda explícita o implícita, de autonomía personal, de valoración del ámbito de lo privado, de desvalorización de los lazos de dependencia respecto de las instituciones y de las personas. Ahora la familia debe ayudar a cada uno de sus miembros a construirse como persona autónoma. Los actores poseen un mayor control de su destino individual y familiar... (Torrado, 2004, p. 13)

Como ya vimos, toda una serie de tendencias, que desde la década de 1970 rescatan el papel del sujeto, tienden justamente a centrarse en el punto de vista del actor, y dejar de lado o secundarizar las relaciones sociales no solo en términos macro, sino también microsociales. Más aún, las mismas formarán parte de las tendencias teóricas que dominaron el pensamiento occidental durante las décadas de 1980 y 1990.

## Lo que no se busca no se encuentra

Ahora bien, junto con la variedad de orientaciones que describen y analizan la pérdida de las relaciones sociales y sus consecuencias, existen a través de todo el lapso señalado corrientes teóricas y aplicadas que describieron y analizaron la producción de relaciones y rituales sociales, colocando el centro de sus preocupaciones en las interacciones sociales, más allá de reconocer –o no– la erosión y/o desaparición de los mismos<sup>2</sup>.

Por lo tanto, si bien no niego la erosión y/o desaparición de ciertos rituales y relaciones sociales, así como sus posibles consecuencias negativas, considero no obstante que una parte de las relaciones y rituales no han desaparecido por lo menos respecto de la enfermedad y la muerte, sino que continuamente se constituyen o resignifican. Pero para ello, necesitamos buscar los rituales y relaciones sociales en los procesos y espacios sociales en los cuales se están dando, y no solo en los que desaparecen o erosionan, dado que como reflexionaba a fines de la década de 1960 Luis F. Rivas, en las ciencias sociales y antropológicas actuales “lo que no se busca no se encuentra”.

Más aún, debemos tratar de explicar por qué los científicos sociales, incluidos los historiadores, se preocuparon casi exclusivamente por la desaparición de rituales, relaciones y símbolos, y mucho menos por el surgimiento, resignificación y/o expansión de nuevas relaciones y rituales sociales. Si bien en particular la antropología social se preocupó a través de toda su trayectoria por los rituales sociales, especialmente por los rituales mágico/religiosos; y si bien a partir de la década de 1960 los antropólogos comenzaron a descubrir y describir rituales en muy diferentes campos, tengo la impresión de que por lo menos una parte de los antropólogos, que se dedican a estudiar los procesos de salud/enfermedad/atención en América Latina, están básicamente preocupados por los rituales y relaciones que desaparecen en lugar de buscar los que se están gestando y difundiendo.

Esto en parte es debido, como ya lo señalamos, a que los científicos sociales consideraron la vida moderna como secular, material, cuyos sujetos piensan a través de una racionalidad en términos de medios y fines, y en la cual no operarían los aspectos simbólicos y rituales. Si bien desde el funcionalismo parsoniano se señalaba la presencia de rituales y aspectos mágicos en el trabajo médico, y Mauss a partir de

---

<sup>2</sup> La genealogía, o por lo menos *mi* genealogía, del enfoque relacional parte de las propuestas de Marx sobre clases sociales y relaciones de clase; de Durkheim, que no solo desarrolla un enfoque relacional donde se articulan los procesos macro y microsociales, sino que además desarrolla los principales conceptos y técnicas relacionales en términos de teoría general, y de los procesos de s/e/a en particular. Y de la obra de G. H. Mead, a través de sus concepciones sobre el sí mismo y el otro generalizado, que propone un sujeto que se constituye a partir de las relaciones que vive cotidianamente con los ‘otros’. Es a partir de estos tres enfoques que fui incluyendo gran parte de las propuestas relacionales que surgen de los autores que he ido presentando en este texto, y que corresponden –y lo subrayo– a muy diferentes tendencias teóricas, incluso antagónicas. El conjunto de estas propuestas traté de articularlo en torno a las concepciones de Gramsci, especialmente las que refieren a las relaciones de hegemonía/subalternidad, que dará lugar a mi propuesta de modelos médicos y de transacciones sociales.

propuestas más o menos durkheimianas analizaba las técnicas del cuerpo en términos simbólicos y referidas no solo a las sociedades etnográficas, las orientaciones ideológicas dominantes excluyeron o por lo menos secundarizaron ciertos aspectos centrales de la realidad que estudiaban, y especialmente los nuevos rituales y relaciones que se organizaban en torno a los procesos de *s/e/a*.

Por estas y por otras razones, considero que deberíamos buscar los rituales y las relaciones sociales no solo donde creemos que están porque siempre estuvieron ahí, sino también en los espacios sociales en los cuales podrían estar desarrollándose, como ya lo hacía Goffman en las décadas de 1950 y 1960 respecto de las presentaciones/representaciones de los sujetos en la vida cotidiana, y especialmente en torno a la enfermedad mental dentro de ámbitos hospitalarios. Es a partir de este tipo de investigaciones que Goffman encuentra que los rituales son parte sustantiva de toda sociedad para convertirnos en sujetos de la misma, pero cuando este autor se refiere a rituales está pensando en los más frecuentes y olvidados comportamientos que los sujetos practican en su vida cotidiana, y especialmente en sus encuentros sociales, es decir, en lugares y relaciones donde la mayoría de los antropólogos no buscaron rituales ni símbolos.

Para Goffman, como para Gouldner o para O. Lewis, las relaciones de cooperación se han modificado, pero no han desaparecido, pues son básicas para la interacción cotidiana, y las practicamos constantemente a través de nuestros comportamientos y especialmente a través de las conversaciones que desarrollamos en nuestros diferentes encuentros sociales, y que suponen un esfuerzo de cooperación constante para poder mantener dicha conversación.

Según Goffman, estos aspectos “rutinarios” de nuestras vidas no son secundarios, sino básicos, dado que a partir de los mismos aprendemos a “negociar” con el “otro” dentro de diferentes situaciones, y constituyen aspectos básicos para convivir, para reducir las violencias en nuestras relaciones, pero a partir de convertir nuestros comportamientos rutinarios en rituales sociales “espontáneos” (Goffman, 1970, p. 46). Y Goffman, justamente, describe y analiza en particular los encuentros, relaciones y rituales que se generan dentro de instituciones médicas.

Desde esta perspectiva, debemos asumir que actualmente en los países occidentales, algunos de los más significativos rituales y relaciones sociales se generan y se organizan en torno a los diferentes procesos de *s/e/a* de tipo biomédico, aunque muchos antropólogos tiendan a buscarlos exclusivamente en los padecimientos y en la medicina tradicional, excluyendo los rituales y relaciones que se organizan en torno a las enfermedades alopáticas y a la biomedicina.

Las distintas sociedades –incluidas las nuestras– siempre han creado rituales en torno a los procesos de *s/e/a*, y si bien muchos de ellos han desaparecido o se han erosionado, debemos reconocer que no solo surgen nuevos, sino además que algunos son resignificados en función de nuevos problemas y/o de nuevas necesidades. Así, por ejemplo, la casi totalidad de los grupos amerindios mexicanos utilizan productos elaborados por la industria químico/farmacéutica, y algunos de esos productos, como las aspirinas, alka seltzer, vitaminas o antibióticos, han sido incluidos dentro de la relación frío/caliente que es parte fundamental de la cosmovisión de



estos grupos, y que les permite “apropiarse” en términos culturales de productos diseñados y producidos por la ciencia y la industria “occidental”.

Esto por supuesto no niega, y lo subrayo, que se haya dado una reducción o desaparición de relaciones y rituales sociales, y que dicho proceso afecta negativamente determinados procesos de *s/e/a*. Pero estas tendencias no deben a su vez negar que, en torno a los procesos de *s/e/a*, diferentes grupos sociales construyen actualmente nuevos rituales y relaciones sociales que identifican incluso a ciertos actores sociales, como ocurre en el caso de personas con VIH-sida o de los sujetos que participan en los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Respecto, por ejemplo, del consumo “excesivo” de alcohol y del alcoholismo se han constituido en México nuevos rituales de curación o por lo menos de evitación del consumo, como es el caso del denominado “Juramento a la virgen”. Dicho ritual implica que un sujeto alcohólico “jura” ante la virgen no tomar bebidas alcohólicas durante un lapso determinado, que pueden ser dos meses o dos años. El “juramento” se hace en una iglesia católica y ante un sacerdote, y supone que el sujeto que “juró” pueda documentar ante los demás que está “jurado”. Desde este momento, el sujeto ya no tiene la obligación social de tomar bebidas alcohólicas, de tal manera que el sujeto puede permanecer dentro de su red de amigos o familiares sin tomar este tipo de bebidas, y sin que los miembros del grupo lo presionen a beber, dado que el sujeto está “jurado”.

La importancia de este ritual, y más allá de su real eficacia, se expresa en que, en la propia basílica de la Virgen de Guadalupe de la Ciudad de México, se ha habilitado una capilla especial para los sujetos que “juran” ante la virgen no tomar bebidas alcohólicas por lo menos por un tiempo (Maldonado *et al.*, 1999).

La existencia de este nuevo ritual nos conduce, además, a reconocer que toda una serie de procesos relacionales son los que están operando para que se generen o se agudicen determinados problemas a nivel de los sujetos y de sus grupos de pertenencia, y que son estrategias relacionales las que pueden reducir o eliminar las consecuencias generadas –o por lo menos desarrolladas– dentro de estas relaciones sociales. Más aún, dichas estrategias relacionales son utilizadas por los saberes profesionales, como ocurre en México con la mayoría de las clínicas médicas privadas de atención a personas con problemas en el consumo de alcohol, y que han incluido con diversas variantes las concepciones y sobre todo las prácticas de los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Desde esta perspectiva, no podemos dejar de reconocer que gran parte del consumo de bebidas alcohólicas se desarrolla dentro de relaciones sociales; más aún, por lo menos una parte de dichas relaciones, parecen necesitar de dicho consumo para justificar y/o reforzar su existencia. Muchos sujetos que han dejado de consumir bebidas alcohólicas señalan que lo que extrañan no es tanto el alcohol, sino las relaciones sociales constituidas en torno al alcohol. De allí que las características de las relaciones sociales, dentro de las cuales siguen funcionando los sujetos con problemas de alcoholismo, parece ser la principal causa de la “recaída” en el consumo de alcohol –y en el alcoholismo– de los sujetos que a partir de tratamientos habían dejado de beber alcohol en forma “excesiva” o directamente se abstendrían de beberlo.

Debemos asumir que gran parte de los sujetos saben que determinadas relaciones y comportamientos que se desarrollan dentro de su vida cotidiana pueden ser negativos para ellos; no obstante lo cual siguen participando de dichas redes dada la significación social, cultural o económica que las mismas tienen para el sujeto. Más aún, el enfoque biomédico que dominó durante un lapso las interpretaciones profesionales sobre los sujetos alcohólicos, oscilaba entre reconocer la influencia negativa del consumo colectivo y asumir sin embargo el papel no solo positivo, sino incluso moderador de dicho consumo social. Tanto que el consumo solitario de alcohol fue considerado uno de los principales –si no el principal– indicadores de cuadros avanzados de alcoholismo.

Por lo tanto, no es casual ni arbitrario que los propios sujetos y grupos generen estrategias relacionales para enfrentar su problema de alcoholismo, pues debemos asumir que no solo los juramentos a la virgen constituyen una estrategia relacional, sino que la principal estrategia antialcohólica actual en varios países latinoamericanos tiene como base la reconstitución de nuevas relaciones sociales no alcoholizadas como alternativa terapéutica. Y, por supuesto, me estoy refiriendo a los grupos de Alcohólicos Anónimos.

En México, los grupos de AA se establecieron en la década de 1950 y tuvieron un lento desarrollo, hasta que a partir de la década de 1970 comenzó un notorio incremento de los mismos, de tal manera que en la actualidad se calcula que existen unos 14.000 grupos de AA funcionando a nivel nacional. Y debemos reconocer que esta institución basa su “tratamiento” en la aplicación del ritual de los doce pasos.

Estos grupos han generado espacios sociales de ayuda mutua, que reorganizan prácticas de autoayuda que tuvieron una gran expansión y uso durante el período medieval europeo en el pasado, y que han sido dadas por desaparecidas en la “sociedad occidental” actual, justamente por buscar dicha relación donde ya no está. Todo miembro de AA sabe que, además del grupo de autoayuda en el cual participa, cuando por diversas razones se traslada a otra localidad de cualquier parte de su país, puede solicitar a grupos de AA de dicha localidad de tránsito su integración durante el tiempo en que resida en dicha localidad; es decir, puede integrarse a grupos donde mantener relaciones antialcohólicas.

Pero esto no solo ocurre a nivel nacional, sino que un miembro de AA si viaja a otro país puede integrarse a sus grupos de AA. En diversos centros turísticos internacionales de México, los turistas reciben información sobre los locales de AA a donde pueden concurrir, mientras estén, por ejemplo, en Puerto Vallarta. Más aún, si el turista es norteamericano puede concurrir a grupos de AA donde se habla en inglés.

El caso de las bebidas alcohólicas nos posibilita observar que gran parte de su consumo, como ya lo señalamos, se da casi necesariamente dentro de relaciones sociales, ya que aparece como parte intrínseca de dichas relaciones y rituales sociales. Los estudios antropológicos han evidenciado que en los grupos étnicos americanos prácticamente toda ceremonia de tipo religioso, sociopolítica o doméstica implica el uso colectivo y ritualizado de alcohol. Pero esta característica ha sido típica de la mayoría de los países occidentales en el pasado y en la actualidad, dada

la construcción de espacios, relaciones y rituales donde el alcohol aparece como imprescindible.

Gusfield, a través de varias investigaciones que considero decisivas, viene señalando desde la década de 1960 que los usos del alcohol han constituido en la sociedad norteamericana un constante medio para la organización de comportamientos colectivos, que en unos casos condujo a procesos de movilización político/social, como fue el movimiento de templanza desarrollado a fines del siglo XIX y principios del XX; a procesos de participación social caracterizados por la constante transgresión de las reglamentaciones vigentes por parte de muy diferentes sectores sociales, como ocurrió durante la aplicación de la denominada “ley seca” durante la década de 1920 y principios de la de 1930; hasta la producción de un orden moral constituido en torno a la relación entre ebriedad y conducción de automotores, construida a través de criterios médicos y jurídico/policiales que inducen a comportamientos de control y autocontrol en los sujetos y grupos que beben alcohol, pero también entre quienes no lo beben (Gusfield, 1963, 1981).

Otros estudios han señalado que el consumo de bebidas alcohólicas constituye uno de los principales rituales que simbólicamente diferencian el orden del trabajo del orden del ocio, expresado a través de la separación imaginaria entre el día y la noche, donde el momento del ocio/no trabajo aparece asociado a la noche, al consumo de alcohol, a las relaciones sociales desarrolladas en bares, que se opone o por lo menos diferencia del mundo del trabajo.

De tal manera que el alcohol sigue constituyendo una sustancia a través de la cual se generan y/o articulan nuevos espacios, relaciones, rituales y símbolos, como es el caso de la denominada “ruta del bacalao” desarrollada en España desde la década de 1980 –inicialmente en el tramo carretero Madrid/Valencia– y en la cual, a través del consumo de alcohol, se articulan toda una serie de “indicadores” de la sociedad actual y especialmente los comportamientos de los adolescentes, el tiempo libre del fin de semana, la alta velocidad en carretera, música, baile, embriaguez, que posibilita el desarrollo de espacios ritualizados de pertenencia y de relaciones sociales en torno al uso de alcohol, y que concluye en la muerte de uno o de varios de los que practican esta ruta, especialmente los fines de semana.

Justamente, uno de los procesos que se expresa con mayor persistencia a través del consumo de alcohol, es el de que dicho consumo puede favorecer las relaciones, pertenencia y/o integración entre los miembros de un grupo determinado, y simultáneamente puede generar consecuencias negativas en por lo menos algunos de los sujetos que beben. El consumo de alcohol aparece, por lo tanto, como uno de los principales componentes de muy diferentes tipos de relaciones sociales y culturales de integración y pertenencia, pero simultáneamente aparece, por ejemplo, como la sustancia que más acompaña las violencias contra los otros (homicidio) y contra sí mismo (suicidio), por lo menos en México.

En los últimos años se han generado en México y en otras sociedades rituales basados en la exposición a riesgos especialmente en adolescentes varones, como es el caso de los “arrancones” que implica conducir un auto a alta velocidad y en espacios difíciles, y donde el sujeto que maneja, así como los que presencian, se

caracterizan por el consumo de alcohol y de sustancias consideradas adictivas. Estas conductas de riesgo, y los rituales dentro de las que operan, expresan el incremento de la mortalidad y discapacidad en personas de 15 a 24 años que caracterizan a la actual sociedad mexicana.

Y recordemos que accidentes de transporte y homicidios son la primera y segunda causa de muerte en este grupo de edad, constituyendo el 30% de todas las muertes que ocurren en este grupo (SSA, 2001a, 2001b).

Toda una serie de sociedades actuales, y especialmente las sociedades latinoamericanas, se caracterizan por el desarrollo de violencias de muy diferente tipo, que, por ejemplo, convierten a América Latina en la región a nivel mundial con mayor tasa de homicidios. En las últimas décadas, y como expresión de las luchas feministas, hemos visualizado cada vez más la existencia de violencias contra las mujeres que operan a nivel familiar y no familiar, y que evidencian la normalización de dichas violencias en la mayoría de nuestras sociedades.

Como sabemos, estas violencias se expresan actualmente en una creciente demanda de seguridad por parte de la mayoría de la población de nuestros países. Pero la existencia de los diferentes tipos de violencias no es un hecho nuevo ni reciente, sino que ha sido endémica en la mayoría de nuestros países. Por lo cual, nuestro marco analítico debería reconocer que no solo gran parte de nuestras relaciones sociales cotidianas se caracterizan por ser relaciones violentas, sino que los sujetos y grupos han construido técnicas, estrategias, rituales para poder controlar o reducir el impacto de dicha violencia.

