

Discurs d'investidura

Pronunciat pel Dr. Eduardo L. Menéndez Spina

Buenos días a todas y a todos los presentes.

Agradezco profundamente al Consejo de Gobierno y al rector de la Universidad Rovira i Virgili el otorgamiento del doctorado honoris causa, no sólo por lo que supone en sí mismo, desde el punto de vista académico y profesional, sino, sobre todo, por lo que supone para mí desde el punto de vista afectivo. En efecto, este título constituye una especie de símbolo objetivo del trabajo que hemos realizado — subrayo lo de “hemos realizado”— a lo largo de casi veinticinco años con los colegas y amigos del Departamento de Antropología de esta Universidad, entre los que quiero destacar especialmente a los doctores Josep Maria Comelles y Oriol Romaní, así como a las sucesivas generaciones de alumnos a los que acompañamos en su proceso de formación como antropólogos médicos.

Por esta razón agradezco también la presencia de todos ustedes, de los colegas y amigos que han venido desde México y desde otros lugares de España, y especialmente de mi esposa y de mis dos hijas, con las que quiero compartir este reconocimiento.

A continuación, me ocuparé de algunos aspectos de la antropología médica y, muy especialmente, de varias de sus principales aportaciones no sólo etnográficas e interpretativas, sino también en términos de intervención y de acción.

Obviamente, mi presentación será esquemática y desgraciadamente excluyente, por lo que he seleccionado las aportaciones antropológicas por medio de tres criterios: 1) que constituyan hitos en el desarrollo de la antropología médica, más allá de que en la actualidad cuestionemos o no sus aportaciones; 2) que sus perspectivas y propuestas sigan siendo vigentes, y 3) que sus descripciones, interpretaciones y propuestas me hayan impactado cuando las conocí o redescubrí a través de mis estudios y de mi trabajo docente.

Mi selección es en gran medida autobiográfica, de manera que a través del pequeño recorrido que trazaré pretendo no sólo recordar a algunos de los autores con los que aprendí a trabajar en mi disciplina, sino poner de manifiesto que una parte sustantiva de los conceptos y enfoques que maneja no sólo la antropología médica, sino

también ciertas orientaciones clínicas y epidemiológicas, utilizan propuestas y perspectivas que se elaboraron y aplicaron hace ya bastante tiempo, y que siguen teniendo vigencia aun cuando muchas de ellas sean sobre todo nombradas, pero poco aplicadas.

Quiero aclarar que, con mi pequeña revisión, no pretendo rendir un homenaje al pasado, sino subrayar la necesidad de utilizarlo teórica y prácticamente en función del presente.

La primera aportación la constituyen los trabajos de Émile Durkheim y, especialmente, su estudio sobre el suicidio, dado que son los que establecen varias de las líneas y de los conceptos que posibilitarán la constitución de nuestra disciplina. Considero que no sólo es el principal antecedente de lo que se denomina “epidemiología sociocultural”, no sólo es quien más tempranamente articula datos y técnicas cualitativas y estadísticas, sino que es uno de los fundadores del enfoque relacional aplicado al estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención (en adelante procesos de s/e/a).

Es más, Durkheim nos propone tempranamente que los procesos de s/e/a no pueden reducirse al sujeto ni aun tratándose del suicidio, sino que dicho sujeto —y su padecimiento— debe ser referido a la red de relaciones dentro de las que se enferma y se soluciona o no su padecimiento. Será en el desarrollo de sus análisis sobre el suicidio donde Durkheim propondrá lo que hoy conocemos con el nombre de “redes sociales” y de “grupos sostén”, que en su momento no fueron muy bien entendidos. De hecho, tuvieron que pasar muchos años antes de que fueran utilizados no sólo en términos teóricos, sino sobre todo de intervención.

Su obra ha sido redescubierta periódicamente, pero lo fue sobre todo durante la década de 1950, cuando se la apropiaron la antropología social y la psiquiatría comunitaria británicas, que la aplicaron a la descripción e intervención sobre los padecimientos, especialmente sobre los padecimientos mentales.

