



Критическая медицинская антропология в латинской америке: тенденции, вклад, ВОЗМОЖНОСТИ

Эдуардо Луис Менендес ⁴

⁴ Центр Высших Исследований в социальной антропологии, Мехико, Мексика
emenendez1@yahoo.com.mx

АННОТАЦИЯ

В статье автор анализирует, как контекст систем здравоохранения в Латинской Америке обуславливает специфику актуальных трендов медицинской антропологии в регионе. Он описывает историю развития и актуальное состояние дисциплины в Новом Свете, а также особенно концентрируется на таком направлении, как критическая медицинская антропология. Автор выделяет взаимоотношения народной медицины и биомедицины в качестве аспекта системы здравоохранения, который можно назвать ключевым фактором и движущей силой развития медицинской антропологии в Латинской Америке.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

медицинская антропология, критическая медицинская антропология, здравоохранение, традиционная медицина, биомедицина, Латинская Америка, холистическое здравоохранение, биополитика, Эдуардо Менендес

Перевод с английского - Иннокентий Мартынов. Оригинал опубликован: Menéndez, E. L. (2020) Critical medical anthropology in Latin America: Trends, contributions, possibilities, Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America, p. xiv-xxv.

ОТ ПЕРЕВОДЧИКА

Эдуардо Л. Менендес (Eduardo Luis Menéndez Spina) – мексиканский антрополог аргентинского происхождения. Профессор Центра Высших исследований в социальной антропологии (<https://ciesas.edu.mx>) (Мехико, Мексика). Его научная карьера сосредоточена на культурной

эпидемиологии и процессе здоровья, болезни и ухода; теоретической разработке этнографических материалов; алкоголизме и его связи с насилием в Мексике, а также на проблемных вопросах антропологии в XX в. Он является автором более 30 книг, 102 статей и 101 главы в различных монографиях.

«МАИБ» предлагает вниманию читателя в этом номере обзорную статью Эдуардо Менендеса, в которой автор вводит читателя в контекст латиноамериканского здоровьесбережения (особенно в части взаимоотношений народной медицины и биомедицины), а также описывает, как такой контекст обуславливает специфику местных медико-антропологических трендов.

Таким образом, журнал продолжает публиковать материалы о медицинской антропологии и биоэтике в различных регионах мира. Развитие дисциплины за пределами англо-американской науки (на которую, по разным причинам, ориентируется все больше специалистов) порой остается вне фокуса внимания русскоязычного читателя. «МАиБ» не раз представлял интересных иностранных авторов и их тексты. Журнал создавался как двуязычное издание, в котором печатались статьи и переводы авторов из разных стран мира на английском и русском языках. Продолжая эту традицию, мы надеемся способствовать расширению и диверсификации как концептуальных ориентаций, так и международных научных связей медицинских антропологов и биоэтиков в России, чего, кажется, требует не только кризис и идеологическая ангажированность англо-американских течений в социальных и гуманитарных науках, но и актуальные вызовы, перед которыми оказались ученые в нашей стране сегодня. Регионом, продолжающим эти публикации в данном номере, выбрана Латинская Америка. Переводчик убежден, что схожесть российского и латиноамериканского контекстов (значительное и разнообразное индигенное население, активно функционирующая народная медицина, значимое социальное и имущественное расслоение, затрудненность доступа некоторых территориальных групп к современному здравоохранению и др.) сможет стать поводом для ре-активизации диалога.

1 КРИТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ В ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКЕ

В Мексике тенденция развития критической медицинской антропологии (КМА) возникла в 1970-х годах в результате оспаривания интеграционистских взглядов, которые доминировали с 1940-х по 1960-е годы (несмотря на вклад таких авторов как Гонсало Агирре Бельтран или Хулио де ла Фуэнте). Помимо своих – иногда радикальных – различий, эти работы КМА сливаются с современной критикой и действуют сообща в поисках решения проблемы исключения, маргинализации и бедности коренных народов, опираясь на вклад латиноамериканских и афроамериканских интеллектуалов, таких как Гильермо Бонфиль Баталья, Орландо Фальс Борда и Франц Фанон. В теоретическом и идеологическом плане это направление является критическим продолжением предложений таких авторов, как Дарси Рибейро и Пабло Гонсалес Казанова, по отношению к американским и

европейским течениям. Эта преемственность сохраняется, в основном, благодаря фокусу на колониальных/неоколониальных ситуациях и отношениях, часто обрамленных классовой структурой, даже когда эти исследования классифицируются под другими концептуальными обозначениями (Menéndez 2002).

Местная латиноамериканская КМА возникла на основе общей озабоченности высоким уровнем смертности среди коренного населения, которого можно было бы избежать, и сопутствующей нехваткой решений – биомедицинских или материальных. Ни в коем случае не исключая социокультурные факторы, КМА рассматривает политическую экономику как неотъемлемую часть процесса здоровья, болезни, лечения и профилактики. Это еще и антропология, которая опирается на эпидемиологические данные и использует их, одновременно объединяясь и взаимодействуя с тенденциями в латиноамериканской социальной медицине (особенно в случае бразильской антропологии).

