

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA
COMUNITARIA

Vol. 3, número 1, 2003



ANTROPOLOGIA Y **S**ALUD
MENTAL

José Filgueira Lois
Ignacio López Fernández
(Compiladores)

Fundada en 2001

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, José Filgueira Lois, Juan José Martínez Jambrina, Alberto Durán Rivas

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)
Camino de Rubín s/n. Edificio Teatinos - 33011 Oviedo.

e-mail: aenasturias@hotmail.com
www.telecable.es/personales/aenasturias

Ilustración de la cubierta: Carácter chino para mariposa. Ideograma compuesto por: hoja, generaciones y gusano.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

N.º ejemplares: 750

Depósito Legal: AS - 3.607 - 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Goymar, S.L. - Padre Suárez, 2 - Oviedo

Periodicidad: Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 3 - Núm. 1 - 2003

Presentación.

El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI.

Josep M. Comelles

El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud.

Mari Luz Esteban

Antropo-lógicas de la medicina familiar y comunitaria.

José María Uribe

Ulises, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil.

Leticia M. Ferreira y Angel Martínez-Hernández

Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas:

Reciprocidades, identidades y dependencias.

Josep Canals Sala

Los programas de la asociación comisión católica de migraciones (ACCEM) en Asturias.

ACCEM

Libros.

Revistas.

Normas de Publicación.

PRESENTACION

A menudo los artículos publicados en estos cuadernos de Psiquiatría Comunitaria provienen de los seminarios monográficos que la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental organiza anualmente dentro de su Escuela de Salud Mental.

El número actual corresponde al seminario realizado en Febrero del 2003: "Antropología y Salud Mental". He de precisar que no incluimos 2 presentaciones dedicadas a estudios y experiencias sobre población sin techo en albergues de Asturias por incluirlos en un próximo número dedicado mas extensivamente a dicho tema. Por otra parte M^a Jose Capellín que amablemente había sustituido a José María Uribe, al serle imposible a éste acudir a Asturias, no ha podido por problemas personales elaborar un artículo; pero las circunstancias cambian y esta vez si contamos con la amable colaboración del profesor Uribe que nos envía su colaboración para la publicación.

En muchos aspectos la organización de ese seminario fue un descubrimiento. No me refiero a la importancia del método antropológico para resituar al sujeto en su contexto social; para pasar de un enfoque individual al espacio social, la cultura. Lo que constataremos en éste número de la revista, lo hemos visto en otras publicaciones de la AEN (Congreso de Santiago) y seguramente lo veremos en las próximas jornadas de la AEN en Barcelona (21-23 Mayo 2004). Me refiero al encuentro con un grupo de profesionales coherentes con su posición intelectual de que la realidad se conoce a través de la práctica y del contraste del discurso, lo que significó una experiencia fresca y revitalizadora; además de su colaboración tan ágil y desinteresada. Hace tiempo que echaba de menos ese ambiente, que se vio además acompañado por un contacto cordial y directo fuera de las horas de trabajo.

El artículo:"El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud" está publicado previamente en el libro "Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas" (Minerva Ediciones, Madrid 2001). Obviamente contamos con la autorización de la editorial y de las editoras del libro que ostentan el copyright. Forman parte del "Seminario Interdisciplinar de estudios de la mujer" de la Universidad de Zaragoza.

José Filgueira Lois

El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI.

Josep M. Comelles

*Departament d'Antropologia.
Filosofia i Treball Social.
Universitat Rovira i Virgili.
Tarragona.*

RESUMEN

Cuando parece que todas las respuestas proceden de la biología molecular, la presencia de la diversidad cultural en el estado del bienestar, plantea unas contradicciones aparentemente irresolubles. Se trata de averiguar qué significa hoy el retorno de lo cultural al sector de la salud.

En el del nacimiento de la clínica moderna, desapareció el valor del contexto -y también el de cultura-en la práctica clínica. Este alejamiento de lo cultural se dió en las sociedades liberales en los países occidentales. Pero actualmente se asiste a una situación en la que la diversidad cultural es un problema nuevo, crucial para el sector salud, y sobre el que hay poca investigación. Se trataría de derivar hacia un modelo comprensivo del contexto cultural y de la diversidad de los pacientes.

Palabras Clave: *Diversidad cultural; estado de bienestar; sector de la salud; contexto cultural.*

La biomedicina - y la psiquiatría a su vera - quiso abandonar la cultura durante el s.XX.¹ Ahora, cuando parece haber triunfado tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, cuando todo, o casi todo parece estar protocolizado y todas las respuestas, o casi todas, parecen venir de la biología molecular, de la resolución de las cadenas del genoma, o de los mediadores neuronales el gobierno federal norteamericano anuncia que no financiará instituciones

ABSTRACT

Just when it seemed that all the answers came from molecular biology, cultural diversity in our welfare state has brought about contradictions which seem to be impossible to resolve. It is necessary to clarify what the return of cultural issues to the field of health involves.

When modern clinical knowledge came into being, the value of context -and also of culture- disappeared. This happened in all liberal, western societies. Nowadays cultural diversity is a new problem that has not been studied, although it is essential to the field of health. It will be necessary to attempt to move towards a model which takes into account cultural context and patient diversity.

Key words: *Cultural diversity; Health field; cultural context.*

hospitalarias que no se acrediten como "culturalmente competentes", y en Europa las migraciones extra-comunitarias y la presencia de la diversidad cultural en el Estado del bienestar plantean contradicciones aparentemente irresolubles en su cartera de servicios. ¿Qué significa hoy el retorno de la "cultura" al sector salud y de qué "cultura" estamos hablando? ¿Se trata de la "cultura" entendida como *taxonomía étnica*, se trata de "culturas"

como *significados*, se trata de la medicalización como arena de producción de *significados culturales* en curso de cambio?

NEGAR LA CULTURA PARA CREAR CULTURAS PROFESIONALES

El proyecto de la biomedicina, desde el s.XIX, y el de la Psiquiatría a finales del XX, aspiraba a alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica, depurando, casi patológicamente, la clínica y el laboratorio de cuantas variables fuesen accesorias a esos tres actos. Operaba sobre una transformación de la construcción del conocimiento médico, conocido como el "nacimiento de la clínica moderna", y que es coetáneo con el despliegue del Estado liberal². En este periodo desapareció el valor del contexto - el del medio, la sociedad y la cultura del enfermo y de la enfermedad - en la práctica clínica, quedando el cuerpo desnudo del paciente en la mesa de exploración o el del cadáver en la de autopsias en busca de la utopía de una práctica técnica que condujese a una toma de decisiones racional. El paciente ideal viene a ser hoy uno intubado, monitorizado, que recibe alimentación parenteral para que no defeque, que orina mediante una sonda, y sobre el cual las computadoras alimentan de parámetros objetivos las decisiones que un médico supervisa desde un *dispatching*, desde el cual dicta órdenes al personal técnico que realiza los inevitables cambios de curas o de ropas del paciente hasta que los robots sean capaces de hacerlo³. En esa arena la cultura, según los médicos - y en todas sus acepciones- habría dejado de existir.

Aunque en casos concretos y circunstancias particulares sea posible acercarse a esa utopía, en algunos pacientes internados en unidades de cuidados intensivos, en pacientes en coma *dépassé* a los que puede mantenerse en vida largo tiempo "conectados", o en donantes, legalmente muertos pero biológicamente vivos mientras

esperan la llegada del receptor, la anulación completa de la capacidad interactiva y de la ínter subjetividad entre el profesional y el entorno - el paciente, su red social, la propia institución, los otros profesionales -, no se cumplen jamás. Aunque el ideal goffmaniano de institución total se aproxime más a esas Unidades de Cuidados intensivos, que al manicomio custodial o la cárcel⁴. Incluso en las más perfectas, donde parecen imposibles las adaptaciones primarias y secundarias de pacientes y del personal, la evidencia etnográfica revela la producción de culturas idiosincrásicas que afectan al personal, a los enfermos, a los familiares y aún al conjunto de la institución⁵.

