

Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares¹

Eduardo L. Menéndez

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

México

emenendez1@yahoo.com.mx

RESUMEN

La pandemia de COVID-19 evidenció una vez más la hegemonía de la biomedicina, y no solo respecto de las medicinas académicas china, hindú y japonesa, así como de las medicinas tradicionales latinoamericanas, sino también respecto de los procesos de autoatención, pese a que éstos fueron los principales mecanismos preventivos que utilizaron los sujetos y microgrupos para enfrentar la pandemia de Covid-19 hasta que se comenzó a aplicar la vacuna contra el coronavirus. Más aún, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y los aparatos médico/sanitarios de los países a nivel mundial, actuaron de tal manera que la autoatención apareció como un mecanismo técnico biomédico en lugar de ser considerado como un proceso desarrollado y aplicado por la población. Por lo que en este texto describo y analizo el concepto de autoatención, diferenciándolo del concepto biomédico de autocuidado, tratando de evidenciar los mecanismos de hegemonía que desarrolla la biomedicina para opacar los verdaderos actores de la autoatención, así como la subalternización de los mismos y la necesidad de que estos asuman el papel decisivo que han cumplido tanto en términos positivos como negativos.

PALABRAS CLAVE

autoatención, biomedicina, pandemia, hegemonía

¹ Este artículo fue elaborado a partir de la conferencia virtual de Eduardo Luis Menéndez en el Panel "Salud, COVID-19 y políticas estatales en Argentina y México", realizada el 27 de noviembre de 2020 y organizada conjuntamente por Investigaciones Socio-Históricas Regionales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de Rosario (ISHIR-CONICET-UNR); el Instituto Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires (ICA-CONICET-/UBA); el Núcleo de Estudios del Trabajo y la Conflictividad Social) NET-UNR); la Escuela de Antropología (FHya, UNR) y la Sección Antropología Social (SEANSO-UBA). En la misma participaron como panelistas Susana Margulies (ICA-UBA); Rosa María Osorio (CIESAS-México) y Eduardo Luis Menéndez Spina (CIESAS-México)



Pandemic and self-care: the denial and subalternization of popular knowledge

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic once again demonstrated the hegemony of biomedicine, not only with regards to Chinese, Hindu and Japanese academic medicines, as well as traditional Latin American medicines, but also related to the processes of self-care, despite the fact that these were the main preventive mechanisms used by subjects and microgroups to confront the Covid-19 pandemic until the introduction of the coronavirus vaccine. Moreover, the World Health Organization, the Pan American Health Organization and the medical/health systems of countries worldwide, acted in such a way that self-attention appeared as a biomedical technical mechanism rather than being considered as a process developed and applied by the population. Therefore in this paper I describe and analyze the concept of self-care, differentiating it from the biomedical concept of self-care, trying to show the mechanisms of hegemony that biomedicine develops to obscure the true self-care actors, as well as their subalternization and their need to assume the decisive role that they have played in either positive and negative terms.

KEYWORDS

self-care, biomedicine, pandemic, hegemony

FECHA DE RECIBIDO 12/07/2020

FECHA DE ACEPTADO 22/12/2020

COMO CITAR ESTE ARTICULO

Menéndez, E.L. (2021) Pandemia y autoatención: la negación y subalternización de los saberes populares. Revista de la Escuela de Antropología, XXVIII, pp. 1-20. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.137

Introducción

Si bien la actual pandemia de coronavirus no ha generado hasta ahora una catástrofe demográfica similar a la de 1918 (Barry 2004, Beberidge 1997), sin embargo, lo que ha producido para la mayoría de los analistas, es la crisis económica más profunda sufrida por el capitalismo, así como una modificación inédita de los comportamientos sociales cotidianos de los sujetos y microgrupos, y especialmente del grupo familiar. Lo que está teniendo consecuencias negativas en los sujetos y en las relaciones entre los mismos, debido a un 'encierro' social impuesto o sugerido por los gobiernos, y aceptado con mayores o menores "trasgresiones"



sociales por las personas y grupos sociales.

Pese a que todavía no sabemos si viviremos una catástrofe demográfica a nivel mundial, lo que si observamos es que, una vez más, los procesos de salud/enfermedad/atención/prevención (de ahora en adelante procesos de SEAP) han evidenciado las limitaciones, contradicciones, conflictos, y orientaciones de los sistemas sociales y de los gobiernos y, en particular del Sector Salud de los mismos; así como ha visibilizado las condiciones de desigualdad socioeconómica, pobreza, informalidad a nivel mundial, y especialmente en los países latinoamericanos.

Asimismo, la pandemia de COVID-19 ha posibilitado que pasen a primer plano actividades cotidianas consideradas generalmente como secundarias o incluso banales, pese a ser básicas para la reproducción social y biológica de sujetos y grupos, como es el caso de los procesos de autoatención; procesos que la casi totalidad de los comentaristas ha ignorado respecto de su papel central en esta pandemia. Es decir, como solía proponer E. Becker (1969,1980), la realidad ha puesto una vez más de manifiesto lo obvio pero sin que lo asumamos en el caso de la autoatención, pese a que ha sido y sigue siendo la actividad que más hemos desarrollado durante la pandemia los sujetos y microgrupos en los diferentes contextos en los que se ha dado el COVID-19.