Como sabemos, las redes sociales y los grupos sostén han sido reconocidos e impulsados en las últimas décadas para reducir, paliar o solucionar problemas de muy distinta índole, desde el alcoholismo hasta la diabetes mellitus, pasando justamente por el suicidio. Es desde Durkheim, en efecto, que sabemos que las

redes sociales y los grupos sostén pueden prevenir el suicidio, aunque por supuesto no cualquier suicidio.

Me gustaría subrayar que algunas orientaciones actuales han considerado las redes sociales casi como una panacea, desconociendo lo que ya Durkheim proponía; y es que las redes sociales pueden prevenir el suicidio, pero también pueden no sólo precipitarlo, sino también inducirlo. Las redes sociales pueden ser positivas, pero también pueden ser negativas, y esto que estamos redescubriendo actualmente ya había sido elaborado empírica y teóricamente por nuestro autor.

Lo que, además, nos propone Durkheim —y más tarde una larga serie de autores— es que no puede haber sociedades no sólo sin relaciones sociales, sino sin rituales sociales, y que la cuestión metodológica central es buscar los rituales donde ahora funcionan, y no donde sabemos que han desaparecido. Precisamente, el campo de la s/e/a es uno de los campos donde más rituales sociales se constituyen actualmente, como reconocieron casi simultáneamente Goffman y Gusfield a partir de la década de 1950.

Goffman, entre otras cosas, exploró la existencia de rituales sociales en los servicios de salud biomédicos, y especialmente en hospitales, y demostró cómo las técnicas y estrategias biomédicas, así como las reglas y los criterios de funcionamiento institucionales, pueden convertirse en rituales sociales tanto para los pacientes como para el personal de salud. Gusfield, por su parte, trabajó especialmente sobre los rituales que las sociedades desarrolladas actuales organizan en torno al consumo de alcohol. En uno de sus trabajos más brillantes describe las concepciones que la sociedad norteamericana ha desarrollado respecto a la relación entre consumo de alcohol y manejo de automotores, lo que dio lugar a la formulación de una serie de normas y de prácticas jurídicas y policiales que criminalizan ciertas formas de conducir, operando de este modo como un mecanismo de control social. En este sentido, hay que recordar que Estados Unidos es el país, después de China, que tiene la tasa más alta de personas en prisión, y que la primera causa de encarcelamiento son los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Lo que acabo de apuntar no niega, por supuesto, el desarrollo de conductas de riesgo por parte de conductores alcoholizados o no, tal como podemos observar en las carreteras españolas todos los fines de semana, al igual que en México, en los

llamados “arrancones”. Sin embargo, y esto es lo que me interesa subrayar, en ambos casos nos encontramos ante conductas de riesgo que suponen transgresiones y que se traducen en muertos y heridos como parte de un ritual de riesgo-transgresión.

También en las décadas de 1950 y 1960 tres autores pusieron de manifiesto a través de sus investigaciones la importancia de las relaciones sociales para diferentes procesos de s/e/a. En primer lugar, quiero referirme a George Bateson, antropólogo británico que, sin embargo, realizó sus estudios sobre esquizofrenia básicamente en Estados Unidos y que propuso la hipótesis del doble vínculo y del mensaje contradictorio como causas de, al menos, una parte de las esquizofrenias. En este sentido, de sus estudios se sigue que la principal causa de la esquizofrenia de los hijos, y especialmente del hijo varón, sería el mensaje contradictorio gestado en la relación entre padres e hijos .

En los mismos años, Sudnow, analizando hospitales para enfermos terminales, y Antonovsky, investigando la desnutrición en familias pobres, llegaron a conclusiones similares sobre la importancia decisiva de las condiciones de la clase social en la causalidad, el desarrollo o la solución de padecimientos. El primero puso de manifiesto el papel de la clase social en el tratamiento médico diferencial —tanto en términos técnicos como sociales— de los pacientes con cáncer terminal, lo que demostró comparando la atención médica en dos hospitales de Estados Unidos, uno para indigentes y otro donde estaban internados exclusivamente sujetos de clase media y de clase alta. Tales diferencias operan desde la recepción del paciente, el tipo de cuidado recibido y el tiempo de hospitalización hasta su muerte y la comunicación de dicha muerte a sus familiares.