Los antropólogos han estudiado los rituales que intentan controlar las violencias –o por lo menos reducir la agresión– especialmente entre varones, dado que, en todas las sociedades conocidas hasta ahora, los asesinatos son básicamente parte de las relaciones generadas entre varones. Por lo tanto, se han descrito los rituales cotidianos, incluidas las ceremonias del saludo, que implica –en términos de Goffman– la presentación del sujeto ante los otros en la vida cotidiana, y que tienen por función no solo el reconocimiento y la confirmación cotidiana de la relación a través del saludo, sino además el establecimiento de un vínculo tácito a través de decir “buenos” días o “adiós”, de tal manera que la palabra pero también los gestos corporales tratan de establecer una relación de reconocimiento y de cooperación que limite las posibilidades de agresión. Y recordemos que la palabra “saludos” viene de salud; más aún, del deseo de salud del otro, como explícitamente aparece en ciertas formas de saludo.

Si bien no cabe duda que en las sociedades actuales ha disminuido el uso y las características del saludo, y tal vez también de ceremonias para controlar la agresión, eso no significa que no existan, sino que deberíamos buscarlas, incluso a través de ciertas resignificaciones que se han dado en los últimos años en México. Hasta hace menos de dos décadas “buey” o “güey” era uno de los peores insultos que un sujeto podía dirigir a otro en México, y su uso concluía generalmente en enfrentamientos. Pero en los últimos años, los adolescentes de las diferentes clases sociales lo han convertido en la forma más frecuente de saludo entre ellos a través de un “órale güey”, o “¿cómo estás güey?”. Y repitiendo en la conversación la palabra “güey” cada dos o

tres frases. De tal manera que de ser un grave insulto se ha convertido en un saludo de reconocimiento y pertenencia social.

Toda una serie de estudios sobre diversos aspectos de la vida cotidiana han concluido que, una parte de los rituales y de las ceremonias que crean los grupos, tiene como objetivo establecer espacios de resolución social y/o simbólica de los conflictos que constantemente emergen entre sujetos y microgrupos al interior de las comunidades. Y, por lo tanto, dichos rituales y ceremonias deberíamos buscarlos, incluso a nivel de simples saludos, antes de decidir su inexistencia.

Justamente, como venimos señalando, la constitución de relaciones y rituales sociales en torno a diferentes procesos de *s/e/a* es una característica de todas las sociedades, incluidas las sociedades actuales. Diversas investigaciones han descripto y analizado las relaciones y rituales organizados en torno a la atención médica y especialmente las ceremonias quirúrgicas. Una de las más extendidas intervenciones quirúrgicas en México la constituyen actualmente las cesáreas, que se ha convertido en una de las principales formas normalizadas de parir tanto a nivel de la medicina oficial como de la privada, pasando en pocos años de constituir solo el 3% del total de los partos a representar actualmente más del 35% de los mismos. El parto por cesárea constituye un nuevo ritual para parir, que incluye la presencia por lo menos durante un tiempo de cicatrices corporales (Cárdenas, 2000; E. Puentes Rosas *et al.*, 2002).

La mayoría de los rituales y relaciones sociales que se organizan en torno a los procesos de *s/e/a* corresponden a sujetos específicos, como ocurre con la aplicación de vacunas, la mayoría de las cuales se aplican en la infancia, aun cuando algunas se aplican a otras edades en función de determinados padecimientos dominantes en las mismas. No obstante, en el caso de la infancia, la mayoría de las vacunas son obligatorias para la población de riesgo, y las autoridades del sector salud sostienen que actualmente el 97% de la población infantil está vacunada en México.

El esquema de vacunación de un niño mexicano es el siguiente: al nacimiento se le aplica en forma intramuscular en el hombro la vacuna antituberculosa (BCG); a los dos, cuatro y seis meses se le aplica la vacuna contra la poliomielitis y la vacuna pentavalente (difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, infecciones graves) por vía intramuscular, al año se le da la vacuna contra el sarampión por vía intradérmica; a los dos y cuatro años refuerzos de algunas vacunas (DPT), y a los seis años refuerzos de otras vacunas (SR). Si bien el esquema actual consta de diez “biológicos” (vacunas), para el 2020 serán veinte vacunas a aplicar, y la mayoría durante la primera infancia.

Es decir que hasta los seis años y especialmente durante su primer año de vida, casi todos los niños mexicanos reciben en su cuerpo una serie de aplicaciones preventivas, dado que se aplican a niños que no padecen de los problemas respecto de los cuales se los inmuniza. Si bien toda sociedad conocida establece rituales durante el primer año de vida, que tienen que ver con diferentes dimensiones de la vida microgrupal y comunitaria, no creo que exista otra sociedad que actúe en términos institucionales y obligatorios sobre el cuerpo de sus niños con la frecuencia e intensidad de los países de la sociedad occidental. A través del cuerpo de los niños las acciones biomédicas se institucionalizan y ritualizan como parte normalizada de la vida cotidiana.

El desarrollo de rituales que se expresan a través del cuerpo se observa en toda una serie de aspectos que no se reducen a los procesos de *s/e/a*, aun cuando pueden incluirlos, como por ejemplo el uso de tatuajes y de *piercing*, o a través de distintas formas de ejercer las violencias corporales. De tal manera que se desarrollan nuevas técnicas del cuerpo, donde diversas tecnologías, incluida la tecnología médica, cumplen un papel relevante en los rituales de identificación/diferenciación. Así las técnicas de adelgazamiento, las cirugías plásticas, los fármacos antiarrugas, el cambio de identidad sexual realizados a través de técnicas quirúrgicas y clínicas, operan en determinados sectores sociales, como los tatuajes, las heridas, los aretes, el fisiculturismo operan en otros, sin negar por supuesto el uso simultáneo de varias de las técnicas enumeradas.

El cuerpo, por lo tanto, se constituye en uno de los principales lugares de expresión de rituales, como por otra parte ha ocurrido en la mayoría de las culturas. Pero un cuerpo que, al ser, de manera narcisista, sacralizado conduce al desarrollo y ejercicio de rituales individuales. Y es ese cuerpo sacralizado y ritualizado el que simultáneamente expresa su diferencia, e incluso resistencia, por parte de ciertos grupos y sujetos.

Mientras que en otros trata de ser convertido en núcleo de consumos organizados en torno a la “belleza corporal y espiritual”, y que se expresa a través del incremento constante de centros de masajes y/o de reflexión, de proliferación de *spas* y de producción, publicidad y líneas de venta centradas en la “belleza”. No es un hecho casual que el periódico más dinámico de México –*Reforma*– haya comenzado a publicar desde principios de 2007 un suplemento dedicado a la “belleza femenina”, que se titula *Rituales*.

Más aún, como ya lo señalamos, el desarrollo de conductas de riesgo –que incluyen centralmente al cuerpo– constituye una de las principales características de diferentes sectores sociales y especialmente de grupos juveniles. Gran parte de estos rituales parecen exigir cada vez más la presencia de agresiones físicas hacia el propio cuerpo o hacia el cuerpo de los sujetos con los cuales se establecen relaciones.

Toda una serie de autores, en su mayoría pertenecientes a corrientes fenomenológicas o neodurkheimianas, como Eliade o como Girard, plantearon desde por lo menos la década del 40, la existencia de un proceso de desacralización en las sociedades occidentales, que estaba conduciendo a la desaparición de rituales que para ellos eran fundamentales para el funcionamiento de dichas sociedades, es decir, para no caer en la anomia, en la violencia hacia los otros y/o en la autodestrucción. Pero, al mismo tiempo, consideraban que por lo menos determinados sectores de la sociedad estaban inventando “nuevas” formas de sacralización y nuevos rituales.

De tal manera que, especialistas en adicciones como Oughourlian, consideran que determinados comportamientos juveniles, especialmente los organizados en torno al uso de drogas “adictivas”, estarían creando espacios de ritualización, de religación, pasando dichas drogas a ocupar el espacio que las “drogas culturales” como el alcohol tenían en el pasado, y que en parte siguen teniendo. Más aún, este autor propone que la expansión de la drogadicción entre los jóvenes constituye, sobre todo, un ritual contra la violencia:

El examen atento de este principio de no violencia, que se da en los toxicómanos de nuestro tiempo, nos ha revelado que se trata en realidad de una preocupación constante por conjurar la violencia; de una conducta para evitar la violencia (1977, p. 288).

Más allá de que estemos o no de acuerdo con este tipo de interpretaciones, lo que proponen no solo es reconocer la caída de ritos sociales, sino además el proceso de construcción de nuevos rituales en las sociedades actuales. Pero también nos recuerdan que una parte de estos rituales se caracterizan por la fuerte identificación y pertenencia grupal que generan, así como por la frecuencia e intensidad de las relaciones que se dan entre quienes participan, y que, si bien pueden reforzar la integración e identidad, pueden también generar consecuencias negativas que incluyen la muerte de uno o más miembros del grupo o de miembros de otros grupos<sup>3</sup>.

No debe soslayarse el hecho de que el VIH-sida emergió como problema luego de un fenomenal proceso de incremento de la presencia social pública, por lo menos en ciertos países, de homosexuales, o si se prefiere, de varones que tienen relaciones sexuales con otros varones. Durante las décadas de 1960 y 1970 se crearon espacios de participación masiva de homosexuales en ciudades como New York, Los Ángeles o San Francisco, que incluyeron la apropiación de espacios del tercer mundo como Marruecos o Tailandia como lugares de participación y experiencias colectivas de homosexuales.

Incluso se resignificaron fiestas “tradicionales”, de tal manera que toda una serie de carnavales se caracterizarán por la fuerte presencia de grupos homosexuales que, si bien expresa comportamientos previos “tradicionales”, incrementa notablemente su participación pública incluso en términos de turismo sexual.

Por lo tanto, la legitimación o por lo menos reconocimiento público de la homosexualidad en este período se basó en un extendido y constante proceso de participación social, por la ocupación de espacios públicos, por el uso de símbolos y rituales de identificación. Y este proceso es el que posibilitó que fueran determinados grupos gay –por lo menos en ciertos contextos y sectores sociales– los que desarrollarán una mayor participación y eficacia en la aplicación de diversas estrategias generadas para enfrentar la expansión del VIH-sida.

La observación de las sociedades actuales indica, por lo tanto, que se construyen y/o resignifican nuevos espacios, grupos y movimientos sociales que no necesariamente son permanentes, que en algunos casos operan durante lapsos relativamente cortos, pero que generan relaciones, rituales y símbolos de pertenencia y funcionamiento. Los espectáculos deportivos, los conciertos masivos de música popular, los períodos vacacionales, el turismo de masas, el desarrollo del comercio ambulante, los diferentes movimientos de protesta que incluso convierten espacios públicos

---

<sup>3</sup> Considero relevante y necesario hallar explicaciones respecto de por qué toda una serie de rituales y de conductas de riesgo están estrechamente vinculados con la muerte, especialmente en adolescentes varones.



en lugares sagrados de participación, como pueden ser el Zócalo de la Ciudad de México o la Plaza de Mayo de Buenos Aires, expresan esta tendencia.

Los rituales de identificación organizados a través de la pertenencia a un equipo de fútbol o de otros deportes, de las formas de vestir, de maquillarse, de cortarse el cabello, del uso del lenguaje, de formas de beber y del tipo de bebida consumida se caracterizan por su dinamismo y modificación, pero no por ello dejan de constituir rituales y relaciones de reconocimiento, pertenencia e identificación colectiva.

Los deportes y especialmente el fútbol han dado lugar durante el siglo XX a nuevas relaciones de pertenencia e identidad, así como al desarrollo de nuevos rituales. En México DF, Madrid o Buenos Aires en particular, cuando triunfa el equipo nacional en certámenes importantes, una parte de la población se reúne en “El Ángel”, la Fuente de la Cibeles o el Obelisco, respectivamente, para festejar colectivamente el triunfo del equipo. Este ritual se ha desarrollado en los últimos veinte años, y no sabemos si perdurará o es uno más de los nuevos ritos efímeros. Una parte significativa de estos rituales y relaciones de identidad y pertenencia se caracteriza por el uso de la violencia verbal y física, que puede llegar al asesinato de personas identificadas con “otros” equipos, pero también de suicidios<sup>4</sup>.

Por lo tanto, a través del fútbol, tanto en países europeos como latinoamericanos –y parece ser que a nivel casi mundial–, se organizaron nuevos rituales que se convierten en parte de la vida cotidiana especialmente para el proletariado urbano de dichos países, de tal manera que el domingo pasó cada vez más a estar marcado por la concurrencia a los estadios de fútbol, lo que implicaba el manejo de símbolos de diferenciación y de pertenencia como banderas, cánticos y la constitución de “barras”, que incluso con el tiempo se identificaron a través de denominaciones como la “perra brava” o los “sanguinarios”. Más adelante, la simbología de pertenencia se expresó también a través del uso de la camisa del equipo de preferencia, así como pintarse la cara y el resto del cuerpo con los colores que lo identifican.

Pero lo más significativo fue la construcción de actividades sociales que dividían ritualmente el día domingo, y que entre otras funciones daban identidad y pertenencia a los partidarios de los diferentes equipos de fútbol. Este proceso se constituyó en unos pocos años y pasó a ser parte constitutiva de la vida social de gran parte de la población masculina urbana.

---

<sup>4</sup> Para algunos analistas, gran parte de los procesos señalados constituyen ‘espectáculos’, connotando con este término la pasividad que caracterizaría a los que van a presenciarlos. Lo mínimo que se puede decir de dichos análisis –y de sus analistas– es que fueron, si es que lo hicieron, a esos espectáculos como espectadores y no como va la mayoría de los que asisten a un estadio de fútbol, que van como partidarios, como fanáticos, como *torcedores*, como *hinchas*, como *tifosis*, como *barras*, etc., de algunos de los equipos a través de los cuales se participa, real e imaginariamente, a niveles que pueden implicar no solo festejos o depresiones colectivas, sino también la muerte por agresión, por angustia e incluso por felicidad. Como declaró recientemente César Luis Menotti: “El fútbol es un lugar de apasionamiento, tristeza y alegría; en todas partes, aun en el país más chico y lejano, el fútbol tiene una representatividad que hace que la gente se junte y discutamos. No es muy fácil encontrar un lugar donde uno tenga garantizada la posibilidad de apasionarse” (*La Jornada*, 2/8/2008).

Ahora bien, dada su significación económica/política, los partidos de fútbol fueron cada vez más mercantilizados, generando modificaciones en los rituales, de los cuales el más importante es haber roto la significación del domingo como día “sagrado”, dado que en las dos últimas décadas y en forma creciente y en cada vez más países, los partidos de fútbol se juegan durante varios días de la semana, incluido el domingo y en diferentes horarios, y no a la hora señalada.

Este proceso, no obstante, no supone la eliminación de los rituales, relaciones y espacios sociales, sino de ciertos rituales, relaciones y espacios que son reemplazados por otros, y que expresan a una sociedad actual caracterizada cada vez más por el desarrollo de nuevos ritos y relaciones, una parte de los cuales, por lo menos, son efímeros.

## La constante reaparición de lo negado

Por otra parte, debemos reconocer que, si bien toda una serie de rituales, relaciones y símbolos político/ideológicos que caracterizan a grupos identificados con distintas orientaciones político/ideológicas han perdido significación y uso, no cabe duda que actualmente se están desarrollando nuevos rituales político/ideológicos, que evidencian la notable significación de los mismos, como ocurre en el caso de las Madres de Plaza de Mayo.

Posiblemente, alguno de los principales símbolos, rituales y relaciones sociales se organizaron durante los siglos XIX y XX en torno a lo político/ideológico, especialmente a nivel de determinados actores sociales y tanto en términos nacionales como internacionales. Las banderas rojas y rojinegras, la hoz y el martillo o la swastika, el puño cerrado o el saludo romano, los cánticos socialistas, anarquistas, populistas o fascistas constituyeron rituales de masas de alta visibilidad y poder de identificación, pertenencia y movilización, los cuales han desaparecido o perdido su significación masiva. Pero ello no supone que los rituales y símbolos político/ideológicos han desaparecido, sino que solo han desaparecido algunos de los más significativos y expandidos.

Más aún, hoy algunos de esos rituales se han resignificado, como es el caso del puño cerrado que identificó sobre todo al movimiento comunista, y que fue utilizado en los Juegos Olímpicos y en otros eventos internacionales por atletas negros norteamericanos que adherían al “poder negro” en unos casos o que cuestionaban el racismo de los EEUU. Actualmente, el puño cerrado puede ser presentado por atletas africanos, por deportistas gay o solo porque el sujeto tiene ganas de hacerlo.

Hay toda una serie de rituales político/ideológicos que son negados por la sociedad occidental actual en tanto rituales, pero que sin embargo la afectan cada vez más en forma directa. Me refiero a los suicidios de carácter político expresados actualmente sobre todo en Irak y en Palestina, que dentro de la clasificación de Durkheim corresponden al tipo de suicidio “altruista”. ¿Qué diría Fanon (1968) si observara las luchas por “el velo” (*chador*) dadas actualmente por la población de origen musulmán –incluida la participación activa de mujeres adolescentes– en varios países europeos, y que condujo a los poderes legislativo y ejecutivo de Francia

a establecer una ley que prohíbe en todas las instituciones, y especialmente en las educacionales, el uso de símbolos religiosos y no solo musulmanes, sino también judíos y cristianos? Lo cual exacerba aún más el reclamo por el uso de esos símbolos, especialmente en la comunidad musulmana.