El proceso de autoatención

Como lo estamos observando, la pandemia evidenció toda una serie de procesos mas muy especialmente la hegemonía de la biomedicina más allá de sus problemas y limitaciones, ya que en todos los contextos de los que tenemos información la medicina que aparecía actuando en países europeos, americanos, asiáticos o africanos ha sido la biomédica. Pues todo indica que en China, India o Japón no fueron la medicina mandarina, la ayurvédica o la sintoísta las que fueron utilizadas por sus respectivos Sectores de Salud (SS), sino que utilizaron básicamente la biomedicina. Y lo mismo podemos decir de las medicinas tradicionales en Latinoamérica, ya que las mismas, al igual que las medicinas alternativas y complementarias (MAC), casi no aparecieron



señaladas como formas de atención y prevención del nuevo padecimiento. Lo que no niega que los sujetos y microgrupos de los diferentes sectores sociales utilizaran medicinas tradicionales y/o alternativas, sino que subrayamos que las expectativas de solución se pusieron exclusivamente en acciones y concepciones biomédicas, reforzando aún más su hegemonía.

En este texto no voy a analizar, porque una vez más la biomedicina hegemonizó los procesos de SEAP, pese a enfrentarse con una enfermedad que evidenció –sobre todo inicialmente– su escasa eficacia y carencia de medios específicos. Aunque sí presentaré algunos de sus mecanismos de hegemonización, pero no referidos a las otras medicinas académicas ni a las MAC sino a los procesos de autoatención dado que, apenas reconocida la pandemia, dichos procesos emergieron a nivel mundial como los únicos decisivos para contenerla. Pero pese a que los procesos de autoatención son parte estructural de la vida de los microgrupos y sus sujetos, sin embargo, estos procesos no aparecieron como tales, sino que fueron difundidos exclusivamente como una estrategia de prevención biomédica donde lo determinante estaba en la biomedicina y no en los sujetos y grupos sociales. De tal manera que hasta que se lograra una vacuna, todas –y subrayo todas– las medidas básicas de prevención impulsadas por la OMS, los SS, y la biomedicina se concentraron en las formas de autoatención que debían utilizar los microgrupos y sus sujetos.

Ahora, si bien en el caso de esta pandemia, los contenidos y tipo de acciones de la autoatención han sido indicados por los aparatos médico/sanitarios, sin embargo fueron aplicados y desarrollados por personas y microgrupos que actúan con autonomía o, por lo menos, con autonomía relativa. De tal manera que la biomedicina recomendó el uso de cubrebocas, la sana distancia, o el quedarse en casa; los que constituyen comportamientos de sujetos y microgrupos donde el papel del personal de salud es mínimo o inexistente y todo está concentrado en el quehacer de la población.

La biomedicina, sobre todo respecto de actividades de prevención, ha acuñado o se ha apropiado de una serie de conceptos desde la década de los 60', que buscaron tener un efecto en los individuos



–aunque no en los grupos– para modificar comportamientos que limitaran el riesgo de contraer sobre todo enfermedades crónico/degenerativas. Y para ello, desarrollaron o resignificaron los conceptos de riesgo, de estilo de vida y de autocuidado, donde sobre todo los dos últimos, refieren al individuo, excluyendo a los sujetos no solo de sus relaciones sociales y pertenencias culturales en general sino localizando en el individuo sus riesgos y sus responsabilidades (Ayres, 2005; Coreil et al, 1985; Menéndez, 1998).

Correlativamente, entre finales de la década de los 60'y mediados de la de los70', se desarrolló la propuesta de modelos de atención que incluye el modelo de autoatención (Menéndez 1982,1993,2003) pensado en términos colectivos y relacionales y no en términos individuales. Es decir, el modelo de autoatención no refiere a individuos como el concepto de autocuidado ni pone el peso en la responsabilidad individual como hace la biomedicina sino que refiere a sujetos en tanto miembros de microgrupos y de relaciones sociales, y que pueden ser no solo responsables – como quiere la biomedicina que seamos a través de sus nociones de responsabilidad– sino que dicho modelo asume que también podemos ser no responsables o irresponsables como ocurre con nuestros comportamientos en la vida cotidiana. Por lo que necesitamos buscar la racionalidad tanto de la responsabilidad, de la no responsabilidad y de la irresponsabilidad de los sujetos y microgrupos en las condiciones de su vida cotidiana.

La autoatención es un proceso estructural que, en el caso de los padecimientos surge para enfrentarlos, en la medida que los microgrupos y sujetos los reconozcan como tales; desarrollando representaciones y prácticas que pueden ser correctas o incorrectas, eficaces o ineficaces, pero que corresponden a un proceso que surge estructuralmente. Y es por ello que necesitamos asumirla, pues inevitablemente van a emerger comportamientos de autoatención respecto de padecimientos que reconozcamos como tales, que implica inclusive no hacer nada frente a la nueva enfermedad o inclusive negarla como ha ocurrido con el COVID-19. Subrayando que, si bien la autoatención es estructural, las acciones



y orientaciones a través de las cuales opera, dependerán de los saberes, del contexto y de los medios a los que pueden acceder las personas y los conjuntos sociales.