Con notable timidez, aunque en público suele afirmarse lo contrario, el monolitismo de la racionalidad clínica se ve truncado - y así lo denuncia la experiencia etnográfica -, por cambios sutiles en reglamentos y protocolos, por la permanente construcción de prácticas y representaciones que sin ser del todo verbalizadas, ponen de manifiesto grietas y contradicciones que tratan de resolver significan mediante estrategias corporativas que permiten legitimar adecuadamente los ámbitos de conflicto. Las contradicciones se recubren mediante rituales, mediante estilos retóricos, mediante silencios, y cuando son irresolubles llevan a vindicar o la "ética", o la "humanización" de las prácticas, casi nunca fruto del distanciamiento crítico que emerge de la observación etnográfica, sino de la asunción individual - raras veces colectiva-, de "valores" religiosos o cívicos que por su naturaleza quedan por encima de los imperativos de la racionalidad científica⁶. Tanto es así que, incluso los médicos que "no salvan vidas" porque no atienden casos de gravedad mortal pueden pensar que la búsqueda de la máxima frialdad emocional y la mayor distancia en relación al cuerpo de sus pacientes y reducir cuanto haya de subjetivo en la relación mejoran los resultados de su tarea⁷. Si cualquier observador desapasionado puede comprender - y aceptar -, la lógica de tal proceder en circuns-

tancias extremas, también advierte su imposible aplicación al conjunto de las personas que piden ayuda a profesionales. Si lo cultural y lo social pueden venderse como accesorios en tomas de decisiones vitales no es menos cierto que en ciertas tomas de decisiones en circunstancias críticas emergen expresiones como "la salvaremos porque es joven y tiene dos hijos, si tuviese más de cincuenta...". Negar lo "cultural", - y lo "social" - en las medicina no ha sido en definitiva más que una forma de construir un cultura profesional específica.

Hasta que Claude BERNARD (1984), en 1865, la convirtió en experimental, y abrió la puerta a una disciplina tan científica como la Física, la Medicina fue una *tekhné*, o un *ars* que combinaba una hermenéutica de los escritos de autoridades, con conocimiento empírico sobre salud y enfermedad fruto de la interacción más o menos sistemática con el medio y con las poblaciones tratadas, experiencia sobre la *physis* que procedía de la teoría hipocrática y de la ciencia aristotélica⁸. Esa *tekhné* se limitaba al entorno mediterráneo clásico, islámico o cristiano, a Europa y a las poblaciones criollas de las colonias americanas. Por eso "la medicalización", un proceso de hegemonía que sigue hoy, fue inicialmente un hecho "locales" - ciudadano - en la Edad Media, hasta los primeros intentos de políticas públicas a escala de Estado, muy tímidas aún corresponden al s.XVI⁹. Hay suficiente evidencia histórica para afirmar que lo que llamamos pluralismo asistencial - o médico -, fue y es la norma generalizada del conjunto de las sociedades, aunque el modelo médico, a partir de su articulación con el estado liberal sea hoy hegemónico y su influencia cultural gigantesca. Antes de Claude Bernard, la búsqueda de la hegemonía de los médicos se limitaba a adquirir una patente política de monopolio cuyos límites eran notorios¹⁰, puesto que la producción de conocimiento y experiencia clínica era el producto consciente de la interacción entre distintos especialistas, entre distintos discursos

como los religiosos, y de los saberes compartidos que se engendraban en la cabecera de los enfermos con la red de estos.¹¹ Creo que en este contexto puede aplicarse propiamente la idea de co-producción de saberes que propone Alberto Bialakowski. La co-producción explica la apropiación por los médicos, albéitares y boticarios de las terapéuticas y de la materia médica popular que se transportó a las farmacopeas, y la asunción de las interpretaciones hipocrático-galénicas sobre la causalidad por parte de los profanos que los folkloristas del s.XIX definieron como "medicina popular" para caracterizarla como supervivencia de un conocimiento sincrético, al tiempo que tuvieron buen cuidado de discernir entre aquellos saberes empíricos que podían incorporarse a la biomedicina, y los que quedaban fuera de sus límites - la medicina popular como taxón de una presunta especificidad cultural de las práctica y las representaciones sobre la salud y la enfermedad -, admitiendo que el *embodiment* colectivo de dichas experiencias compartidas era constitutivo del proceso de salud /enfermedad/ atención, aunque lo calificasen de supervivencia a aculturar.¹²

A pesar de los esfuerzos por legitimar el *arte* médico anteriores al s. XIX, la cultura profesional contemporánea de los médicos es muy reciente y tiene su origen entre finales del s.XVIII y 1850.¹³ El nuevo proyecto profesional venía del intento de los médicos para ubicarse como los intelectuales orgánicos de un proyecto de ingeniería social asociada al despliegue de la gubernamentalidad en el Estado moderno (PETER, 1975; FOUCAULT, 1979; PESET, 1993), implicaba desarrollar una forma distinta de producción del conocimiento científico menos dependiente de la experiencia clínica cotidiana y de la co-producción de saberes,¹⁴ y pronto cuestionó las teorías de la causalidad ambientalistas propias del neo-hipocratismo así como el valor de la observación etnográfica en la práctica médica.¹⁵ Condujo a cambios sustanciales en el mercado médico, en

la reproducción de relaciones de poder entre el curador y el profano, en la posición de mediador orgánico de los profesionales en la sociedad actual y en el significado de las instituciones sanitarias en la sociedad actual. Todo ello da lugar a cambios culturales al deshacer la relación anterior - propia del neohipocratismo -, entre medio - y cultura -, y enfermedad, para dejarla en una relación exclusivamente entre naturaleza y enfermedad. Esta transición entre la *tekhné* como práctica local y la biomedicina científica y experimental no es un cambio brutal, sino un proceso largo y complicado que ni sigue la misma pauta en todas partes, ni supone procesos homogéneos o idénticos incluso dentro del territorio de los estados nacionales. Tanto es así que la fase actual del proceso de medicalización, y que ha conducido a la hegemonía de lo que Menéndez (1978), llamara *modelo médico*, lejos de ser un proceso monolítico, se muestra como el producto de procesos históricos más complejos, puesto que va a girar en torno a tres pilares complementarios: el desarrollo en sí mismo del Estado liberal,¹⁶ el camino en los estados europeos desde el Estado Social al Estado providencia; la ruptura que significó en los Estados Unidos el *Flexner Report* en la gestión, administración y organización profesional de los hospitales articulada con la involución del Estado social.¹⁷ Esos tres pilares, y el diálogo entre ellos permiten caracterizar las líneas de fuerza fundamentales que han modelado en los distintos países procesos de medicalización *distintos* - diversos -, con sus formas culturales articuladas con procesos históricos idiosincrásicos.¹⁸ Estas formas culturales se configuran a partir del *embodiment* por la población de su experiencia en relación a los dispositivos desplegados por la concatenación entre políticas públicas y privadas y el Estado.