Pero, además, y como lo ha evidenciado constantemente la investigación socioantropológica, las sociedades tratan de mantener los rituales que forman parte de sus procesos reproductivos básicos, adaptándolos a las nuevas condiciones de vida. Mendoza (1994, 2004) ha descrito en el grupo étnico triqui residente en Copala (Oaxaca) la importancia que tiene el baño de temazcal para las parturientas, y ha documentado cómo los triquis, en sus procesos de migración y asentamiento en la Ciudad de México, tratan de seguir manteniendo ese ritual fundante para ellos a través de la utilización de los baños de vapor localizados en el centro histórico de la ciudad, y desarrollando en dichos “baños públicos” las actividades ceremoniales que pueden favorecer la recuperación de la parturienta, así como la reproducción sociocultural de su grupo.

Hay toda una serie de rituales que existen en la sociedad mexicana y que, pese a su presencia y la mayor visibilidad pública desarrollada en los últimos años, casi no han sido estudiados. Me refiero, por ejemplo, a la “venganza de sangre” (ver Capítulo 3), que se caracteriza no solo por establecer determinados tipos de relaciones y rituales sociales, sino que, además, actualmente, por su adaptación a los objetivos de la criminalidad organizada.

Por lo tanto, por lo menos una parte de las relaciones y rituales sociales actuales constituyen, en muy diferentes grupos y sectores de la sociedad mexicana, resignificaciones de rituales y relaciones que son parte de la cultura y de las culturas mexicanas.

Pero en este apartado me interesa, además, poner de manifiesto el desarrollo de nuevos rituales y relaciones sociales en diferentes campos y actores sociales. Y así tenemos, por ejemplo, los grupos de autoayuda constituidos en torno a una gran variedad de procesos de s/e/a. Si bien, como ya vimos, este tipo de grupos se inició respecto del alcoholismo con la creación de Alcohólicos Anónimos, actualmente se organizan preferentemente en torno a enfermedades mentales, padecimientos crónicos/degenerativos y discapacidades. Y dichos grupos de autoayuda, si bien se constituyen a partir de los sujetos que padecen un problema determinado, pueden incluir a sus familiares dentro de grupos de apoyo que implican el desarrollo de relaciones sociales. No obstante, debemos subrayar que el núcleo de estos grupos lo constituyen los sujetos que padecen un determinado problema, y no refiere a la comunidad como un todo, por lo cual la pertenencia, relaciones e integración se basan en el padecimiento de los sujetos como principal mecanismo de inclusión/exclusión.

Estos grupos desarrollan rituales sociales que pueden estar muy codificados como el “programa de los doce pasos” desarrollado por Alcohólicos Anónimos, pero que utilizan actualmente los más diversos grupos de autoayuda. Y dicho ritual constituye un típico ritual de ascenso desde lo negativo hasta lo positivo, que como todo ritual de ascenso supone caídas, retrocesos y avances, y la cuestión es observar el papel que cumple dicho ritual en términos terapéuticos y socioculturales.

La construcción de redes sociales de ayuda y de autoayuda constituye uno de los procesos que con más frecuencia desarrollan los sujetos y grupos respecto de diferentes procesos de *s/e/a*. Estas redes se organizan –o son organizadas– en forma permanente o como respuesta a situaciones coyunturales, como ocurrió en 1985 en México DF ante las consecuencias de uno de los más graves sismos que padeció dicha ciudad; o durante los años 2002 y 2003, como estrategia ante el grave desabastecimiento de fármacos que operó en las instituciones oficiales de salud respecto del conjunto de las enfermedades, y especialmente del VIH-sida.

En el caso del VIH-sida las redes operaron a través de todo un espectro de acciones desarrolladas por los seropositivos, desde la denuncia de esta situación a la Comisión Nacional de Derechos Humanos y a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), hasta la presión directa sobre los funcionarios de salud, pasando por la construcción de su propia red de abastecimiento de fármacos.

Dada la continuidad del desabastecimiento de medicamentos específicos:

...muchos seropositivos han establecido el préstamo o intercambio de fármacos como forma alterna a la oficial, pues los precios de los tratamientos fuera del ámbito gubernamental pueden llegar a alcanzar niveles sumamente costosos [...] Agrupados o no en diversas organizaciones de autoapoyo, las personas que viven con VIH-sida han encontrado en este sistema la forma de continuar sus tratamientos sin tener que desembolsar enormes cantidades de dinero. Las redes solidarias nacieron hace 22 años [...] se estableció un banco de medicamentos sustentado en aportaciones voluntarias desde 1985; así las personas que van cambiando de tratamiento y se quedan con medicamentos que no usaron, nos los traen para que podamos redistribuirlos. También recibimos los medicamentos de las personas fallecidas. (Reyes, 2003)

Debido al incremento de las enfermedades crónicas/degenerativas, de las discapacidades y de otros problemas, los procesos de *s/e/a* se han convertido en uno de los principales campos de construcción de relaciones sociales, especialmente en términos de grupos de autoayuda. Si bien este proceso se está dando en la mayoría de las sociedades, debemos subrayar que los EEUU es el país que tiene el mayor número de grupos de autoayuda construidos en torno a los procesos de *s/e/a*, lo cual por lo menos contrasta con los estereotipos que consideran a dicho país como el paradigma del individualismo, la competencia y la inexistencia de solidaridades básicas.

Más aún, en los EEUU se crearon los “bancos de ayuda social” en los cuales la gente inscribe el número de horas y de actividades que está dispuesta a hacer para ayudar a otros. Y, en la actualidad, EEUU sigue siendo el país cuya población está dispuesta a prestar más horas de ayuda, respecto de cualquier otro país. Y estas horas de ayuda pueden ser para estar una hora con un anciano solo, o para acompañar a un enfermo de VIH-sida, o para cuidar niños de una mujer que trabaja.

Por supuesto que este proceso tiene interpretaciones de diferente tipo, pero lo que me interesa subrayar es el dominio de concepciones respecto de las relaciones sociales que frecuentemente tienen poco que ver con lo que ocurre en la realidad.

Toda una serie de procesos que tienen que ver, directa o indirectamente con procesos de s/e/a, han dado lugar al desarrollo de relaciones sociales en sectores específicos. Así, como ya lo señalamos, en las grandes ciudades latinoamericanas han surgido los grupos de “niños de la calle”, cuya capacidad organizativa ha posibilitado en gran medida la supervivencia de sus miembros por lo menos durante un determinado tiempo, dada su limitada esperanza de vida.

Algunas de las principales nuevas redes sociales se están organizando a través de la expansión de las iglesias de origen protestante, de las denominadas “sectas”, pero también de sectores católicos conocidos como “carismáticos”, caracterizados por promover las relaciones entre sus miembros. En México, la organización religiosa que más se ha expandido en los últimos veinte años es la Iglesia de la Luz, la cual se caracteriza por impulsar fuertemente las relaciones sociales entre sus miembros no solo en términos de asistencia a la Iglesia, sino también de relaciones sociales barriales.

La mayoría de estos grupos –incluidos los grupos *new age*– desarrollan algún tipo de ceremonia curativa, que presentan momentos de participación colectiva. No sabemos si estos grupos y movimientos se convertirán o no en “cultura”, pero ello no niega la existencia de estos procesos caracterizados por el desarrollo de relaciones y rituales sociales.

Ahora bien, esto no niega, como ya lo señalé, el declive a nivel general de un gran número de religiones tradicionales, especialmente del catolicismo y de las formas más orgánicas del protestantismo. Más aún, la caída de estas religiones ha sido vertiginosa en varios países capitalistas centrales, como es el caso de Francia, donde a principios de los años 50 el 92% de los niños estaban bautizados, mientras a fines de 1990 lo estaba menos del 50%, lo cual supone la reducción notable de uno de los principales ritos de pasaje organizados en torno al cristianismo. Esta caída se expresa, además, en el hecho de que en 1950 se ordenaban en Francia alrededor de mil sacerdotes por año, y ahora no llegan a cien.

Si bien en América Latina la caída del catolicismo todavía no es tan acusada, y una ceremonia como la peregrinación a la Basílica de Guadalupe, en México, puede movilizar entre seis y diez millones de peregrinos en torno al día 12 de diciembre, ello no niega la paulatina –y en algunos contextos veloz– reducción del número de católicos, aunque paralelamente se observa el incremento de nuevas religiones, como lo señalamos previamente.

Más aún, la investigación académica evidencia que, si bien determinadas creencias religiosas son eliminadas, incluso por la propia Iglesia Católica, como es el caso del “purgatorio”, se desarrollan nuevas creencias respecto de la reencarnación, especialmente en jóvenes de varios países europeos y de los EEUU Y todas estas tendencias –y es lo que me interesa subrayar– suponen el desarrollo de relaciones y rituales sociales.

Toda una serie de problemas que ya hemos mencionado, como los referidos a la situación de la mujer, a los niños de la calle, a ciertos padecimientos o a la lucha contra la pobreza han dado lugar a la creación y desarrollo de organizaciones no gubernamentales (ONG) que, por una parte, impulsan estrategias basadas en la creación de redes sociales de apoyo y, por otra parte, ellas mismas se organizan y

funcionan a través de redes nacionales e internacionales que posibilitan su financiamiento y funcionamiento.

Más allá de las lecturas contradictorias y complementarias que existen respecto del papel y funcionamiento de las ONG, lo que me interesa subrayar es que por lo menos una parte de las mismas favorecen e impulsan la organización y desarrollo de redes sociales, al mismo tiempo que refuerzan la orientación de perspectivas a-relacionales al focalizar sus acciones exclusivamente en ciertos actores sociales, como ocurre sobre todo en el caso de las ONG organizadas a partir del género. La casi totalidad de las actividades son dirigidas a los sujetos y grupos en términos de su identidad de género, excluyéndose la construcción del trabajo con relaciones intergenéricas.

Correlativamente, los programas oficiales de lucha contra la pobreza en México se caracterizan por operar a través de sujetos y de redes microsociales, especialmente a través del papel dado a la mujer. Y al igual que lo que señalamos respecto de las ONG, más allá de la interpretación que hagamos sobre las funciones y/o eficacia de estos programas, no cabe duda que también han impulsado determinadas relaciones sociales. Incluso de relaciones “clientelares”.

Además, intervienen toda una serie de procesos y actores sociales, como es el caso de los medios de comunicación masiva, que han sido considerados como uno de los instrumentos que más han afectado negativamente los ritos y relaciones sociales, dado que dichos medios habrían favorecido la atomización, masificación y aislamiento de los individuos.

Sin embargo, desde la década de 1940, los estudios de Lazarsfeld y de otros autores (Katz, 1992; Lazarsfeld, 1955; Lazarsfeld *et al.*, 1962) han sostenido que los medios no generan la reducción de las relaciones sociales, sino que, por el contrario, favorecen su desarrollo y mantenimiento. Sostienen que no son los medios los que inciden en los saberes de los sujetos, sino que son las relaciones personales de los sujetos, que consumen dichos medios, los que tienen el papel decisivo en la interpretación y uso de dicha información.

Pero más allá de estas interpretaciones, una parte de los especialistas en medios de comunicación masiva reconocen que estos han creado nuevas formas de interacción social (E. B. Thompson, 1998), e incluso que el uso de los medios se ha constituido en ritual cotidiano para gran parte de la población. De tal manera que según Nordenstreng, más del 80% de la población finlandesa ve el noticiario televisivo nocturno, operando como un ritual más que como una fuente de información y/o entretenimiento (Morley, 1996). Y a conclusiones similares han llegado estudios realizados en públicos de los EEUU, Francia e Inglaterra.

Más aún, según ciertos analistas, los medios fomentan el sentido de pertenencia, promueven las relaciones sociales, facilitan la interacción personal:

La televisión es una formidable herramienta de comunicación entre los individuos. Lo más importante no es lo que han visto, sino el hecho de hablar de ello. La televisión es un objeto de conversación; es un vínculo social indispensable en una sociedad donde los individuos a menudo están aislados y a veces solos. No es la televisión quien ha creado la soledad o el éxodo rural [...] ni ha destruido los tejidos locales ni separado las familias. Ella más

bien ha amortiguado los efectos negativos de estas profundas mutaciones, ofreciendo un nuevo vínculo social en una sociedad individualista de masas. (Wolton, 2000, p. 80)

Los medios expresarían ante el público los nuevos y viejos rituales sociales masivos, que se expresan a través de sus principales titulares y anuncios, y que marcan la existencia y el transcurrir de determinados acontecimientos sociales colectivos. Y así los medios marcan el año a través de señalar en México el Año Nuevo, los Reyes y la cuesta económica de enero; la semana de Pascua; llegan las vacaciones; la vuelta a clases; el día del Grito; comienzan las Posadas, la virgen de Guadalupe y las fiestas navideñas, marcando espacios sociales ritualizados, que, si bien en su mayoría son previos, ahora son señalados año tras año por los medios y son vividos y usados por la población como parte de sus relaciones y rituales.

Según algunos analistas, los medios son los principales difusores de los escándalos de todo tipo, desde los político(s) hasta los sexuales, pasando por los escándalos de corrupción económica, de tal manera que operan como rituales a través de los cuales "...una sociedad se enfrenta a las debilidades y a las transgresiones de sus miembros, y mediante los cuales se robustecen las normas, las convicciones y las instituciones que constituyen el orden social" (E. P. Thompson, 2001, p. 325).

Si bien podemos cuestionar esta interpretación, y el mismo Thompson lo hace, debemos reconocer que toda una serie de propuestas van en esta dirección, sosteniendo que son en los nuevos fenómenos colectivos donde se generan una parte de los nuevos rituales comunitarios. Para Sheff, si bien la sociedad actual –piensa en los EEUU– no tiene rituales a través de los cuales expresar sus emociones, sus llantos y sus pérdidas, especialmente ante los eventos críticos; sin embargo, las noticias, los espectáculos catastróficos y los entretenimientos de masas pueden cumplir esta función: "resulta concebible que los entretenimientos de masas que pueden producir catarsis colectivas logren sustituir, al menos en parte, a los rituales cada vez más empobrecidos de las sociedades modernas, como arenas en que puede generarse un sentido de comunidad" (1986, p. 134).

## Los rituales efímeros

Podríamos seguir enumerando otros espacios y actores sociales a través de los cuales observar la posible constitución de relaciones y rituales sociales, pero me interesa recuperar especialmente el espacio laboral debido a que autores como Bauman, Bourdieu y especialmente Castel lo consideran como una de las principales expresiones de la erosión o desaparición de lazos y rituales sociales. Las constantes modificaciones de las formas y condiciones de trabajo, así como los fenómenos de desocupación y subocupación generados por el capitalismo, especialmente a partir de la década de 1970, tenderían a fragmentar y desestructurar a las sociedades actuales, y especialmente a eliminar o a erosionar las relaciones sociales organizadas en torno al trabajo.



No cabe duda que en la mayoría de los países latinoamericanos observamos un proceso de reducción de los empleos formales, especialmente en el sector industrial, pero también en la producción agrícola/ganadera, así como observamos la reducción del número de trabajadores sindicalizados y el papel de las organizaciones sindicales. Es también correcto reconocer, que la mayoría de los puestos de trabajo que se crean actualmente en América Latina y especialmente en México son de tipo “informal”, asumiendo que en México se incorporan anualmente al mercado productivo entre 1.200.000 y 1.400.000 jóvenes, que en su mayoría trabajarán en el mercado informal o migrarán a los EEUU. Pero más allá de las consecuencias negativas que tienen estos procesos, ello no implica concluir que desaparezcan las relaciones sociales constituidas en torno al trabajo, sino asumir que se reducen o desaparecen determinadas relaciones laborales que, por más importantes y significativas que sean, no agotan el campo de las relaciones organizadas en torno a otras formas de trabajo.

Como sabemos, la mayoría de los puestos de trabajo formales, especialmente los industriales, generan básicamente dos tipos de “satisfacciones” en el trabajador. Primero, la devenida del logro de ingresos y prestaciones sociales, y en segundo lugar, la generada por las relaciones construidas con los compañeros de trabajo en el espacio laboral y fuera de él. Por lo tanto, el trabajo es uno de los espacios de constitución de algunas de las más significativas y duraderas relaciones sociales.

Pero estas y otras satisfacciones no operan solo a través del trabajo industrial, aunque este aparece para autores como Castel (1995) como el modelo a partir del cual pensarlas. Junto con este, hay otro aspecto teórico de notoria importancia, por lo menos para mí, y me refiero a asumir que las relaciones laborales constituidas en torno a los procesos industriales y en términos masivos son relativamente nuevos en términos históricos (Menéndez, 1987). Es decir que estas relaciones formaron parte de la vida de los sujetos que trabajan solo desde hace comparativamente pocos años, por lo menos en la mayoría de los países latinoamericanos, incluidos aquellos con más antiguo desarrollo del sector industrial.

Este reconocimiento nos lleva a revisar una parte de los argumentos de los que melancolizan la desaparición de ciertas relaciones y rituales sociales, ya que a veces parece que se refieren a las relaciones laborales y sindicales con una profundidad histórica que realmente no tienen, por lo menos entre nosotros. Pero incluso el proletariado industrial urbano más antiguo, el inglés, tan extraordinariamente descrito y analizado por E. P. Thompson (1977), nos refiere a fines del siglo XVIII y sobre todo a principios del siglo XIX, lo cual no niega la importancia y significación económica y sociocultural que tuvieron y todavía tienen dichas relaciones.

Más aún, lo que estos procesos nos indican es que, aun relaciones y rituales sociales constituidos en fechas relativamente recientes cobran una profundidad social, cultural y subjetiva que el sentido común suele considerar más o menos como inmemorial. Subrayo estos aspectos, porque considero que, si asumimos el real tiempo histórico y la calidad simbólica y subjetiva de determinadas relaciones, podríamos comenzar a pensarlas en términos de cambio y de resignificación, más que en términos de permanencia y pérdida. Más aún, podemos comenzar a pensar

y a implementar las relaciones y rituales sociales en términos de corta duración histórica, y de rituales efímeros.