Критика, предложения и (по возможности) вмешательство являются неотъемлемой частью КМА. В таком регионе, как наш, характеризующемся бедностью, резким социально-экономическим неравенством, культурным и этническим разнообразием, ученые должны не только пытаться создать новые недорогие лекарства или протезы и внедрить традиционную (не-западную – примеч. пер.) медицину, но и предлагать новые языки описания, анализа, объяснения, выдвигать предложения. Это может включать в себя улучшение медицинских услуг на всех трех уровнях обслуживания (здоровья, болезни, лечения и профилактики – примеч. пер.), как в целом, так и в отношении конкретных этнических групп. Более того, я считаю, что КМА должна быть направлена не только на биомедицински обусловленные политику и мероприятия, например, по снижению материнской смертности; она также должна описывать и анализировать роль, которую играют практикующие повитухи и традиционная медицина в целом в высоких показателях материнской и младенческой смертности, которые имеют место, когда большинство родов принимают повитухи. Это необходимо для того, чтобы отразить как положительные, так и отрицательные аспекты всех видов лечения/здравоохранения, которые происходят в любом реальном контексте. Все формы и системы здравоохранения должны быть описаны и проанализированы, чтобы проследить их структуру, функционирование и степень эффективности для решения, предотвращения и

урегулирования проблем здравоохранения этнического сообщества или нации. Аналогичным образом, мы должны определить социальное значение, которое эти формы имеют для населения, что почти всегда выходит за рамки собственно процессов здоровья, болезни, лечения и профилактики. Это должно быть сделано в рамках усилий по сдерживанию, если не устранению, наших идеологических предубеждений, которые в конечном итоге могут исказить саму реальность, которую мы изучаем. То же самое происходит и при изучении систем здравоохранения индигенных сообществ. Мы должны наблюдать за устройством этих систем и их эффективностью в снижении смертности, а также пытаться определить, какие социокультурные и идеологические функции эти системы выполняют для сообществ и для субъектов. Однако я подчеркиваю, что мы должны делать это, пытаясь определить эффективность таких систем в реальном снижении проблем здравоохранения.

В настоящее время различные латиноамериканские направления медицинской антропологии¹ (включая КМА) изучают почти каждый процесс среди очень разных социальных акторов и секторов, с целью описать и понять эти процессы и, в меньшей степени, повлиять на их результаты. Однако хотя рассматриваемые здесь социальные акторы не являются исключительно индигенными народами, они продолжают занимать центральное место в латиноамериканских исследованиях. Латиноамериканская КМА внесла значительный вклад в совершенно разные области и вопросы. Она способствовала использованию качественных методов и технологий в изучении процессов здоровья, болезни, лечения и профилактики, собирая стратегическую информацию и объяснения, которые невозможно получить с помощью статистических методов и подходов. Признание преимуществ качественных методов привело к их широкому использованию исследователями в области биомедицины, причем это использование часто подвергалось сомнению со стороны антропологов, в основном с точки зрения необходимости применения этих методов к средне- и долгосрочной полевой работе, проводимой этими исследователями. Мы должны исходить из того, что во всех смыслах антропологическая работа – это персонализированная работа на каждом этапе исследовательского проекта.

Медицинская антропология демонстрирует связи, которые субъекты и группы устанавливают между различными формами ухода и лечения, происходящими в конкретных контекстах, и процессами присвоения биомедицинских знаний

всеми социальными секторами. В частности, медицинская антропология в Латинской Америке показала, что традиционная и альтернативная медицина – это нормализованные аспекты лечения, и что все формы ухода, а не только биомедицинская помощь, постоянно меняются. Она также дала представление о том, что общество и культура, наряду с биомедицинскими и традиционными целителями, могут создавать болезни, которые они впоследствии лечат, и иногда даже могут вылечить.

Медицинская антропология все больше изучает динамику власти (power dynamics) между врачами и пациентами, а также в рамках других отношений, когда они вращаются вокруг неравенства, например, гендерного. Она постоянно подчеркивает важность полевой работы, хотя предположения, основанные на теории, возникают постоянно. Она продолжает, по мере возможности, осуществлять целостный подход к процессам здоровья, болезни, лечения и профилактики, который ставит под сомнение одностороннюю и исключительную перспективу биомедицинской модели. В итоге, мы попытались рассмотреть процессы здоровья, болезни, лечения и профилактики не только в отличие от биомедицинских форм мышления, но и в оппозиции к ним, создавая новые типы объяснений и интерпретаций, а также потенциальные способы действия.

