

Entrevista al Dr. Eduardo Menéndez

Por Natalia Luxardo

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

Eduardo L. Menéndez nació en Buenos Aires. Reside en la ciudad de México desde el año 1976. Es licenciado en Antropología graduado de la Universidad de Buenos Aires, máster en Salud Pública (Escuela de Salud Pública/México) y doctor en Antropología social (UBA). En el año 2009 recibió el título de Doctor Honoris Causa en la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona, España) y en el año 2015 por la Universidad Nacional de Rosario (Santa Fe, Argentina). Es 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 (SEPAM). Su prolífica producción de artículos, capítulos y libros lo consagran como uno de los principales exponentes de la antropología médica de Latinoamérica, cantidad que no ha sido a expensas de la calidad y el rigor, oponiéndose a con firmeza a las metodologías rápidas y superficiales. En sus investigaciones se centró en temas como el racismo, la migración, el alcoholismo, los saberes médicos subalternos y hegemónicos, los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, entre muchos otros. También sus preocupaciones epistemológicas derivaron en originales propuestas teórico-metodológicas actualmente utilizadas no solamente por generaciones de antropólogos/as sino por profesionales de muchas otras disciplinas de las ciencias sociales y de la salud pública/ colectiva.

Esta entrevista fue realizada el 25 de agosto de 2020.

Antes de comenzar, quiero agradecerle enormemente que en estos momentos del mundo atravesado por esta nueva pandemia pueda dedicarnos de su tiempo para esta entrevista. Es un honor tener en nuestra casa de estudios al antropólogo más querido, respetado y citado de la región. La convocatoria es sobre desigualdades como paraguas amplio, tratando de abarcar temas tradicionalmente no incluidos, como desigualdades raciales y étnicas. Me gustaría empezar por ahí, ya que usted en 1972 con “Racismo, colonialismo y violencia científica” (*Revista Transformaciones*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina) llamaba a la antropología a retomar los estudios sobre el racismo por su vigencia, mirando a las violencias cercanas asociadas y entendiendo al racismo como el modo de relaciones que establece el capitalismo. En una sociedad en la que el presidente previo habla de que “bajó de los barcos”, o que políticos mencionan en los medios de comunicación al Covid-19 como una “limpieza étnica necesaria”, o los insultos racistas que no son percibidos como tales “negros de alma”... ¿Qué es lo que tendría de específico un abordaje del racismo como problema de conocimiento en primer lugar y de intervención desde las políticas públicas cuando, con excepciones, en nuestra propia sociedad no es identificado como tal?

Estamos viviendo un momento especial de luchas contra el racismo, especialmente en los Estados Unidos, un poco menos en los países europeos, y casi nada entre nosotros, y no porque no existan los racismos, sino porque tendemos a excluirlo, dado que para las inmensas mayorías otros son los problemas centrales de nuestros países. Por lo que considero que las luchas contra el racismo, por lo menos en América Latina, tendrían que emprenderla los propios grupos racializados, como lo está haciendo el movimiento mapuche de Chile, y en menos medida en Argentina. Pero para mí esa lucha tendría que tener, por lo menos, dos ejes; uno referido a la diferencia, que es el que ha dominado, y

otro a las similitudes, que ha sido ignorado. Considero que colocar el eje sólo en las diferencias favorece el desarrollo de los racismos “culturales” más allá de las propias intenciones y objetivos de los actores, por lo que si bien necesitamos mantener este eje, no obstante, debemos articularlo con las similitudes, para evidenciar lo fundamental: todos tenemos una misma raíz básica como seres humanos. La diferencia por sí sola favorece los racismos “culturales”, como lo estamos observando en países europeos en forma creciente, por lo que necesitamos articularlas con las similitudes, para inclusive articular varios tipos de luchas.

En su abordaje de epidemiología sociocultural claramente piensa en puentes, es decir, un proceso de convergencia y complementación entre la epidemiología y la antropología médica que, aunque respetando los cánones epistemológicos de validación de cada disciplina, pueden “traccionar” hacia metas comunes. Pensando en la justicia social y la equidad en salud como principios, imposible de lograr sin abordajes intersectoriales y plurales.

