

Relaciones sociales y procesos de salud/enfermedad: las razones y los hechos



Eduardo L. Menéndez

doi: 10.34096/cas.i55.11359

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. CIESAS (México)
Correo electrónico: emenendez1@yahoo.com

Resumen

Entre las décadas de 1940 y 1970, las más importantes corrientes teóricas en antropología social y sociología daban gran importancia a las relaciones sociales; pero a partir de mediados de 1970 y sobre todo de la década de 1980, toda una serie de tendencias recuperaron el papel del sujeto y del actor social, cuestionando las corrientes previas, y formulando aproximaciones metodológicas arelacionales. Esta polarización ha sido negativa, por lo que habría que impulsar una articulación entre el enfoque relacional y el basado en el punto de vista del actor.

Palabras clave

Relaciones sociales; Rituales sociales; Actor social; Salud/enfermedad; Metodología

Social relations and health/disease processes: reasons and facts

Abstract

Between the 1940's and 1970's, the most important theoretical perspectives in sociology and social anthropology gave huge importance to social relationships, however from the mid-1970's onward, and particularly since 1980, a whole series of trends focused on the subject and social actor, questioning previous perspectives and formulating non-relational methodological approaches. This polarization has been negative; thus, it is necessary to promote a joint analysis combining the relational focus and one based on the actor's point of view.

Key words

Social relationships; Social rituals; Social actor; Health/disease; Methodology



Relações Sociais e processos de saúde-doença: os fatos e as razões

Resumo

Palavras-chave

*Relações sociais; Rituais sociais;
Ator social; Saúde/doença;
Metodologia*

Entre as décadas de 1940 e 1970, as linhas teóricas mais importantes da Antropologia Social e da Sociologia deram uma grande importância às relações sociais. Todavia, e a partir de meados dos anos de 1980, toda uma série de tendências recuperou o sujeito e o ator social, questionando as perspectivas anteriores e formulando uma abordagem metodológica não relacional. Esta polarização tem sido negativa, razão pela qual deve ser promovida uma articulação entre a abordagem relacional e a que baseia-se no ponto de vista do ator.

Considero necesaria la aplicación de un enfoque relacional al estudio socioantropológico de los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición, debido a los aportes que el mismo genera, como veremos más adelante; pero reconociendo las limitaciones que existen para su aplicación, por diversas razones metodológicas e ideológicas. El núcleo del enfoque relacional es muy sencillo y casi obvio: propone que todo proceso de salud/enfermedad/ atención/ prevención (proceso SEAP) que ocurre en los sujetos y grupos sociales no puede ser realmente entendido si no se lo refiere a las relaciones sociales de diferente tipo dentro de las cuales se genera, se desarrolla, se mantiene y se soluciona o no dicho proceso. Y que, por lo tanto, si quiero entender, por ejemplo, determinados procesos y problemas que ocurren en la relación médico/paciente, necesito trabajar por lo menos con el médico y con el paciente, y no solamente con el paciente o solo con el médico, excluyendo en los hechos al otro actor de la relación.

Las razones

Ahora bien, si esto es obvio, ¿por qué voy a tratar de fundamentar la necesidad de aplicar este enfoque? Lo hago por varias razones: en primer lugar, recupero el enfoque relacional porque considero que el ser humano es un ser estructuralmente relacional, que nace, se constituye, vive, se desarrolla, enferma y muere dentro de relaciones sociales; por lo tanto, necesitamos incluirlas al estudiar o intervenir sobre cualquier proceso, incluidos los de SEAP.

En segundo lugar, porque varias de las corrientes teóricas e ideológicas dominantes desde mediados de 1970, y sobre todo desde 1980 en sociología y antropología social han colocado el eje de su interés en el sujeto, y en lo que se ha llamado el punto de vista del actor (Bibeau 1986-1987; Menéndez 1997); y han secundarizado o eliminado el papel de las relaciones entre actores sociales. Así, por ejemplo, la mayoría de los análisis cualitativos que conozco que refieren a la relación médico/paciente en México estudian solo al médico y, sobre todo, solamente al paciente. Por eso, en los últimos años, tenemos una significativa cantidad de investigaciones sobre las narrativas de los pacientes, que, si bien hacen referencia al médico, sin embargo el médico no es estudiado, y menos aún son estudiadas las relaciones entre ambos.

Pero esto no solo ocurre en el caso de la relación médico/paciente, sino también en otros campos significativos, de los cuales voy a señalar los tres que son más evidentes en la producción académica mexicana. Me refiero a los estudios de género femenino,

y especialmente a los que analizan las violencias contra la mujer, ya que solo incluyen a actoras femeninas. Así como también me refiero a los estudios sobre masculinidad, que en el caso de las violencias intergénero solo trabajan con uno de los actores; en este caso, el varón. Por último, me refiero a los estudios de interculturalidad en salud, campo en el que se estudia casi exclusivamente al grupo indígena originario.

Es importante señalar que, en los tres casos, si bien se hacen referencias a las relaciones entre actores sociales, solo se trabaja con un único actor. Más aún, en estos estudios pueden ‘hablar’ ambos actores, pero siempre lo hacen a través de uno solo de ellos; por lo que dada la importancia de estos aspectos, los recuperaremos más adelante.

En tercer lugar, recupero el enfoque relacional porque reiteradamente se afirma que las sociedades actuales —y en particular eso que llaman sociedad occidental— se caracterizan por el cambio, la pérdida y erosión no solo de las relaciones sociales sino también de los rituales sociales (Gorer, 1965).

Esta concepción es bastante antigua, por lo menos desde la primera posguerra mundial; pero en la actualidad ha sido Z. Bauman (2005, 2016, 2017) quien más ha subrayado esta tendencia, de tal manera que, según su lenguaje, en las últimas décadas, todas nuestras relaciones se han vuelto ‘líquidas’. Es decir, durante el lapso neoliberal, no solo desaparecen algunas relaciones sociales, sino que las nuevas relaciones se caracterizan por su debilidad, flexibilidad, fragilidad, inconsistencia, provisionalidad, falta de compromiso con los vínculos e inmediatez, comparadas con las que dominaban ‘antes’, aunque este autor no precisa a qué antes se refiere. Y si bien Bauman no considera expresamente como negativas las relaciones líquidas, todo su discurso connota su negatividad comparada con las relaciones no líquidas.