Pero, además, las reflexiones sobre la reducción de puestos de trabajos formales y el paso a primer plano de los trabajos informales, dan la impresión de que los nuevos trabajos informales no dieran lugar a relaciones y rituales sociales, cuando por lo menos una parte de los mismos se caracterizan no solo por incluirlos, sino también por recuperar ciertos espacios de relaciones primarias que han estado erosionándose.

En principio, los trabajos de tipo informal generan relaciones de muy diverso tipo entre los propios sujetos que trabajan, en relación con la población a la cual dan sus servicios, y en relación con los organismos y personas que los controlan. Desde esta perspectiva, observamos que se constituyen relaciones de ayuda mutua y de competencia, así como relaciones clientelares en términos no solo económicos, sino también políticos y policiales.

En la Ciudad de México, desde por lo menos la década de 1960, se instalaron las denominadas “Marías”, mujeres de origen indígena dedicadas generalmente a la venta de dulces. El trabajo de las “Marías” se realizaba y realiza en la calle, y la mujer que vende está casi siempre acompañada por la mayoría de sus hijos de diferentes edades, que la ayudan en la venta o piden directamente dinero a transeúntes y sobre todo a automovilistas. Es decir que durante un lapso de entre ocho y doce horas, el trabajo fuera del hogar de estas mujeres se caracteriza, entre otros procesos, por la participación de una parte del grupo familiar en tareas conjuntas, la cual implica la convivencia entre hijos y madre durante un tiempo mayor que el que se da entre las mujeres que tienen empleo formal y sus hijos.

Pero, además, hay otras actividades en las cuales suele colaborar el grupo familiar incluyendo el padre de familia, como es el caso de los cuidadores de autos estacionados en las veredas o banquetas. Tarea que es realizada sobre todo por individuos varones, pero también por familias que organizan su trabajo en forma grupal. Estas familias e individuos cumplen un horario de trabajo en la mayoría de los casos mayor de ocho horas, y en el caso de los grupos familiares sus miembros conviven en el lugar de trabajo, es decir, en la calle, donde comen juntos y los niños pueden realizar su tarea escolar en algún momento del trabajo, por lo cual también observamos un tiempo de relaciones familiares mayor que en el caso de los padres con empleos formales.

Más allá de las graves y negativas consecuencias económicas y ocupacionales que tuvieron las políticas neoliberales impulsadas en Argentina durante la última dictadura militar y durante la década de 1990, es importante recuperar el desarrollo de trueque de bienes y de servicios en medios urbanos que se generó en dicho país (González Bombal, 2002), lo cual evidencia la construcción de “nuevas” relaciones sociales, económicas y ocupacionales que no eran consideradas compatibles con formas de vida urbana dentro de las economías capitalistas. Sobre todo, porque la mayoría de los que desarrollaron el sistema de trueque fueron personas pertenecientes a clases medias o a trabajadores urbanos que estaban cayendo en la desocupación y/o en la pobreza.

Sin embargo, esta experiencia no es excepcional ni producto exclusivo de la difícil situación económica que atravesaba Argentina, dado que en los últimos años

se ha desarrollado notablemente el trueque a través de Internet, en el cual suelen aparecer mensajes que proponen: “Resolvemos todos los requerimientos de software de su empresa a cambio de alimentos, bebidas, calzado o uniformes”. Según estimaciones de la Asociación Internacional de Intercambio Recíproco, el trueque de mercancías y servicios a nivel mundial tuvo un valor durante 2004 de casi 850 mil millones de dólares, y dicho organismo “calcula que durante el presente año más de medio millón de empresas alrededor del mundo realizarán operaciones de intercambio de bienes y servicios sin que haya una unidad monetaria de por medio” (*Reforma*, 20/3/2006).

Pero no solo el trueque persiste, sino también otras relaciones que tienen que ver en forma directa e indirecta con la situación ocupacional y económica. Y así observamos que la solicitud de préstamos económicos a familiares y amigos, así como la compra al fiado en almacenes/abarrotes de barrio, siguen siendo parte de la vida cotidiana especialmente de las clases subalternas.

En las sociedades actuales, y especialmente en la sociedad mexicana, una parte de las actividades laborales se desarrollan a partir del crimen organizado, y nos referimos a la producción rural de marihuana y amapola que da lugar a la fabricación de sustancias adictivas, así como al narcotráfico y especialmente al narcomenudeo, que constituyen espacios de trabajo donde se desarrollan relaciones laborales y de otro tipo caracterizadas frecuentemente por su resolución violenta.

En los últimos veinte años, las organizaciones de narcotraficantes están utilizando las relaciones clientelares que caracterizaban las formas de hacer política en la mayoría de los países latinoamericanos. En el caso de México, esta estrategia se viene desarrollando desde hace décadas, y sobre todo desde la década de 1990, cuando los narcotraficantes incrementan su participación en las actividades políticas especialmente a nivel municipal, provincial y regional, pero también a nivel nacional. De tal manera que, en diversos Estados del país, los narcotraficantes intervendrían en forma organizada en la elección de autoridades en diversos niveles, pero especialmente a nivel municipal.

Desde esta perspectiva, toda una serie de actividades ocupacionales criminales o criminalizadas están basadas en el establecimiento de determinadas relaciones y redes sociales para asegurar su eficacia, como ocurre actualmente no solo con el narcotráfico, sino también con la industria de los secuestros, con la industria del robo y venta de autos, así como históricamente ha ocurrido y ocurre con la prostitución.

La mayoría de estas ocupaciones dan lugar y operan dentro de relaciones sociales desarrolladas a nivel local, nacional e internacional, que incluyen cada vez más personas, especialmente correspondientes a los sectores juveniles.

Durante la década de 1980 y 1990, Bourgois (1995) realizó un estudio en los EEUU que lo condujo a concluir que los sujetos y redes de narcomenudeo evidencian que, tanto los objetivos como las formas de organización de los mismos, corresponden a algunas de las características centrales de la sociedad norteamericana. Lo cual, como sabemos, ya fue propuesto por una parte de los estudiosos de la desviación social en las décadas de 1950 y 1960 (Menéndez, 1979). De tal manera que estas relaciones

sociales, organizadas en torno a la criminalidad, expresarían las relaciones y valores dominantes de las sociedades dentro de las cuales se desarrollan.

Hay otros procesos vinculados al trabajo, cuyo significado y consecuencias son por lo menos conflictivos en términos de relaciones sociales. Así, por ejemplo, especialmente en familias pobres y marginales se genera un proceso de expulsión de algunos de sus miembros, que da lugar a la constitución de los denominados “niños de la calle”<sup>5</sup>. Es decir, observamos un proceso que, al mismo tiempo que expresa la ruptura de relaciones sociales familiares, conduce al desarrollo de relaciones de ayuda mutua entre los niños/adolescentes para poder sobrevivir. Gran parte de los niños se van de sus hogares debido no solo a las carencias familiares, sino también al maltrato a que son sometidos, y si bien una parte de ellos han sido internados en albergues, la mayoría prefiere vivir en la calle, en la cual trabajan limpiando parabrisas, pidiendo limosna, cuidando autos, robando. Pero una de sus características es que no viven solos, sino que se asocian con otros “niños” y adolescentes de la calle.

Por último, tenemos el fenomenal proceso migratorio actual desde los países del denominado Tercer Mundo hacia ciertos países europeos y hacia los EEUU. Como sabemos, estos procesos se caracterizan por la creación de espacios de autorreconocimiento, pertenencia y participación social, así como por la construcción de organizaciones y de redes de autoayuda social, laboral y de protección. Es un proceso que se caracteriza, y lo subrayo, por el uso y la constitución de redes sociales entre los migrantes como estrategia básica de supervivencia, incluida centralmente la obtención de trabajo remunerado<sup>6</sup>.

Estas características relacionales del proceso migratorio fueron descritas y analizadas para el lapso de la “gran migración” de europeos y de población del denominado “Cercano Oriente” hacia los EEUU y América Latina durante el siglo XIX y primeras décadas del siglo XX. Y la actual migración reitera los mismos mecanismos basados en la construcción o mantenimiento de redes sociales, étnicas, religiosas, regionales o nacionales.

Este proceso, por sí solo, da cuenta de la notable significación actual de las relaciones sociales en el mundo laboral, y que no solo se observa en todos los pasos del proceso migratorio, sino también en el incremento creciente de las remesas de dinero enviadas por los migrantes a sus familias residentes en sus países de origen.

Ahora bien, tanto respecto de la “gran migración” como de la actual migración, los analistas y el saber popular han subrayado especialmente los procesos de soledad,

---

<sup>5</sup> Una parte de los “niños de la calle” siguen viviendo con sus familias, y su vida en la calle obedece a que en la misma pueden conseguir medios para sobrevivir. De tal manera que estos niños “viven” en la calle inducidos, en gran medida, por sus propias familias.

<sup>6</sup> El proceso de “la gran migración” hacia países como Argentina, EEUU o Uruguay entre 1870 y 1920 se caracterizó por el notable desarrollo de organizaciones de ayuda mutua que, en gran medida, se desarrollaron para atender procesos de salud/enfermedad/atención. Este proceso casi obvio lo “descubrí” a través de mi primer trabajo de investigación más o menos serio, que realicé sobre migración española e italiana en una comunidad de la provincia de Entre Ríos (Menéndez, 1964/1967).

aislamiento, “desajustes de personalidad”, pérdida de relaciones sociales que se desarrollan entre los migrantes, así como su impacto negativo en su salud, especialmente en términos de salud mental.

Y si bien esto en parte es correcto, debemos señalar dos hechos que cuestionan dichas afirmaciones. El primero es que, desde el temprano trabajo de F. Boas hasta la actualidad, los estudios confirman que el proceso migratorio favorece el desarrollo de por lo menos algunos indicadores positivos de salud. Como sabemos, a fines del siglo XIX Boas estudió migrantes japoneses a los EEUU y demostró que los hijos de dichos migrantes evidenciaban no solo mejores condiciones de salud que sus padres, sino que sobre todo se había reducido la mortalidad infantil, y especialmente habían mejorado todos los indicadores que tienen que ver con nutrición, desarrollo y crecimiento de los sujetos.

Este proceso no puede entenderse si no se articula la existencia de condiciones de trabajo, salario y salubridad colectiva e individual que aseguren un mínimo de posibilidades de vida, con un proceso migratorio caracterizado en todos sus pasos –y subrayo: en todos sus pasos– por la presencia de relaciones sociales, lo cual se manifiesta desde la decisión y las formas de migrar, hasta instalarse, conseguir trabajo, supervivir y vivir.

Los procesos migratorios fueron intensamente estudiados durante las décadas de 1950 y 1960, y en el caso de México fue analizado en términos antropológicos especialmente por O. Lewis (1986) en 1952, en su trabajo sobre urbanización sin desorganización, donde describía la trayectoria y asentamiento de migrantes tepoztecos a la Ciudad de México, evidenciando el papel positivo cumplido por las relaciones sociales y especialmente las relaciones familiares en dicho proceso de asentamiento.

Frecuentemente, a través de canciones y de narraciones, pero también de autobiografías e historias de vida realizadas por académicos, así como de artículos periodísticos, la migración aparece sin embargo descripta como un fenómeno individual y melancólico, lo cual no niega la melancolía, pero no puede ser referido mecánicamente a los procesos de vida, y menos de salud individual y colectiva, que se observan en los migrantes. Más aún, dichas melancolías no corresponden a lo que ocurre con la mayoría de los migrantes en términos del papel cumplido por las relaciones sociales, dado que, si los migrantes no establecieran redes y relaciones sociales, les sería casi imposible sobrevivir y deberían regresar. Y tanto en la gran migración como en la actual migración la inmensa mayoría de los migrantes no regresan a sus países de origen.

Una expresión de estos procesos se da a través de la constitución de asociaciones o clubes organizados frecuentemente en función de los lugares de origen de los migrantes. Para el año 2004, J. Fox, investigador de la Universidad de California, calcula que existían 583 clubes y asociaciones de mexicanos en alrededor de treinta ciudades de los EEUU. El inicio de estas asociaciones se da a fines del siglo XIX, y al principio tenían como objetivo protegerse mutuamente respecto de situaciones económicas y sociales difíciles, y especialmente para enfrentar problemas de salud. Es decir, desarrollaron estrategias basadas en la ayuda mutua, que son similares a las generadas por migrantes europeos desde mediados del siglo XIX.

En el caso de la migración mexicana, pero también de la latinoamericana, es además importante el desarrollo de centenares de clubes constituidos en torno al fútbol. De tal manera que los fines de semana, y especialmente los domingos, se organizan partidos de fútbol como parte de una liga mexicana, a la cual no solo van los individuos que juegan, sino también sus familiares y amigos, y donde el “tercer tiempo” refuerza semanalmente las relaciones sociales.

Esto, por supuesto, no niega que existan procesos melancólicos y graves consecuencias personales y microgrupales, y en muchos casos dolorosos en términos constantes o coyunturales. Pero en términos metodológicos, necesitamos diferenciar las representaciones de las prácticas, sobre todo cuando las representaciones individuales aparecen reforzadas por instancias colectivas. No debemos olvidar que gran parte de esas expresiones melancólicas se manifiestan a través de situaciones en las cuales los migrantes cantan, bailan, juegan y recuerdan juntos especialmente su “patria chica”.

Por lo cual, como lo venimos señalando en este texto, por lo menos una parte de las representaciones sociales construidas por los propios actores respecto de sus procesos de vida, no corresponden totalmente a las prácticas de dichos procesos. Más aún, suelen dar una versión negativa e individual, que solo se observa en una parte de los hechos de su vida migratoria. Por ejemplo, en el caso de los migrantes estudiados por nosotros, y que expresaban una notoria nostalgia por sus regiones de origen, ninguno regresó definitivamente a su país. Por lo tanto, referir las representaciones de los actores sociales a sus prácticas constituye un paso metodológico imprescindible no solo para describir los procesos que ocurren, sino además para entenderlos en términos de relaciones sociales.

No obstante, y para evitar interpretaciones equívocas, subrayo que si bien he tratado de evidenciar la persistencia, resignificación o nuevos desarrollos de relaciones y rituales sociales, ello no implica negar las consecuencias negativas –en algunos casos tremendamente negativas– que una parte de los procesos señalados generan o pueden generar, pero que no pueden dar lugar a la afirmación casi absoluta de la desaparición de los lazos y rituales sociales, dado que los mismos se recrean o se inventan constantemente, tal como estamos tratando de demostrar<sup>7</sup>.

Recordemos que una parte de los aspectos que estoy analizando no solo refiere directa o indirectamente a procesos de *s/e/a*, sino que la posibilidad de impulsar determinadas ideas y prácticas participativas en el campo de la salud colectiva, se basa justamente en la existencia o posibilidades de construcción de relaciones y rituales sociales a nivel de los diferentes conjuntos sociales.

---

<sup>7</sup> En nuestro análisis no incluimos los procesos relacionales que a partir de la década del 80 están generando los teléfonos celulares e internet, pese a la significación que tienen incluso para los procesos de *s/e/a*. El hecho de que cada vez más sujetos estén ‘conectados’ cotidianamente a través de Internet y a través de teléfonos móviles, constituye uno de los procesos más interesantes desde una perspectiva relacional, pero no contamos con los elementos suficientes como para incluirlo coherentemente en este trabajo.

Y por eso me interesa señalar la existencia de ciertos aspectos relacionales que, si bien han sido estudiados, sus características no han sido demasiado recuperadas a nivel teórico, sobre todo desde la posible implementación del enfoque relacional respecto de los procesos de s/e/a. De dichos aspectos voy a comentar solo dos; el primero, refiere a la existencia de toda una serie de relaciones ocasionales y espontáneas que han sido estudiadas especialmente en los EEUU, y una parte de las cuales tienen un cierto nivel de institucionalización, como las desarrolladas por los sujetos que con cierta regularidad concurren a cafés, bares, cantinas, institutos de belleza, lavanderías de autoservicio donde se sostienen relaciones basadas en la conversación, y que pueden incluso reducirse a saludos. Según analistas, estos encuentros ocasionales o semiocasionales, pero constantes, reforzarían la normatividad dominante a través de estas relaciones cotidianas. Como sabemos, esta interpretación constituye una vuelta de tuerca de las propuestas de Goffman ya señaladas respecto de los rituales basados en nuestras conductas cotidianas, que en general no consideramos como conductas relacionales, pero que no solo lo son, sino que además son las más frecuentes y en las cuales se basa el mantenimiento de un mínimo de acuerdos sociales, que entre otras funciones operan como uno de los principales mecanismos reductores o controladores de las violencias.

Pero, además, tenemos la existencia de lo que denominamos ritos y relaciones efímeras, que se organizan en función de ciertos objetivos colectivos, y que operan a través de actividades y símbolos de pertenencia y reconocimiento.

Los ritos y relaciones efímeras se pueden expresar a través de actividades cotidianas normatizadas según las características particulares de cada grupo, pero también pueden operar a través de procesos sumamente institucionalizados a nivel nacional, los cuales podemos observar a través de dos experiencias históricas de notable impacto que se desarrollaron durante el siglo XX, y a las cuales ya hice referencia.

En primer lugar, me refiero al desarrollo de las organizaciones sociales y sobre todo de los regímenes fascistas –y en menor medida de los comunistas–, que ritualizaron toda una serie de comportamientos sociales a niveles impensables hasta entonces en las sociedades capitalistas de mayor desarrollo.