Одним из наиболее последовательных вкладов КМА является документирование и попытка понять бытовые знания о процессах здоровья, болезни, лечения и профилактики через изучение подчиненных социальных субъектов. Все направления медицинской антропологии пытались описать рациональность, которую различные социальные и этнические группы используют для объяснения и борьбы с болезнями, которые их беспокоят, и понять их возможное или реальное неприятие биомедицины. Медицинская антропология также пыталась найти подтверждение культурной и технической рациональности так называемых традиционных медиков, чтобы принизить оценку их объяснительных и прикладных возможностей, стремясь при этом реабилитировать не только традиционные «медицинские» знания, но и культуру самих коренных народов.

Антропологические исследования показали, что каждая социальная группа, независимо от уровня ее формального образования, создает и использует превентивные критерии в отношении некоторых болезней – как реальных, так и воображаемых, – которые, по мнению субъектов и групп, влияют на

их здоровье и благополучие. Большинство профилактических критериев, используемых социальными группами, являются социокультурными², но для антропологов суть заключается не в том, чтобы считать эти критерии правильными или неправильными, но скорее в рассмотрении того, как социальные группы обязательно создают и воспроизводят превентивные социальные практики и идеи внутри своей группы, ставя под сомнение медицинский взгляд, который относится к группам и субъектам, особенно к «необразованным», как будто они отвергают профилактический уход. Таким образом, разработка превентивных мер в отношении реальных или воображаемых угроз становится структурным процессом в жизни социальных групп.

В медицинских вопросах, таких как «Почему пациенты с высоким кровяным давлением, диабетом или ВИЧ/СПИДом не соблюдают предписанное им “лечение” и/или не меняют свои “привычки” или образ жизни?» или «Почему все чаще отказываются от различных вакцин?», антропологи пытаются понять культурные, экономические, политические и идеологические обоснования, стоящие за практикой и поведением. Они ссылаются на более широкий контекст, в котором происходит такое поведение, и ищут обоснование, основываясь, по крайней мере, частично на предположении того, что научные данные не сразу меняют поведение некоторых социальных слоев. Более того, КМА документально подтвердила, что некоторые субъекты, включая медицинских работников, используют научные аргументы и новые медицинские технологии для того, чтобы оправдать, например, социальное и профессиональное неприятие вакцинации.

Поэтому, повторяю, социокультурные, экономические и технические обоснования следует искать не только в привычках или образе жизни населения, но и в привычках и образе жизни медицинского персонала, а также в отраслях здравоохранения/болезней. Часто антропологи оказываются заинтересованными только в описании и понимании социокультурной рациональности традиционных целителей, но не врачей – как будто мы думаем о социокультурной рациональности только применительно к первой группе – факт, который имеет негативные последствия для понимания того, как справиться с коммуникативными трудностями, которые могут существовать между врачом и пациентом из коренного населения; или для продвижения изменений в сообществах с целью содействия самообнаружению таких заболеваний, как болезнь

Шагаса, или для сокращения потребления сладких напитков с целью профилактики хронических и дегенеративных заболеваний.

Некоторые конкретные изменения были труднодостижимыми, в то время как другие произошли быстрее, чем ожидалось. Чтобы понять, почему так происходит, мы должны проанализировать часто противоречивые сообщения и практики, с которыми мы живем (Bateson 1985; Ruesch, Bateson 1965), и понять как традиционные знания, так и новейшие цифровые практики о процессах здоровья, болезни, лечения и профилактики, чтобы направлять действия субъектов и микрогрупп соответствующим образом (Menéndez 1998).

Намеренно или нет, анализируя процессы здоровья, болезни, лечения и профилактики, КМА описывает контексты исключения, унижения, расизма и агрессии, которым подвергаются вторичные социальные слои в целом и некоторые этнические группы в частности. Медицинская антропология стремилась выявить эти механизмы, определить возможности их сокращения или устранения и активизировать механизмы расширения прав и возможностей через процессы здоровья, болезни, лечения и профилактики. Коренные народы, а в последние годы, в частности, женщины из числа коренных народов, являются объектами значительной части этих исследований.

Латиноамериканские антропологи в основном пытались описать и понять альтернативное знание, не считая его ложным или ошибочным, независимо от эффективности, которой это знание может обладать, и в резком контрасте с биомедицинским знанием и институтами. Мы изучали знания, сформированные группами и сообществами о своих собственных болезнях; тем не менее, эти исследования, по крайней мере до 1990-х годов, отвергали вопрос о субъективности. В эпоху неолиберализма вместе с культурными различиями и этничностью, как это ни парадоксально, мы также возвращаем внимание к субъективности. Во многом благодаря теоретическим тенденциям, возникшим в США, в регионе начала развиваться антропология, которая рассматривала такие вопросы, как зависимость, страдание, опыт и эмоции. Это было необходимо для того, чтобы более полно исследовать субъективность, опираться на предыдущую работу и перспективы, а также для того, чтобы мы могли более глубоко перенести наше понимание культурных рациональностей на уровень субъекта и группы³.