Es necesario consignar que este autor no describe ni analiza sino superficialmente en qué consisten las relaciones no líquidas, y menos aún las ubica espacial y temporalmente. Lo que —por lo menos en el caso de los procesos de SEAP— es necesario precisar para observar las consecuencias similares o diferenciales que tienen las relaciones líquidas y no líquidas. Porque, por ejemplo, ocurre que si bien durante el lapso en que dominan las relaciones líquidas se han desarrollado a nivel mundial procesos de explotación económica, de marginación social, de racismo, de desigualdad, de pobreza, etc.; sin embargo, constituye uno de los periodos en que más se ha incrementado la esperanza de vida a nivel mundial, que llega actualmente hasta los 76 años; han disminuido todas las tasas de mortalidad; se ha reducido en forma crucial la mortalidad por gastroenteritis y respiratorias agudas, que constituían las primeras causas de muerte hasta hace pocas décadas; han disminuido también las tasas de homicidios y de suicidios, así como un largo etcétera positivo en términos de salud. Lo que, por supuesto, no niega ni omite la presencia de graves problemas sociales como los señalados, y menos aún la permanencia de las fuertes desigualdades sociales respecto de los procesos de SEAP, como lo ha puesto de manifiesto la pandemia de COVID-19.

Pero si comparamos estos datos con, por ejemplo, la situación social dominante en 1900 —época en la que tal vez Bauman coloca la existencia de relaciones no líquidas—, observamos que también teníamos explotación, marginación, racismo, pobreza, desigualdades etc., pero en términos de los procesos de SEAP a nivel mundial vemos, por ejemplo, que las tasas de mortalidad general e infantil por lo menos cuadruplicaban las actuales y la esperanza de vida era de alrededor de los 30 años.¹

Ahora bien, lo sostenido por toda una corriente intelectual, de la cual Bauman es solo una expresión particular, se articula con una amplia gama de propuestas políticas e ideológicas que consideran que gran parte de los problemas actuales se deben a la desaparición de las relaciones sociales, a la erosión de las relaciones de solidaridad, de

1. En el caso de México, los datos estadísticos sobre mortalidad no son confiables hasta la década de 1950; por lo que en 1951 observamos que la tasa de mortalidad infantil es de 170,8 niños muertos por cada 1000 nacidos vivos registrados, mientras en 2016 es de 12,6 por 1000 NVR (Hernández-Bringas y Narro, 2019).

cooperación, de ayuda mutua; al desarrollo de una sociedad individualista y narcisista; por lo que es necesario reconstituir el 'tejido social'. Pero ocurre que las interpretaciones sobre el papel negativo de la caída de las relaciones sociales no pueden explicar las notorias mejorías de las condiciones de salud, pese al desarrollo de relaciones líquidas y a la desaparición o reducción de las relaciones no líquidas.

Al igual que Bauman, reconozco que ciertas relaciones y rituales sociales desaparecen o disminuyen en casi todas las sociedades, y especialmente en eso que se llama sociedad occidental, que es en la que piensa Bauman. Sin embargo, considero que se han ido constituyendo nuevas relaciones y rituales sociales, cuyas características y significados necesitamos buscar, analizar y ver en términos de los procesos de SEAP. Sin ir más lejos, el desarrollo de Internet y del teléfono celular ha evidenciado en forma espectacular la necesidad que tienen los sujetos de establecer relaciones positivas y negativas *permanentes* con los 'otros' a nivel digital. Y esto no solo está conduciendo a nuevos rituales —como por ejemplo la exhibición de cuerpos desnudos o vestidos en dichos medios—, sino también a generar adicciones, a expresar violencias o a impulsar la cooperación; por lo que necesitamos saber cuáles son los nuevos rituales y relaciones, así como sus consecuencias en términos sociales y subjetivos, y especialmente respecto de los procesos de SEAP.

Y en último término, recupero las relaciones sociales, porque su importancia volvimos a vivirla dramáticamente con la pandemia de COVID-19, en la que se manifestó a través de varios aspectos y procesos. Dicha pandemia volvió a colocar como eje de las preocupaciones de los médicos y de la población a la noción/proceso de contagio, que es uno de los principales conceptos relacionales de la epidemiología médica, pero también de la epidemiología popular. Como sabemos, este concepto/ proceso de contagio en las últimas décadas ha tendido a ser reemplazado especialmente por la categoría de riesgo (Ayres, 2005). Pero con la pandemia, lo que vivimos no solo fue el riesgo de contagio sino el contagio, dado que todos a nivel mundial estuvimos expuestos a él, aunque por supuesto con diferentes niveles de riesgo según el país, la clase social y el género a los que pertenecemos.

Además, la pandemia de COVID-19 volvió a evidenciar que la posibilidad de contagiarse, de evitar el contagio y de contagiar a otros está depositada en las relaciones sociales. Las dos recomendaciones básicas iniciales que impulsaron la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Sectores de Salud (SS) a nivel mundial tuvieron y tienen que ver con relaciones sociales: utilizar el cubrebocas y establecer la sana distancia a nivel de grupos primarios y secundarios, para evitar contagiarnos y contagiar a los otros. La eficacia de estas medidas relacionales está basada en las conductas de la población y no en las acciones médicas; pero además, fueron casi las únicas con que contamos hasta que emergieron las vacunas, y en muy segundo lugar algunos medicamentos. No obstante, aún después de ser diseñadas y aplicadas las vacunas, las medidas relacionales basadas en la población siguieron siendo prioritarias en México y a nivel mundial (Menéndez, 2020a; 2020b).

Más aún, si bien los SS, la OPS y la OMS insistieron en plantear las actividades señaladas en términos de autocuidado, la eficacia está basada en las relaciones sociales, ya que se propuso que cuidándote a ti mismo, no solo te cuidas tú sino que también cuidas al otro; dado que, como sabemos, la posibilidad de controlar la pandemia no está en la inmunización individual, sino en la 'inmunización de rebaño'.

Pero si bien estos y otros procesos relacionales evidenciaron su papel decisivo durante la pandemia, estos no fueron recuperados con la visibilidad e intensidad con que, por ejemplo, se dio y se da a las vacunas; en gran medida, porque las vacunas colocan el

‘poder’ de prevenir en la biomedicina, mientras las relaciones sociales lo colocan en los sujetos y grupos sociales.

Y es por estos y por otros procesos que me interesa recuperar el papel de las relaciones sociales, dado el rol decisivo que tienen en los procesos de SEAP a nivel de los diferentes conjuntos sociales.

Las tendencias teóricas relacionales

Ahora bien, las orientaciones teóricas y metodológicas arelacionales, desarrolladas sobre todo desde la década de 1980, contrastan con las corrientes que dominaban entre las décadas de los 40 y los 70, ya que tanto los estructuralistas, los funcionalistas y los marxistas como los interaccionistas simbólicos toman centralmente en cuenta las relaciones sociales. Es decir, no es solamente el marxismo el que, a través de los conceptos de clase social y lucha de clases, propone la importancia de las relaciones sociales; sino que, por ejemplo, el interaccionismo simbólico a través del concepto del ‘otro generalizado’ propuesto por G. H. Mead (1953) considera que los sujetos son y se definen en relación con los otros sujetos, pensando además la vida cotidiana como sistemas de expectativas mutuas, colocando su núcleo teórico y metodológico en las relaciones sociales.