Por lo tanto, las formas de autoatención respecto de los padecimientos, están basadas en los saberes, es decir, en las representaciones y prácticas de los diferentes microgrupos donde los sujetos desarrollan sus vidas, y que no solo remiten a los grupos familiares sino al conjunto de los diferentes microgrupos donde vivimos. Y es con estos saberes que los sujetos y microgrupos no solo enfrentarán las enfermedades, sufrimientos y discapacidades de todo tipo, sino que es a partir de estos saberes que los sujetos y microgrupos se relacionarán en forma directa e indirecta con los saberes de los curadores tradicionales, alternativos y biomédicos existentes en sus contextos, realimentando continuamente las formas de autoatención. Por lo que, es en los procesos de autoatención donde los sujetos y microgrupos sintetizan y articulan los distintos y dispares saberes que van encontrando, buscando y utilizando para enfrentar los padecimientos que sufren. Lo que implica que los sujetos y microgrupos articulan saberes que, para las lecturas biomédicas pueden aparecer como contradictorios y para ciertas orientaciones indigenistas e interculturales como incompatibles; mientras que los sujetos y microgrupos los utilizan pragmáticamente en función de sus necesidades y, por lo tanto unificando en su acción, los saberes que para otros resultan contradictorios o incompatibles.

Ahora bien, el desarrollo de la pandemia confirmó el carácter relacional y grupal del proceso de autoatención, sobre todo en términos de prevención. Como sabemos, una de las consecuencias de la pandemia, fue el 'encierro' de los sujetos que podían hacerlo en sus hogares obligándolos a una relación real y/o imaginaria con otros sujetos en forma permanente, y cuyo objetivo era el cuidado de todos y no solo el de uno mismo, como lo reconocieron la OMS y el SS mexicano desde el principio. Apareciendo en toda su evidencia el papel del otro para cada sujeto, ya que según los funcionarios del SS mexicano y de la OMS, lo decisivo en las relaciones de contagio, no es solo el sujeto sino sobre todo la



relación y el quehacer con los otros. La autoatención, implica, por lo tanto, la relación yo/otros, como parte de un todo que somos nosotros.

Por lo que, es importante asumir que desde el primer día de reconocida la existencia del virus y su posible contagio, la Organización Mundial de la Salud, y los Sectores Salud de todos los países afectados, propusieron las actividades de autoatención como la principal estrategia de prevención. Sin embargo, este proceso que es estructural en nuestras vidas, ha sido ignorado como la forma propia de los grupos sociales, y no solo por el SS y los analistas, sino por los mismos que la practicamos. De tal manera que la mayoría de nosotros no reconoce el papel que estamos desempeñando en términos de autoatención, y no solo en la prevención sino también en el diagnóstico o en la convalecencia de esta enfermedad que, para algunos sujetos, es larga y dolorosa. Papel que implica asumir y no solo reconocer, que el 'poder' no solo social sino técnico frente a la pandemia, está en gran medida en nosotros, por lo menos hasta que se genere una vacuna y/o fármacos que limiten y/o eliminen los daños. Lo cual, sin embargo, no reducirá el papel de la autoatención sino que lo resignificará; ya que, por ejemplo, encuestas realizadas en varios países indican que una parte de la población ha decidido no vacunarse, lo que se articula con las decisiones de gobiernos de países como México, donde la vacunación contra el COVID-19 no será obligatoria.

Y es por la importancia decisiva de la autoatención, que lo básico que nos indicó, y siguen indicando, el SS y la OMS son actividades de autoatención: lavarse las manos en forma profunda y frecuente, no tocarnos la cara, limpiarnos los zapatos al entrar a casa o a cualquier lugar cerrado, no abrazarnos ni besarnos, etc. Pero además, recomendó también no automedicarse con fármacos, ni con otras sustancias que presuntamente tuvieran alguna eficacia, así como rechazar los mensajes por internet u otros medios que indujeran a determinados comportamientos y usos. Más aún, el Sector Salud nos indicó cuáles eran los principales síntomas de esta enfermedad, para que nosotros hiciéramos un primer diagnóstico y decidiéramos ir o no ir al médico. Todo lo cual es



parte de la autoatención, pero una autoatención que aparece como una estrategia propia de la biomedicina, en lugar de ser asumida como la estrategia básica de los sujetos y sus microgrupos; lo que constituye, uno de los más claros ejemplos de la hegemonización biomédica.