El uso de símbolos, de nuevos mitos y la ritualización de los comportamientos, fueron impuestos a nivel de la vida cotidiana como política de Estado por parte de los líderes nazis. Neumann (1983) describe en forma notable esta ritualización de la sociedad alemana, y Cassirer a mediados de 1940 concluye que:

Para que la palabra “del líder” pueda producir su efecto consumado hay que complementarla con la introducción de nuevos ritos. En Alemania, cada acción política tiene un rito particular, y así toda la vida se inundó súbitamente con la marejada de nuevos ritos, los cuales eran tan rigurosos, regulares e inexorables como los ritos de las sociedades primitivas. Cada clase social, cada sexo y cada grupo de edad tenía su propio ritual. Nadie podía andar por la calle, nadie podía saludar a su vecino o a su amigo sin ejercitar un rito político. (Cassirer, 1988 [1946], p. 336)



Pero, y es lo que me interesa subrayar, la experiencia fascista italiana solo tuvo vigencia durante dos décadas y la del nazismo alemán mucho menos, mientras que la experiencia comunista se prolongó durante aproximadamente cinco décadas<sup>8</sup>.

La segunda experiencia refiere a la construcción de ritos y relaciones sociales en torno a ciertos aspectos deportivos, y especialmente en torno al fútbol, a través de la cual observamos –como ya lo señalamos– no solo el uso de rituales y símbolos, sino sus modificaciones constantes en las dos últimas décadas como consecuencia del proceso de mercantilización de dichos espectáculos.

Ahora bien, estos rituales efímeros se constituyen en los más diversos espacios sociales, desde los deportivos hasta los musicales, pasando por los políticos, como lo observamos respecto de las corrientes político/ideológicas básicamente europeas dominantes durante el lapso 1920/1970. Pero estos rituales y símbolos también podemos observarlos a través de los usos de la Revolución Mexicana, de la Revolución Cubana, y más recientemente del movimiento neozapatista mexicano. Todos estos procesos se caracterizaron por la notable creación de símbolos de gran fuerza mediática, lo cual fue intensa y eficazmente utilizado por el movimiento zapatista creando redes sociales de apoyo nivel nacional e internacional, con un notorio manejo de Internet.

González Casanova, decano de los sociólogos y antropólogos sociales mexicanos, señaló recientemente que:

...el impacto universal del movimiento zapatista no es por sus formas de expresión, que las tiene y en las que hay una riqueza de discurso excepcional, sino porque en él se vio algo nuevo que se articula con los conocimientos más avanzados en materia de organización: el concepto de redes, (*La Jornada*, 18/11/2004)

En la misma reunión en que habló González Casanova, varios intelectuales prozapatistas propusieron que el eje de su trabajo político está en el cambio de las relaciones sociales y en la producción de nuevas relaciones sociales. Es decir, retoman los objetivos tradicionales de determinadas corrientes políticas de izquierda, pero a partir de haber impulsado un nuevo y eficaz uso de las redes sociales, especialmente las internacionales. No obstante, debemos reconocer que en los últimos años dichas redes han reducido notoriamente su presencia, así como también los símbolos creados y difundidos por el zapatismo. Por lo cual, es posible que estemos en presencia de una nueva experiencia efímera. O tal vez no.

Como señala Bauman (2004), durante el siglo XIX y parte del siglo XX, los sociólogos pensaron la realidad como “sólida” y fuertemente normatizada, así como caracterizada por su larga continuidad en el tiempo. Pero todas estas ideas comenzaron, según Bauman, a desmoronarse rápidamente a fines del siglo XX, para ser

---

<sup>8</sup> Si bien fueron desplazados del poder y desaparecieron sus ritos y ceremonias masivos, persistieron en ciertos espacios y pequeños grupos utilizando sus rituales y símbolos, pero sin tener incidencia política ni simbólica en la sociedad global, por lo menos hasta ahora.

reemplazadas por un mundo constituido por una red de instituciones superpuestas donde la gente no tiene expectativas de vida definida, donde se vive “hasta nuevo aviso”. Es decir, la vida actual se caracterizaría por la no perdurabilidad, por el consumo instantáneo, por las relaciones y ritos efímeros.

Desde mi perspectiva, el reconocimiento de los procesos señalados, y especialmente la constatación de su existencia, no debe conducir solo a críticas respecto de la sociedad actual, así como tampoco a apologías, sino a pensar en términos teóricos y prácticos el papel de las relaciones y rituales –incluidos los efímeros– sociales especialmente respecto de los procesos de *s/e/a*.

## ¿Por qué las relaciones sociales son buenas para la salud?

Considero que respecto de las relaciones y rituales sociales existe en forma explícita, pero también en forma opacada y frecuentemente ambigua, una serie de ideas y de prácticas dominantes sobre las características y papel de las relaciones, redes y rituales sociales que limitan su uso, que orientan básicamente dichos conceptos hacia ciertos problemas y procesos, y tienden a generar lecturas unilaterales respecto de la existencia, funciones y consecuencias de las relaciones sociales en general y respecto de los procesos de *s/e/a* en particular.

A lo largo de este texto, y especialmente en este capítulo, he enumerado varias de las más importantes de dichas ideas y prácticas, que paso a sintetizar:

- a) La idea de que las sociedades actuales se caracterizan por la erosión o desaparición de relaciones y rituales sociales básicos.
- b) La idea de que dicho proceso tiene consecuencias negativas en la causalidad y desarrollo de toda una variedad de problemas actuales, incluidos procesos de *s/e/a*.
- c) La falta de reconocimiento y especialmente la falta de búsqueda de nuevos rituales y relaciones sociales, por lo menos en ciertos campos de la realidad.
- d) La idea de que las relaciones y rituales sociales que han desaparecido son los más significativos, desarrollándose una suerte de nostalgia por un pasado en el cual estarían las “verdaderas redes sociales”, tanto en el campo de la vida familiar, comunitaria y laboral como política.
- e) La noción de que los lazos y rituales sociales deben tener profundidad histórica y cultural, de tal manera que se excluyen los rituales efímeros que caracterizan ciertas relaciones sociales actuales.
- f) Generalmente en forma no explicitada, se considera que por lo menos algunos de los lazos y rituales sociales que han desaparecido, tenían mayor eficacia para proteger a los sujetos de ciertos riesgos y problemas. Más aún, los mismos posibilitaban que los sujetos tuvieran mayores posibilidades para organizarse

en grupos, así como también favorecía el desarrollo de acciones de oposición y resistencia.

- g) En suma, que las mejores y más eficaces redes y soportes sociales se dan en grupos y sociedades integrados social y culturalmente, lo cual también constituiría un fenómeno del pasado.
- h) Domina la concepción de que las relaciones sociales funcionan básicamente en el nivel microgrupal, dejando de lado o secundarizando el papel y funcionamiento de las relaciones sociales a nivel macrosocial<sup>9</sup>.
- i) Estas y otras concepciones y prácticas conducen a pensar/actuar la sociedad actual como una especie de suma de individuos aislados, carentes de rituales, caracterizados por la competencia o el retraimiento, de tal manera que se tiende a trabajar con los sujetos como si carecieran de redes sociales, y caracterizados por sus escasas y débiles relaciones sociales. Por lo cual, los funcionarios gubernamentales del área de desarrollo social, las ONG y sus asesores, así como instituciones como el Banco Mundial, proponen como uno de sus principales objetivos impulsar el desarrollo de redes sociales, o por lo menos contribuir a tejerlas.
- j) Estas orientaciones frecuentemente conducen a ciertos investigadores, a los que trabajan en investigación/acción, a las ONG, a los funcionarios del sector salud o a los que dirigen los programas contra la pobreza a no buscar y, por lo tanto, a no descubrir las redes y rituales que todavía están funcionando, más allá de sus precariedades o erosiones.

Hay una última idea que mencioné varias veces a lo largo del texto, y que considero decisiva para observar y explicar algunas de las principales tendencias de los que actualmente trabajan con relaciones sociales, especialmente en el campo de la salud. Me refiero a la concepción de que las relaciones sociales son buenas “en sí”.

En forma explícita o implícita, en la mayoría de los que trabajan con redes sociales, con grupos sostén, con factores socioculturales “protectores” domina una concepción de que las relaciones familiares y las relaciones comunitarias son cooperativas, favorecen el desarrollo de mecanismos de autoayuda y pueden funcionar como grupos sostén. Más aún, las relaciones sociales son consideradas unilateralmente benéficas, por lo menos respecto de la mayoría de los procesos de s/e/a.

Domina la idea –como ya señalé– de que gran parte de los problemas actuales son producto de la pérdida de relaciones sociales, de que determinados problemas de salud física y mental que aquejan a los sujetos son debidos a la carencia o debilidad

---

<sup>9</sup> Si bien las relaciones y rituales han sido sobre todo descriptos, analizados y utilizados a nivel microsociales, debemos reconocer que por lo menos una parte de estas relaciones están expresando procesos macrosociales. Desde esta perspectiva, no debería pensarse lo micro y lo macro como excluyentes, sino como complementarios. Por supuesto, esta acotación no niega que diversas corrientes teóricas han focalizado los procesos en el nivel microsociales, sin incluir ni hacer conexiones con el macrosociales.

de sus redes sociales. Según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer realizada recientemente en México, la participación en redes sociales tiene un efecto positivo sobre la salud mental y física de las personas, porque dan apoyo directo y contribuyen al desarrollo de sentimientos de competencia y eficacia. La red social, según esta encuesta, constituye el elemento más importante del capital social que tienen los sujetos, aseverando además los autores, que el capital social negativo se caracteriza por la ausencia de redes sociales de calidad. A partir de estas y otras consideraciones, los autores proponen que las redes sociales son un componente clave para que la mujer enfrente la violencia que se ejerce contra ella (Olaiz *et al.*, 2003, p. 121).

Y es correcto reconocer el papel positivo que pueden cumplir ciertas relaciones sociales, pero a partir de asumir que las relaciones sociales no son unilateralmente “buenas”, y no solo por su falta de “calidad”. Algunas de las redes sociales más negativas que operan actualmente en nuestras sociedades se caracterizan justamente por su “calidad”.

La mera consulta de datos cualitativos y estadísticos permite observar que, por ejemplo, gran parte de las violencias de todo tipo se generan y ejercen dentro de los pequeños grupos, y no me refiero solo a los grupos familiares, sino también a los grupos de amigos del barrio, de compañeros de escuela, de compañeros de trabajo, de vecinos. Así, la mayoría de las agresiones físicas, de las violaciones sexuales, de los homicidios ocurren dentro de grupos caracterizados por sus relaciones primarias, próximas y frecuentes. “En realidad, la mayoría de los delitos contra mujeres son cometidos por personas que pertenecen a las mismas redes sociales que ellas o en sus hogares por hombres que son conocidos de las víctimas” (Madriz, 2001, p. 28).

Especialmente dentro del grupo doméstico se desarrollan relaciones violentas, pero no solo del esposo contra la esposa, sino también de los padres contra los hijos, de los hermanos entre sí. Más aún, reiterados estudios evidencian que la mayoría de las violencias contra los ancianos, pero también contra pacientes con VIH-sida, se dan dentro de sus grupos familiares.

Pero no solo las violencias hacia los otros se desarrollan dentro de relaciones primarias, sino que una parte de las autoagresiones, y especialmente el suicidio, tendrían que ver con procesos de pérdida, ruptura o reformulación de lazos familiares, de pareja y de amistad que serían una de las principales causas del incremento del suicidio en personas de 16 a 24 años y de sujetos que están en la tercera edad, por lo menos en ciertos países, incluido México. Es decir que una parte sustantiva de las diferentes violencias son realizadas dentro de relaciones primarias y por sujetos que son parte de esas relaciones sociales primarias.

Todo lo cual nos debería conducir a pensar en términos teóricos, pero sobre todo aplicados que son estos grupos, y especialmente las familias, los que son utilizados por las ONG y los programas del sector salud para constituir/utilizar redes y grupos de apoyo, en términos de instrumentos unilateralmente “buenos”.

Pero, además, estas relaciones primarias pueden operar como encubridoras de estas violencias no solo no denunciándolas, sino además tratando de impedir –por ejemplo– que la mujer se separe de su pareja masculina pese a la persistencia de

los castigos físicos y las humillaciones sociales que recibe, de la cual es expresión un dicho popular mexicano: “calladita estás más bonita”. Este silencio, así como la oposición familiar a la separación, pueden ser reforzados por la influencia de los sacerdotes católicos. Es decir que, tanto las redes primarias familiares como las religiosas, pueden operar como redes que favorecen la persistencia de relaciones sociales negativas.

Más aún, constantemente se desarrollan “encubrimientos” o por lo menos distractores de los procesos que incluyen este tipo de relaciones, siendo una de las últimas expresiones en México las recomendaciones que, a nivel general y de ciertas comunidades en particular, se difunden como mecanismos de prevención frente al fenomenal incremento de homicidios y secuestros observado en México durante los años 2008 y 2009. De las declaraciones de los sujetos agredidos, de los comunicados de las autoridades oficiales y de los medios surge que en gran parte de estos crímenes están implicadas personas conocidas por la víctima. Las recomendaciones de prevención producidas y difundidas por grupos de la sociedad civil señalan al personal doméstico, choferes, secretarías, maestros, estilistas, conserjes y otros trabajadores similares como posibles implicados, pero sin referencias explícitas a familiares, amigos y vecinos.

Tanto en términos de salud física como mental, las relaciones sociales primarias aparecen como parte de las causales de diferentes padecimientos, e incluso pueden constituir su principal causa. Más aún, las relaciones sociales tienen un papel decisivo en el decurso de los padecimientos, lo cual ha sido evidenciado especialmente por los estudios de la “carrera del enfermo”. En términos más o menos fundacionales, consideramos que la investigación de Bateson (1991) sobre el “mensaje contradictorio” y el “doble vínculo”, especialmente en la relación madre/hijo, como causal de esquizofrenia, expresa el papel negativo que pueden tener las relaciones sociales primarias.

Durante las décadas de 1950, 1960 y 1970 se realizaron numerosos estudios psiquiátricos y sociológicos que pusieron de manifiesto el papel de las familias como productoras de enfermedad mental, y que, sin embargo, pasaron a segundo plano en las décadas recientes, con más preocupación por el uso positivo de las redes y relaciones sociales que por reconocer el papel negativo que las mismas pueden tener.

Pero, además, en el caso de las denominadas enfermedades “tradicionales” observamos que casi en su totalidad, por lo menos en México, se generan a partir de relaciones sociales, ya que serían las causantes desde el “mal de ojo” hasta el “pega triste”, pasando por la brujería.

Esos datos por supuesto no niegan que las relaciones sociales, tanto a nivel microgrupal como macrosocial, puedan tener un papel protector –o si se prefiere, positivo–, sino que lo que señalo es que las relaciones sociales pueden tener consecuencias positivas, pero también negativas. Por lo cual, una de las cuestiones a explicar es: ¿por qué en sus descripciones, análisis e intervenciones respecto de los procesos de s/e/a, los funcionarios del sector salud y las ONG, pero también gran parte de los investigadores, conciben y utilizan las relaciones sociales como unilateralmente “buenas”. Más aún, si bien una parte de estos actores sociales puede llegar a reconocer la existencia de relaciones sociales “negativas”, las consideran como si

fueran parte de “otro” sistema de relaciones, lo cual se observa, por ejemplo, en una de las principales encuestas realizadas sobre violencia contra la mujer en México (Olaiz *et al.*, 2003).

Por lo tanto, estos autores y organizaciones no incluyen ni asumen las relaciones, redes y rituales sociales “negativos” como parte de un sistema social dentro del cual no solo están operando relaciones que pueden ser negativas y positivas, sino que una misma relación puede ser simultáneamente “buena” y “mala”.

En nuestros análisis del proceso de alcoholización hemos podido verificar esta simultaneidad como parte de un mismo sistema de relaciones sociales. Si bien el consumo de bebidas alcohólicas constituye un factor decisivo para la sociabilidad de ciertos grupos, al mismo tiempo puede ser uno de los principales factores de disrupción de dicha sociabilidad, y frecuentemente en términos de violencias físicas y/o verbales. Hemos podido observar cómo el consumo de alcohol constituye el elemento nuclear en la constitución y funcionamiento de los grupos de “teporochos”<sup>10</sup>, lo cual implica casi siempre la muerte temprana de todos los miembros de estos grupos por efecto directo e indirecto del consumo de alcohol.

Desde los trabajos de Durkheim publicados a fines del siglo XIX, sabemos que las relaciones sociales constituyen uno de los principales procesos protectores del suicidio, pero también desde Durkheim sabemos que determinadas redes socioculturales favorecen el suicidio, sobre todo en el caso del denominado suicidio “altruista”. El reconocimiento del papel de las relaciones sociales en la causalidad del suicidio condujo a desarrollar toda una serie de estrategias relacionales preventivas o por lo menos contenedoras del suicidio, pero las revisiones de la aplicación de dichas estrategias han evidenciado que las mismas han sido poco eficaces, y me refiero en particular a los centros de prevención del suicidio basados en la asistencia telefónica, como también la realizada a través de contactos personales. Este tipo de acciones, si bien reducirían la sensación de aislamiento y/o de depresión que tienen muchos suicidas potenciales e incrementarían su confianza en el otro, no parecen impedir el suicidio (De Leo *et al.*, 2003, p. 219).

No obstante la existencia evidente –incluso a partir de las propias estadísticas vitales de un país como México– de las consecuencias negativas o por lo menos ambivalentes que pueden tener las relaciones sociales respecto de los procesos de s/e/a, la mayoría de los especialistas que trabajan con redes y soportes sociales, así como la mayoría del personal de salud, no asumen la existencia de estas características.

Esta orientación se da en la casi totalidad de los profesionales y/o académicos que trabajan con redes, soportes y rituales sociales en el campo de la s/e/a, y por supuesto no solo en México. Sin pretender generalizar, considero que gran parte de los sujetos y grupos que trabajan con redes sociales, sobre todo en términos aplicativos, no

---

<sup>10</sup> “Teporocho” es un sujeto varón caracterizado por un alto consumo diario de alcohol –incluso alcohol de 96 grados–, consumo que realiza en grupos de cinco o seis personas, en la calle y frecuentemente rodeados de perros. Dicho sujeto generalmente no trabaja, centrando su vida en el consumo colectivo de alcohol. Los miembros de estos grupos tienen una corta esperanza de vida.

buscan ni analizan los procesos negativos generados por las redes sociales, sino que las asumen como unilateralmente “buenas”.