Por su parte, Antonovsky desarrolló el concepto de *coping* para subrayar la capacidad diferencial que puede existir en los sujetos enfermos que pertenecen a una misma clase social. Este autor partió del hecho empírico de que los pobres mueren más y más tempranamente que los miembros de otros sectores sociales, es decir, que tienen menor esperanza de vida. Con todo, él mismo reconoció que hay pobres que mueren mucho menos que otros pobres e intentó encontrar las causas de esa diferenciación. Antonovsky las encontró en el efecto *doping*; ahora bien, mientras que la mayoría de quienes han utilizado posteriormente este concepto lo

refiere casi exclusivamente al individuo, él pone en primer plano las redes sociales donde los sujetos encuentran —o no encuentran— los recursos de distinto tipo para superar el impacto de sus padecimientos, incluida la mortalidad temprana por enfermedad. Recordemos que este autor fue, además, uno de los primeros investigadores en trabajar sobre la posibilidad de desarrollar una “salud positiva”.

Podría seguir comentando estas líneas de investigación que subrayan el papel de las relaciones sociales hasta llegar a las producciones antropológicas más recientes, como las aportaciones de Paul Farmer sobre sida, pobreza y racismo en Haití, pero prefiero presentar algunos aspectos de otras notables aportaciones iniciales de nuestra disciplina. Me refiero básicamente a las generadas por la antropología cultural norteamericana y por la etnología europea entre 1930 y 1950.

Como sabemos, desde la década de 1920, especialmente entre las décadas señaladas, la antropología cultural norteamericana impulsó una discusión teórica y práctica sobre las relaciones que operan entre lo cultural y lo biológico, subrayando a través de sus estudios etnográficos la gran plasticidad que caracteriza a los seres humanos, así como la extraordinaria diversidad de dicha plasticidad; plasticidad y diversidad que no sólo se refieren a los sistemas de creencias, sino especialmente a los cuerpos.

Los cuerpos, para estos antropólogos, no son nunca total ni prioritariamente biológicos, y se caracterizan precisamente por una gran plasticidad, que estudian a través de muy diversos procesos que van desde el trabajo de parto hasta la sexualidad, pasando por la fatiga física. Margaret Mead realizó uno de sus mejores y menos consultados trabajos, justamente sobre la fatiga corporal en población indonesia, para concluir que la fatiga física no se puede entender si no se refiere a un cuerpo biológico, pero producido y utilizado social y culturalmente. En última instancia, Mead encuentra las claves de la existencia o no de la fatiga física en las concepciones y usos del cuerpo por parte de la población indonesia o, para ser más precisos, de la isla de Bali.

Como señalé hace un momento, una parte de estos estudios se refieren a la sexualidad. Una de sus mejores expresiones la constituye la investigación que George Devereux realizó sobre el homosexualismo entre los mohaves para evidenciar el nivel de institucionalización y de ritualización que la sexualidad —y en

particular el homosexualismo— adquiere en determinadas sociedades. Posiblemente, los mohaves hayan sido la sociedad que ha tenido el mayor porcentaje de población homosexual comparada con cualquier otro tipo de sociedad. Por eso la eligió Devereux, quien describió los rituales institucionalizados que se construyen no sólo en torno a la boda entre homosexuales, sino en torno a procesos como el parto, dado que el mohave que desempeña el rol de mujer, institucionalmente, debe parir un hijo, que nace inevitablemente muerto.

La antropología cultural norteamericana de este lapso se caracteriza, por tanto, por subrayar la plasticidad, la diferencia y la diversidad. Considero que varias de las principales ideas y propuestas sobre el cuerpo y la sexualidad que desarrollarán especialmente las corrientes feministas, las corrientes gays y los estudios de género a partir de los años sesenta y que siguen siendo utilizadas en la actualidad, fueron en gran medida elaboradas previamente por estos antropólogos.

Un último e importante aspecto que me interesa subrayar en esta corriente antropológica es que el énfasis en la plasticidad y en la diversidad, así como el peso dado a lo cultural sobre lo biológico, no sólo tenían un objetivo académico, sino un fuerte objetivo ideológico. En este sentido, desarrollaron un enfrentamiento académico y profesional contra el racismo establecido como política de estado en la Alemania nazi a partir de 1933, lo que —no debemos olvidar— fue apoyado por la mayoría de los académicos alemanes, especialmente por los antropólogos.