Ahora bien, para evitar equívocos, aclaro que no proponemos una autoatención realizada por los grupos subalternos que es siempre correcta, responsable y eficaz y que, inclusive da una atención mejor que la biomédica, como en forma explícita o más frecuentemente implícita sostienen los que interpretan esencialmente los saberes de los sectores sociales subalternos, y especialmente los de los pueblos originarios. Aclaro también, que no propongo una autoatención autónoma que decida la realidad, por más cuota de micropoder que tenga. Sino que asumimos que los sujetos y microgrupos que están ejerciendo la autoatención de los padecimientos operan transaccionalmente con los sujetos y grupos que están operando las acciones y orientaciones del SS así como de las MAC. Y que, por lo tanto, las características y posibilidades de la autoatención y sus consecuencias solo podemos establecerlas si las remitimos a las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales de los microgrupos y sus sujetos. Y así, por ejemplo, para establecer la responsabilidad / irresponsabilidad / no responsabilidad de los comportamientos de autoatención necesitamos ver cuáles son las condiciones de vida que posibilitan, limitan o imposibilitan las conductas de los sujetos y microgrupos. Mientras el concepto biomédico de autocuidado, como ya señalamos, solo remite a lo individual; el concepto de autoatención, como también propuse, remite a las condiciones sociales y relacionales de vida. Y por lo tanto esta pandemia no solo evidenció las condiciones de desigualdad socioeconómica de la población, sino que puso de manifiesto quiénes podían y quiénes no podían llevar a cabo las autoatenciones recomendadas por la OMS, los gobiernos y sus SS. Ya que, por ejemplo, la mayoría de los que trabajan en la informalidad no pueden quedarse en sus casas, pues tienen que salir a trabajar. Esto, en un país como México en donde más del 50% de la población realiza tareas informales como



su ocupación básica sin contar con ningún salario básico ni ningún tipo de seguridad social, se ve dificultado. La recomendación de lavarnos las manos no puede ser realizada porque gran parte de la población pobre carece de agua o solo tiene agua durante algunas horas al día, calculándose que a nivel mundial un 40% de la población tiene problemas para abastecerse de agua. Más aún, gran parte de los 'pobres' viven hacinados en uno o dos espacios, de tal manera que les es imposible mantener la "sana distancia". Por lo que, gran parte de las principales medidas de prevención basadas en la autoatención, no pueden ser aplicadas por una parte de la población, que en varios países periféricos constituye la mayoría de la población. Estas dificultades e impedimentos forman parte de lo que los SS y los gobiernos de todos los países saben, sin proponer la mayoría alternativas realistas a esta situación; o más frecuentemente desarrollan una política comunicativa, en la que a nivel de discurso se recomienda la autoatención ideal, y a nivel de prácticas se acepta que la gente haga lo que pueda. Lo que ha conducido a que en todos los países de los que tenemos información específica, sean los pobres, los marginales, los que trabajan en la informalidad, los que tienen las mayores tasas de mortalidad por COVID-19, luego del personal de salud.

La vida como continuidad

Si algo evidenció la pandemia es que la vida individual y colectivas es en gran medida rutina y repetición, lo que suelen rechazar gran parte de las tendencias teóricas actuales; aunque el confinamiento que estamos viviendo lo está evidenciando en forma que hace difícil ignorarlo. Por eso, pese a que la cuarentena y las diversas formas que éste adquiere evidencian las capacidades inventivas de los sujetos y microgrupos para generar formas de recreación, de no aburrimiento, de convertir el trabajo en entretenimiento, etc. Sin embargo, lo que también se evidencia es que gran parte de nuestras vidas es rutina y repetición, en gran medida ejercidas a través de la autoatención. Y si bien los esparcimientos de fin de semana, o la "pasión" por el fútbol, el alcohol, la marihuana, el sexo y últimamente *Netflix* impiden o limitan asumirlo, ocurre que



durante la pandemia –en forma reflexiva o no– puede emerger la visibilización de la vida como rutina y repetición, constituyendo una de las bases de posibles angustias, ansiedades, depresiones y/o violencias.

Señalando que lo propuesto no niega que en nuestras vidas se generan y/o generamos cambios, pero que una vez generados se convierten necesariamente en nuevas rutinas y repeticiones, en la vida cotidiana necesitamos desarrollar saberes que opacan, normalizan, niegan que la vida sea sobre todo rutina y repetición, y que éstas constituyen uno de los procesos estructurales de nuestras vidas individuales y colectivas. Lo que no vamos a analizar en este texto, aunque si subrayar es la necesidad que tenemos de ‘ignorar’ individual y colectivamente que, en gran medida, somos rutina y repetición.

Junto con la rutina y repetición, necesitamos reconocer que los procesos de autoatención no pretenden ser unilateralmente positivos como connota el concepto de autocuidado aliado frecuentemente al de resiliencia, sino que la autoatención puede tener, como ya lo he señalado, también consecuencias negativas y ambivalentes. Pero una cuestión es que parte de la autoatención pueda ser negativa, y otra convertir casi toda autoatención desarrollada autónomamente por los sujetos y microgrupos en negativa. De hecho, han sido generalmente los aspectos negativos los que la biomedicina ha subrayado unilateralmente respecto de la autoatención convirtiendo, por ejemplo, a la automedicación en una actividad exclusivamente negativa. Esta mirada de la biomedicina es algo que cuestionamos dado que la automedicación puede ser negativa como también positiva, como la mayoría de los procesos de nuestras vidas colectivas en la medida en que los pensemos y analicemos como procesos y no los escindamos en partes separadas ideológica y/o metodológicamente. Actitud constante de la biomedicina, al estigmatizar y tratar de ilegalizar gran parte de la automedicación en lugar de reconocer que hay automedicaciones que pueden tener consecuencias negativas mientras que otras no solo son positivas sino necesarias.