Одним из главных вкладов КМА была демонстрация того, что большинство традиционных болезней порождается социальными

отношениями, то есть для субъектов, микрогрупп и сообществ причины физических, психических или психосоматических заболеваний могут быть результатом конфликтов, происходящих в семье или среди соседей. Мы должны изучать этот вопрос не только в отношении традиционных, но и нетрадиционных болезней, учитывая, что их причины и решения могут быть опосредованы действиями субъектов и групп.

Обзор этнографической библиографии по процессам здоровья, болезни, лечения и профилактики показывает, что в контексте случаев заболевания большинство опрошенных ссылались на конфликтные отношения между субъектами и микрогруппами, нарушение норм сообщества, роль колдовства и божественных или магических замыслов. Большинство опрошенных объясняли свои болезни ежедневной жарой или холодом, тем, что произошло с соседом, тем, что не удалось удовлетворить желание, тем, что не было денег или молока для кормления новорожденного, тем, что стали свидетелями сексуального акта в неподходящем возрасте, а также божественным вмешательством или волей. Этнографические описания показывают не только то, что многие из этих болезней порождены конфликтами или обычными социальными проблемами (связанными с землевладением, брачными соглашениями между семьями или другим насилием), но и то, что в большинстве этих отношений значительную роль играет зависть в контексте бедности – ситуации, которые культурные, функциональные, структурные и марксистские антропологи описывают и объясняют с 1940-х годов. Я считаю, что реляционный аспект этих болезней требует более широкого изучения, чтобы мы могли лучше объяснить экономико-политические проблемы и процессы на уровне семьи и общины и понять, почему сохраняются некоторые социальные ритуалы и убийственное насилие.

2 НЕКОТОРЫЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КМА

Как я уже отмечал, некоторые основные вклады антропологии были критикой биомедицины и предложениями по изменению некоторых ее элементов. Эта критика была направлена на теоретические, методологические, образовательные и интервенционистские аспекты этой области, и особенно на негативное отношение биомедицины к коренным народам и, в последнее время, к женщинам всех социальных секторов, включая, но не только, представителей этих сообществ. Прямо и косвенно описываются и анализируются структура

и функции биомедицинских институтов и знаний, слабо отмечаются их положительные стороны, но при этом акцентируется внимание на отрицательных. Поскольку биомедицина не заинтересована в получении информации для понимания рациональности субъектов и групп, проходящих лечение или профилактические процедуры, биомедицинский фокус часто навязывается посредством физического или символического насилия.

Подобная критика породила различные варианты взаимоотношений между антропологией и биомедициной. Один конец спектра утверждает, что биомедицина и сектор здравоохранения структурно не могут учитывать специфические культурные, политические и субъективные вопросы, влияющие на понимание и решение болезней и недугов; другой конец спектра, хотя и подвергает сомнению определенные аспекты медицинских знаний и институтов, утверждает, что остается уверенность в возможности изменений в биомедицине и в том, что она может дополнить социально-антропологические тезисы⁴. Первая позиция предполагает, что между антропологической и биомедицинской перспективами существует радикальная несовместимость, утверждая, что все специалисты – включая антропологов – в конечном итоге будут медикизировать как свои интервенции, так и образ мысли (Sarti 2010). Другие надеются, что независимые антропологические способы мышления и действия могут быть сохранены даже при работе в биомедицинских учреждениях. Некоторые авторы идут дальше и предлагают форму разделения труда, при которой основным направлением деятельности КМА является использование собственных перспектив для дополнения и заполнения пробелов в образовании, исследованиях, вплоть до вмешательств, упущенных биомедициной.

Тем не менее медикизация остается одной из самых известных опасностей для КМА. По крайней мере с 1970-х годов американские и европейские антропологи и социологи (Conrad, Schneider 1980; Conrad 1992) были обеспокоены не только медикизацией поведения, но и растущей медикизацией самой медицинской антропологии (Baer 1990; Morgan 1990; Singer 1989), что также происходит в Латинской Америке (Menéndez 2013). Это крайне тревожная проблема для Латинской Америки, не только потому, что она, похоже, находится на подъеме, но и потому, что медикизация снижает потенциал вклада социально-антропологических перспектив,

поскольку результаты, полученные с помощью медиализации, почти идентичны результатам биомедицины.

Даже самые разные антропологические направления согласны с тем, что биомедицинские перспективы имеют тенденцию навязывать свои способы мышления и реализации. Это становится очевидным, в частности, на примере того, как сектор здравоохранения управляет программами планирования семьи, его негативных (предварительных) представлений о профилактическом уходе в определенных группах, его упрощенных представлений о влиянии на образ жизни субъектов и социальных групп. А также на примере того, как он склонен использовать качественные методы в ускоренных исследованиях, и того, как он клеймит самолечение – несмотря на признание роли, которую играет «уход за собой» (self-care).