Así pues, el relativismo cultural que estos autores impulsaron en gran medida a través de estudios sobre procesos de s/e/a tuvo que ver con concepciones académicas, pero, sobre todo, constituyó un mecanismo de enfrentamiento a los etnocentrismos racistas, que —bueno es recordarlo— no operaron solamente en Alemania.

En el caso de la producción europea de este período, rescato básicamente dos aportaciones que tuvieron distinta influencia en mi forma de pensar la antropología médica. Me refiero a los trabajos de Claude Lévi Strauss y de Ernesto de Martino. El primero elaboró la eficacia simbólica y la aplicó tanto al chamanismo como al psicoanálisis; sin embargo, ulteriormente, diversos autores la aplicaron a las prácticas y representaciones generadas y utilizadas por la biomedicina.

Gran parte de las aportaciones más significativas de los trabajos antropológicos que incluyen la eficacia simbólica se realizaron respecto a su papel en la curación o, por lo menos, en la prolongación de la vida. Así podemos observarlo, por ejemplo, en la investigación sobre cáncer y cultura desarrollada por Françoise Saillant, para quien la biomedicina aparece como el principal factor de la reducción de la mortalidad por cáncer terminal en un país como Canadá, donde, sin embargo, la eficacia biomédica no figura entre las técnicas médicas existentes, sino entre las posibilidades que la biomedicina tiene de hallar en el futuro una curación real. Es decir, aparecen en las representaciones sociales que tanto médicos como, sobre todo, pacientes tienen respecto de lo que puede llegar a lograr el saber biomédico.

Diferentes corrientes —en particular las británicas— habían descrito y analizado las sociedades en términos de relaciones sociales, distinguiendo la existencia de diferentes tipos de relaciones caracterizadas por la competencia, la colaboración, la asimetría o la reciprocidad. Estos tipos de relaciones se analizarán a través de distintos procesos económicos, políticos y sociales, y en particular a través de la relación entre curador y paciente. No obstante, será la antropología italiana la que incluya un tipo de relación no considerada hasta entonces en los estudios de los procesos de s/e/a; me refiero a las relaciones de hegemonía-subalternidad que habían sido elaboradas en términos teóricos, y sobre todo sociopolíticos, por Antonio Gramsci y que fueron aplicadas al estudio de los padecimientos por Ernesto de Martino.

Este autor centró sus estudios en las zonas más pobres y marginadas de Italia —en particular en las clases bajas rurales y urbanas— y las estudió, sobre todo, a partir de diferentes procesos de s/e/a, desde el mal de ojo hasta los usos del catolicismo popular, pasando por el tarantulismo. De Martino desarrolló etnográfica y teóricamente una de las aportaciones fundamentales de Gramsci: el reconocimiento de que los sectores dominantes tratan de hegemonizar a las clases subalternas a partir de sus saberes, ya sea negándolos o —y esto me interesa subrayarlo— apropiándose los para poder modificarlos. El mayor éxito de la hegemonía es que los grupos sociales subalternos utilicen los saberes de los sectores dominantes como si fueran saberes propios; es decir, convirtiéndolos en parte de su sentido común. En este sentido, hay que subrayar que Gramsci reconoció también que, a partir de los

saberes propios —inclusive modificados por los saberes hegemónicos—, las clases subalternas pueden generar no sólo propuestas alternativas, sino contrahegemónicas, en particular en los aspectos más sencillos y reiterados de la vida cotidiana. Precisamente, los procesos de s/e/a se caracterizan por ser parte central y reiterada de la vida cotidiana.

Estas propuestas iban a sufrir un fuerte impacto al concluir la II Guerra Mundial, ya que, especialmente durante los años cincuenta, el mundo en general y los antropólogos en particular descubrieron que había, al igual que en la actualidad, países desarrollados y países subdesarrollados; y que una de las principales características diferenciales entre estos países se da en términos de procesos de s/e/a. Se descubre, pues, que los países subdesarrollados son los que tienen las más altas tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil y de mortalidad materna y también las menores esperanzas de vida.