Como otras preguntas, esta implicaría un seminario; pero en términos más o menos simplificados, lo que puedo decir es que la epidemiología que domina en los institutos y organismos de salud pública tiende a utilizar, por ejemplo, los datos sobre desigualdades socioeconómicas en términos de distribución y de niveles, pero nunca en términos de dinámica de clase o inclusive de estratos sociales; y esto se lo ha cuestionado más que la antropología médica, las corrientes críticas de la medicina social, con las cuales estoy de acuerdo. Pero a su vez, ambos tipos de epidemiología tienden a dejar de lado o directamente excluir ciertos procesos sociales, y sobre todo los procesos culturales e ideológicos, pese a que resultan fundamentales para entender y explicar por qué los sectores sociales subalternos tienden a “aguantar” la explotación a la que están sometidos, en lugar de reconocer que en ellos está gran parte del poder. Uno de los hechos decisivos que necesitamos asumir es que históricamente los pocos han dominado a los muchos, y una epidemiología sociocultural tendría que tratar de evidenciar no sólo por qué, sino qué es lo que opaca a los muchos su propio poder. Si algo está evidenciando la actual pandemia de coronavirus es que los sectores salud de todos los países tienen como principal instrumento para enfrentarla hasta que haya una vacuna a la autoatención, y por eso insisten en que nos lavemos las manos, en que estemos a sana distancia o en que usemos cubrebocas. Y la autoatención es la principal estructura básica de los sujetos y de los microgrupos para enfrentar los padecimientos que sufren. Pero ocurre que los sujetos y microgrupos en lugar de asumir que somos nosotros los que estamos enfrentado a la pandemia a través de la autoatención la vivimos como si fuera parte de la biomedicina y del sector salud, y no de nosotros mismos. Es decir, negamos nuestro propio poder.

¿Qué posibilidades identifica para una genuina articulación transdisciplinar cuando históricamente existen las asimetrías como las de las ciencias sociales y las biociencias? ¿Qué quiso decir exactamente con “articulación problematizada de las mismas”? Lo pregunto porque a veces en estos puentes para encontrar lenguajes comunes hay que realizar determinadas concesiones –terminológicas, por ejemplo, o de formas que nunca se sabe bien cuál es el límite. Mi inquietud viene en línea con lo que marcara Roberto Castro de ciencias sociales con autonomía –pero que después no tienen el menor impacto en la arena pública y terminan produciendo exclusivamente material para sus propios congresos, publicaciones, formaciones– o bien las ciencias sociales que impactan en la arena de la salud pública –pero a costa de perderse en ropajes de otras epistemologías.

Creo que esto puede ser reflexionado en dos niveles; un nivel teórico/metodológico, que implica reconocer que todos los conceptos básicos que utiliza la epidemiología han sido creados y utilizados previamente por las ciencias sociales, y que por lo tanto la epidemiología está encasillada en determinadas posibilidades que le imponen los conceptos que utiliza, y que crean la posibilidad justamente de que en determinadas coyunturas, podamos reorientar las epidemiologías oficiales hacia ciertos objetivos críticos, y no sólo descriptivos. Y el segundo nivel corresponde a la eficacia social y política del conocimiento, y esto no se puede sintetizar en unos pocos renglones por lo que lo dejamos para algún seminario, aun cuando lo he desarrollado en varios textos míos.

Pensando en uno de estos temas de relevancia, usted en “Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica” ([1990] 2020, Universidad Nacional de Lanús) señala que la biomedicina sigue fracasando en la prevención del alcoholismo y el impacto que tiene sobre amplios conjuntos sociales, por las consecuencias que tiene este consumo (accidentes, violencias asociadas, enfermedades) en las poblaciones, siendo América Latina una de las regiones del mundo con mayor consumo de alcohol y con mayores tasas de mortalidad relacionadas. Esto también es parte de las desigualdades que nos atraviesan como región. Por ejemplo en cáncer, los estudios epidemiológicos sugieren que las personas de menor estatus socioeconómico y grupos sociales históricamente vulnerados en sus derechos (migrantes, poblaciones indígenas, etcétera) presentan los mayores riesgos de enfermedades relacionadas con su consumo. Pero además la Organización Mundial de la Salud advierte sobre el subregistro que existe de este consumo en países de ingresos medios y bajos.