## De cómo pensamos la realidad

Ahora bien, gran parte de las ideas enumeradas corresponden a ciertas maneras de pensar la realidad, que han dado lugar a una amplia gama de interpretaciones que tienen varios puntos en común.

No cabe duda que el desarrollo capitalista ha impulsado determinadas relaciones y valores sociales, que como describe Massé (1995) han afectado los procesos de *s/e/a*. Según este autor, el énfasis en la autonomía individual, la importancia dada a la vida privada, el paso a primer plano de la subjetividad, tienden a focalizar los procesos de *s/e/a* en la dimensión psicológica, reduciendo lo social al registro individual de los mismos.

Toda una serie de analistas sostienen que las sociedades occidentales han impulsado la individualidad más que los vínculos sociales, lo que habría conducido a generar un tipo de individuo y de subjetividad caracterizados por la inseguridad y debilidad social y psicológica, debido sobre todo a la desaparición de significaciones sociales compartidas que justamente surgen de los vínculos sociales (Levine & White, 1987).

Pero estos y otros procesos no suponen la desaparición y ruptura de todas las relaciones sociales, y menos que no surjan nuevas relaciones y rituales sociales. Considero que se confunde la caída o desaparición de ciertos lazos sociales –por más importante que sean– con la desaparición de las consideradas como las verdaderas relaciones sociales, o por lo menos las más fundantes.

Pero, además, suelen ignorarse ciertos cambios en las relaciones sociales establecidas entre ciertos actores, que han tenido un impacto notable en determinados procesos de *s/e/a*. Si analizamos las tendencias de las tasas de mortalidad general y por género, desde principios del siglo XX hasta la actualidad en países como México, observamos que la esperanza de vida que inicialmente es favorable a los varones, comienza a modificarse, a partir de la década de 1930 y sobre todo de la de 1940, inclinarse a favor de la mujer, que cada vez se distancia más de las expectativas de vida del varón, del cual en la actualidad la distancian unos seis años de diferencia. Esta tendencia es observable en la mayoría de los países de mayor desarrollo capitalista, donde las diferencias de esperanza de vida pueden llegar a ser de casi diez años en favor de la mujer.

No cabe duda que estas modificaciones se deben a muy diferentes procesos, que incluyen la modificación del *status* de la mujer y el cambio en las condiciones y relaciones de género. No son procesos que pueden ser explicados por el papel autónomo y exclusivo de uno solo de los actores sociales, sino por los tipos de relaciones que se organizan y se modifican. Y, por supuesto, por procesos tanto estructurales como subjetivos.

Y este es uno de los aspectos centrales que necesitamos analizar, porque considero que las concepciones que plantean unilateralmente la caída de las relaciones sociales



y los peligros de todo tipo que ello supone, y que colocan el énfasis exclusivamente en los aspectos negativos, corresponden a una manera de pensar la sociedad que ha tenido una notable continuidad dentro del pensamiento académico y político de los países occidentales desde por lo menos mediados del siglo XIX hasta la actualidad, y que, como concluye E. Wolf, corresponden a una manera de pensar la realidad social en términos de integración social y no de conflicto, y menos aún de contradicción; a proponer relaciones sociales que aseguren la estabilidad social y el consenso pese al mantenimiento e incluso incremento de las desigualdades sociales, económicas y políticas (Wolf, 1987, pp. 21-22).

Y, por lo tanto, las corrientes dominantes oscilan entre subrayar la desaparición/erosión de las relaciones sociales y/o impulsar el desarrollo y el uso de redes sociales, pero sin asumir que las relaciones y redes sociales pueden tener consecuencias negativas o ambivalentes, e incluso sin reconocer que en nuestras sociedades actuales se constituyen redes sociales en términos microsociales y locales, pero también macrosociales y globales no solo en torno a actividades criminales o criminalizadas como las que ya señalamos previamente, sino que las tecnologías actuales posibilitan un mayor desarrollo de redes sociales existentes, pero que ahora logran una mayor expansión, como son los casos de las redes de pedófilos o de las organizadas en torno a las pornografías de diverso tipo. Una de las principales y más organizadas redes son las que tienen que ver con el tráfico de personas, que refiere básicamente a migrantes ocupacionales, incluyendo las redes de prostitución.

Estas maneras de pensar las relaciones sociales las observamos tanto en las corrientes que buscan el consenso, como también en las que se preocupan por los conflictos, ya que más allá de su orientación teórico/ideológica, todas ellas tienen dificultades en describir y analizar las relaciones sociales en términos de la dialéctica negativo/positivo con que se expresan en la realidad.

Esto por supuesto no niega que tanto desde el campo salubrista como desde el socioantropológico se hayan reconocido estas y otras ambivalencias. Y así Susser y Watson (1982), sobre todo a partir de estudios británicos sobre procesos de *s/e/a*, consideran que si bien las redes y relaciones sociales más cohesivas evidencian mayor eficacia y constancia para apoyar a quienes lo necesiten, tienden no solo a reforzar las relaciones internas del grupo familiar, la comunidad o el vecindario, sino además a excluir y rechazar a sujetos que no pertenecen a sus comunidades.

Esta situación ha sido puesta de manifiesto por diversos analistas que subrayan el desarrollo de ciertas tendencias en las sociedades actuales, que Maffesoli (1990) ha denominado “tribalismo”, y que justamente indican que especialmente en las grandes ciudades se crean grupos basados en redes sociales caracterizadas por la intensidad de sus relaciones y por el uso de signos de pertenencia y de diferenciación. Se constituyen bandas, pandillas, tribus donde lo importante es estar juntos, pero estos grupos se caracterizan por subrayar la integración de sus miembros, y por rechazar a todo aquel que no es integrante de su grupo.

Este es un proceso que no solo se observa en sociedades como la francesa, sino también a nivel latinoamericano, ya que “muchos grupos, sobre todo de jóvenes, constituyen verdaderas ‘tribus urbanas’, con muy fuerte sentido de pertenencia,

códigos lingüísticos y estéticas propios, pero refractarios hacia quienes no integran el grupo” (Ottone *et al.*, 2007, p. 22). Este proceso se expresa de muy diversas maneras, pero especialmente a través de la violencia urbana, “que opera con reglas de pertenencia, rituales y formas internas de cohesión, si bien es un evidente problema desde la perspectiva de la norma social”.

Justamente estos procesos, que están evidenciando consecuencias graves en la vida y muerte de sujetos, y que justamente se caracterizan por el desarrollo de relaciones sociales como las señaladas, no suelen ser tomados en cuenta por aquellos que más hablan del papel terapéutico de las redes, por aquellos que impulsan su creación para prácticamente cualquier proceso de s/e/a, lo cual evidencia varios problemas, pero especialmente la tendencia a burocratizar las intervenciones en términos de redes sociales.

Es en parte por ello que autores como Renaud (1992), si bien reconocen que las redes sociales y los grupos de autoayuda pueden favorecer la solución o por lo menos la reducción de problemas de salud, especialmente en los sectores subalternos, consideran no obstante que las propuestas basadas en el apoyo social pueden ser utilizadas para reducir las inversiones del sector salud, depositando en las acciones de la población la solución de una parte de sus problemas. Pueden conducir a que, en lugar de buscar modificar por lo menos algunas de las condiciones económico/políticas que inciden negativamente en la salud de la población, se impulse el desarrollo de los apoyos sociales y de los grupos de autoayuda.

Más aún, según Renaud, desde que las redes y los apoyos sociales han pasado a primer plano para reducir por lo menos algunas de las consecuencias de los padecimientos, se ha dejado de hablar de las desigualdades sociales, cuyo reconocimiento había dado lugar a la reflexión sobre el papel y uso de las relaciones sociales.

Diversos autores plantean que, si bien los soportes y las relaciones sociales evidencian cierto grado de eficacia, los mismos están siendo utilizados en gran medida respecto de las consecuencias generadas por el propio capitalismo, especialmente a partir del desarrollo de las políticas denominadas de “ajuste estructural”. Dichas acciones tendrían un papel paliativo, que no soluciona los problemas de base.

Se reiteran las críticas planteadas en la década de 1960 respecto de las políticas contra la pobreza desarrolladas especialmente en los EEUU, y que se basaban en diversos aspectos, pero sobre todo en el descubrimiento y utilización del papel de las redes sociales y de las estrategias de supervivencia entre los pobres y los llamados “marginales”. Dichas críticas señalaban que las intervenciones pueden ser eficaces en términos reparativos, pero que no implican modificaciones en la estructura social ni en las orientaciones económico/políticas de la sociedad, aunque posibilitan reducir las inversiones del Estado, y la reducción de conflictos.

Y es en parte por ello que el trabajo con redes sociales no toma demasiado en cuenta el papel que tienen los procesos económico/políticos en la generación de las condiciones sociales dominantes, que justamente crean gran parte de los problemas que las redes tratan de solucionar a nivel del sujeto y de los microgrupos.

Mientras otros autores señalan que el trabajo con redes sociales no presta mucha atención al hecho de que la construcción y uso de las mismas tienen que ver con

valores y expectativas culturales, que establecen, por ejemplo, quiénes deberían dar apoyo social y respecto de qué problemas, y quiénes no tienen la obligación social de darlo e incluso están excluidos de la misma. Por lo cual, la falta de integración activa de los procesos estructurales, a nivel tanto económico/político como simbólico, estaría a la base de muchos de los fracasos observables en el uso de redes, grupos de apoyo y otros tipos de relaciones sociales respecto de distintos procesos de s/e/a.

Esta orientación ha conducido a que gran parte del trabajo con grupos de apoyo, con cuidadores, con redes, sea cada vez más de tipo psicológico y psicoterapéutico, donde si bien no se desconoce que en el desarrollo y aplicación de redes y apoyos sociales intervienen procesos sociales y culturales, los mismos no son realmente incluidos en el trabajo con los sujetos que tienen problemas específicos.

Esta orientación psicológica domina cada vez más el trabajo con la “estrategia para hacer frente”, es decir, lo que en inglés se denomina “*coping*”, y que impulsó sobre todo Antonovsky a través de un enfoque que, si bien se centró en el sujeto, no dejó nunca de lado los condicionantes sociales y económicos de la situación de los sujetos y de su microgrupo, tratando de incluirlos en sus intervenciones. Lo cual se observa cada vez menos en los que aplican esta estrategia y que son en su casi totalidad psicólogos, y no solo en los EEUU, sino también en los países europeos (Lehr & Thomae, 1994).

El desarrollo de varios de estos procesos condujo a varias experiencias y tendencias teóricas a impulsar procesos más o menos autogestionarios a través del trabajo con procesos de s/e/a, dada la eficacia comparativa lograda. Dichos procesos autogestionarios fueron desarrollados especialmente a través de los grupos de autoayuda y pensados inicialmente como gestiones socioterapéuticas. Mientras que ulteriormente fueron planteados en términos de autogestión sociopolítica pensada también a partir de los procesos de s/e/a.

Los grupos de autoayuda se crearon, por varias razones que no vamos a analizar ahora, para solucionar o paliar una parte de los dolores de la vida cotidiana, y si bien una serie de experiencias trataron de ir más allá del campo de la salud, la mayoría de los grupos autogestivos se centraron en su actividad terapéutica específica. No obstante, reiteradamente se pensó –y trató de aplicarse– la idea de que, a través de las experiencias autogestivas contra la enfermedad, podían desarrollarse alternativas sociales y sociopolíticas de tipo autogestivo. Esto fue impulsado especialmente por algunas ONG.

Si bien el sector salud, pero también la mayoría de las ONG, utilizaron los grupos de autoayuda como un instrumento exclusivamente terapéutico, algunos análisis consideran que dicha orientación tuvo y tiene consecuencias por lo menos micro-políticas, dado que según ellos el trabajo con redes, apoyos y autoayuda puede conducir al conformismo de los sujetos y grupos, sobre todo en la medida que estén incluidos en programas verticales como suelen ser los programas contra la pobreza, más allá de que invoquen la necesidad de autonomía de los sujetos y grupos. Más aún, sostienen que la solicitud y obtención de ayudas pueden subalternizar aún más a los grupos subalternos.

Considero una vez más que las propuestas dicotómicas tienden a limitar la posibilidad de entender y de usar las interpretaciones, los conceptos y las técnicas, más allá de la mayor o menor corrección de cada propuesta, y de nuestras adhesiones ideológicas y técnicas a algunas ellas. Toda una serie de experiencias indican que la posibilidad de que a través de grupos de autoayuda organizados a partir de procesos de s/e/a puedan desarrollarse alternativas de tipo político/social, han resultado inviables, y en determinados casos han conducido a la desaparición de esos grupos de autoayuda, en la medida en que los mismos se han organizado, se autorreconocen y pueden tener eficacia en términos de un problema específico que incluye a los miembros del grupo, pero no en otros términos donde el padecimiento pase a segundo plano.

Pero estas evidencias no constituyen, por lo menos para mí, una especie de fracaso sobre el posible papel de los grupos de autoayuda, sino reconocer su utilidad específica, lo cual no niega el ejercicio práctico de autogestión ejercido por los propios sujetos a través de sus propios problemas, de su propio cuerpo.

Considero, por lo tanto, que el desarrollo y uso de un enfoque relacional referido a los procesos de s/e/a necesita partir de la complejidad de gran parte de los procesos, y que por lo tanto debe asumir que las relaciones, redes y rituales sociales pueden cumplir funciones positivas, pero también negativas, incluso simultáneamente. Más aún, dichas funciones pueden ser positivas o negativas según los actores sociales que están operando, todo lo cual hace necesario desarrollar una perspectiva que posibilite trabajar con estos aspectos contradictorios, y no excluirlos en función de decisiones que solo privilegian ciertas orientaciones en función del logro de eficacias puntuales.

Tal como señalé reiteradamente, parto del supuesto de que todo sujeto se constituye dentro de relaciones sociales, y que su trayectoria se dará a través de toda una serie de relaciones, grupos y actividades en los cuales operan relaciones y rituales sociales en términos de colaboración, ayuda mutua, competencia y/o lucha.

Si realmente asumimos que los lazos y rituales sociales operan en toda sociedad, y que lo que varía son las características de los mismos, necesitamos justamente buscarlos en lugar de negarlos. Más aún, considero que es el desarrollo de “nuevas” relaciones o la reformulación de “viejos” rituales lo que en parte permite explicar por qué por lo menos algunos de los países latinoamericanos siguen funcionando con un nivel comparativamente bajo de ciertos conflictos sociales, aunque con un incremento constante de nuevos conflictos caracterizados por el uso de la violencia. Y que la mayoría haya mejorado la situación de salud medida a través de algunos de los indicadores de salud básicos, pese a las décadas “perdidas” de 1980 y 1990, y pese a la situación de pobreza y a la profundización de las desigualdades socioeconómicas.

Al señalar esto, no ignoro que gran parte de las nuevas relaciones y rituales sociales tienen consecuencias negativas o ambivalentes, especialmente en el caso de ciertos actores sociales. Pero el reconocimiento de estas y otras consecuencias no debería negar que las mismas son parte del tipo de relaciones sociales que se han ido constituyendo en nuestras sociedades. Que son parte de los lazos, vínculos, tejidos, rituales sociales, y que, por lo tanto, los mismos no deberían ser excluidos, sino que deberían ser buscados, descriptos y analizados para observar el papel y significación que tienen respecto de los problemas específicos que nos interesa explicar y/o modificar.

Por eso, para mí, la cuestión central no está en si existen o han desaparecido los lazos y rituales sociales, sino en explicar por qué en la actualidad estamos produciendo y usando determinados tipos de relaciones y rituales sociales.





# Bibliografía

- Agar, M. (1996). Recasting the "Ethnos" in Epidemiology. *Medical Anthropology*, n. 16, p. 391-403.
- Aibar, C. (2004). La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. *Monografías Humanitas*, n. 8, p. 43-58.
- Almeida-Filho, N. de. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida-Filho, N. de; Rouquayrol, M. Z. (2008). *Introducción a la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Althabe, G. (2006). Hacia una antropología del presente. *Cuadernos de Antropología Social*, n. 23, p. 13-34.
- Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública*, n. 9, p. 263-271.
- Antonovski, A. (1967). Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality. *The Milbank Mem. Fund. Quart.* n. 45, p. 31-73.
- Antonovski, A. (1979). *Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Wellbeing*. San Francisco: Jessey-Bass.
- Anuario *Reforma* 2007 (2008). "Narcoguerra". 4/2008.
- Appleby, J. et al. (1998). *La verdad sobre la historia*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Baer, H. (1990). The Possibilities and Dilemmas of Building between Critical Medical Anthropology and Clinical Anthropology: A Discussion. *Social Science & Medicine*, v. 30, p. 405-414.
- Balandier, G. (1955). *Sociologie actuelle d l'Afrique noire*. París: PUF.
- Basaglia, R. et al. (1974). *La salute in fabbrica. Per una linea alternativa di gestione della salute nei posti di lavoro e nei quartieri*. Roma: Savelli.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta.
- Bauman, S. (2004). *La sociedad sitiada*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, S. (2005). *Amor líquido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Beauvoir, S. de. (1986 [1963]). *La fuerza de las cosas*. México: Hermes.
- Beauge, F. (1997). Hacia una religiosidad sin dios. *Le Monde diplomatique*, septiembre, p. 18-19.
- Becker, H. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Beckman, E. et al. (2000). Forms Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science & Medicine*, n. 51, p. 843-857.
- Bernstein, R. (1983). *La restructuración de la teoría social y política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bibeau, G.; Corin, E. (1994). Culturaliser l'épidemiologie psychiatrique. Les systemes de signes, de sens et d'action en sante mentale. En: Charest, P.; Trudel, F.; Breton, Y. (dirs.). *Marc-Adelard Tremblay ou la construction de l'anthropologie québécoise*. Québec: Presses de l'Université de Laval. p. 105-148.
- Bibeau, G.; Corin, E. (eds.) (1995). *Beyond Textuality. Ascetism and Violence in Anthropological Interpretation*. New York: Mouton de Gruyter.
- Bourdieu, P. (1991 [1980]). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.