La diferencia entre el "arte" médico, que antaño caractericé como "modelo clásico", y la biomedicina moderna es que no significó la suplantación completa del primero por la segunda, sino su subalternidad,¹⁹ a pesar que durante

el s.XX se vindique al primero como el *ideal type* de la práctica médica, menos por su eficacia terapéutica, que por su actitud abierta y comprensiva al paciente y a su circunstancia. Su subalternidad y su condición ideal se ponen de relieve porque la retórica actual respecto al médico generalista fue también una forma de combatir la socialización y la salarización de los médicos vistos como un atentado a la libertad del mercado médico. También responde, en algunos casos a la sensación de pérdida de identidad -y de poder-, que significa un trabajo en hospital o en atención primaria, cada vez más estructurado en forma cooperativa y en la que el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica acaban siendo el producto de un trabajo en equipo. Junto a ello está el debate por la hegemonía de dos formas de racionalidad y de subjetividad. En la *tekhné* el peso de la experiencia - en el sentido aristotélico del término -, era el valor fundamental, más allá del propio conocimiento libresco y exigía una estrategia de incorporación de la misma que por definición era intersubjetiva, por muy cínica y venal que pudiera resultar desde el punto de vista de la ubicación profesional del médico. Más aún la *tekhné* combinaba una mirada clínica sobre el paciente, con una mirada etnográfica sobre el contexto del paciente que le permite manejar esa producción de conocimiento intersubjetivo - mediante técnicas etnográficas - y favorecía el despliegue de saberes en el espacio (*locus*) del paciente. En cambio, en el modelo hospitalario, en la biomedicina, la estrategia de conocimiento pasa por eliminar lo ahora accesorio, dejando al cuerpo libre de los accidentes sociales y culturales, eliminando la etnografía y apostando por la sólo clínica. Para ello el enfermo se transporta a un espacio (*locus*) de conocimiento en el cual el cuerpo se individualiza. Nótese que si en el primer caso el médico busca la co-producción de saber, aunque conserve sus parcelas de secreto, en el segundo se trata de excluir de la co-producción de terceros. El papel cultural de los médicos en la *tekhné* era local, en la biomedicina deja de serlo al articularse

con una filosofía política global. Y como excluye la experiencia intersubjetiva, y acentúa la deslocalización del enfermo de su medio, acaba disolviendo la producción individual de conocimiento a favor de un conocimiento compartido²⁰ lo suficientemente inespecífico para efectuar una definición de salud global.²¹

LIBERALISMO Y MODELO MÉDICO

Las relaciones entre el pensamiento liberal, marxista, socialcristiano o socialdemócrata y el pensamiento médico no han dado lugar a excesiva labor hermenéutica, y sí a muchas simplificaciones. FOUCAULT en sus trabajos sobre la *medicalización* y el *biopoder* o CASTEL (1995) sobre la *salarización*, o MENÉNDEZ (1978) sobre el *modelo médico* establecen las profundas relaciones entre pensamiento liberal y modelo médico. Escritas desde perspectivas críticas y con una voluntad explícita de toma de conciencia colectiva en contextos históricos bien definidos, su lectura poco crítica puede favorecer una imagen monolítica, mecánica y reduccionista del proceso de medicalización, lo que no es el caso. Prefiero tomar esas propuestas como hipótesis o puntos de partida para explorar sus dimensiones, y muy particularmente su papel en la producción de significados culturales, lo que nos obliga a no poner en el mismo saco, por ejemplo, las relaciones del modelo médico con el pensamiento liberal en Estados Unidos y las que se producen en el Estado del bienestar europeo - en sus muy diversas manifestaciones -.²² Sus facetas son tan variadas que el problema que he enunciado al principio, el regreso de lo cultural, tampoco puede ser contemplado bajo los mismos criterios y parámetros.²³ En Europa, los caminos son tan diversos de un extremo a otro del continente, que no solo es imposible pensar en un proceso de medicalización homogéneo, sino que probablemente la propia noción de medicalización no tiene el mismo significado en unos lugares que en otros.

Buena parte de teoría sobre la medicalización procede de los casos francés, británico y norteamericano como referentes históricos en la evolución del Estado liberal. Enfatizan el significado de los dispositivos de protección social, y en las implicaciones jurídicas y políticas en el mismo del despliegue de dispositivos de protección social, no sólo los médicos, sino también los psiquiátricos y los de asistencia a los pobres.²⁴ EWALD (1996) cree que el nacimiento del Estado social se enraiza en la verificación empírica de los efectos colaterales del liberalismo económico y político, a principios del s. XIX, y de la discusión sobre la noción de responsabilidad que contribuirá a la configuración de una cultura civil igualitaria. CASTEL (1995) la ha desarrollado para comprender los recientes procesos de desafiliación a esa civilidad, relacionándola con el auge y la decadencia del modelo de salarización de la ciudadanía. La crítica de Castel al dispositivo comunitario de protección social del Antiguo Régimen, debe verse desde su adhesión a la filosofía política republicana francesa. Para él la comunidad como instancia de solidaridad no tiene su lugar, más que como supervivencia, y por tanto la individualización de los actores sociales mediante el salario, tendría su correspondencia en la individualización de los cuerpos propia de la transición hacia una biomedicina, brazo armado de la política, en la retórica del combate de ésta contra las desigualdades derivadas del hambre, la mortalidad y las epidemias. En el modelo de Castel no cabe la diversidad cultural sino como arcaísmo. Sospecho que Castel piensa en la diversidad cultural como el producto de una identificación administrativa de lo cultural, pero en absoluto en los términos que la entenderían en Antropología BAHBA (2002) o APPADURAI (2001), o en política KYMLICKA (1996).

Es la rigidez republicana y civil de las concepciones sobre lo cultural que, a mi juicio, debilitan las argumentaciones de Castel, no para los objetivos de la biomedicina - o de la psi-

quiatria -, hasta la crisis del petróleo de 1975, ni por su precoz y brillante aportación a la gestión del riesgo (CASTEL, 1981), sino porque el edificio de su concepto de desafiliación, pasa por una suerte de nihilismo respecto a la reconstrucción de las relaciones societales que se desmiente cada día en torno a los movimientos de agrupamiento y de construcción de nuevas identidades y movimientos sociales característicos del sector salud, como los grupos de ayuda mutua, y que tienen su correlato en formas muy complejas de construcción de sociabilidad - y de construcción cultural en la sociedad moderna.²⁵ En ningún caso Castel se planteó, a finales de los setenta, que el problema de la crisis del estado del bienestar había dejado de ser un problema de *cantidad* basado en indicadores sanitarios, para serlo de *calidad* en la atención. Eso significa que el problema no es tanto que el proyecto biomédico no haya triunfado y sus valores hayan sido *embodied* por la población, como que ahora la demanda de ayuda de la población al sistema ya no corresponde a las prioridades tradicionales, como la atención a la enfermedad aguda, a los accidentes de trabajo, al hambre y a la pobreza, sino los malestares de una sociedad teóricamente "sana" entendida esta como una sociedad que ha disminuido la mortalidad por infecto contagiosas y la morbimortalidad infantil y materna, y ha aumentado dos o tres veces la esperanza de vida y a la que pueden aplicarse los aforismos aquellos de que la salud es un estadio transitorio que no presagia nada bueno, o el de que un hombre sano es simplemente un enfermo que ignora su condición...