Для латиноамериканских антропологов несомненно, что процессы здоровья, болезни, лечения и профилактики являются неотъемлемой частью культуры, в которой живут различные социальные группы, субъекты и особенно этнические группы. Эти процессы являются частью культурной идентичности субъектов и групп. Возможно, что большинство специалистов КМА воспринимают экспансию биомедицины, в том числе ее использование традиционными целителями, как угрозу выживанию самой традиционной медицины и культурной идентичности этнических групп, к которым они принадлежат. Этот рост обычно анализируется с одной из двух основных позиций. Первая сосредоточивается на экспансивном характере биомедицины и социальных силах, поддерживающих ее, ссылаясь на растущее доминирование инструментальной рациональности или всеохватывающей медицинской биовласти, которая исключает роль групп и субъектов. Вторая, признавая расширение биомедицины, фокусирует свой анализ на сохранении традиционного лечения и его способности оставаться актуальным, отодвигая экспансию и проникновение биомедицины на второй план.

Вместо того чтобы сосредоточиться на отношениях гегемонии и подчинения, власти и сопротивления, каждая из этих тенденций фокусируется только на одной из этих взаимосвязанных социальных сил или групп. Такая динамика власти создается посредством различных видов социальных транзакций, которые, хотя и показывают экспансию биомедицины, включают не только сохранение и переопределение традиционных медий, но и роль, которую они

играют в оспаривании важных аспектов биомедицины (Menendez 2018). Таким образом, за некоторыми исключениями, в Латинской Америке мы наблюдаем постоянную экспансию биомедицины в целом и в отношении этнических групп в частности. Это требует понимания того, почему биомедицина производится и расширяется. Но анализ не должен быть «манихейским», относящимся исключительно, например, к реакции на интересы химической и фармацевтической промышленности. Скорее, анализ должен попытаться изучить роль каждого важного социального актора, связанного с экспансией биомедицины, включая как фармацевтическую промышленность, так и вторичных социальных акторов – не только этнические группы, но и коренных целителей. Мы должны объяснить, почему этнические группы, которые наиболее активно способствовали расширению прав и возможностей коренных народов в политическом плане, являются теми, которые меньше всего сопротивляются биомедицинской экспансии. Мы должны объяснить, почему правительства, выступающие за коренные народы (например, правительство Эво Моралеса в Боливии, которое участвует в дискурсе коренной идентичности, что привело к созданию межкультурного министерства здравоохранения в системе здравоохранения Боливии), тем не менее, почти полностью направляют ресурсы на продвижение биомедицины, особенно биомедицинского лечения, а не традиционной медицины. Одно из объяснений заключается в эффективности западной медицины по сравнению с традиционной медициной в лечении и снижении заболеваемости болезнями, которые исторически были ответственны за самые высокие показатели смертности. Я также связываю это с мандатом, который правительства получают от своих граждан, включая этнические группы, на продвижение биомедицинских услуг, востребованных населением. Кроме того, НПО и религиозные учреждения католической, протестантской и других конфессий также сыграли значительную роль в критике традиционной медицины и продвижении биомедицинских методов лечения.

Признание биомедицинской экспансии не подрывает многие критические замечания, которые можно сделать в отношении биомедицины и системы здравоохранения. Но следует подчеркнуть, что, если мы не выявим и не проанализируем положительные функции, которые биомедицина выполняет для некоторых социальных групп, результаты этих исследований вряд ли будут иметь

отношение к общим, доминирующим процессам и тенденциям, возникающим в ближайшие годы.

Несмотря на существование латиноамериканских этнических групп, которые пережили низкий уровень проникновения биомедицины, мы должны предположить, что большинство в конечном итоге пройдут через этот процесс, даже так называемые лесные народности ('forest peoples') (Hill, Oliver 2011; Kelly 2011; Kroeger et al. 1991; Zent, Freire 2011). Кроме того, в различных региональных контекстах субъекты и этнические группы не только предпочитают биомедицину при определенных заболеваниях, но и предпочитают частную медицину официальной государственной.

КМА не только ставит под сомнение биомедицину, но и возникают сомнения относительно некоторых ее целей и результатов, в которых медицинские антропологи сыграли свою роль (иногда ведущую). В нескольких странах региона были созданы специальные службы здравоохранения для этнических групп и сформулирована политика межкультурного здравоохранения региональными правительствами при поддержке Панамериканской организации здравоохранения. Хотя большинство этих служб здравоохранения были поставлены под сомнение по ряду причин, политика межкультурного здравоохранения оказала незначительное влияние и, за исключением нескольких случаев, была признана неудачной и была прекращена, как в случае со смешанными (межкультурными или мультикультурными) больницами (см.: Menéndez 2016).