Se da la circunstancia de que antropólogos y etnólogos eran especialistas en sociedades subdesarrolladas y de que, salvo algunas excepciones, no habían asumido esas crueles diferencias. En este sentido, recuerdo el impacto que, aún siendo estudiante, me causó un trabajo que apuntaba que un antropólogo que está estudiando a los bororo en Brasil o a los tzotziles en México no tiene noción existencial ni teórica de que su esperanza de vida duplica la de los sujetos que está entrevistando u observando. Subrayemos que, con algunas modificaciones, esta situación persiste: en México, los grupos indígenas tienen las más altas tasas de mortalidad en todos los grupos etarios y la menor esperanza de vida, comparados con cualquier otro grupo social, incluidos los marginados y pobres urbanos.

Éste será el lapso en que, junto con el subdesarrollo, se comience a hablar también de situación colonial y de violencia estructural, conceptos y situaciones que se aplicaron al estudio de los procesos de s/e/a. En esta línea rescato los trabajos de Fanon sobre la situación argelina, de Holmberg sobre el campesinado y los hacendados peruanos y de Bonfil Batalla sobre el hambre en Yucatán, subrayando que, en todos los casos, gran parte de sus análisis se centran en procesos de s/e/a.

A partir de una parte de estas y otras corrientes e investigaciones, en la década de 1960 se constituirá en Estados Unidos la antropología médica como especialidad. De hecho, en pocas décadas se convirtió en la especialidad en que trabajaban más

antropólogos norteamericanos; un proceso que, en términos particulares, se dio en países tanto centrales como periféricos. Un claro ejemplo lo constituye la importancia creciente que esta disciplina ha adquirido en países como España y México, destacando, en el caso de México, la obra teórica y aplicada de Aguirre Beltrán, y, en el caso de España, la producción desarrollada justamente en Tarragona.

El notable desarrollo generado sobre todo a partir de la década de 1970 dio lugar no sólo a la inclusión de un número cada vez mayor de procesos de s/e/a estudiados por los antropólogos, sino también a una notoria diversificación teórica y conceptual. Aquí, no obstante, me interesa subrayar que, si bien de ese conjunto de trabajos y corrientes teóricas surgen diferencias y discrepancias, observamos también una serie de concepciones y propuestas que van más allá de cada escuela y de problemas específicos, y de las cuales voy a recordar dos de las más inclusivas y vigentes.

Observamos, por ejemplo, que las diferentes aportaciones antropológicas señalan reiteradamente que los procesos de s/e/a son una de las áreas de la vida colectiva donde las sociedades y sujetos han constituido y usado más representaciones, prácticas, rituales y significaciones, algo que puede aplicarse tanto a los curadores como a los diversos conjuntos sociales. Es más, las investigaciones antropológicas han demostrado que la producción de saberes por los legos sobre sus padecimientos es prácticamente inevitable, dado que tiene que ver con la necesidad de los grupos y sujetos no sólo de explicar y entender lo que les pasa, sino de desarrollar acciones que solucionen, aunque sea imaginariamente, los problemas de salud que reconocen como tales.

Posiblemente, una de las aportaciones más interesantes de las diferentes escuelas antropológicas ha sido la descripción e interpretación de las múltiples funciones que cumplen los sujetos y organizaciones encargadas institucionalmente de atender los padecimientos y, especialmente, de las funciones que cumple la biomedicina dentro de las sociedades actuales. En última instancia, mi propuesta sobre las funciones de lo que denomino “modelo médico hegemónico” (MMH), si bien se basa en mis propios estudios empíricos, recupera las propuestas teóricas de muy diferentes orientaciones, que van desde perspectivas fenomenológicas hasta el marxismo

gramsciano, pasando por las propuestas del interaccionismo simbólico. Considero que una de las tareas prioritarias de nuestra disciplina es la de intentar articular no sólo la extraordinaria masa de datos producida, sino, especialmente, las propuestas interpretativas de las diferentes tendencias —aun las más antagónicas— para dar respuesta a los problemas planteados.

Un segundo aspecto que subrayan las aportaciones antropológicas es que no sólo la biomedicina, sino prácticamente la totalidad de las otras formas de atención, se centran mucho en la enfermedad y muy poco en la salud.