- Bourdieu, P. (1999). Comprender. En: Bourdieu, P. (dir.). *La miseria del mundo*. México: Fondo de Cultura Económica. p. 527-543.
- Bourgois, P. (1995). *In the Search of Respect. Selling Crack in the Barrio*. Cambridge Univ. Press.
- Bott, E. (1971). Family and Crisis. En: Sutherland, J. (ed.). *Towards Community Mental Health*. London: Tavistock Pub. p. 17-30.
- Bott, E. (1990). *Familia y red social: roles, normas y relaciones externas en familias urbanas*. Madrid: Taurus.
- Breilh, J. (1979). *Epidemiología, economía, medicina y política*. Quito: Ediciones de la Universidad Central de Ecuador.
- Breilh, J. (2005). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bruyn, S. (1972). *La perspectiva humana en sociología*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Buck, C. (1988). Comentarios. En: Buck et al.(comps). *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación 505: Washington DC. p. 3-17, 87-100, 155-171, 881-899.
- Buck, et al. (comps.) (1988). *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación 505: Washington DC.
- Burroughs, W. (1980). *El almuerzo desnudo*. Barcelona: Bruguera.
- Campos, G. W. de S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Canesqui, A. M. (2003). Os estudos de antropologia da saúde no Brasil na década de 1980. *Ciência & Saúde Coletiva* n. 8(1), p. 109-124.
- Cardaci, D. (2004). *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*. México: Unam/UAM-X/OPS.
- Cárdenas, R. (2000). La práctica de la cesárea en las áreas urbanas. En: Stern, C.; Echarri, S. (comps.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. El Colegio de México. p. 301-328.
- Cassel, J. C. (1964). Social Science Theory as a Source of Hypotheses in Epidemiological Research. *American Journal of Public Health*, v. 54, n. (9), p. 1482-88.
- Cassel, J. C. (1976). The Contribution of the Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, v. 104, n. (2), p. 107-23.
- Cassel, J. C.; Tyroler, H. (1988). Estudios epidemiológicos de cambios culturales. En: Buck, C. et al. (eds.). p. 382-92.
- Cassirer, E. (1988 [1946]). *El mito del Estado*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (1995). *Les metamorphoses de la question social*. París: Fayard.
- Castro, A.; Farmer, P. (2003). El Sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social*, n. 17, p. 29-47.
- Caudill, W. (1966). *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Escuela.
- Celis, A.; Navas, J. (1970). La patología de la pobreza. En: *Rev. del Hospital General*, v. 33, n. (6), p. 371-82.
- Clark, E. (1992). *La publicidad y su poder*. México: Planeta.

- Conrad, P. (1976). *Identifying Hyperactive Children*. Lexington: Lexington Books.
- Conrad, P.; Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness*. Saint Louis: C. V. Mosby.
- Coreil, J. et al. (1985). Life-Dtyle, an Emergent Concept in the Sociomedical Sciences. En: *Culture, medicine and psychiatry*, n. 9, p. 243.
- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, n. 52, p. 89-116.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, n. 18, p. 5-47.
- Csordas, T. (1994). Words from the Holy People: a Case Study in Cultural Phenomenology. En: Csordas, T. (ed.). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge Univ. Press. p. 269-290.
- Chrisman, N.; Marezki, T. (1982). *Clinical applied anthropology*. Dordrecht: Reidel.
- Christemnsen, P.; Karliquist, S. (1990). Impacto de los promotores de salud en una zona de barrios pobres de Pucallpa, Perú. *Boletín de la OPS*, v. 109, n. (2), p. 134-144.
- Davidson, CH. et al. (1992). The Limits of Lifestyle: Re-Assessing 'Fatalism' in the Popular Culture of Illness Prevention. *Social Science & Medicine*, v. 34, n. (6), p. 675-685.
- De Leo, et al. (2003). La violencia autoinfligida. En: Krug. et al. (eds.) Informe mundial sobre violencia y salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, p. 199-231.
- De Martino, E. (1961). *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*. Milano: Il Saggiatore.
- De Martino, E. (1975). *Mondo popolare e magia in Lucania*. Roma/Matera: Basilicata Editrice.
- Denman, C.; Haro, J. A. (comps.) (2000). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Denzin, N. K. (1987a). *The Alcoholic Self*. Newbury Park: Sage.
- Denzin, N. K. (1987b). *The Recovering Alcoholic*. Newbury Park: Sage.
- Denzin, N. K. (2000). Un punto de vista interpretativo. En: Denman, C. A.; Haro, J. A. (comps.). p. 147-206.
- Devereux, G. (1937). Institutionalized Homosexuality on the Mohave Indians. *Human Biology*, n. 9, p. 498-527.
- Devereux, G. (1977). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Diez Roux, A. (2007). En defensa de una epidemiología con números. *Salud Colectiva*, v. 3, n. (2), p. 117-119.
- Donovan, J. L.; Blake, D. R. (1992). Patient non-Compliance: Deviance or Personal Decision Making. *Social Science & Medicine*, v. 34, n. (5), p. 507-513.
- Durkheim, E. (1974). *El suicido*. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Unam. (original: 1897).
- Eagleton, T. (1997). *Ideología: una introducción*. Barcelona: Paidós.
- Edgerton, R. B. (1967). *The Cloak of Competence. Stigma in the Lives of the Mentally Retarded*. Berkeley and Los Angeles: Univ. of California Press.
- Edward, G.; Ariff, A. (eds.) (1981). Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. *Cuadernos de Salud Pública*, n. 73, Organización Mundial de la Salud: Ginebra.
- El País (2004). Colección completa: Madrid.

- Excelsior (2000-2008). Colección completa: México.
- Fanon, F. (1968). *Sociología de la revolución*. México: Editorial ERA.
- Farmer, P. (1992). *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Farmer, P. (1996). On Suffering and Structural Violence: a View from Below. *Daedalus*, v. 125, n. (1), p. 260-83.
- Farmer, P. (1997). Social Scientists and the New Tuberculosis. *Social Science & Medicine*, v. 44 n. (3), p. 347-358.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2007). Whiter Equity in Health? The State of the Poor in Latina America. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, Sup. 1, p. 7-12.
- Federación Mexicana de Diabetes (2000-2008). *Reforma*. Colección completa. México.
- Federación Mexicana de Diabetes (2008). Diabetes. Un estilo de vida diferente. Suplemento comercial independiente. *Reforma*. México.
- Federación Mexicana de Diabetes (2008). Día mundial del corazón. Suplemento comercial independiente. *Reforma*. México.
- Fitzpatrick, R.; Scambler, G. (1990). Clase social, etnicidad, enfermedad. En: Fitzpatrick, R. et al. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fleury, S. (2007). Salud y democracia en Brasil. Valor público y capital institucional en el sistema único de salud. *Salud Colectiva*, v. 3, n. (2), p. 147-57.
- Freyermuth, G. (2000). *Morir en Chenalhó. Género, generación y etnia, factores constitutivos de riesgos durante la maternidad*. (Tesis de doctorado). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gaines, A. (1992a). Ethnopsychiatry: the Cultural Construcción of Psychiatries. En: Gaines, A. (ed.). *Ethnopsychiatry. The Culkural Construction of Professional and Folf Psychiatries*. Albany: State University Press of New York. p. 3-49.
- Gaines, A. (1992b). From DSM-I to III-R; Voices of Self, Mastery and the Other. A Cultural Constructivist Reading of U. S. Psychiatric Classification. *Social Sciences & Medicine*, v. 35, n. (1), p. 3-24.
- García Sánchez, F. et al. (1961). El distrito integral de salud pública en México. *Salud Pública de México*, v. III, n. (4), p. 573-98.
- Gartly Jaco, E. (1982). *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS.
- Geertz, C. (1989). *El antropólogo como actor*. Barcelona: Paidós.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento local*. Barcelona: Paidós.
- Giddens, A. (1997a). *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península.
- Giddens, A. (1997b). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Giddens, A. (1999). *Un mundo desbocado: los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.
- Goffman, G. (1959). *The Presentation of Self in Everiday Life*. New York: Doubleday Co.
- Goffman, G. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, G. (1970). *Ritual de la interacción social*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

- Goldberger, J. (1980a). Experimentos con personas. En: Terris. *Estudios de Goldberger sobre la pelagra*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, p. 39-149.
- Goldberger, J. (1980b). Estudios de colectividades. En: Terris. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo Veintiuno Editores. p. 151-376.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality an Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, B.; Del Vecchio Good, M. J. (1993). Learning Medicine. The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. En: Lindenbaum, S.; Lock, M. (eds.) *Knowledge, power and practice*. Univ. of California Press. p. 81-107.
- González Bombal, I. (2002). Sociabilidad en clases medias en descenso: experiencias en el trueque". En: Beccaria, L. et al. *Sociedad y sociabilidad en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning*. London: Cresset Press.
- Gouldner, A. (1977). *La dialéctica de la ideología y la tecnología. Los orígenes, la gramática y el futuro de la ideología*. Madrid, Alianza Editorial.
- Grant, J. (1983). *Estudio mundial de la infancia*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Grodos, D.; Bethume, X. (1988). Les interventions sanitaires selectives: une piege pour les politiques de santé du Tiers Monde. *Social Science & Medicine*, v. 26, n. 9, p. 879-890.
- Gusfield, G. (1963). *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*. Urbana: Univ. Illinois Press.
- Gusfield, G. (1981). *The Culture of Public Problems: Drinking Driving and the Symbolic Order*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Gusfield, G. (1987). Pasage to Play: Rituals of Drinking Time in American Society. En: Douglas, M. (ed.) *Constructive Drinking Perspectives on Drink from Anthropology*. Cambridge Univ. Press. p. 73-90.
- Hagedus, A. (1978). *Socialismo y burocracia*. Barcelona: Ediciones Península.
- Harding, S. (ed.) (1993). *The "Racial" Economy of Science. Toward a Democratic Future*. Bloomington e Indianapolis: Indiana Univ. Press.
- Herman, E.; Bentley, M. (1992). Manuals for Ethnographic Data Collection: Experience and Issues. *Social Science & Medicine*, v. 35, n. (11), p. 1369-78.
- Hertzman, C.; Siddqi, A. (2000). Health and Rapid Economic Change in the Late Twentieth Century. *Social Science & Medicine*, v. 51, n. (6), p. 809-819.
- Hoggarth, R. (1990). *La cultura obrera en la sociedad de masas*. México: Grijalbo.
- Horton, D. (1991 [1943]). Las funciones del alcohol en las sociedades primitivas. En: Menéndez, E. L. (ed.) (1991). *Antropología del alcoholismo en México*. México: Ediciones de la Casa Chata, p. 35-64.
- Infante, C. (1988). Bases para el estudio de la interacción familia/redes sociales-uso de los servicios de salud. *Salud Pública*, v. 30, n. (2), p. 175-96.
- Inhorn, M. C. (1995). Medical Anthropology and Epidemiology: Divergences or Convergences? *Social Sciences & Medicine*, v. 40, n. (3), p. 285-90.
- Inhorn, M. C.; Brown, P. J. (1990). The Anthropology of Infectious Disease. En: *Annu Rev. Anthropol*, n. 19, p. 89-117,
- Instituto Nacional de Salud Pública (2003). *Encuesta sobre violencia familiar*. México: INSP.
- Jiménez, B. (2008). Muestras en museo de cultura del narco. *Reforma*, 6 de abril de 2008, México.
- Kaplan, D.; Manners, R. (1979). *Introducción crítica a la teoría antropológica*. México: Nueva Imagen.

- Kaplan, B.; Cassel, J.; Gorer, S. (1982). Apoyo social y salud. En: Garty Jaco, E. (comp.). *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS p. 175-97
- Katz, E. (1992). La investigación en la comunicación desde Lazarfeld. En: Ferry, J. M. *El nuevo espacio público*. Barcelona: Gedisa. p. 85-103.
- Katz, J. (1984). *The Silent Words of Doctors and Patient*. New York: The Free Press.
- Katz, A. (1981). Selfhelp and Mutual Aid: An Emerging Social Movement. *Annual Review of Sociology*, v. 7, p. 129-141.
- Katz, A.; Bender, E. (1976). *The Strength in Us. Selfhelp Groups in the Modern World. New Viewpoints*. New York: Franklin Watts.
- Klapp, O. (1969). *Collective Search for Identity*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives; Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Klinenberg, E. (1997). Autopsia de un verano mortífero en Chicago. *Le Monde diplomatique*, agosto, p. 5-7.
- Kroeger, A. et al. (comps.) (1991). *Malaria y leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*. Quito: Ediciones ABYA-YALA.
- Kroeger, A.; Barbira-Freedman, F. (1992). *La lucha por la salud en el alto Amazonas y en los Andes*. Quito: Ediciones ABYA-YALA.
- Kroeger, A. et al. (1989). *Materiales de la enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la atención de la salud a nivel de sistemas locales de salud*. Universidad de Heidelberg/OMS.
- Krug, E. et al. (eds.), (2003). *Informe mundial sobre violencia y salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- La Jornada* (2000-2008). *Colección*. México.
- Lasch, Ch. (1991). *The Cultura of Narcissism*. New York: W. W. Norton & Co.
- Lasch, Ch. (1999). *La rebelión de las élites y la traición de la democracia*. Barcelona: Paidós.
- Lavandez, F. (1990). Las organizaciones no gubernamentales y los sistemas locales de salud. *Boletín de la OPS*, v. 109, n. (5 y 6), p. 512-520.
- Lazarfeld, P. (1955). *Peronal Influence: The Part Played by People in the Flow of Mass Communications*. Glencoe: The Free Press.
- Lazarfeld, P. et al. (1962). *El pueblo elige. Estudio del proceso de formación del voto durante una campaña presidencial*. Buenos Aires: Ediciones 3.
- Lefebvre, H. (1967). Crítica de la vida cotidiana. En: *Obras de Henry Lefebvre*. Buenos Aires: Peña Lillo Editor. v. I, p. 189-385.
- Lehr, U.; Thomae, H. (1994). *La vida cotidiana. Tareas, métodos y resultados*. Barcelona: Herder.
- Lemert, E. (1967). *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Leon, D. A. et al. (1997). Huge Variations in Russian Mortality Rates 1984-1994: Artefact, Alcohol or what? *Lancet*, n. 350, p. 383-388.
- Lessing, D. (2007). *El cuaderno dorado*. México: Punto de lectura.
- Levine, R.; White, M. (1987). *El hecho humano*. Madrid: Visor/MEC.
- Lewis, O. (1961). *Antropología de la pobreza. Cinco familias*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Lewis, O. (1982). *Una muerte en la familia Sánchez*. México: Grijalbo.
- Lewis, O. (1986). *Ensayos antropológicos*. México: Grijalbo.
- Lomnitz, L. (1975). *Cómo sobreviven los marginados*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. México: El Colegio de San Luis/Ciesas.
- Llobera, J. (1990). *La identidad de la Antropología*. Barcelona: Anagrama.
- Macuitztle García, J. (1992). La importancia del consumo de alcohol en Magdalena (Veracruz). En: Menéndez, E. L. (ed.). *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del alcoholismo en México*. México: Ciesas. p. 43-62.
- Madriz, E. (2001). *A las niñas buenas no les pasa nada malo*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Maffesoli, M. (1990). *El tiempo de las tribus. El declive del individualismo en la sociedad de masa*. Barcelona: Icaria.
- Maldonado, E. et al. (1999). *El secreto del alcohol*. México: Ciesas/Unam.
- Malinowski, B. (1975). *Los argonautas del Pacífico occidental*. Barcelona: Ediciones Península.
- Martínez, H. et al. (1993). Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición. *Salud Pública*, v.35, n. (6), p. 673-681.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montreal: Gaetan Morin Editeur.
- Matza, D. (1981). *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus.
- Mcandrew, C; Edgerton, R. (1969). *Drunken Comportmen: a Social Explanation*. Chicago: Aldine Press.
- McKinlay, J. B. (1982). En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. En: Garty Jaco (ed.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS. p. 19-28.
- McKweon, TH. (1976). *The Modern Rise of Population*. London: Academic Press.
- McKweon, TH. (1988). *The Origins of Human Disease*. Oxford: Basil Blackwell.
- Mead, M. (1957). Investigación sobre los niños primitivos. En: Carmichael, L. (dir.). *Manual de psicología infantil*. Buenos Aires: El Ateneo. p. 826-875.
- Mendoza, Z. (1994). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*. [Tesis de Maestría]. ENAH.
- Mendoza, Z. (2004). *De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en la Merced*. [Tesis de Doctorado]. Ciesas.
- Menéndez, E. L. (1964/1967). *Informes sobre proceso de migración española e italiana a una comunidad de la provincia de Entre Ríos*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Ms.
- Menéndez, E. L. (1972). *Racismo, colonialismo y violencia científica*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Menéndez, E. L. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuaderno N° 86 de la Casa Chata/Ciesas, México.
- Menéndez, E. L. (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 Guanajuato*. Ms.