В отношении созданных при неолиберализме подсистем здравоохранения для коренных народов был высказан целый ряд критических замечаний, наиболее распространенными и важными из которых являются: недостаточное финансирование и/или плохое финансовое управление; бюрократическое и коррумпированное предоставление услуг; плохой уход за пациентами; отсутствие координации между биомедициной и медициной коренных народов; сильная тенденция к навязыванию биомедицинской модели и исключению медицины коренных народов; подчинение, асимметрия и вертикаль между медицинским персоналом и коренным населением (включая его целителей) и гомогенизация изначально различных этнических групп (Cardoso 2015; Freire 2015; Kelly 2011; Langdon, Garnelo 2017; Puerta Silva 2004). Некоторые из межкультурных тенденций, разработанных с 1980-х годов, предлагали и предполагали уровень координации между биомедициной и традиционной

медициной, который так и не был реализован, доказывая, по мнению многих антропологов, несовместимость антропологии и биомедицины. Несмотря на равнодушие и даже неприятие биомедициной межкультурных программ здравоохранения, продвигавшихся в 1980-х и 1990-х годах, мы должны критически проанализировать их, поскольку большинство из них были обречены на провал. Влияние биомедицинского господства (в противостоянии или игнорировании таких программ) не было принято во внимание, как и условия жизни этих этнических групп (с точки зрения экологии, влияния и культуры) или их неотложные потребности, что также привело к безразличию к этим программам, поскольку им не хватало ни ресурсов, ни институционального управления.

Второй вопрос, заслуживающий осмысления и являющийся причиной постоянного беспокойства, связан с возможностями и качеством агентности, которое вторичные социальные секторы имеют над процессами здоровья, болезни, лечения и профилактики.

Здесь я не ставлю под сомнение способность «менеджеров» на уровне микрогруппы (например, семьи) бороться с болезнями, от которых страдают члены их группы. Мои сомнения относятся к способности гражданского общества создавать автономные альтернативные организации, которые не будут кооптированы или перенаправлены доминирующими социальными силами. Меня также беспокоит вопрос, может ли гражданское общество способствовать сопротивлению, расширению прав и возможностей или конкретным действиям в отношении процессов здоровья, болезни, лечения и профилактики таким образом, чтобы оно могло добиться (или, по крайней мере, «навязать» или вызвать согласие) реализации некоторых своих идей, просьб и предложений. Таким образом, не отрицая существования организаций и усилий сопротивления (Bertio 2017; De Melo e Silva 2017), то, что я вижу, особенно в Мексике, вызывает беспокойство. Процессы здоровья, болезни, лечения и профилактики не часто оказываются центральными для этнических движений, их лидеров или ученых, помимо их риторической ценности. За редким исключением этнические лидеры или движения не пропагандируют свои формы исцеления как потенциальную альтернативу биомедицине и не требуют улучшения биомедицинских медицинских услуг. Мы видим, что население само требует таких услуг, как центры здравоохранения, постоянные врачи или даже больницы. Подобные усилия также проявляются в работе небольших групп активистов

по ВИЧ/СПИДу, а для женщин, в частности, усилия сосредоточены почти исключительно на процедурах и насилии, связанных с репродуктивным здоровьем. Стоит отметить, что эти группы состоят из многих видов специалистов, включая антропологов.

С другой стороны, мы должны уточнить некоторые вопросы. Что составляет сопротивление не только с точки зрения общественных движений, но и для отдельных людей, микрогрупп и сообществ? Такое определение подразумевает принятие интерпретативных решений, которые может быть трудно установить, например, когда отказ от посещения врача является следствием отсутствия врачей или экономических ресурсов? А когда это действительно результат негативного отношения к биомедицине? Когда самолечение представляет собой форму расширения прав и возможностей по отношению к биомедицине? А когда это социальный процесс рационального управления временем или экономии средств для субъекта или микрогруппы? (Dias-Scopel 2015; Ortega, Palma 2017).

Центральное место в этих и других вопросах занимает создание способности к агентности у субъектов и подчиненных групп, чтобы они могли не только практиковать самопомощь или сопротивление, но и продвигать свои собственные предложения по улучшению или изменению деятельности и политики здравоохранения, действующих на их территории. Это должно включать реальное признание на уровне правительства и сектора здравоохранения их особых форм ухода (Cardoso 2015). Содействие развитию агентности в отношении процессов здоровья, болезни, лечения и профилактики – вопрос, требующий срочного анализа в каждой латиноамериканской стране, поскольку именно способность к коллективной агентности может – по крайней мере, временно – поддерживать традиционные формы ухода, эффективные в борьбе с болезнями, продолжая служить основным средством утверждения идентичности через лечебный ритуал. Коллективная агентность также может быть механизмом социального контроля биомедицинской политики, деятельности и направлений, особенно через различные альтернативы самопомощи.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Я считаю, что название «медицинская антропология» не является наиболее подходящим; тем не менее, антропология здравоохранения, антропология медицины или этномедицина еще

менее подходят из-за их идеологических коннотаций, неконгруэнтности или специфики. Поэтому мы сохраняем это название, несмотря на критику, по той простой причине, что мы чаще всего используем его.