De igual modo, la biomedicina no solo tiende a escindir la realidad



sino que opaca o directamente niega la constante articulación entre la automedicación de sujetos y microgrupos y los saberes de los curadores, incluidos los biomédicos. Articulación, que una vez más se puso de manifiesto durante esta pandemia, dado que apenas el SS señalaba un dispositivo positivo para enfrentar la pandemia, el mismo era demandado por los sujetos y microgrupos, tal como ocurrió con el cubrebocas o el alcohol en gel, así como también con los diferentes fármacos que se indicaban para aliviar e inclusive curar el coronavirus. Recordando que gran parte de dichos fármacos fueron propuestos por médicos, pese a ser ineficaces y en varios casos negativos, como lo denunció el SS mexicano y también la OMS.

Correlativamente, la biomedicina y el SS deberían asumir que los mensajes explícitos e implícitos que envían a la población, inclusive a través de las relaciones personal de salud/paciente, suelen ser poco claros, confusos y hasta contradictorios, lo que se evidenció constantemente durante esta pandemia, y no respecto de cuestiones secundarias sino de aspectos básicos como el uso o no uso de los cubrebocas o sobre el papel decisivo o secundario de los casos asintomáticos. Lo que condujo no solo a desconfianzas de la población sino a no saber bien qué hacer y, por lo tanto, a tomar decisiones de autoatención. Proceso que en países como los EEUU y México fue reforzado porque sus presidentes se negaron a utilizar cubrebocas, y hasta cuestionaron su uso.

No obstante lo cual necesitamos reconocer que, por lo menos una parte de dichas confusiones generadas en el saber médico –e inclusive a nivel científico– son esperables respecto de enfermedades con las cuales no se sabe técnicamente muy bien qué hacer, y respecto de las que el propio personal de salud está aprendiendo cómo actuar al mismo tiempo que intenta curarla y prevenirla. Lo que ameritaba que dichas limitaciones y desconocimientos profesionales fueran informados clara y sencillamente a la población reconociendo las dudas e incertidumbres con que trabaja el personal sanitario, en lugar de ser denunciados por las redes sociales y por otros medios.

Nuestros análisis indican que la biomedicina ve conflictiva y



competitivamente a la autoatención, ya que sabe de su papel asistencial y preventivo; pero también sabe de la tendencia de la autoatención operada por sujetos y microgrupos a autonomizarse respecto de la biomedicina y de toda otra forma de atención. Y es por eso, que pese a que todas las medidas preventivas básicas aplicadas por la OMS y los sectores salud respecto del COVID-19 están basadas en la autoatención que practica la población; ni los SS ni la OMS hablaron nunca de autoatención como parte estructural de la vida de los microgrupos y sujetos, y menos aún señalaron los aspectos de dicho proceso que estoy tratando de visibilizar respecto de la pandemia.

Por lo que considero que la autoatención en términos autónomos o articulada con la biomedicina y con otras formas de atención/prevenición es fundamental para enfrentar no solo esta pandemia, sino la mayoría de los padecimientos. Más aún, considero necesario impulsar, favorecer, utilizar las diferentes formas de autoatención desarrolladas estructuralmente por los micro y mesogrupos, dado que dichas formas constituyen el real primer nivel de atención de los padecimientos, que no solo debe ser reconocido y usado durante contingencias como la actual pandemia, sino que debe ser parte integral de las políticas de salud pública, y de la mayoría de las políticas sociales, pero a partir de reconocer la autonomía, por lo menos relativa, de los saberes de autoatención. Los organismos de salud necesitan reconocer que las actividades de prevención que ellos proponen –o en algunos contextos imponen– a la población, serán resignificadas y utilizadas a partir de los procesos de autoatención que operan los sujetos y microgrupos, y que por lo tanto debieran conocerlos en profundidad para establecer las posibilidades de trabajar conjuntamente, y lograr una mayor eficacia.

Autoatención, autogestión y otras posibilidades

Desde hace más de cuarenta años sostengo que el SS debiera enseñar a los sujetos y microgrupos a autoatenderse, incluyendo enseñar a automedicarse bien, por varias razones, pero especialmente por dos hechos obvios. En primer lugar, para



contribuir a solucionar el problema de salud del sujeto y su grupo; y, en segundo lugar, porque la gente seguirá automedicándose pese a las críticas de la biomedicina y a las prohibiciones que se les impongan. Pero además, porque la biomedicina y el Sector Salud envían constantemente mensajes contradictorios respecto de la autoatención incluida la automedicación ya que, por ejemplo, por una parte proponen que las mujeres aprendan a palpase los senos para detectar posibles nódulos, así como consideran necesario que determinados tipos de diabéticos aprendan a autoinyectarse insulina, al mismo tiempo que cuestionan el uso autónomo de antibióticos y estigmatizan el uso de medicinas tradicionales, no reflexionando que para los sujetos y microgrupos todas –y subrayo todas– estas actividades son parte de una misma estructura de autoatención. Por lo que la biomedicina necesitaría reconocer que los sujetos y microgrupos, especialmente lo subalternos, son pragmáticos pero no esquizoides.