Más aún, Mead le daba una gran importancia al juego colectivo, especialmente en el proceso de socialización, dado que, entre otras cosas, por medio del juego, los sujetos aprenden colectivamente que hay articulación entre competencia y colaboración, y no solo oposición. Los sujetos que juegan al fútbol, al básquetbol o al voleibol necesitan colaborar entre sí para imponerse al rival con el que compiten. Por lo que, por medio del juego, los sujetos aprendemos inconscientemente en todas las sociedades en las que hay juegos colectivos, que la colaboración y la competencia pueden operar simultáneamente; y que si bien pueden aparecer como antagónicas, sin embargo, en nuestras subjetividades aparecen articuladas, y las solemos operar de modo simultáneo. Y esta es una característica relacional, que ha sido poco reconocida, y sobre todo poco aplicada al estudio y sobre todo a las intervenciones sobre los procesos de SEAP.

A su vez, el estructural-funcionalismo, entre otras propuestas relacionales, plantea, a través de los estudios de R. K. Merton (2002), que los sujetos actuamos a partir de que vivimos dentro de grupos de pertenencia y de grupos de referencia que son básicos para la construcción de la subjetividad y para nuestras formas de actuar. Los grupos de referencia pueden ser parte de nuestra propia clase social, de nuestro propio grupo étnico o de nuestro propio género, es decir, de nuestros grupos de pertenencia. Pero frecuentemente los grupos de referencia lo constituyen otra clase social, otro grupo étnico o incluso otro país, como lo estamos verificando constantemente en la fuerte tendencia de los latinoamericanos a migrar hacia los EE.UU., pese a la dialéctica rechazo/aceptación desarrollada pragmáticamente por dicho país; pese a sus políticas cíclicas de expulsión de migrantes; pese al racismo antilatino dominante; pese a las políticas de explotación económica y subordinación política generada hacia los países latinoamericanos. Pero pese a todo ello, el país de referencia para la población mexicana -incluidos los pueblos originarios- en particular, y para gran parte de los latinoamericanos en general, lo constituyen los EE.UU., sobre todo en términos socioeconómicos, y como forma de huir de la violencia en segundo término.

La propuesta de grupos de referencia y de pertenencia puede ser articulada con las relaciones de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía desarrolladas por Gramsci, y que podemos aplicar a las propuestas de interculturalidad en salud, que tanto desarrollo

han tenido en varios países latinoamericanos (Fernández Juárez, 2004; Ramírez, 2011; Menéndez, 2016). Y así, por ejemplo, en un país como Bolivia, observamos que bajo la presidencia de Evo Morales (2005/2019), la medicina tradicional fue elevada al rango de Subsecretaría de Salud, pero ocurre que las inversiones económicas del gobierno boliviano no fueron hacia la medicina tradicional, sino que casi en su totalidad fueron hacia la biomedicina. La medicina tradicional constituye parte de la pertenencia del gobierno y población bolivianos, pero la referencia, por lo menos para el gobierno, está colocada en la biomedicina.

Entre las décadas de 1940 y 1970, especialmente la antropología social y la etnología estudiaron a fondo las familias y las estructuras y relaciones de parentesco, pusieron en evidencia que, en todas las sociedades conocidas, el poder a nivel de los grupos de parentesco lo tiene el varón, y que la mujer constituye una actora subordinada. Una actora que en gran parte de las sociedades es tratada como cosa, ya que puede ser vendida, violada y hasta asesinada como parte normalizada de la cultura. No solo la sociedad denominada occidental actúa así, sino que ello ocurre a nivel mundial, incluidos la mayoría de los pueblos originarios de América Latina.

Si bien durante dichas décadas esta información fue descripta y analizada, sin embargo, salvo excepción, no fueron denunciadas las condiciones negativas de vida de la mujer, ya que fueron consideradas como parte de la normalidad sociocultural de las sociedades, a la que justificaban los antropólogos en términos de relativismo cultural. Pero, no obstante, estos estudios sobre familia y relaciones de parentesco (Martin y Voorhies, 1978) crearon las condiciones etnográficas para que antropólogas feministas, especialmente norteamericanas, comenzaran desde los años 60 a denunciar dichas relaciones de parentesco basadas en la subordinación, exclusión, y violencias contra la mujer (Millett, 1995; Moore, 1999). Más aún, demostrando que la cultura en todas las sociedades, tanto las conquistadoras como las conquistadas, opera a favor de colocar el poder en el varón, y a convertir en subordinada a la mujer.

Por lo tanto, toda una serie de científicos sociales, entre las décadas señaladas, realizarán investigaciones, en las que emerge constantemente la importancia de lo relacional, y no solo en términos sociales sino también culturales, económicos y de poder. Los estudios sobre anomia, desviación social, carrera del enfermo, grupos de autoayuda o medicalización parten de un enfoque relacional, donde son los grupos sociales los que, por ejemplo, construyen a los actores considerados como adictos, como homosexuales, como prostitutas, como desviados (Menéndez, 2002; 2009).

Es a través de estas corrientes que se proponen, por ejemplo, conceptos relacionales como culpabilización de la víctima (Ryan, 1971). Será desde los años 50 que en los EEUU se desarrolle una masa de estudios sobre clase social y enfermedad mental, pero no desde perspectivas marxistas, aunque tampoco antimarxistas. Más aún, considero importante señalar que, mientras las diferentes corrientes marxistas relacionaban a las clases sociales con las condiciones de vida y muerte de la población, los marxismos no desarrollaban sino excepcionalmente estudios sobre clase social y los procesos de SEAP, mientras que sí lo hacían la sociología y, en menor medida, la antropología social no marxistas.

Para ejemplificar la existencia, en las décadas señaladas, de una gran masa de estudios socioantropológicos que tomaban en cuenta las relaciones sociales en los procesos de SEAP, voy a recordar en forma sintética dos investigaciones que se desarrollaron durante dicho lapso, y que considero paradigmáticas. Ambos estudios, sumamente conocidos, evidencian la importancia que las corrientes teóricas daban en dichas décadas a las relaciones sociales.

En primer lugar, me refiero a la investigación de G. Bateson (1972) sobre esquizofrenia, desarrollada en los años 50 y 60 en el Hospital de Veteranos de Palo Alto en California, y a través de la que propuso la teoría del doble vínculo o del mensaje contradictorio como explicación de la esquizofrenia de adolescentes femeninas y, sobre todo, masculinos.

A partir de estudios cualitativos de la relación padres/hijos adolescentes, Bateson evidenció que básicamente las madres envían a sus hijos desde pequeños un constante mensaje que les indica simultáneamente haz esto /no lo hagas. Es decir, por ejemplo, la mamá le dice a su hijo “nene, ve a jugar al fútbol, pero no te ensucies la ropa, ni te lastimes, ni te pelees”, ni otras múltiples cosas más. Lo que conduce a la criatura a no saber qué hacer, a la inmovilidad, al encerramiento en sí mismo, a desarrollar cuadros de esquizofrenia.