² Субъекты и этнические группы все чаще используют профилактические биомедицинские критерии, независимо от того, были ли они культурно переосмыслены или нет.

³ Если в период с 1930-х по 1950-е годы в Соединенных Штатах развивался ряд антропологических течений, восстанавливающих субъект или, по крайней мере, личность, то в Латинской Америке эти тенденции часто подвергались сомнению как психологизирующие, особенно авторами, которые придерживались не только функционализма или структурализма, но и антиколониалистских и/или антиклассицистских теорий. Интересно, что тенденции, которые фактически восстановили субъекта в этом регионе, обычно не ссылались, например, на большое количество биографий, автобиографий или историй жизни, которые североамериканские антропологи и социологи разрабатывали в этот период. Это происходит даже тогда, когда мы оставляем в стороне, в случае Мексики, биографию Хуана Чамулы, разработанную Рикардо Позасом, и практически весь труд Оскара Льюиса о Мехико.

⁴ Большая часть критики биомедицины и сектора здравоохранения со стороны КМА не только верна, но и необходима; тем не менее, для других характерна односторонняя точка зрения, так как они признают только негативные перспективы и действия биомедицины и опускают многое из вкладов, связанных с ее эффективностью. Даже антропологи осуждают некоторые недостатки м е д и ц и н ы, включая, например, непризнание символической эффективности этих профессионалов, когда, по крайней мере, некоторые из них знают, что и врачи, и лекарства могут о к а з ы в а т ь эффект плацебо.

БИБЛИОГРАФИЯ

- [1] Baer, H. A. (1990) The Possibilities and Dilemmas of Building Bridges between Critical Medical Anthropology and Clinical Anthropology: A Discussion, *Social Science and Medicine*, 30 (9), 1011–1013.

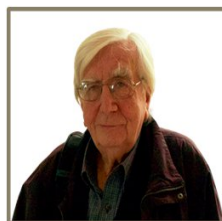
- [2] Bateson, G. (1985) *Pasos hacia una ecología de la mente [Steps to an Ecology of Mind]*, Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- [3] Berrio, L. (2017) *Una década de intervenciones gubernamentales y desde la sociedad civil en torno a la salud materna en Guerrero [A decade of governmental and civil society interventions on maternal health in Guerrero]*. G. Freyermuth Enciso (ed.), *Salud y mortalidad materna en México: Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad [Health and maternal mortality in Mexico: Balances and perspectives from anthropology and interdisciplinarity]*, Mexico City: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 168–200.
- [4] Cardoso, M. D. (2015) *Políticas de saúde indígena no Brasil: Do modelo assistencial à representação política [Indigenous health policies in Brazil: From the care model to political representation]*. E. J. Langdon and M. D. Cardoso (eds.), *Saúde indígena: Políticas comparadas na América Latina [Indigenous health: Comparative policies in Latin America]*, Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 83–106.
- [5] Conrad, P. (1992) *Medicalization and Social Control*, *Annual Review of Sociology*, 18: 209–32.
- [6] Conrad, P., Schneider J. W. (1980) *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, St. Louis: Mosby.
- [7] De Melo e Silva, N. M. (2017) “A conversa de hoje é que parir é no hospital”: Implicações edesafios à saúde indígena [The talk today is that giving birth is in the hospital: Implications and challenges to indigenous health], Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- [8] Freire, G. (ed.) (2011) *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas [Perspectives on indigenous health: Cosmovision, illness and public policies]*, Quito: Ediciones Abya-Yala.
- [9] Freire, G. (2015) *Políticas de salud indígena en Venezuela (con un comentario sobre la participación y el contexto) [Indigenous Health Policies in Venezuela (with a commentary on participation and context)]*. E. J. Langdon and M. D. Cardoso (eds.), *Saúde indígena: Políticas comparadas na América Latina [Indigenous health: Comparative policies in Latin America]*, Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 61–82.
- [10] Hill, J., Oliver, M. (2011) *Curanderos rituales, salud y medicina moderna entre los curripaco del Amazonas [Ritual healers, health and modern medicine among the Amazonian Curripaco people]*. G. Freire (ed.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas [Perspectives on indigenous health: Cosmovision, illness and public policies]*, Quito: Ediciones Abya-Yala, 251–285.
- [11] Kelly Luciani, J. A. (2011) *Equívocos sobre identidad y cultura: Un comentario sobre la formulación de políticas para los pueblos indígenas en Venezuela [Misunderstandings about Identity and Culture: A Commentary on Policy Making for Indigenous Peoples in Venezuela]*. G. Freire (ed.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas [Perspectives on indigenous health: Cosmovision, illness and public policies]*, Quito: Ediciones Abya-Yala, 417–461.
- [12] Kroeger, A., Mancheno, M., et al. (eds.) (1991) *Malaria y leishmaniasis cutanea en Ecuador: Un estudio interdisciplinario, aspectos históricos, epidemiológicos, antropológicos, entomológicos y métodos de control [Malaria and cutaneous leishmaniasis in Ecuador: An interdisciplinary study, historical, epidemiological, anthropological, entomological and control methods]*, Quito: Museo Nacional de Medicina.
- [13] Langdon, E. J., Cardoso, M. D. (eds.) (2015) *Saúde indígena: Políticas comparadas na América Latina [Indigenous health: Comparative policies in Latin America]*, Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- [14] Langdon, E. J., Garnelo, L. (2017) *Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: Reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil [Articulation between health services and ‘indigenous medicine’: Anthropological reflections on policy and reality in Brazil]*, *Salud Colectiva [Public Health]*, 13 (3): 457–470.
- [15] Menéndez, E. L. (1998) *Estilos de vida, riesgos y construcción social: Conceptos similares y significados diferentes [Lifestyles, risks and social construction: Similar concepts, different meanings]*, *Estudios Sociológicos 16 [Studies in sociology 16]*, (46): 37–67.