- Menéndez, E. L. (1990a). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuaderno N° 179 de la Casa Chata, México.
- Menéndez, E. L. (1990b). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. L. (1993). Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de atención primaria. En: Roersch, C. et al. *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales*. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana. p. 61-104.
- Menéndez, E. L. (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades*, n. 21, p. 5-39.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (ed.) (1982). *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*. Cuadernos de la Casa Chata N° 57, México.
- Menéndez, E. L. (ed.) (1991). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (ed.) (1992). *Prácticas e ideologías científicas y populares respecto del alcoholismo en México*. México: Ciesas/Colección Miguel Othon de Mendizábal.
- Menéndez, E. L.; Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Ciesas.
- Menéndez, E. L.; Di Pardo, R. (2003). *Alcoholismo: segundo y tercer nivel de atención médica: especializaciones y desencantos*. Informe final de investigación. Ms.
- Menéndez, E. L.; Di Pardo, R. (2005). Los estudios de género en México y el papel del alcohol en las relaciones entre mujeres y varones. En: Esteban, L. L.; Pallarés, J. (coords.). *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Sevilla: FAAEE/Asana. p. 115-128.
- Menéndez, E. L.; Di Pardo, R. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos*, n. 20, p. 29-52.
- Menéndez, E. L.; Di Pardo, R. (2007). *Miedos, riesgos e inseguridades. El papel de los medios, de los profesionales y de los intelectuales en la construcción de la salud como catástrofe*.
- Menéndez, E. L.; Spinelli, H. (coords.) (2006). *Participación social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Meneu, R. (2004). Fuentes de información para usuarios y pacientes. *Monografías Humanitas*, n. 3, p. 127-38. Barcelona.
- Merton, R. (1977). *Sociología de la Ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Milgran, S. (1974). *Obedience to Authority*. New York: Harper & Row.
- Minayo, M. C. de Souza. et al. (2003). Possibilidades e dificuldades nas relacoes entre ciencias sociais epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. (1), p. 97-108.
- Miranda, J.; Yamin, A. (2004). Reproductive Health without Rights in Perú. *The Lancet*, n. (363), p. 68-69.
- Mora y Araujo, M. (2005). *El poder de la conversación. Elementos para una teoría de la opinión pública*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.
- Morley, D. (1996). *Televisión, audiencias y estudios culturales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mosley, W. H. (1988). Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Pública de México*, v.30, n. (3), p. 312-328.



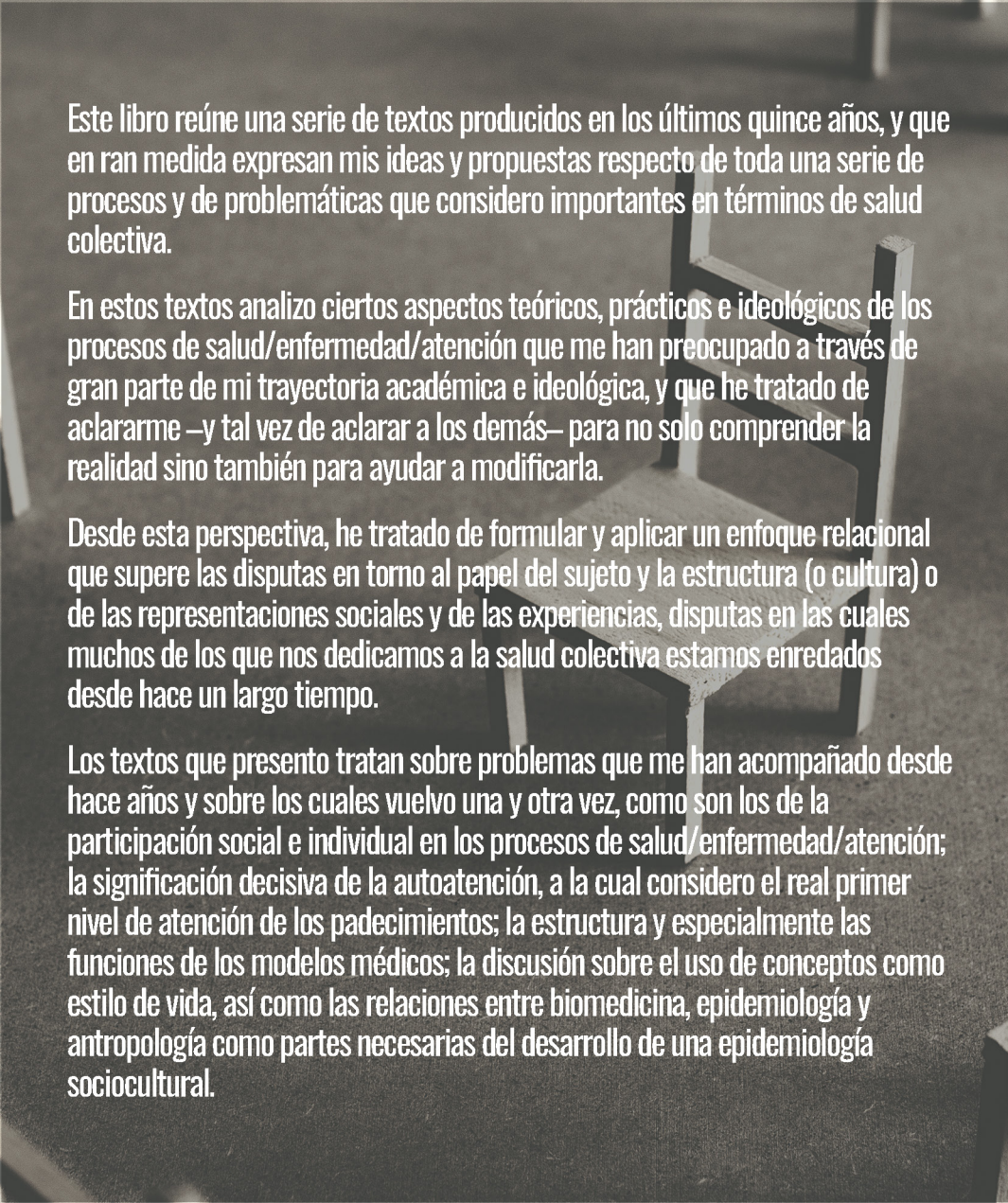
- Mota-Hernández, F. (1990). Estrategias para la disminución de la morbi/mortalidad por diarreas agudas en América Latina. *Salud Pública*, v. 32, n. (3), p. 254-60.
- Muro, V. G. (1994). *Iglesia y movimientos sociales*. México: El Colegio de Michoacán.
- Nations, M. (1986). Epidemiological Research on Infectious Disease: Quantitative Rigor or Rigormortis? Insights from Ethnomedicine. En: Janes, C. et al. *Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health an Disease*. Dordrecht: D. Reidel Pub. p. 97-124.
- Navel, G. (1960). *Trabajos*. Buenos Aires: Argos.
- Nervi, L. (1999). *Etnografía del plomo, una sustancia peligrosa. Procesos tóxicos, modelos médicos y articulación social en un municipio de la frontera norte de México*. (Tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires.
- Neumann, F. (1983). *Behemot. Pensamiento y acción en el nacional/socialismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Nichter, M. (2006). Reducción de daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, n. 20, p. 109-134.
- Oakley, P.; Marsden, D. (1985). *Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Odone, I. et al. (1977a). *Ambiente di lavoro. La fabbrica nel territorio*. Roma: Editrice Sindicale Italiana.
- Odone, I. (1977b). *Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro*. Torino: Einaudi.
- Olaiz, G. et al. (2003). *Encuesta nacional sobre violencia contra la mujer*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Osorio, R. M. (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil. Tesis de Maestría en Antropología Social*. México: ENAH.
- Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Instituto Nacional Undigenista/Ciesas.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Método de atención sanitaria de la madre y del niño basado en el concepto de riesgo*. OMS, Publicación Offset, n. 39.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2000). *Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias*. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1952). *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Dedicado a antropología y programas de salud en América Latina.*, v. 32, n. (4).
- Organización Panamericana de la Salud (1994). *Metodología para la evaluación participativa*. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *La salud en las Américas*. Washington DC: OPS. 2 volúmenes.
- Ortega, J. (1999). *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. (Tesis de doctorado). El Colegio de Michoacán.
- Ottone, E. et al. (2007). *Cohesión social, inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Cepal.
- Oughourlian, J.M. (1977). *La persona del toxicómano*. Barcelona: Herder.
- Paganini, J; Rice, M. (1989). *Participación social en los sistemas locales de salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

- Peña, P. (2006). *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia mazahua*. (Tesis doctorado en Antropología Social). Tarragona: Universitat Tòrrida i Virgili.
- Press, I. (1975). *Tradition/Adaptation. Life in a Modern Yucatan Maya*. Connecticut: Greenwood.
- Proctor, R. (1988). *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard Univ. Press.
- Puentes Rosas, E. et al. (2002). La cesárea en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública*, v. 46, n. (1), p. 16-22.
- Quinney, R. (1985). *Clases, Estado y delincuencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rabelo, M. (1993). Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. (3), p. 316-25.
- Rabelo, M. (1994). *A construção narrativa da doença*. Bahia: Ms., Salvador.
- Radin, P. (1960). *El hombre primitivo como filósofo*. Buenos Aires: Eudeba.
- Rasmussen-Cruz, B. (1993). La participación comunitaria en salud en el IMSS en Jalisco. *Salud Pública*, v. 35, n. (5), p. 471-478.
- Ratcliffe, J. W.; Gonzaález del Valle, A. (2000). El rigor en la investigación de la salud: hacia un desarrollo conceptual. En: Denman, C.; Haro, J. A. (comps.) *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. p. 57-112.
- Reiser, S. (1978). *Medicine and the Reign of Technology*. Boston: Cambridge Univ. Press.
- Renaud, M. (1992). De la epidemiología social a la sociología de la prevención: quince años de investigación sobre la etiología social de la enfermedad. *Cuadernos Médico Sociales*, n. 60, p. 49-66.
- Reyes, M. (2003). Redes solidarias; no deberían existir, pero qué bueno que existen. *Letra S*, n. 80. México.
- Rifkin, S. (1990). *Participación de la comunidad en los programas de salud de la madre y el niño y de planificación familiar: análisis basados en estudios de casos*. Ginebra: OMS.
- Rifkin, S.; Walt, G. (eds.) (1998). Selective or Comprehensive Primary Health Care. *Social Science & Medicine*, v. 26, n. (9).
- Romani, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Romani, O.; Comelles, J. M. (1999). Les conhradictions dans l'usage des psychotropes dans les societees contemporaines: automedication et dependance. *Psychotropes*, v. VI, n. (3), p. 39-57.
- Room, R.; Collins, G. (eds.) (1983). *Alcohol and Disinhibition: Nature and Meaning of the Link*. Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Rootman, R.; Moser, J. MOSER (1985). *Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar soluciones adecuadas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Roth, J.; Conrad, P. (1987). *The Experience and Management of Chronic Illness*. London: Jai Press.
- Rozitchner, L. (1996). *Las desventuras del sujeto político. Ensayos y errores*. Buenos Aires: El cielo por asalto.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the Victim*. New York: Vintage Books. (Segunda edición).
- Salas, M. (1997). *Flojita, flojita: etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*. [Tesis de Maestría en Antropología Social]. México: Ciesas
- Sartre, J. P. (1963). *Crítica de la razón dialéctica*. Losada. 2 vols.
- Schaffer, H. S. (1979). *El desarrollo de la sociabilidad*. Madrid: Pablo Rio Editor.

- Schaffer, H. S. (1994). *Decisiones sobre la infancia. Preguntas y respuestas que ofrece la investigación psicológica*. Madrid: Visor.
- Secretaría de Salud / SSA (1973). *Informe 1973*. SSA. México.
- Secretaría de Salud / SSA (2001a). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. SSA. México.
- Secretaría de Salud / SSA (2001b). *Salud México 2001. Información para la rendición de cuentas*. SSA. México.
- Secretaría de Salud / SSA (2004). Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2002. *Salud Pública de México*, v. 46, n. (2), p. 169-184.
- Sheff, T. J. (1986). *La catarsis en la curación, el rito y el drama*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Simons, R.; Hughes, CH. (eds.) (1985). *The Cultura-Bound Síndromes. Folk Illness of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: Reidel.
- Singer, M. (1989). The Limitations of Medical Ecology: The Concept of Adaptation in the Context of Social Stratification and Social Transformation. *Medical Anthropology*, v. 10, n. (4), p. 218-229.
- Singer, M. (1990). Reinventing Medical Anthropology: Towards a Critical Realignment. *Social Science & Medicine*, v. 30, n. (2), p. 179-87.
- Smart, R.; Natera, G.; Almendares, J. (1981). Ensayo de un nuevo método para estudiar el consumo de alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 9, n. (6), p. 499-1981.
- Smith, R. T. (1982). Incapacidad y proceso de recuperación: el papel de las redes sociales. En: Gartly Jaco, E. (comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS. p. 361-75.
- Sombart, W. (1974). *Socialismo y movimiento social*. Buenos Aires: Distribuidora Baires.
- Social Science & Medicine* (1990). Dedicado a niveles de análisis, vol. 30, n. (9).
- Sontag, S. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Punto de Lectura.
- Speck, R. V.; Atneave, C. L. (1974). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Stern, A. (2006). Esterilizadas en nombre de la salud pública: raza, inmigración y control reproductivo en California en el siglo XX. *Salud Colectiva*, v. 2, n. (2), p. 173-89.
- Susser, M. (1991). *Conceptos y estrategias en epidemiología*. México: SSA, Fondo de Cultura Económica.
- Susser, M.; Watson, W. (1982). *La sociología de la medicina*. México: IMSS.
- Taussig, M. (1980). Reification and the Consciousness of the Patient. *Social Science & Medicine*, n. 14, p. 3-13.
- Taylor, I. et al. (1977). *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Terris, M. (1980a). *Estudios de Goldberger sobre la pelagra*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Terris, M. (1980b). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Terris, M. (1988). Comentarios. En: Buck et al. *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación 505: Washington DC. p. 3-17, 87-100, 155-171, 881-899.
- Thompson, J. B. (1998). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México: UAM-X.

- Thompson, J. B. (2001). *El escándalo político. Poder y visibilidad en la era de los medios de comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Thompson, E. P. (1977). *La formación histórica de la clase obrera*. Barcelona: Laia. Tres volúmenes.
- Thompson, E. P. (1984). *Tradición, revuelta y conciencia de clase*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Thompson, E. P. (1991). *Miseria de la teoría*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Thompson, R. A. (1966). *A Study of Yucatec Maya Curing Utilizing the Techniques of Formal Elicitation*. [Tesis de maestría]. Austin: University of Texas.
- Thompson, R. A. (1974). *Aires de progreso: cambio social en un pueblo maya de Yucatán*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Torrado, S. (27 de marzo de 2004). La ruptura del lazo social. *Clarín*.
- Touraine, A. (1987). *El regreso del actor*. Buenos Aires: Eudeba.
- Touraine, A. (1992). *Critique de la modernité*. París: Librairie Arthème Fayard.
- Toussignant, M. (1989). La pauvreté: cause ou espace des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, v. XIV, n. (2), p. 91-104.
- Trotter, R. T.; Chavira, A. (1981). *Curanderismo. Mexican American folk Healing*. Athens: Georgia Univ. Press.
- Turner, V. (1967). *The Forest of Symbols*. Ithaca: Cornell Univ. Press.
- Ware, C. (1962). *Trabajos prácticos en organización y desarrollo de la comunidad*. Washington D.C.: Unión Panamericana.
- Werner, H. (1965). *Psicología comparada del desarrollo mental*. Buenos Aires: Paidós.
- White, M.; Polak, S. (1990). *La transición cultural*. Madrid: Visor.
- Williams, F. (ed.) (1977). *Why the Poor Pay More*. London: The Macmillan Press.
- Wolf, E. (1987). *Europa y la gente sin historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wolton, D. (2000). *Internet ¿y después?* Barcelona: Gedisa.
- Woolgar, S. (1991). *Ciencia: abriendo la caja negra*. Barcelona: Anthropos.
- Yarzabal, L. (1985). La tortura como enfermedad endémica en América Latina: sus características en Uruguay. *Nueva Antropología*, n. 28, p. 75-92.
- Young, A. (1976). Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist*, v. 78, n. (1), p. 5-24.
- Young, A. (1980). The Discourse on Stress and the Reproduction to Conventional Knowledge. *Social Science & Medicine*, n. 14, p. 133-146.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, n. 11, p. 257-85.
- Young, J. (1997). Criminología de la clase obrera. En: Taylor et al. *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Buenos Aires: Amorrortu. p. 98-127.
- Zamora, G. L. (5 de abril de 2008). Narcos piden orientación a obispos: CEM. *La Jornada*. México.





Este libro reúne una serie de textos producidos en los últimos quince años, y que en gran medida expresan mis ideas y propuestas respecto de toda una serie de procesos y de problemáticas que considero importantes en términos de salud colectiva.

En estos textos analizo ciertos aspectos teóricos, prácticos e ideológicos de los procesos de salud/enfermedad/atención que me han preocupado a través de gran parte de mi trayectoria académica e ideológica, y que he tratado de aclararme —y tal vez de aclarar a los demás— para no solo comprender la realidad sino también para ayudar a modificarla.

Desde esta perspectiva, he tratado de formular y aplicar un enfoque relacional que supere las disputas en torno al papel del sujeto y la estructura (o cultura) o de las representaciones sociales y de las experiencias, disputas en las cuales muchos de los que nos dedicamos a la salud colectiva estamos enredados desde hace un largo tiempo.

Los textos que presento tratan sobre problemas que me han acompañado desde hace años y sobre los cuales vuelvo una y otra vez, como son los de la participación social e individual en los procesos de salud/enfermedad/atención; la significación decisiva de la autoatención, a la cual considero el real primer nivel de atención de los padecimientos; la estructura y especialmente las funciones de los modelos médicos; la discusión sobre el uso de conceptos como estilo de vida, así como las relaciones entre biomedicina, epidemiología y antropología como partes necesarias del desarrollo de una epidemiología sociocultural.