Más allá de que estemos de acuerdo o no con esta interpretación, lo que queremos evidenciar es el surgimiento de una teoría de la esquizofrenia basada en relaciones sociales, que cuestiona las hipótesis biológicas de la misma dominantes en aquella época, y aún más dominantes en la actualidad.

En términos de clase social y enfermedad, uno de los estudios más interesantes es el de D. Sudnow (1967) sobre enfermos terminales, que generalmente padecían cáncer. El estudio se realizó en dos hospitales de los EE.UU., uno para pobres e indigentes y otro para sujetos de clase media y media alta. En dicho estudio, Sudnow observó el papel de las relaciones de clase entre personal de salud y pacientes a lo largo de todo el proceso hospitalario; desde que el paciente entra al hospital, pasando por la hospitalización y el tratamiento, hasta la dada de alta o la comunicación de la muerte, y la realización o no de autopsias.

Sudnow describe y analiza las relaciones de clase en todos estos momentos, pero especialmente a través de algunas de las principales situaciones en que las diferencias de las relaciones de clase aparecen no solo más evidentes, sino más crueles. Y me refiero a la atención de los indigentes en la sala de urgencias, donde el personal de salud no solo trata al paciente indigente como un sujeto inferior, sin educación, de otra clase social y racializándolo, sino que frecuentemente se burla de él, pese a las graves condiciones de salud en que llega al hospital, lo que contrasta con el trato dado a los pacientes de la misma clase social que el médico.

Me refiero también a la comunicación de la muerte del paciente a sus familiares: en el caso de los pacientes de clase media y media alta hay todo un ejercicio retórico de información por parte del personal de salud; mientras en el caso del hospital para indigentes se transmite sin más que el paciente murió. Y, por último, me refiero a las autopsias, respecto de las cuales el dato más fuerte lo constituye el hecho de que, mientras en el caso del hospital para clases media y media alta casi no se hacen autopsias, en el hospital para indigentes a todos los pacientes muertos se les hacen autopsias.

Me interesa subrayar que mientras las ciencias sociales y antropológicas de los EEUU realizaban estos tipos de estudios entre 1940 y 1970, en los cuales la situación social, y especialmente las clases sociales eran nucleares (Antonovski, 1967; Hollingshead y Redlich, 1958; Dohrenwend y Snell, 1969), los mismos no eran desarrollados en América Latina por las mismas disciplinas, pero tampoco por las ciencias médicas, salvo en el caso de Chile, debido al desarrollo en dicho país de tendencias en salud pública que integraban protagónicamente las condiciones sociales, económicas y políticas de los procesos de SEAP incluida la dimensión clasista (Behn, 1962, 1979; San Martín, 1975, 1986; Taucher 1978). Aunque reconociendo que desde principios de los 70, comienzan a desarrollarse este tipo de aproximaciones desde la medicina social, especialmente en

países como Brasil y México. Pero subrayando que el tipo de información generada por las ciencias sociales y antropológicas de los EE.UU. sobre las condiciones económico/política de los procesos de SEAP no aparece sino excepcionalmente como referencias de la socioantropología ni de las ciencias médicas latinoamericanas.

2. Esta crítica no corresponde al interaccionismo simbólico.

Ahora bien, respecto de estas investigaciones y de estas corrientes que se preocuparon por el papel y la importancia de las relaciones sociales se realizaron diferentes críticas, sobre todo desde mediados de los años 60. Una de las más sustantivas es que dichas corrientes excluyen o secundarizan al sujeto, e incluso al actor social.² Y es respecto de esta exclusión o secundarización que desde los 70 reaccionan una serie de tendencias, que tratan de recuperar al sujeto y al actor, y que van a colocar el núcleo de su interés en el punto de vista del actor. Es decir, que los procesos de SEAP serán descriptos e interpretados a través de lo que dice un sujeto que padece cáncer, de una mujer que ha sido reiteradamente golpeada, o de personas *gays* que han contraído VIH-sida.

Como en tantos procesos, las críticas y la recuperación de determinados aspectos de la realidad condujeron a polarizar el marco teórico y metodológico referencial, de tal manera que la mayoría de las nuevas tendencias, y más allá de sus discursos, se convirtieron en arelacionales, al no tomar en cuenta las relaciones sociales, y excluirlas pese a que las nombran, o a analizar las relaciones a partir de lo que dice uno solo de los actores sociales (Menéndez, 2002, 2009).

Necesitamos asumir que la mayoría de las tendencias que adhieren actualmente al punto de vista del actor surgen, se constituyen o se convalidan durante el lapso neoliberal, y que la mayoría de ellas remite a viejos actores sociales, pero que ahora buscan no solo protagonismo sino poder; buscan salir de la secundarización y exclusión a que han sido sometidos por otros actores sociales; buscan evidenciar la humillación, la estigmatización, el racismo, las violencias, la inferioridad a que fueron condenados. Y me refiero principalmente a la mujer, a los indígenas americanos, a las personas homosexuales, y en menor medida a otros actores sociales subalternos que no han conseguido concretarse como protagonistas, como sigue siendo el caso de los ancianos.

El estudio de estos actores sociales colocó el acento exclusivamente en ellos mismos, y será a partir de ellos mismos que incluirán a los 'otros' con los cuales están en relación. Durante estas décadas, pasan a primer plano los conceptos de identidad, de diferencia y de empoderamiento, que expresan los objetivos de esas tendencias teóricas, que corresponden también a movimientos sociales (Menéndez, 2002; 2009). Y ello, porque una parte significativa de estos estudios tenían objetivos ideológicos y en cierta medida políticos, y estaban relacionados en forma directa e indirecta con los movimientos feministas, los movimientos *gay* y los movimientos étnicos. Aclaro que no cuestiono los objetivos ideológicos y/o políticos, pero reconozco que estos tendrán efectos en el análisis de la realidad, en especial si no ponen críticamente en evidencia sus presupuestos, como reiteradamente demandaron y fundamentaron Pierre Bourdieu y colaboradores (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1985).³

3. Es interesante observar que los lectores y seguidores de Bourdieu se caracterizan, por lo menos en América Latina, por no aplicar la propuesta central metodológica de este autor: hacer evidentes los presupuestos con que se trabaja.

Algunos hechos

Gran parte de las críticas señaladas son correctas, pero no suelen recuperar los aportes de las tendencias relacionales, por lo que siguen focalizando sus estudios e intervenciones en el punto de vista del actor. Lo que las conduce a excluir procesos importantes, y así, por ejemplo, en el caso de los estudios de género, observamos que casi no estudian la mortalidad y la esperanza de vida desiguales que se dan entre mujeres y hombres, y que en prácticamente todos los contextos americanos y europeos implica una tasa de mortalidad menor y una esperanza de vida mayor en el caso de las mujeres.