Cuando Menéndez, formuló en 1978 las características del modelo médico, olvidamos que lo pensó desde su experiencia sobre dos países sin estado del bienestar (México y Argentina), y en un momento en que en otros - la propia España -, discutían el despliegue del modelo, cuando en Francia, Alemania, Gran Bretaña y Suecia ya habían alcanzado

sus objetivos de manera que nuestros objetivos no podían ser presentados sino como un periodo de transición, relativamente breve - un cuarto de siglo -, tras el cual nos habríamos de confrontar con las nuevas necesidades de una sociedad "sana".²⁶

Quería llegar aquí puesto que el debate sobre la diversidad en salud y sobre el papel de lo cultural, surge en dos circunstancias históricas distintas. La primera es el despliegue del proyecto de la biomedicina y la salud pública en países no occidentales que no tienen porque compartir los rasgos judeo cristianos o ilustrados característicos de la articulación entre el modelo médico y el pensamiento liberal occidental. Aun en mi modesto conocimiento de Japón, es evidente que el proceso de medicalización en Oriente adquiere unas características idiosincrásicas que permiten poner en cuestión el etnocentrismo con que los occidentales lo concebimos,²⁷ y casi no hace falta insistir en el papel que ha jugado la Antropología cultural en el despliegue de servicios sanitarios en el llamado Tercer Mundo.

La segunda circunstancia es distinta y se refiere al problema que plantea hoy en los países desarrollados una demanda cualitativamente sesgada basada en cuidados de salud, enfermedades crónicas y degenerativas, y medicalización de malestares y formas de aflicción en toda la población, así como los problemas que plantea la diversidad cultural - actualmente percibida por el impacto de la inmigración comunitaria -, en la relación comunicativa que se produce entre el demandante de servicios y los profesionales que los ofrecen.²⁸ Los límites del modelo médico hegemónico y su negación de lo cultural, se ponen de manifiesto por dos bandas: por la banda alta la que corresponde, simplificando a las clases altas y medias y a los sectores más prósperos del proletariado porque no responde adecuadamente a los cambios culturales en las representaciones de la salud y de la enfermedad; por la banda baja, porque la sofisticación del

dispositivo técnico de la biomedicina desarrollada en países industrializados y bien capitalizados, no puede utilizarse por falta de recursos en la mayor parte de países del mundo.

El sistema de salud cubano, que fuera, durante décadas, el mejor de América latina, entra en crisis cuando el Estado cubano, carente de recursos, no puede sostener el ritmo de inversiones que la biomedicina necesita en la actualidad, ni soportar la enorme rapidez de las amortizaciones de recursos y tecnología. Pero la biomedicina entra en crisis, en el tercer mundo, por la inadecuación del modelo a la necesidad de construcción de la experiencia ínter subjetiva con las amplísimas clases populares sin recursos. En esas circunstancias no es posible la complejidad diagnóstica y terapéutica de la biomedicina y esta debe acantonarse en un modelo de práctica hegemónico - la práctica primaria -, que ahora es un paradigma subalterno de la biomedicina.

El fiasco del modelo médico, se produce por su incapacidad de adaptarse al cambio de una demanda sostenida por el riesgo de muerte, a otra que trata de evitar el riesgo del sufrimiento a medio o largo plazo en el cual el paciente se halla inerte puesto que la cultura de la biomedicina no asegura su seguimiento de modo adecuado salvo en casos singulares.²⁹ Es en buena medida el producto de haber abandonado los criterios de co-producción con los profanos que ha llevado a infravalorar su papel y su conocimiento respecto a la salud y por ese camino a alentar su dependencia de terceros,³⁰ especialmente cuando la implantación del derecho universal a la salud ha derribado las barreras de mercado para el acceso a los profesionales y los servicios. En el tercer mundo y no solo en él, el auge de los movimientos alternativos representa formas de organización y de resistencia que conducen precisamente a reinventar estructuras de producción de conocimiento colectivo que puedan actuar como grupos de presión, o como alternativas a las ca-

rencias de los dispositivos.³¹

La falta de análisis cualitativo y de evaluación sobre la biomedicina en el estado del bienestar nos mantiene prisioneros del esquematismo de las propuestas que tratan de justificar los problemas derivados de la medicalización, casi exclusivamente a partir de las insuficiencias jurídicas, de valores "humanistas" o de la psicologización o la psicodinamización de la relación médico-enfermo. Sólo más recientemente, la teoría antropológica ha asumido el problema de la construcción de significados culturales a partir de nociones como el *embodiment*³² pero no ha sido abundante la producción de evidencia empírica en contextos europeos.³³

Muy poca investigación se construye sobre etnografías de las relaciones entre los ciudadanos, los profesionales y las instituciones, y menos aún se plantea que hecho que la diversidad cultural y sobre todo la construcción de significados culturales en un contexto como en el que vivimos no puede hacerse sobre la base de protocolos de "identificación" cultural administrativa, sino comprendiendo la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna. Es en este escenario basado en el mestizaje cultural y la hibridación donde pueden observarse cambios muy profundos, y diversos, en la percepción de las amenazas de salud en las sociedades desarrolladas, en los patrones de uso de los servicios y en la retórica política que sustituye hoy la idea de *enfermedad* por la de *salud*, menos médica y más política, menos particular y más universal en un contexto en el que se habla, precisamente de reducir el catálogo de prestaciones de enfermedad. Pero en un contexto en el que la diversidad cultural es un problema nuevo, crucial para el sector salud, y para los antropólogos que nos confrontamos con él.

DISPOSITIVOS Y DIVERSIDAD CULTURAL

"The following national standards issued

by the U.S. Department of Health and Human Services' (HHS) Office of Minority Health (OMH) respond to the need to ensure that all people entering the health care system RECEIVE EQUITABLE AND EFFECTIVE TREATMENT IN A CULTURALLY AND LINGUISTICALLY APPROPRIATE MANNER. These standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) are proposed AS A MEANS TO CORRECT INEQUITIES that currently exist in the provision of health services and to make these services more responsive to the individual needs of all patients/consumers. The standards are intended to be inclusive of all cultures and not limited to any particular population group or sets of groups; however, they are especially designed to address the needs of racial, ethnic, and linguistic population groups that experience unequal access to health services."

Esta es una de las respuestas del Gobierno en Estados Unidos al problema de la atención a la diversidad cultural. Hace referencia a la necesidad de acreditación cultural de los hospitales públicos que deseen recibir subvenciones federales. Si hasta ahora la acreditación hacía referencia a la práctica sanitaria, académica u hotelera, ahora se extiende a un escenario de diversidad cultural en pos de mejorar la equidad en la atención. Tras ella se halla el concepto de *competencia cultural (cultural competence)*, que aparece reiteradamente en la literatura biomédica norteamericana desde hace años, y que revela un cambio en la conciencia de los profesionales de los responsables políticos respecto a la diversidad cultural, en la línea de la discusión sobre los derechos de las minorías (KYMLICKA, 1996).

Para un antropólogo europeo, que lea por encima esto, puede parecerle un avance. Y no dudo que en algún aspecto lo es, especialmente en lo que hace referencia a la necesidad de los hospitales de asegurar una traducción en lenguas diversas a la documentación clínica

que firma el enfermo a su ingreso, así como al derecho del enfermo a ser informado adecuadamente - consentimiento informado - de las actuaciones que van a ejercerse sobre él. Esta dimensión cuyos efectos son fundamentalmente jurídicos, no significa demasiado, es una medida que trata de blindar a las administraciones hospitalarias de la malpráctica relacionada con las dificultades de colectivos cada vez más numerosos en Estados Unidos que no entienden el inglés, y mucho menos la redacción leguleya de los documentos de autorización que, por docenas, un paciente firma a su ingreso en el hospital o antes de la intervención. A mi juicio, no este aspecto no responde tanto a una idea amplia de la diversidad cultural, como a una cultura jurídica en la que la jurisprudencia basada en la *common law* debe garantizar la seguridad jurídica del ciudadano. Pienso, como contraste en el caso lamentable de la muerte de un infante magrebí en el servicio de urgencias del Hospital de Melilla hace un par de años, que fue despachado sin más por la ministra de turno, insinuando que la culpa era de la madre que no hablaba español... En este punto lo que se plantea no es un problema de "competencia cultural" - concepto sobre el que volveré algo más tarde, sino algo que podríamos llamar "competencia lingüística", o "competencia jurídica" y que tiene que ver con el más elemental sentido común en un contexto globalizado en el que el recurso a las instituciones sanitarias, tanto en situaciones de emergencia como en otras, plantea a las instituciones sanitarias públicas el problema de poder "traducir" las demandas de atención. En los países turísticos, como España, este es un fenómeno bien conocido desde los primeros sesenta, pero que durante décadas no planteó problemas pues el turista accidental pagaba su visita y era reembolsado posteriormente por sus cajas de Seguridad Social, y más tarde ese turista llevaba su bloc de convenio o disponía de un seguro de viajes que aseguraba su repatriación o la atención de emergencia. Esta problemática se acentúa con la llegada de inmi-