Ahora bien, pese a que la OMS y los SSs de todos los países necesitaron recurrir a la autoatención como su principal y casi único recurso de prevención y de atención inicial para evitar una posible catástrofe demográfica, – como ya lo señalamos– dicho papel no ha sido reconocido como parte de los saberes estructurales de los grupos y sus sujetos, no solo por los gobiernos, la biomedicina ni los expertos, sino tampoco por quienes la ejercen, es decir por los sujetos y microgrupos que la realizan como parte de su vida cotidiana. Lo que una vez más me lleva a proponer la necesidad de trabajar con los micro y mesogrupos no solo para que sepan autoatenderse mejor, sino para que reconozcan, por lo menos, que una parte del poder está en ellos mismos.

Pese a esta posibilidad, la autoatención no solo es manejada contradictoriamente por el SS y la biomedicina, sino que una parte de la medicina social crítica cuestiona la autoatención, pues ve en ella dos posibles procesos negativos, que no cabe duda que son posibles. Por un lado, el interés de la industria químico/farmacéutica en que los sujetos se automediquen, dado que favorece el desarrollo de dicha industria; y, por otro, el hecho de que la autoatención puede ser utilizada por los Servicios de Salud



para descargar sus responsabilidades en los sujetos y microgrupos, y por lo tanto reducir sus inversiones económicas para enfrentar las enfermedades, en términos asistenciales y preventivos.

Y no niego la pertinencia de estos cuestionamientos, y especialmente del segundo, que genera críticas muy similares a las que determinados sectores políticos e intelectuales generaron desde por lo menos la década de 1920 a las propuestas autogestionarias referidas a la producción y al trabajo. Por lo que, si bien reconozco que en los hechos se dan ambas posibilidades, dichas críticas no analizan las alternativas autogestionarias que están implicadas en la autoatención y que fueron en parte las que me llevaron a interesarme en los procesos de autoatención, como aparece explícitamente propuesto en alguno de mis trabajos (Menéndez, 1993). En este sentido, considero que en la autoatención están implícitos los principales núcleos de la autogestión colectiva, pero que se expresan a través de la autoexplotación que se puede dar a través de los procesos de autoatención, y cuyo ejemplo paradigmático es el caso de la mujer en su rol de esposa/madre, ya que la producción y la reproducción del grupo familiar están basadas en las acciones de autoatención realizadas por la mujer a partir de su explotación/autoexplotación así como de su subalternización.

Esta situación se ha visualizado una vez más durante la pandemia de COVID-19, ya que el confinamiento evidenció que casi todas las tareas que tienen que ver con el funcionamiento del grupo familiar las llevan a cabo las mujeres. Lo que sobre todo opera en los sectores sociales subalternos, en los que la mujer es la encargada de asear el hogar, lavar y planchar la ropa, hacer la comida, criar a los hijos desde parirlos y amamantarlos hasta cuidarlos. Más aún la mujer es la encargada de diagnosticar, atender y prevenir enfermedades de todo el grupo familiar; y por eso los saberes sobre los padecimientos está concentrados casi exclusivamente en la mujer. Lo que también se puso de manifiesto durante esta pandemia.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México, la carga del "trabajo doméstico y de cuidados" siempre



ha estado concentrada en la mujer, y se caracterizan por ser actividades no remuneradas. Para 2019, el INEGI calcula que las labores domésticas y de cuidados equivalen a 5,6 billones de pesos mexicanos, es decir un 22.8 % del PIB, señalando que el 75% de dichas tareas no remuneradas las realizan las mujeres, por los que están aportaron el 16.8 % al PIB, mientras los hombres solo el 6%. Según el INEGI, esta situación diferencial se habría incrementado durante la pandemia, dado que la mayoría del trabajo doméstico y de cuidado recayó en las mujeres. Es importante señalar que mientras las mujeres de menores ingresos contribuyeron con un equivalente de 68,041.00. pesos anuales, las de mayor ingreso generaron el equivalente de 56,507.00. pesos (INEGI 2020, La Jornada 03/XII/2020).

Esta información ha sido confirmada y ampliada por el estudio realizado por Jimenez Chavez (2020) el cual evidencia el papel decisivo de la mujer comparado con el varón en la producción y cuidado de la vida humana, a través de actividades no remuneradas. En México respecto de actividades no remuneradas dedicadas a la preparación de la comida y a la limpieza de vivienda, las mujeres dedican entre 10 y 16 horas en localidades rurales y entre 10,2 y 12.6 en localidades urbanas. Mientras que los varones rurales dedican entre 3.9 y 4.2 y los urbanos 4.9. Además, estas diferencias entre mujeres y hombres se dan en todos los rangos de edad (ver también Rodriguez, 2020).