Por lo que a continuación enumeraré una serie de procesos de SEAP en los que podemos observar, en muy diversos campos de la realidad, no solo el papel de las relaciones sociales sino también las diferentes funciones, a veces contradictorias, que pueden tener dichas relaciones.

Como venimos proponiendo, las relaciones sociales han sido siempre parte de las enfermedades, y de las formas legas y no legas de atenderlas y prevenirlas. Lo cual, obviamente, observamos en el desarrollo de la biomedicina, que en el caso de las enfermedades infectocontagiosas, como ya vimos, dio lugar a la acuñación de la categoría de contagio, que fue una de las principales categorías —si no la principal— de la epidemiología entre 1870 y 1950/1960, y que será reemplazada y/o acompañada desde los 70 por la categoría de riesgo.

Es decir, durante gran parte de la trayectoria de la medicina, el contagio apareció como una categoría central de la disciplina, que comenzó a reducir su significación con el paso a primer plano de las enfermedades crónico/degenerativas. Sin embargo, la noción de contagio nunca ha sido abandonada, dada la persistencia de enfermedades infectocontagiosas como importante causa de mortalidad en los países periféricos, así como por la reaparición de enfermedades que se suponían controladas o en reducción, como es el caso de la tuberculosis broncopulmonar, así como por el surgimiento constante de nuevas enfermedades infectocontagiosas.

Y al respecto, la OMS a principios del 2000, señaló que durante el siglo XXI la humanidad iba a estar amenazada por el surgimiento de treinta nuevas enfermedades infectocontagiosas que podían generar epidemias y pandemias, lo que se ha concretado hasta ahora en varias epidemias y pandemias desde el SARS, el ébola, la influenza A-H1N1, hasta concluir por el momento en el COVID-19. Y todas estas epidemias y pandemias han evidenciado la importancia de las relaciones sociales, incluso en la aceptación o en el rechazo de la existencia de la pandemia de coronavirus, o en vacunarse o no para evitar contraer la enfermedad o para reducir sus efectos. Y así observamos que diferentes grupos consideran a la pandemia de COVID como un invento del capitalismo neoliberal o del capitalismo de Estado (China), o plantean que su exagerada importancia es debida a la presión de la industria químico/farmacéutica; mientras algunos grupos locales, como es el caso de comunidades indígenas mexicanas, la ven como otro mecanismo más de penetración y dominación.

Pero además, las epidemias y pandemias recientes han evidenciado también los diferentes tipos de relaciones que establecemos con la muerte, como en el caso del ébola respecto de la relación de los deudos con los cadáveres de sus familiares en comunidades de varios países africanos y especialmente en Guinea, Sierra Leona y Liberia, lo que condujo a fuertes agresiones e incluso asesinatos del personal de salud cuando este trataba de disuadir a los deudos de realizar rituales con los cadáveres de los familiares, dado que favorecían el contagio de la enfermedad. Esto también podemos observarlo, en México, en el rechazo a ser hospitalizadas que manifestaban muchas personas en grave estado de salud debido al COVID-19; rechazo íntimamente relacionado con el miedo a morir solas.

Desde la década de 1950 hasta la actualidad, especialmente en Gran Bretaña y en los EEUU se realizó una gran cantidad de estudios socioantropológicos, médicos y psiquiátricos que concluyen que la debilidad, reducción o el tipo de relaciones sociales favorecen el desarrollo de muy diversos tipos de padecimientos, desde enfermedades mentales hasta padecimientos cardiovasculares pasando por el envejecimiento temprano. Gran parte de estas relaciones fueron estudiadas en diferentes microgrupos, y especialmente en los grupos familiares, donde las relaciones sociales pueden aparecer como protectoras de padecimientos o como causales y desencadenantes de ellos.

Y así, por ejemplo, tenemos los estudios de A. Antonovsky (1967) sobre pobreza, desnutrición y mortalidad infantil. En estos estudios, realizados en California (EE. UU.), demuestra que las familias pobres tienen las tasas de mortalidad más altas comparadas con otras clases sociales, debido a las condiciones sociales y económicas dentro de las que viven, incluyendo los procesos de explotación a los que son sometidas. Sin embargo, un tercio de estas familias pobres tienen tasas similares a las de las clases medias; Antonovsky atribuye esto al desarrollo de relaciones sociales eficaces, que no son llevadas adelante por las demás familias pobres.

Por otra parte, durante los 50, pediatras y psiquiatras norteamericanos subrayaron el incremento de la hiperkinesis infantil, que con el nombre de “trastornos de atención” se convertiría en la actualidad en una de las principales causas de enfermedad en niños, y cada vez más en adolescentes, y cuyo origen es considerado total o parcialmente genético. Pero R. Conrad (1976), en su estudio sobre los trastornos de atención en Gran Bretaña, los atribuyó al nuevo tipo de organización y dinámica familiar que se había ido constituyendo, en que madre y padre trabajan, pero además les interesa utilizar sus ‘tiempos libres’ para ellos, lo que repercute en los procesos de socialización de sus hijos. Conrad concluye que la hiperkinesis infantil es producto de trastornos de atención, pero no debido a factores genéticos de los hijos, sino a las formas de vida de los padres, es decir constituyen “trastornos” de atención de los padres respecto de los hijos.

Los dos casos, presentados junto con otros procesos, irán conduciendo a reconocer que las relaciones sociales pueden ser positivas para los procesos de SEAP, aunque también negativas. Se subraya que, si bien se reconoce el aspecto negativo de las relaciones sociales, las propuestas biomédicas y sociomédicas ponen foco en los aspectos positivos de ellas, generando la idea de que las relaciones sociales son ‘buenas en sí’. Esto se ha potenciado por el gran desarrollo desde la década de 1950 de los grupos de autoayuda para casi todas las enfermedades mentales y crónico/degenerativas.

El papel de las relaciones sociales respecto de los procesos de SEAP se evidencia especialmente en los llamados eventos críticos, ya que por lo menos una parte de las depresiones, suicidios, crisis de angustia o de ansiedad, así como de mortalidad temprana tienen que ver con ciertos eventos críticos vividos por los sujetos y microgrupos, como, por ejemplo, la muerte de un ser querido, la pérdida de trabajo y la persistencia de la desocupación, divorcios o separación de las parejas, así como también con la migración permanente de hijos (Susser y Watson, 1982).

Ahora bien, hay un campo —el de las enfermedades ocupacionales— en el cual a veces se articula el padecimiento mental y la enfermedad laboral en términos relacionales, lo que pude confirmar cuando trabajé en el Instituto de Medicina del Trabajo de la Universidad de Buenos Aires, que se dedicaba a la investigación de procesos laborales y a la asesoría a trabajadores organizados. Por lo que presentaré información sobre dos investigaciones que ejemplifican lo que estoy desarrollando.