En general los pobres y sobre todo los pobres extremos mueren más, como lo está evidenciando nuevamente la pandemia de coronavirus. Y lo mismo ocurre con los usos del alcohol, lo que necesita ser articulado con factores sociales, económicos, culturales y biológicos que no podemos desarrollar aquí por falta de espacio. Pero frente al hecho de sentido común de que los pobres mueren más respecto de casi todos los padecimientos, necesitamos recuperar, por ejemplo, las propuestas de la primera época de A. Antonovsky, cuando al estudiar la relación entre tasas de mortalidad y clase social en los Estados Unidos encontró que si bien la mayoría de los pobres mueren más que los miembros de las clases medias, sin embargo casi el 30% de los pobres tienen tasas de mortalidad similares a las de las clases medias, y que dicha posibilidad de menores tasas de mortalidad estaba en la frecuencia y calidad de las relaciones sociales que determinados sectores pobres tenían entre sí. Y este es un aspecto fundamental que podemos implementar tanto en términos ‘reformistas’ como radicales.

Como cierre, en sus desarrollos del ya célebre modelo médico hegemónico, a la luz de lo que ocurre con el Covid-19 y el personal sanitario diezmado como nunca, o en las condiciones que sistemas de salud de economías periféricas como la nuestra imponen para el ejercicio de las prácticas de estos profesionales, ¿encuentra fisuras y matices que resquebrajan este modelo entre el peso de los distintos actores para poder pensar en cuestiones como el poder de decisión que realmente tienen en “las trincheras”, la asignación cotidiana de los escasísimos recursos con los que tienen que lidiar, la falta de directivas y consensos claros, las presiones que desde distintos sectores se meten (por ejemplo, la política, la iglesia, etcétera)? ¿Qué hay de nuevo con esta pandemia?

La pandemia de coronavirus verifica una vez más la hegemonía biomédica, más allá de sus limitaciones, orientaciones y fracasos; y la expresión más clara de ello es que todos los gobiernos de los países que forman parte de la OMS basaron sus acciones y expectativas en la biomedicina; de tal manera que China, India o Japón no basaron sus acciones en la medicina mandarina, ayurvédica o sintoísta, sino en la biomedicina. Si algo caracteriza el proceso actual es que las medicinas alternativas y complementarias (MAC) así como las medicinas tradicionales, más allá de que hayan sido usadas, no aparecen como las estrategias impulsadas ni siquiera por los sectores sociales que las representan. Inclusive en el caso de numerosos grupos originarios americanos, lo que denunciaron es la falta de ayuda, de apoyo, de intervenciones por parte del sector salud biomédico. Más aún, el mundo ha depositado sus expectativas de solución en primer lugar en una vacuna para inmunizar y en segundo lugar en fármacos para reducir el efecto de la enfermedad y de la mortalidad; y ambos se identifican con la biomedicina. Lo que está ocurriendo no demuestra crisis del modelo médico hegemónico, pese a su baja eficacia, lo que podemos observar sobre todo a través de las tasas de letalidad; y por el contrario considero que algunos procesos van a reforzar su hegemonía, como el hecho de que como era de esperar ha sido el personal de salud el sector laboral más contagiado y con mayores tasas de mortalidad, lo que no ha ocurrido con ningún otro tipo de curador perteneciente a las otras medicinas académicas, alternativas o

tradicionales. Lo que espero —aunque dependerá otra vez de las fuerzas sociales, así como del propio personal de salud organizado— es que la crisis económica y la conmoción social que estamos viviendo favorezcan el desarrollo de un tipo de políticas de salud basadas en los conjuntos sociales y no en los individuos, donde el eje sea la atención primaria y no la medicina de especialidades, donde se incrementen las inversiones en salud en las áreas prioritarias y donde se reconozcan e impulsen los procesos de autoatención basados en los microgrupos.