grantes extracomunitarios, por el hecho que el catálogo de lenguas se amplía - solo en Cataluña la Conselleria de Sanitat tiene censadas 37 habituales -, algunas de ellas no eran muy frecuentes en nuestros pagos - urdu, bereber -, y muy a menudo la demanda de atención no es sólo la emergencia, que puede resolverse mediante un sistema de traducción por teléfono en el peor de los casos, sino la continuidad y el seguimiento de los casos.

Desde el punto de vista de la competencia lingüística, esto no significa pues que se produzca un cambio cultural en el modelo médico. Ni mucho menos: el médico recibe traducción telefónica o usa un vocabulario multilingüe para "traducir" los signos y reificar los síntomas, sin que ello suponga ninguna sensibilidad especial a favor de la diversidad cultural del paciente. Finalmente, nos hallamos en un escenario administrativo, en el cual la narrativa del paciente, y el modo cómo expresa su enfermedad, tengan que tener relevancia en el diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, puesto que una vez "traducido" el síntoma, la racionalidad aplicable es la misma. Es más, el sistema espera que a la vuelta de dos o tres años, la competencia lingüística del inmigrante sea suficiente como para prescindir del mediador en esta etapa.

Es en este punto donde puede comprenderse la falacia de la idea de "competencia cultural", lo cual explica la hostilidad de los antropólogos norteamericanos al respecto. Tal y como se formula en América no solo no pone en peligro al modelo médico, sino que protege a los profesionales de las acciones judiciales debidas a mal prácticas derivadas del de la lengua o de la idiosincrasia cultural de los pacientes. Es cierto, que en su modestia, la acreditación cultural tiene la virtud de ampliar el espacio de la acreditación a variables de naturaleza cultural, y significa una primera llamada de atención respecto a los derechos de las minorías, pero su fundamentación en un modelo

de taxonomía étnica y cultural muy rígido tiene a mi juicio efectos indeseables importantes. El principal el que no pone en cuestión la racionalidad médica, y por tanto una forma de construcción del pensamiento que excluye el valor de lo cultural y lo social en la práctica, pero que permite "añadirlo", sin más a la lista de ítems que deben registrarse en los protocolos clínicos. Kleinman nos comentaba tiempo atrás, riendo, que sus estudiantes acababan escribiendo en las historias: signos, síntomas, exploraciones y... modelo explicativo de la enfermedad, convirtiendo lo cultural en un ítem políticamente correcto, pero sin que contribuya a una producción dialéctica de saberes.

Sin embargo, la presencia cada vez mayor de inmigrantes en los países desarrollados está produciendo un efecto, distinto al anterior, mucho menos reducible a variables discretas, y que sí pone en cuestión la propia racionalidad del modelo médico. Me refiero no a los problemas que plantea la atención de emergencia - que sería el caso clásico -, como los problemas que plantea a los servicios de salud la presencia de una población inmigrante, previamente medicalizada en sus países de origen y a menudo con formación media o superior,³⁴ cuya demanda corresponde a atención primaria, en salud mental o que va a precisar seguimiento. Es decir un escenario de práctica en el cual la comunicación intercultural, la intersubjetividad, y la co-producción de saberes van a ocupar la parte principal de la escena,³⁵ de un modo idéntico a como se produce con los ciudadanos del país, pero ante una situación en la que entre los nuevos clientes y profesionales, no puede haber, a corto plazo, las mismas complicidades que se han construido durante décadas entre los profesionales de la salud y los ciudadanos, y que dan lugar a la producción de práctica y representaciones con las que nos manejamos en lo cotidiano. El efecto de la inmigración tiene el valor de llamar la atención sobre la necesidad de co-producir y de gestionar las variables culturales, una vez que

las culturas en torno a la salud parecían tan compartidas por la ciudadanía que parecía que no debían merecer atención, puesto que nuestra ciudadanía ya había asumido y compartía un estilo de funcionar idiosincrásico y a menudo muy automatizado.

La diversidad cultural asociada a la inmigración, representa elementos de reorganización de la cultura de la salud en el conjunto de la población, tanto porque desafía la organización de los dispositivos o abre espacios imprevistos de uso, porque desafía las culturas organizaciones de los profesionales y de las instituciones exigiendo cambios y nuevas estrategias de formación, y porque supone desde el punto de vista político - y especialmente en Europa -, un reconocimiento de los derechos de las minorías que habitualmente se había escudado en el principio de la homogeneidad cultural "nacional", para disimular la diversidad cultural.

En la literatura sanitaria europea el concepto de *cultural competence* no ha llegado apenas, puesto que nuestro Estado del Bienestar, basado en el derecho al acceso universal de la salud con independencia de la variabilidad cultural del ciudadano resuelve, al menos sobre el papel, el uso de los servicios, aunque no los efectos de la diversidad cultural sobre un sistema, cuyo proyecto fundacional era y es radicalmente igualitarista. Amparada en este principio, que le permite trazar políticas públicas idiosincrásicas, la filosofía y la práctica política europea, suele ser reacia a introducir lo cultural,³⁶ incluso en contextos, como el catalán, que deberían ser más sensibles a la variabilidad cultural. Así, en los *Plans de Salut (Health Plans)* bianuales de la Generalitat de Catalunya, el principio de la "salud igual para todos" parece excluir para siempre cualquier atisbo de discriminación por razones étnicas, culturales o religiosas, lo mismo que la Constitución española³⁷ y la *Ley General de Sanidad* de 1986, pero la realidad

es más tozuda que la escritura leguleya y tanto en *welfare states* como en los que carecen de él, la discriminación y la falta de equidad, y las desigualdades de acceso asociadas a variables culturales, identitarias o lingüísticas son un hecho cotidiano por acción u omisión, puesto que los proveedores de los servicios, las instituciones y los profesionales construyen ellos mismos sus propias culturas institucionales y corporativas en las que se proyectan no sólo los perfiles profesionales sino también las identidades múltiples de sus miembros.

Este es el punto clave. Hasta aquí la medicalización había sido *embodied* en los países desarrollados, como un rasgo más de los instrumentos de homogenización cultural "nacional" y de ciudadanía. Ahora, los inmigrantes ponen de manifiesto que "su diversidad", no es únicamente "suya", sino que es compartida también por el conjunto de la ciudadanía, en la medida que la demanda de servicios es ahora matizadísima diversa, del mismo modo que es diversa la economía post-fordiana. Pero la cultura de la fase presente de la medicalización se construyó en un escenario fordiano: reparación de mano de obra, lucha contra la mortalidad, etc... mientras ahora el conjunto de la población padece menos enfermedades que malestares y esos son mucho más diversos que la diversidades de perfumes que pueden encontrarse en las tiendas de cosméticos de los centros comerciales... Ante estos malestares el peligro está en pensar que los malestares de la ciudadanía no son culturalmente diversos, o pueden reducirse todos o casi todos a "ansiedad" y "depresión" y tratarse dentro del modelo médico fordiano, mientras que son singulares los de los inmigrantes, aun cuando el mayor interés sería verlos reducidos también a "ansiedad" y "depresión". Pero lo peor es no comprender que en ese modelo de gestión de esos malestares estamos también co-produciendo saberes que conducen a que la demanda en base a malestares crezca indefinida y exponencialmente si nos limitamos a actuar sobre

las consecuencias y no sobre las raíces.