La primera refiere a trabajadores metalmecánicos que por efectos del proceso productivo van reduciendo su capacidad genésica, debido al saturnismo que contraen por las sustancias que manejan en el proceso laboral. Esta situación, incluida la disfunción eréctil que padece el trabajador, condujo a conflictos de pareja, que llevaron a la separación debido a que la mujer demandaba relaciones sexuales, que el sujeto no podía cumplir, generándose cuadros serios de celotipia, de reducción de la autoestima y de depresión.

El segundo caso, por su parte, refiere a operadores de colectivos (camiones de pasajeros), que en el momento de nuestra investigación constituían un gremio sumamente combativo; por lo que la patronal, para reducir dicha capacidad, impuso un trabajo en

tres turnos rotativos, según el cual cada trabajador laboraba una semana en el turno mañana, otra semana en el turno tarde y otra semana en el turno noche. Esto no solo fracturó sus relaciones sociales en general, sino sus relaciones familiares y especialmente con la mujer e hijos en particular. Este proceso condujo también a conflictos de pareja y a separaciones, pero además impidió la mayoría de las relaciones sociales que hasta entonces tenía el trabajador, lo que condujo a procesos de tristeza, depresión, ira y violencias, que se expresaban en el proceso laboral.⁴

Es decir, las condiciones de vida de diferente tipo, en este caso las ocupacionales, pueden interferir en las relaciones sociales primarias de los sujetos, y generar problemas en los vínculos con los familiares más cercanos, así como padecimientos emocionales y mentales. Pero a su vez, determinadas enfermedades y padecimientos pueden interferir en las relaciones sociales, como son los casos de la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, los cánceres de mama o de próstata, los cuadros esquizofrénicos o de autismo, los procesos de depresión o la presencia de dolores intensos permanentes como las migrañas o las artritis. Los cuales pueden incidir en las relaciones de pareja, en las relaciones entre padres e hijos, en las relaciones entre amigos, en las relaciones laborales, etc.

Por lo tanto, las condiciones de vida pueden interferir en las relaciones sociales cercanas generando problemas y enfermedades entre los sujetos en relación; así como determinadas enfermedades limitan, reducen o impiden las relaciones sociales también entre sujetos cercanos; frecuentemente entre las personas que tienen vinculaciones más íntimas.

Lo que nos lleva a reconocer que las relaciones sociales cercanas entre sujetos o microgrupos pueden dar lugar al desarrollo de padecimientos; más aún, la mayoría de las violencias se dan entre personas y grupos cercanos. Pero al mismo tiempo, los microgrupos —y especialmente el microgrupo familiar— constituyen los lugares en los que se generan las primeras y más continuas acciones de atención y prevención de los padecimientos. Esto nuevamente nos señala el papel aparentemente contradictorio que cumplen las relaciones sociales respecto de los procesos de SEAP.

Un caso especial el respecto, es el de las enfermedades denominadas tradicionales que operan u operaban tanto en grupos originarios como no originarios de América Latina. Más aún, necesitamos asumir que en un país como México, hasta las décadas de 1930 y 1940, la mayoría de la población se enfermaba en términos *emic* de enfermedades tradicionales más que de enfermedades alopáticas, y la mayoría de la atención la realizaban los curadores tradicionales y no los médicos.

La más frecuente enfermedad tradicional en México ha sido el mal de ojo; de tal manera que los niños, sobre todo chiquitos, son ojeados por alguien que chulea al niño debido a su belleza o a su gordura como equivalente de belleza. El que ojea 'desea' tener ese niño, y envidia a la familia que lo tiene, pero quien es ojeada es la criatura. Y frente al mal de ojo, las sociedades han generado no solo acciones sanadoras, sino estrategias preventivas relacionales (Zolla, 1994a y 1994b).

Es decir, la más frecuente enfermedad tradicional de México es causada por un sujeto que puede o no ser un extraño, aunque frecuentemente es un miembro cercano de la comunidad o barrio. Pero ocurre que la causalidad relacional no es solo una peculiaridad del mal de ojo, ya que la casi totalidad de las enfermedades tradicionales son enfermedades que tienen que ver con las relaciones entre personas y microgrupos, lo cual frecuentemente emerge en el propio nombre de la enfermedad, que puede denominarse vergüenza o coraje (Imbertson, 2002).

4. Ninguno de estos estudios fue publicado, dado que el objetivo básico lo constituía la asesoría a los trabajadores respecto de cuyos problemas se realizaban las investigaciones.

Y al respecto voy a presentar otro caso de alta frecuencia en México; el de la chipilez, que afecta a niños muy pequeños, y que surge cuando la madre desteta a su hijo, porque va a nacer o ya nació otro hijo al que tiene que dar de mamar; lo que conduce a que el niño destetado se entristezca, llore, grite y hasta tenga fiebre, lo cual amerita un tratamiento para sanarlo. Es decir, es un padecimiento surgido de la relación madre/hijo, que refiere no solo al destete, sino a que la madre va ahora a dar de mamar a otro hijo; esto implica reconocer que tanto en el mal de ojo como en la chipilez opera la envidia, que aparece como una de las principales causalidades relacionales de las enfermedades tradicionales (Zolla 1994a; 1994b).

En pueblos originarios mexicanos hay toda una serie de padecimientos que tienen que ver con lo que dichas comunidades consideran excesos de relaciones sexuales a nivel de parejas matrimoniales, como, por ejemplo, tenerlas durante el embarazo, tenerlas con mucha frecuencia o con mirar relaciones sexuales en forma casual, y que en todos los casos implican padecimientos que tienen nombres locales, así como ameritan tratamiento. Obviamente, la conversión en padecimientos de estas y otras relaciones sociales tiene que ver con su importante papel como control social y cultural.

En comunidades rurales latinoamericanas, incluidas las comunidades indígenas, se ha observado una distribución diferencial de los alimentos a nivel familiar, de tal manera que las porciones mayores y mejores son para el padre de familia y los hijos varones mayores que trabajan, mientras que los hijos menores y especialmente la madre consumen las porciones más pequeñas. Más aún, suele haber una distribución diferencial entre hijos varones e hijas mujeres a favor de los primeros. Es decir, las relaciones sociales dominantes a nivel familiar imponen los tipos de alimentación, con consecuencias en una posible desnutrición desigual.