- [16] Menéndez, E. L. (2002) La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racism [The denied part of culture: Relativism, differences and racism], Barcelona: Edicions Bellaterra.
- [17] Menéndez, E. (2013) Miradas antropológicas o miradas medicalizadas: Reflexiones sobre las diferencias entre ciencias médicas y antropología social [Anthropological or medicalised gazes: Reflections on the differences between medical sciences and social anthropology]. V. G. Acosta and G. de la Peña (eds.), *Miradas concurrentes: La antropología en el diálogo interdisciplinario* [Concurrent gazes: Anthropology in the interdisciplinary dialogue], Mexico City: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 225–252.
- [18] Menéndez, E. L. (2016) Salud intercultural: Propuestas, acciones y fracasos [Intercultural Health: Proposals, Actions and Failures], *Ciência e Saúde Coletiva* [Science and Public Health], 21 (1): 109–118.
- [19] Menéndez, E. L. (2018) Poder, estratificación social y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán [Power, social stratification and health: Analysis of the social and economic conditions of disease in Yucatán], Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- [20] Morgan, L. M. (1990) The Medicalization of Anthropology: A Critical Perspective on the Critical – Clinical Debate, *Social Science and Medicine*, 30 (9): 945–950.
- [21] Ortega, J., Palma J. (2017) Comunicación, género y autoatención: Acción social en prevención de cánceres [Communication, gender and self-care: social action in cancer prevention]. J. Ortega Canto and J.-P. Mutul (ed.), *Cánceres en mujeres mayas de Yucatán: Pobreza, género y comunicación social* [Cancers in Mayan Women in Yucatan: Poverty, Gender and Social Communication], Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán, 199–244.
- [22] Paiva Dias-Scopel, R. (2015) A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: Práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku [The cosmopolitics of pregnancy, childbirth and postpartum: Practices of self-care and the medicalization process among the Munduruku Indians], Brasília: Paralelo 15.
- [23] Puerta Silva, C. (2004) Roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de saludcolombiano [Roles and strategies of indigenous governments in the Colombian health system], *Revista Colombiana de Antropología* 40 [Colombian Journal of Anthropology 40], 85–121.
- [24] Ruesch, J., Bateson, G. (1965) Comunicación: La matriz social de la psiquiatría [Communication: The social matrix of psychiatry], Buenos Aires: Paidós.
- [25] Sarti, C. A. (2010) Saude e sufrimiento [Health and suffering]. C. B. Martins and L. F. Dias Duarte (ed.), *Horizontes das ciências sociais no Brasil: Antropologia* [Horizons of social sciences in Brazil: Anthropology], São Paulo: ANPOCS, 197–223.
- [26] Singer, M. (1989) The Limitations of Medical Ecology: The Concept of Adaptation in the Context of Social Stratification and Social Transformation, *Medical Anthropology*, 10 (4), 223–234.
- [27] Zent, S., Freire, G. (2011) La economía política de la salud, enfermedad y la cura entre los piaroa [The political economy of health, sickness and healing among the Piaroa]. G. Freire (ed.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* [Perspectives on indigenous health: Cosmvision, illness and public policies], Quito: Ediciones Abya-Yala, 327–383.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ

Менендес, Эдуардо Луис (2022) Критическая медицинская антропология в Латинской Америке: тенденции, вклад, возможности, *Медицинская антропология и биоэтика*, № 2(24). DOI: <https://doi.org/10.33876/2224-9680/2022-2-24/01>

ОБ АВТОРЕ



Эдуардо Луис Менендес – профессор Центра Высших исследований в социальной антропологии (Мехико, Мексика)
<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390>