EL RETO DE FUTURO

La superación del concepto de *competencia cultural* debe partir de la revisión de las concepciones taxonómicas de "cultura" - en la cual incluso los politólogos más abiertos como KYMLICKA (1996) se sienten más cómodos -, y el acercamiento a las concepciones fluidas de la cultura en la línea de lo señalado desde los *colonial studies* (APPADURAI, 2001; BAHBA, 2002) o de la literatura sobre el *embodiment* (CSORDAS, 1994). Por eso más que pensar la acreditación en términos de asegurar el conocimiento de las taxonomías culturales, o de disponer de los recursos de traducción, por otra parte indispensables, el problema remite a cambios sustanciales en las *abilities*, a la de *agency* y a la de *profesionalidad*, necesarias para una concepción de *cultura* flexible y en constante construcción y deconstrucción, capaz de responder a la variabilidad y la complejidad de las *identidades* en un universo esencialmente mestizo,³⁸ en donde la producción de *ethnoscapes* es un fenómeno constante atrapado en historicidades particulares, y por lo tanto sometido a procesos transaccionales permanentes que a su vez constituyen formas de saber, saberes o formas de *agency*. En este ámbito se trata de plantear *anthropological abilities* en la práctica profesional para acabar ante las situaciones de desconcierto ante la diversidad cultural y mitigar las respuestas situadas en la banda discriminatoria del espectro aludido. En una comunicación reciente destinada a una reunión profesional de médicos de familia, Xavier ALLUÉ (2003) lo sintetiza:

El médico debe tener una percepción de su propia cultura y su status y de las diferencias en control y poder existentes en la relación médico /paciente, y un conocimiento básico de cómo la teoría y la práctica de la Medicina están condicionadas culturalmente, de la existencia de fenómenos de exclusión (racis-

mo), de las diferencias en las estructuras familiares y los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas, los factores sociopolíticos que repercuten sobre la existencia de los pacientes y de los síndromes o enfermedades culturalmente contruidos ("*culture-bound syndroms*"). Además debe adquirir habilidades o destrezas que le permitan comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Entre sus cualidades se deben incluir la empatía, el respeto, la capacidad de inspirar confianza, la comprensión y establecer lazos que faciliten la colaboración, que proporcionen esperanza y ánimo y que permitan al paciente asumir el control propio de su proceso ("*empowering*").

De un médico y destinado a médicos se trata de a partir del fenómeno inmediato, la toma de conciencia de los médicos *a partir de* la novedad de la presencia de extranjeros en las consultas, derivar esa toma de conciencia, inicialmente identificatoria, hacia un modelo mucho más comprensivo del contexto cultural y de la diversidad de todos sus pacientes. Y aunque para muchos antropólogos esta propuesta estaría aún demasiado cerca de un concepto taxonómico de cultura, no debe olvidarse que resulta difícil, desde un punto de vista pedagógico y en este momento histórico, explicar a profesionales sanitarios con una formación radicalmente neopositivista y taxonómica y en que solo algunos han desarrollado una conciencia de la diversidad cultural, asumir que las nuevas concepciones de lo cultural exigen imperativamente deconstruir sus propias identidades y en algunos sentidos su propia racionalidad.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

Ackerknecht, Erwin H. (1967, 1986) *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris, Payot.

Allué, Marta (1996) *Perder la Piel*. Barcelona, Planeta Seix Barral.

Allué, Marta (1997) Sobrevivir en la UCI. *Enfermería Intensiva* (8) 29-34.

Allué, Marta (1999) La douleur en direct. *Anthropologie et Sociétés* (23) 117-136.

Allué, Marta (2003) *DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia*. Barcelona: Bellaterra.

Appadurai, Arjun (1996, 2001) *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris, Payot.

Ballester, Rosa; López Terrada, María L.; Martínez Vidal, Alvar (2002) La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la Monarquía Hispánica (ss.XVI-XVIII). *Dynamis* Vol 22.. Granada, Universidad de Granada.

Bernard, Claude (1865, 1984) *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris, Flammarion.

Bhabha, Homi K. (1994, 2002) *El lugar de la cultura*. Buenos Aires, Manantial.

Boixareu, Rosa, ed. (2003) *De l'Antropologia filosòfica a l'Antropologia de la Salut*. Barcelona, Fundació Blanquerna.

Bueltzingsloewen, Isabelle von (1997) *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande 1730-1850*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

Canals Sala, Josep (2002) *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado del bienestar*. Tesis de Doctorado. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.

Castel, Françoise; Castel, Robert; Lovell, Anne (1979, 1980) *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona, Anagrama.

Castel, Robert (1981) *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. Paris, Editions de Minuit.

Castel, Robert (1995) *Les Métamorphoses de la Question Sociale. Une Chronique du salariat*. Paris, Fayard.

Castel, Robert (2003) *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris, Seuil.

Comelles, Josep M. (1993) La utopía de la atención integral de salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisión en Salud Pública* (3): 169-192.

Comelles, Josep M. (1996) Da superstizioni a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto médico. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica* (1-2):57-89.

Comelles, Josep M. (1998) Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine. En Laplantine, François; Lévy, Joseph; Martin, Jean B.; Nouis, Alexis (comps.), *Récit et connaissance*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 299-316.

Comelles, Josep M (2000) The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry* (24): 41-75.

Comelles, Josep M. (2000) Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M. (Ed.), *Medicina y cultura*. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona, Bellaterra.

Comelles, Josep M.; Martínez Hernández, Ángel. (1993) Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina. Madrid, Eudema.

Comelles, Josep M.; Dongen, Els van, ed. (2002) Themes in Medical Anthropology. *AM. Rivista de la Società italiana di Antropologia Medica*. Vol. 13-14. Perugia, Fondazione Angelo Celli Argo.

Cronje, Ruth; Fullan, Amanda (2003) Evidence-based medicine: toward a new definition of "rational" medicine. *Health* 7 (3): 353-369.

Csordas, Thomas J. , comp. (1994) *Embodiment and Experience*. The existential ground of culture and self. Cambridge, Cambridge University Press.

Dongen, Els van; Comelles, Josep M., ed. (2001) Medical Anthropology and Anthropology. *AM. Rivista de la Società italiana di Antropologia Medica* , Vol. 13-14. Perugia, Fondazione Angelo Celli Argo.

Dopson, Sue; Locock, Louise; Gabbay, John et al. (2003) Evidence-based medicine and the implementation gap .

Health 7 (3): 311-330.

Ewald, François (1986, 1996) *Histoire de l'Etat Providence. Les origines de la solidarité*. París, Le Livre de Poche.

Fleck, Ludwig (1935, 1986) *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid, Alianza Editorial.

Foucault, Michel (1963, 1978) *Naissance de la clinique*. París, Presses Universitaires de France.

Foucault, Michel (1979) *La Politique de la Santé au XVIIIème siècle*. En Foucault, Michel (comp.), *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruselas, Atelier Pierre Madarga, 7-18.

García Ballester, Luis; McVaugh, Michael R.; Rubio Vela, Agustín (1989) *Medical Licensing and Learning in Fourteenth-Century Valencia*. Philadelphia, American Philosophical Society.