La mujer de los estratos subalternos era –y todavía lo es en numerosos contextos– la que fabricaba parte de las vestimentas que usaban los miembros del grupo; ellas tejían, cosían y zurcían las ropas, y todas estas tareas se convertían en “trabajo” como costurera o modista o como lavandera o planchadora, cuando el grupo familiar necesitaba mayores ingresos. Es decir, estos y otros procesos, indican que la posibilidad de reproducción del grupo familiar y de sus sujetos está basada en el trabajo de la mujer, y muy secundariamente en el trabajo del varón, quien históricamente ha tenido el papel de ‘proveedor’. y no mucho más, pese a ser el ‘jefe’ de la familia, dado que si bien opera como corrector de comportamientos no deseados en los hijos a través de infringir



castigos, sin embargo la mayoría de las acciones correctivas son también desempeñadas por la mujer.

Ahora bien, este papel decisivo de la mujer aparece no solo 'ocultado' sino devaluado frente al papel del varón, y ello no solo de la denominada cultura 'occidental' sino a nivel de todas las culturas de las que tenemos información, Es decir, pese a que el rol de la mujer es decisivo, ya que son sus actividades de autoatención las que posibilitan la producción y reproducción del grupo familiar, sin embargo al ser culturalmente normalizadas como comportamientos subalternos, pasan a ser consideradas como comparativamente banales no solo por los varones. sino por las propias mujeres que las desarrollan.

Y esta desvalorización sistemática opera respecto de procesos a través de los cuales la mujer impulsa procesos de autogestión familiar para asegurar el funcionamiento del grupo, lo que podemos sobre todo observar en el caso de las familias extensas, ya que generalmente la hija mayor en ciertos grupos, se ocupaba de cuidar a lxs nuevxs hijxs para posibilitar que la madre/esposa pudiera cumplir las múltiples funciones que debe realizar. Asumiendo que dicha autogestión era básica para que pudieran funcionar y seguir reproduciéndose familias extensas que podían incluir entre diez y veinte personas, evitando, eliminado o resolviendo, por ejemplo, los conflictos que podían generarse entre algunos de los sujetos que constituyen el grupo familiar. Pero, y es uno de los aspectos que me interesa seguir subrayando, esta situación de subalternidad y de desvalorización de la mujer, está normalizada y legitimada por la "cultura", que convierte en *natural* las relaciones dominantes a través de las normas, reglas y cosmovisiones.

De allí que la mujer y los movimientos femeninos debieran cuestionar las culturas donde viven, dado que éstas son las que justifican la opresión, devaluación, explotación a que están sometidas, legitimando básicamente el papel de un varón que aparece normalizado como el género superior. Y así podemos observar que en las comunidades etnográficas las autoridades políticas son masculinas al igual que los principales curadores; así como en las sociedades con mayor desarrollo económico



político las autoridades políticas, militares, científicas, artísticas o deportivas también son masculinas. Y aunque esto se ha ido modificando en algunas sociedades, todavía los varones siguen siendo los dominantes en todos los contextos².

Podríamos incluir más información que evidencie lo que estamos sosteniendo respecto del papel subalterno de la mujer, así como también respecto de los mecanismos ideológico/culturales que devalúan el papel de los procesos de autoatención, que inclusive incluye algunas orientaciones que tratan de defender el rol de la mujer. Lo que podemos observar, por ejemplo, en una parte de los Estudios de Género y de las propuestas feministas que consideran el papel de la mujer en la autoatención, como el núcleo de su situación negativa, ya que serían dichos procesos los que ocupan gran parte de su tiempo de vida, restándole además autonomía, y reduciendo sus potencialidades. Lo que en gran medida es correcto pero que conduce a eliminar gran parte de los procesos que dan a las mujeres determinadas particularidades que posibilitan desarrollar formas de subjetividad que reducirían o eliminarían las violencias así como posibilitarían relaciones sociales más comprensivas³. Por lo que, considero que a la autoatención deberíamos pensarla como una alternativa a partir de la cual la mujer –conjuntamente con el varón– impulse un desarrollo social colectivo e intergenérico que avance hacia la autoatención/autogestión. Es decir, necesitamos recuperar intergenéricamente los procesos de autoatención focalizados casi exclusivamente en la mujer.

Hasta ahora, por lo menos en las sociedades capitalistas, el varón ha operado respecto del 'trabajo' de la mujer dentro del grupo familiar, como el dueño de los medios de producción opera respecto

2 Considero que es importante analizar en qué sociedades la mujer ha logrado mayores posibilidades de igualdad con el varón, expresada a través de hechos específicos, y en cuáles no.