En todas las sociedades, para ciertos procesos considerados claves se generan no solo relaciones sino rituales sociales que la población debe cumplir; y uno de los principales procesos en que se generan dichos rituales tiene que ver con la muerte, como es el caso del denominado velorio del angelito. El velorio del angelito exige la realización de rituales sociales que pueden durar varios días (El Guindi, 1987), y constituyó hasta hace pocas décadas uno de los rituales más frecuentes debido a las altas tasas de mortalidad infantil dominantes en América Latina, y especialmente en los pueblos originarios. Dicho ritual ha desaparecido en ciertos contextos, mientras que en otros ha disminuido debido a la reducción del número de hijos por mujer, y sobre todo a la notable disminución de la tasas de mortalidad infantil.

Por lo que uno de los principales y más frecuentes rituales se reduce cada vez más o desaparece cuando mejoran las condiciones de salud infantil; cuando se reduce cada vez más la mortalidad de los niños, lo que nos debiera llevar a reflexionar sobre las causas de producción y funcionamiento de una parte de los rituales sociales, y especialmente con los vinculados con la muerte, así como su relación con las relaciones líquidas y no líquidas.⁵

Uno de los campos más estudiados en términos de relaciones sociales es, como ya señalé, el que se da entre médico/paciente e institución médica/paciente, de los cuales presentaré algunos casos que considero importantes para lo que estoy desarrollando. Hay toda una serie de instituciones caracterizadas por su opresión, exclusión, sumisión, que Goffman (1970) consideró instituciones totales, y de las cuales los campos de concentración y exterminio nazis constituyen la expresión más extrema. Como sabemos, los campos de exterminio eran para judíos, gitanos, eslavos, homosexuales, comunistas; mientras los campos de concentración eran para prisioneros de guerra occidentales; y en ellos se documentó la capacidad de sobrevivir que tienen los sujetos y grupos, basada en el tipo de relaciones sociales e ideológicas que desarrollan.

5. G. Gorer (1965) planteó que la reducción o desaparición de los rituales mortuorios tiene que ver con la negación de la muerte desarrollada en los países occidentales; pero ocurre que también tiene que ver con una fuerte reducción de las tasas de mortalidad.

En los campos de exterminio, la tasa de mortalidad era casi total, aun antes de aplicarse la denominada 'solución final', pero en ellos, los sujetos que más sobrevivieron fueron los que generaron mecanismos de resistencia no solo individuales, sino sobre todo grupales, y basados en ideologías y creencias que los unían y les daban el "principio esperanza". De allí que las personas que más sobrevivieron fueron miembros de partidos comunistas y miembros de grupos católicos activistas de diversos países (Billig, 1973; Muller-Hill, 1989; Menéndez, 2018a).

Ahora bien, las políticas de exterminio nazis no solo fueron por razones racistas y políticas, sino también médicas; por lo que debido a criterios eugenésicos fueron asesinados con decisión y consentimiento médico decenas de miles de alcohólicos, esquizofrénicos o débiles mentales. Y fue sobre todo por estas acciones médicas institucionalizadas que se estableció la necesidad de aplicar el consentimiento informado, lo que en términos formales se instituyó en 1964 a nivel mundial. Como consecuencia de ello, desde hace años se obliga a los investigadores a obtener el consentimiento informado de los sujetos a ser estudiados en las investigaciones que realizan; así como el personal de salud también tiene que obtener dicho consentimiento en la aplicación de ciertos tratamientos o intervenciones quirúrgicas (Menéndez, 2017; 2018b).

No cabe duda de que la institucionalización del consentimiento informado constituyó un notable avance en la relación institución médica /paciente, dado que la primera había normalizado formas racistas y clasistas de relación médico/paciente, que, si bien se expresaron paradigmáticamente durante el régimen nazi, eran previas a este. Y así observamos que durante los siglos XIX y XX, gran parte de las investigaciones biomédicas —sobre todo las que implicaban riesgos— se hicieron sobre personas que pertenecían a estratos subalternos. Y así, los niños de orfanatos, los presos, los soldados, los enfermos de clase baja —frecuentemente afroamericanos en el caso de los EE.UU.— eran los sujetos sobre los que se estudiaban los más diversos padecimientos, que en algunos casos implicaron la generación de enfermedades e incluso la mortalidad temprana en dichos sujetos de investigación.

Por lo tanto, el consentimiento informado supuso en términos formales la eliminación de este tipo de acciones médicas, aun cuando esta práctica médica se mantiene hasta la actualidad, especialmente en los países periféricos. En América Latina, desde la década de 1970 se aplicó en la mayoría de los países un programa que buscó reducir drásticamente la tasa de natalidad, en el cual una de las estrategias más frecuentes fue la de esterilizar mujeres en edad reproductiva. Para ello había que solicitar el consentimiento informado de la mujer a esterilizar, pero se ha documentado en el caso de varios países de Latinoamérica —especialmente México y Perú— que cuando se trata de mujeres pertenecientes a estratos subalternos, este no se les solicita. Mientras que, en otros casos, el consentimiento fue inducido por el personal de salud, especialmente por la enfermera, y no solo en las esterilizaciones, sino también en la aplicación de cesáreas (Liga Mexicana de Derechos Humanos (LMDH), 1993; Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM, 1999; Sánchez, 2000).

Es decir, el decurso de relaciones sociales como las señaladas no es unilateral, sino que depende del poder y de la agencia de los actores en relación, más allá de las formalidades que tratan de regularlas, lo que sobre todo se expresa a través de la trayectoria de la relación médico/paciente.

La información sobre el papel de las relaciones sociales en los procesos de SEAP podría extenderse casi indefinidamente, pero considero que con lo expuesto hasta acá aparece fundamentada la necesidad de aplicar un enfoque relacional al estudio de los procesos de SEAP. Más aún, lo que evidencia esa necesidad es que tanto en el pasado como en la

actualidad, las relaciones sociales pueden tener consecuencias positivas o negativas respecto de dichos procesos, así como en muchos casos cumple funciones contradictorias.

Ahora bien, lo que estoy planteando en este texto es que no pueden existir sociedades en las que no dominen las relaciones y los rituales sociales como algunos de los principales mecanismos de producción y reproducción social (Menéndez, 2002; 2009); lo que cuestiona la concepción, cada vez más extendida, de que las sociedades actuales se caracterizan por la desaparición, disminución, debilidad de las relaciones y rituales sociales. Reitero que no niego la desaparición o erosión de los rituales o las relaciones sociales, pero asumiendo que se están creando nuevos, que además, no son débiles o líquidos, sino diferentes. Y que la cuestión es buscarlos donde ahora están, y no solo donde han desaparecido, que es uno de los problemas metodológicos e ideológicos de quienes suelen dedicarse a su estudio. Más aún, si solo buscamos los rituales y relaciones donde desaparecieron, deberíamos no solo analizar las consecuencias negativas o positivas generadas por dicha desaparición, sino también observar las nuevas relaciones y las consecuencias negativas, positivas o ambivalentes que generan; en lugar de complacernos en la enumeración de las consecuencias negativas de estas desapariciones.⁶

No obstante, reitero la validez de las críticas señaladas previamente a las tendencias teóricas que focalizan lo relacional, pero asumiendo que dichas críticas favorecieron no solo la exclusión o secundarización de las relaciones sociales sino también la exclusión de una parte de los actores significativos que operan en los diferentes procesos de SEAP.⁷ Por lo que propongo la necesidad de articular el enfoque relacional con el del punto de vista del actor, reconociendo los aportes de las corrientes teóricas relacionales y no relacionales, pero también sus limitaciones y omisiones. Y desde esta perspectiva sugerimos no solo trabajar con las relaciones sociales, sino tratar de buscar en cada uno de los actores sociales su capacidad de agencia, así como la orientación que sostiene cada uno, y las transacciones que operan entre los actores sociales significativos.