González Fernández, Emilio; Comelles, Josep M., comps. (2000) *Psiquiatría Transcultural*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

González Chévez, Lillian (1998) *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*. Tesis de doctorado. Barcelona, Universitat de Barcelona.

Greenhouse, Carol J., comp. (1998) *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*. Albany, State University of New York Press.

Greenwood, Davydd J.; Greenhouse, Carol J., comps. (1998) *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*. Madrid, UNED.

Kymlicka, Will (1995, 1996) *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona, Paidós.

Larrea Killinger, Cristina (1994) *Los miasmas. Historia antropológica de un concepto médico: Tesis de Doctorado*. Barcelona, Universitat de Barcelona.

Latour, Bruno; Woolgar, Steve (1979, 1995) *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid, Alianza Editorial.

López Terrada, María L.; Martínez Vidal, Alvar, comps. (1996) *El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica 1593-1808. Dynamis*. Vol. 16. Granada, Universidad de Granada.

Lupton, Deborah (1995) *The Imperative of Health. Public Health and the regulated Body*. Londres, Sage Publications.

McVaugh, Michael R. (1993) *Medicine before the Plague. Practitioners and their patients in the crown of Aragon*. Cambridge, Cambridge University Press.

Menéndez, Eduardo L. (1978) *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. En Basaglia, Franco et al., *La salud de los trabajadores. México*, DF., Nueva Imagen, 11-53.

Menéndez, Eduardo L. (1990) *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, DF., CIESAS.

Módena, María Eugenia (1990) *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México, DF., La Casa Chata.

Osorio Carranza, Rosa M. (2001) *Entender y atender la enfermedad. La construcción social materna de los padecimientos infantiles. México*. INAH.

Otsuka, Yasuo; Sakai, Shizu; Kuriyama, Shigehisa, eds. (1999) *Medicine and the History of The Body. Proceedings of the 20th, 21st and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicina- East and West*. Tokyo, Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers.

Pallares, Angela (2003) *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*. Tesis de Doctorado. Tarragona,

Universitat Rovira i Virgili.

Perdiguero, Enrique (2002) "Con medios humanos y divinos": la lucha contra la enfermedad y la muerte en el Alicante del siglo XVIII. *Dynamis* (22): 121-150.

Perdiguero Enrique; Ballester Rosa (2003) Federico Rubio y el Folklore médico. En Carrillo JL (Ed.), *El Dr. Federico Rubio Galí: Medicina y Sociedad del siglo XIX*. El Puerto de Santa María, Ayuntamiento de El Puerto de Santa María.

Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M., comps. (2000) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.

Peset, José L. (1993) *Las Heridas de la Ciencia*. Salamanca, Junta de Castilla y León.

Peter, Jean- Pierre (1975-1976) Le grand rêve de l' ordre médical, en 1770 et aujourd'hui. *Autrement* (4): 183-192.

Pope, Catherine (2003) Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health* 7 (3): 267-281.

Pouchelle, Marie-Christine (1995) Transports hospitaliers, extra-vagances de l' âme. En Lautmann, F. ; Maître, J. (comps.), *Gestion religieuse de la Santé*. Paris, L' Harmattan.

Rosen, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*. México, DF., Siglo Veintiuno.

Rothman, David J. (1971) *The Discovery of Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*. Boston, Little Brown.

Scheper- Hughes, Nancy; Lock, Margaret M. (1987, 1998) The Mindful Body. A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology . En Geest, Sjaak van der; Rienks, Ari (comps.), *The Art of Medical Anthropology. Readings*. Amsterdam. Universiteit van Amsterdam, 347.

Serapioni, Mauro (2003) *La participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud. Experiencias europeas* Tesis de doctorado. Barcelona, Universitat de Barcelona.

Tellechea Idigoras, Jose I. (1991) *Tapices de la memoria. Historia Clínica 279.952*. San Sebastián-Donosti , Kutxa.

Traynor, Michael (2003) Understanding the Evidence-based Movements. *Health* Vol.7. Num 3. Sage Publications.

Traynor, Michael (2003) Introduction. *Health* 7 (3): 265-266.

Uribe Oyarbide, José M. (1996) *Educación y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria*. Madrid, Ministerio de Cultura.

Vogel, Morris J. (1980) *The invention of modern hospital. Boston 1870-1930*. Chicago, University of Chicago Press.

Zaroso, Alfonso (2001) El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII. *Dynamis* (21): 141-159.

¹ Claro está que con matices. Sobre las relaciones entre Antropología, Medicina y Psiquiatría vease COMELLES & MARTÍNEZ (1993), GONZÁLEZ & COMELLES (2000).

² Sobre la transición entre la medicina galénico-hipocrática y la clínica moderna sigue siendo fundamental FOUCAULT (1978), y ACKERCKNETCH (1986).

³ El desarrollo de la "medicina de la evidencia" es una consecuencia del desarrollo de la epidemiología clínica y apunta hacia

ese objetivo. En un monográfico reciente (TRAYNOR, 2003), de la revista *Health*, POPE (2003) la presenta como un nuevo movimiento social y no únicamente clínico y analiza las "resistencias" de amplios sectores clínicos a su penetración. CROJE & FULLAN (2003) resaltan la utopía de la búsqueda de una nueva "racionalidad" en ese tipo de acercamientos.

⁴ Goffman no pudo conocerlas en los cincuenta, puesto que su diseño se definió apenas hace una década. PALLARÉS (2002) hace una interesante revisión de sus fundamentos teóricos.

⁵ Hay en castellano algunas etnografías sobre Unidades de cuidados intensivos. Las referencias fundamentales son las de ALLUÉ (1996, 1997, 1999), y PALLARÉS (2003). Ver también POUCHELLE, 1995; COMELLES, (2000) y la autobiografía de TELLECHEA IDIGORAS (1991).

⁶ Un reciente libro de BOIXAREU (2003) hace una interesante revisión de la literatura al respecto desde la perspectiva de la antropología filosófica y la antropología social.

⁷ En PERDIGUERO & COMELLES (2000) se discute largamente la cuestión.

⁸ Para una discusión amplia de la cuestión ver COMELLES (1993,1998,2000).

⁹ La mejor aproximación a los inicios locales de la medicalización están en GARCÍA BALLESTER, MCVAUGH & RUBIO VELA (1989) y MCVAUGH (1993).

¹⁰ Una buena aproximación a la problemática de la legitimación política de la práctica médica está en el dossier de la revista *Dynamis* sobre el Protomedicato en España (LÓPEZ TERRADA, 1996) y MCVAUGHN (1993).

¹¹ La mejor aproximación en castellano a esta problemática es el excelente dossier de *Dynamis* compilado por BALLESTER, LÓPEZ TERRADA & MARTÍNEZ VIDAL (2002) especialmente PERDIGUERO (2002). También ZARZOSO (2001).

¹² Sobre el papel de los folkloristas médicos y la medicina popular ver COMELLES (1996), y la reciente aportación de BALLESTER & PERDIGUERO (2003) desde el caso del médico Rubio i Gali.

¹³ Aunque el clásico de FOUCAULT (1978) suele ser la referencia, el problema fue estudiado largamente por Rosen desde los años cuarenta (ROSEN,1985). Ver también para Alemania VON BUELTZINGSLOEWEN (1997).

¹⁴ Y que se acuña en torno al desarrollo del modelo anátomo-clínico, el pastorianismo, las teorías degeneracionistas y la clínica kraepeliniana en Psiquiatría, todos ellos a remolque del experimentalismo.