3 El hecho de que la mujer se vea obligada a realizar toda una serie de actividades sumamente diversificadas a través de su papel como esposa/madre en el grupo familiar le da, entre otras características, una flexibilidad, reflexividad, pragmatismo, capacidad de conciliación que el varón no tiene, dado que es su sujeto especializado. Por lo que, el Feminismo y los Estudios de Género necesitan reflexionar sobre lo que la mujer –y la sociedad– perdería con la generación de otro género también especializado. Subrayando, para evitar malos entendidos, que no propongo que la mujer permanezca en estas actividades de autoatención sino que se impulse una participación intergenérica.



del trabajador, es decir niega, oculta, devalúa el papel decisivo que cumplen las actividades femeninas; pero además dicha situación de hegemonía/subalternidad está legitimada a través de la cultura. Considero que lo que estoy señalando se expresa casi paradigmáticamente en el caso del aborto, que siendo un proceso que implica tanto a la mujer como al varón, se ha focalizado exclusivamente en la mujer, de tal manera que los sufrimientos físicos, mentales, sociales y económicos refieren exclusivamente a la mujer que aborta, excluyendo totalmente al varón. Lo que ha conducido a que la lucha por la permisión del aborto se ha convertido en una lucha casi exclusivamente femenina cuando debiera incluir necesariamente al varón. Y recordando que toda una serie de luchas son parte de la autoatención, hasta ahora han contribuido más al 'aguante' y a la supervivencia más que a la transformación.

De lo que venimos analizando, surge que la autoatención es tan obvia que no solo no la asumimos sino que la negamos, pese a ser parte estructural de nuestras formas de estar en el mundo, lo que una vez más se ha puesto de manifiesto durante la pandemia de COVID-19, puesto que constituye la forma básica de enfrentarla basada en los sujetos y microgrupos. Paradójicamente no solo el SS y la biomedicina no lo reconocen, sino que nosotros tampoco. Por lo que, reitero, uno de los objetivos del trabajo, especialmente con los sectores sociales subalternos, es que ellos reconozcan su papel central en la autoatención más allá de que la misma tenga consecuencias positivas o negativas: la cuestión nuclear es que los sectores subalternos reconozcan dónde reside, por lo menos, una parte de su poder así como también los mecanismos de ocultamiento de dicho poder. Pero planteándolo no en forma abstracta y académica, sino a través de los propios procesos dentro de los cuales subalternos y no subalternos estamos viviendo la pandemia.

Para concluir, considero que la pandemia ha generado una situación que debiera ser utilizada por los estratos subalternos respecto de algunas de sus principales necesidades socioeconómicas. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la



Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF, pero también la ONU, la CEPAL, el FMI, el BID así como la mayoría de los gobiernos locales han reconocido reiteradamente, durante estos pandémicos meses, que son las condiciones de pobreza y de extrema pobreza, de desigualdad socioeconómica, del dominio del trabajo 'informal', de las condiciones de hacinamiento, de la carencia de agua potable, las que impiden a la población desarrollar los comportamientos de autoatención que reducirían los contagios y las muertes como ningún otro factor podría hacerlo, cuestión que se pone de manifiesto en que la mayoría de los que están muriendo por el COVID-19 son pobres. Por lo que, los sectores sociales subalternos deberían exigir que dichas posibilidades planteadas no por ellos sino por las autoridades políticas, económicas y de salud nacionales e internacionales se concreten a través de políticas salariales, de vivienda, de equidad, de salud que permitan solucionar tanto la pandemia como los problemas sociales que la misma evidenció.

Referencias bibliográficas

- AYRES, J. (2005) *Acerca del riesgo. Para comprender la epidemiología*. Buenos Aires, Lugar Editorial
- BARRY, J. (2004) *The great influence: the epic history of the deadliest plague in history*. New York, Vicking Book
- BEBERIDGE, W. (1997) *Influenza: the lost great plague*. London, Heinemann
- BECKERR, E. (1969) La psicología de Mills y la gran conversión histórica en el problema de la alienación. En: Horowitz, I. L. (Comp.) *La nueva sociología. Ensayos en honor a C. Wright Mills*. Buenos Aires, Amorrortu. vol.I:131-159
- BECKERR, E. (1980) La estructura del mal. Un ensayo sobre la unificación de las ciencias del hombre, México Fondo de Cultura Económica
- COREIL, J. et al (1985) Life-style, an emergent concept in the sociomedical science. En: *Culture, Medicine and Psychiatry* N° 9:243-247
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2020) Trabajo no remunerado de los hogares. Valor económico de las labores domésticas y de los cuidados no remunerados, México
- JIMÉNEZ CHÁVEZ, L. F. (2020) Perfiles etarios del consumo, la producción remunerada y no remunerada en contextos rurales y urbanos de México, México, CONAPO



- MENÉNDEZ, E. L. (1982) Automedicación, reproducción social y terapéutica y medios de comunicación masiva. En: MENÉNDEZ, E. L. (Ed.) *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina "popular"*. México, CIESAS:4-52
- MENÉNDEZ, E. L. (1983) *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, CIESAS
- MENÉNDEZ, E. L. (1998) Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI(46):37-67
- MENÉNDEZ, E. L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva*, vol.8(1):193-184
- RODRÍGUEZ, G. (2020) Edad, género y uso del tiempo. *La Jornada* 04/XII/2020