Biografía

Licenciado en Ciencias Antropológicas (UBA); Maestro en Salud Pública (Escuela de Salud Pública de México) y Doctor por la Universidad de Buenos Aires con orientación en Antropología Social. Profesor/investigador en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS, México).

6. En el caso de los rituales sociales negativos, es necesario asumir que una parte de las culturas han creado rituales homicidas respecto de las mujeres, como sigue siendo el caso de varios países islámicos, donde una mujer supuestamente adúltera es asesinada colectivamente mediante la lapidación.

7. El actor significativo es aquel sin cuya presencia no existiría el proceso y la relación de la que forma parte; es decir, es un actor que es estructural y necesario para que el proceso y la relación existan. Esto fue fundamentado metodológicamente en los años 50 por O. Lewis, quien propuso lo que denominó la técnica Rashomon, que utilizó en todo el ciclo de sus estudios sobre la pobreza en México, y especialmente en su libro *Una muerte en la familia Sánchez*. Dicha técnica implica trabajar con todos los actores significativos que tienen que ver con el problema, proceso o evento, como fue el caso de la muerte de la madre en la familia Sánchez (Lewis, 1982).

Referencias bibliográficas

- » Antonovsky, A. (1967). Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Fund Quarterly*, 45, 31-75.
- » Ayres, J. R. (2005). *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- » Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. Nueva York: Chandler Publishing Company.
- » Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- » Bauman, Z. (2016). *Modernidad líquida*. México: Siglo XXI.
- » Bauman, Z. (2017). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.
- » Behm, H. (1962). *La mortalidad infantil y nivel de vida*. Santiago: Universidad de Chile.
- » Behm, H. (1979). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Revista centroamericana de ciencias de la salud*, 12, 69-93.
- » Bibeau, G. (1986-1987). Nouvelles directions dans l'anthropologie medico/psychiatrique nord-américaine. *Sante/Culture/Health*, 4(2), 4-11.
- » Billig, J. (1973). *Les champs de concentrations dans l'économie du Reich Hitlerien*. París: Presses Universitaires de France.
- » Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C. y Passeron, J.-C. (1985). *El oficio del sociólogo*. México: Siglo XXI.
- » Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (1999). *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anti-concepción quirúrgica en Perú*. Lima: CLADEM.
- » Conrad, R. (1976). *Identifying Hiperactive Children*. Lexington: Lexington Books.
- » Dohrenwend, B.P. y Snell, B. (1969). *Social status and psychological disorder: a causal inquiry*. New York: John Willey & sons.
- » El Guindi, F. (1987). *The myth of ritual: a native's ethnography of zapotec life-crisis rituals*. Tucson: University of Arizona Press.
- » Fernández Juárez, G. (Coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: ABYA-YALA/UCLM.
- » Goffman, E. (1970 [1961]). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- » Gorer, G. (1965). *Death, grief and mourning*. Londres: Cresset Press.
- » Hernández-Bringas, H. y Narro, J. (2019). Mortalidad infantil en México: logros y desafíos. *Papeles de población*, 25(101). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252019000300017
- » Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness*, New York, John Willey & sons.
- » Imberton, G. (2002). *La vergüenza: enfermedad y conflicto en una comunidad chol*. San Cristóbal de las Casas (Chiapas): UNAM.

- » Lewis, O. (1982). *Una muerte en la familia Sánchez*. México: Grijalbo.
- » Liga Mexicana para la Defensa de los Derechos Humanos (1993). *Respuesta al informe que el gobierno mexicano presenta a la quinta sesión sobre los derechos del niños*. México: LMDH.
- » Martin, K. y Voorhies, B. (1978). *La mujer: un enfoque antropológico*. Barcelona: Anagrama.
- » Mead, G. H. (1953). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- » Menéndez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 67, 239-270.
- » Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- » Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- » Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Salud Colectiva*, 21(1), 109-118.
- » Menéndez, E. (2017). *Los racismos son eternos, pero los racistas no*. Ciudad de México: UNAM.
- » Menéndez, E. (2018 a). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos. Relaciones y dinámicas racistas en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- » Menéndez, E. (2018 b). Colonialismo, neocolonialismo y racismo. El papel de la ideología y de la ciencia en las estrategias de control y dominación. Ciudad de México: UNAM.
- » Menéndez, E. (2020a). La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones. En S. Evangelidou y Martínez A. (Edits.). *RESET. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de covid-19*, (pp. 17-26). Tarragona: Publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili.
- » Menéndez, E. (2020b). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, 16. doi: 10.19294/66.2020.3149
- » Merton, R. K. (2002). *Teoría y estructuras sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- » Millet, K. (1995[1970]). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.
- » Moore, H. (1999[1988]). *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.
- » Muller-Hill, B. (1989). *Science nazi, science de mort: l'extermination des juifs, des tziganes et des maladies mentaux de 1933 a 1945*. París: Odile Jacob.
- » Ramírez, S. (2011). *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT.
- » Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. Nueva York: Vintage Books.
- » Sánchez, G. (2000). La regulación de la fecundidad en Chiapas en el marco de los derechos reproductivos; un diagnóstico situacional respecto de los compromisos de El Cairo y Beijing. En G. Espinosa (Coord.). *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México* (pp. 231-251). México: UAM; El Atajo.
- » San Martín, H. (1975). *Salud y enfermedad. Ecología humana, medicina preventiva y social*. México: La prensa médica.
- » San Martín, H. (1986). *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Madrid: Masson.
- » Sudnow, D. (1967). *Passing on. The social organization of dying*. New Jersey: Prentice Hall.

- » Susser, M. y Watson, W. (1982). *La sociología de la medicina*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- » Taucher, E. (1978). *Mortalidad infantil en Chile: tendencias diferenciales y causas*. Santiago: Celade.
- » Zolla, C. (Dir.) (1994a). *Diccionario enciclopédico de medicina tradicional*. México: Instituto Nacional Indigenista, 2 vols.
- » Zolla, C. (1994b). *La medicina tradicional de los pueblos indígenas*. México: Instituto Nacional Indigenista, 3 vols.