Al señalar esto, no ignoro que la biomedicina habla cada vez más de producir salud; de hecho, no hace muchos años se trató de reemplazar el concepto de “prevención” por el de “promoción” impulsando la promoción de la salud más que la prevención ante las enfermedades. Paralelamente, toda una serie de saberes alternativos dicen que trabajan para producir salud por medio de técnicas de sanación o de concurrencias a hoteles spa; pero lo cierto es que el eje del trabajo se centra en los padecimientos y no en la salud. Es más, muchas de las ofertas de salud están destinadas a reducir el envejecimiento trabajando sobre la apariencia del sujeto mediante técnicas quirúrgicas o fármacos antiarrugas, y a través de procesos ideológicos y sociales que identifican la salud con la juventud.

Si subrayo estos aspectos no es porque esté en contra de reducir las arrugas o porque deseche la posibilidad de producir salud, sino porque considero que debemos asumir radicalmente que las tendencias de los curadores, pero también de los sujetos que padecen algún problema, se movilizan en torno a padecimientos, y que esos padecimientos pueden ser una enfermedad o, sencillamente, la ancianidad. La cuestión que hay que resolver es cómo podemos realmente ayudar a producir salud no sólo en términos de sujeto, sino de colectivos sociales.

Podría seguir enumerando toda una serie de propuestas más o menos comunes al conjunto de la producción antropológica, pero considero que ya es hora de ir concluyendo con algunos comentarios finales.

Es obvio que en mi plática sólo he hablado de las aportaciones positivas de la antropología médica y, por lo tanto, no de ciertas orientaciones y sesgos generados por las diferentes corrientes de nuestra disciplina que son, cuando menos, preocupantes. No obstante, me interesaba no sólo poner de manifiesto sus

aportaciones etnográficas y teóricas, sino también sus propuestas aplicadas, y ello porque frecuentemente —y muchas veces con razón— se ha dicho que los trabajos antropológicos no sólo no generan propuestas prácticas, sino que son pensados casi exclusivamente con vistas a producir conocimiento académico.

Estos cuestionamientos se pueden responder con una afirmación de uno de los más importantes antropólogos contemporáneos. Nadel, al analizar la diferenciación entre conocimiento teórico y aplicado, consideró —y estoy totalmente de acuerdo con él— que todo conocimiento, por más teórico que sea, tiende a ser usado, de manera que la cuestión reside en quién lo usa y para qué lo usa.

Además, esos cuestionamientos se pueden responder enumerando la variedad de propuestas aplicadas que han generado e impulsado los estudios antropológicos, a algunas de las cuales me he referido en mi conferencia. Hay que subrayar, no obstante, que muchas de esas propuestas se caracterizan por entrar en contradicción con la razón biomédica o la razón de estado. Así, por ejemplo, las propuestas en el sentido de que, dadas las características y consecuencias de la automedicación en la actualidad, lo que debería hacerse es enseñar a la gente a automedicarse, entran en confrontación con las concepciones no sólo clínicas, sino epidemiológicas, de la biomedicina.

Como señalé al principio, por lo menos una parte del trabajo antropológico es autobiográfico. Yo tardé varios años en darme cuenta de que el primer trabajo más o menos serio que realicé —me refiero al estudio sobre la migración de población italiana y española a una comunidad de la provincia de Entre Ríos— tenía que ver no sólo con la problemática teórica y etnográfica de las migraciones, sino conmigo mismo, en tanto que hijo y nieto de emigrantes españoles e italianos que se asentaron en Argentina entre 1910 y 1920.

Al hilo de este último apunte, pienso que la principal aportación de la antropología actual ha sido la de centrarse en el estudio de lo obvio, de lo que está tan cerca de nosotros que no lo vemos; la de salir de nuestra interioridad para poder observarla desde dentro y desde fuera, a fin de que afloren sus obviedades.

No cabe duda de que, en esta ceremonia, es obvio —por lo menos para mí— que lo importante no es mi conferencia, sino el sentirme reconocido por mis colegas y amigos de Tarragona y de otras partes, mas no sólo en términos académicos, sino,

sobre todo, como un hombre más o menos bueno, como diría Antonio Machado. Por ahora nada más. Muchas gracias a todos.