¹⁵ Ver al respecto el esclarecedor libro de LARREA (1997) sobre el auge y la crisis de la teoría miasmática, y COMELLES (2000), sobre la crisis de la etnografía a favor de la clínica.

¹⁶ Incluidas en él modelos radicales como los fascistas o los comunistas.

¹⁷ Esto significó cambios en la gestión y en la administración de los hospitales (VOGEL, 1980), en las estrategias profesionales de los médicos, en el significado de las instituciones en la formación médica y en el proceso salud /enfermedad / atención, y en la creación de un mercado de salud específico muy distinto del que caracterizara la práctica médica desde antes de la Ilustración. ver también el clásico de FREIDSON (1963).

¹⁸ Para una discusión sobre la diversidad de los procesos de medicalización y la especificidad de los dispositivos ver COMELLES (1991).

¹⁹ Para una discusión teórica ver COMELLES (1993). URIBE (1996) analizó magistralmente la producción cultural de subalteridad desde un centro de atención primaria.

²⁰ Aquí no está de más invocar los textos clásicos de FLECK (1986) y de LATOUR & WOOLGAR (1995) sobre la producción del conocimiento experimental.

²¹ Sobre la ideología de la salud pública en el modelo médico es indispensable el interesantísimo estudio de LUPTON (1995).

- ²² El lector comprenderá que el caso de Japón, y en general la mayoría de los del llamado Tercer Mundo son un universo que no me puedo ni de lejos plantear, pero que exigen estudios idiosincrásicos.
- ²³ El propio FREIDSON (1978), aunque destina un capítulo de su libro clásico a los modelos de seguros social europeo no podía tener suficiente perspectiva, ya que cuando prepara su monografía a finales de los sesenta el Estado del bienestar europeo estaba en plena construcción. Únicamente CASTEL (1981) apuntó algunas ideas clave sobre su evolución.
- ²⁴ De Francia, Alemania y Gran Bretaña se ocuparon Castel, Foucault y Rosen en obras ya citadas, sobre los Estados Unidos ver ROTHMAN (1971) y CASTEL, CASTEL & LOVELL (1980). Ver también el reciente ensayo de CASTEL (2003) sobre la inseguridad social...
- ²⁵ Sobre los grupos de ayuda mutua y el debate sobre esta cuestión es indispensable CANALS (2002), sobre la problemática de los colectivos diferentes ver sobre todo ALLUÉ (2003).
- ²⁶ Esto lo apuntaba en algunos aspectos De Miguel (1985).
- ²⁷ Ver ejemplos en el volumen colectivo de OTSUKA, SAKAI & KURIYAMA (1999).
- ²⁸ Este problema fue detectado en los sesenta y dio lugar a la literatura y los posicionamientos respecto a la idea de participación ciudadana en salud, cuyos límites ha examinado recientemente SERAPIONI (2003). La evolución de un modelo de participación más o menos colectivo, a nuevas formas de participación, mucho más cualitativa ha sido examinada por CANALS (2002).
- ²⁹ La estrategia de los *hospice* como dispositivos de cuidados paliativos se plantea como una atención a término, siempre en un relativamente corto plazo, pero no sucede lo mismo cuando la experiencia del dolor se prolonga años y años. ver al respecto ALLUÉ (1999).
- ³⁰ Para una crítica ver sobre todo ALLUÉ (2003) y CANALS (2002), desde la perspectiva del derecho de los usuarios.
- ³¹ Ver por ejemplo las formas de organización de las mujeres en América latina, por ejemplo en MÓDENA (1990), OSORIO (2001) y GONZÁLEZ CHÉVEZ (1998).
- ³² Ver CSORDAS (1994) y LOCK & SCHEPER-HUGHES (1998).
- ³³ Ver a este respecto los dos *readers* de VAN DONGEN & COMELLES (2001) y COMELLES & VAN DONGEN (2002), en el que hay bastantes aportaciones sobre casos europeos.
- ³⁴ A veces parece a los profesionales de aquí que los inmigrantes no hayan visto antes un hospital en su vida, ignorando que un 60% de los que están ahora en Cataluña tienen o Bachillerato o grados superiores de educación. La diferencia es que aquí la asistencia es gratuita y en muchos de sus países no necesariamente.
- ³⁵ Es lo que MENÉNDEZ (1991) llama transacciones, y que corresponde a los consensos de que hablara Gramsci.
- ³⁶ Una comparación entre España y los Estados Unidos en torno a las problemáticas de la diversidad cultural está en GREENHOUSE (1998) y GREENWOOD & GREENHOUSE (1996).
- ³⁷ Para el papel de lo cultural en la Constitución española de 1978 ver PRIETO DE PEDRO (1992).
- ³⁸ La distinción entre identidad y identificación se la debemos a Ignasi Terradas. La idea de mestizaje está presente en LAPLANTINE (1999), LAPLANTINE & NOUSS (1997) y APPADURAI (2001).

El Género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud.

Mari Luz Esteban

*Médica / profesora titular de Antropología Social.
Universidad del País Vasco-E.H.U. Ibaeta.
Donostia - San Sebastian.*

Este artículo ha sido publicado previamente en el libro "Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas" (Minerva Ediciones, Madrid 2001).

RESUMEN

En este artículo se hace una revisión crítica de los conceptos de sexo y género y de la categoría 'mujeres', poniendo el énfasis en su evolución dentro de la teoría y práctica feministas. Asimismo se aborda la aplicación de dichas categorías y revisiones al campo de la salud, para lo que se analizarán distintos aspectos relacionados con la misma. Uno de los argumentos centrales será la defensa de la articulación del sexo/género con otros factores de diferenciación y estratificación social, como son la clase social, la etnia, la edad o la orientación sexual. Articulación que nos debería llevar a un replanteamiento de las investigaciones y reflexiones, así como de las prioridades y formas de intervención. Asimismo, se plantea como necesaria la revisión general del trabajo feminista en el ámbito de la salud, identificando y analizando algunos problemas, algunos 'síndromes' que se pueden observar en la actualidad y que, después de décadas de reflexión, debate y consecución de muchos logros, pueden ser un obstáculo para la continuación de la tarea¹.

Palabras Clave: Género; feminismo; diferenciación social; áreas sanitarias.

El marco teórico del que se parte es el de la antropología feminista, disciplina en la que ha trabajado la autora en la última década.² Las herramientas metodológicas y conceptuales

ABSTRACT

This article reviews the concepts of sex and gender and the category "women", pin-pointing their evolution within feminist theory and practice. It deals with the application of these categories to the field of health , analysing different aspects. One of the main issues is support for the inclusion of sex/gender along with other factors of social distinction and stratification such as social class, ethnic origin, age or sexual orientation. This should lead to a refocusing of previous ideas and research, as well as of priorities and intervention strategies in the field. At the same time, the article highlights the need to overhaul feminist works in the health field by identifying and analysing several present-day problems, or "syndromes", which may get in the way of progress after decades of discussion, thought and major achievements.

Key Words: Gender; feminisism; social stratification; health issues.

antropológicas, así como el tipo de análisis que se lleva a cabo y los datos obtenidos dentro de esta especialidad, pueden ser una buena ayuda para la revisión que se propone,

por su centralidad en la comparación intercultural, su visión cualitativa y su interés por explicar pero sobre todo por comprender los fenómenos humanos³. De esta manera, pueden surgir claves y lecturas distintas de la realidad, al tiempo que se favorece una distancia crítica, una posición excéntrica⁴ respecto a visiones más internistas, sanitaristas, que suelen ser las mayoritarias en el análisis de la salud. Todo ello desde la idea de que el diálogo y la participación conjunta de representantes de diferentes disciplinas, así como de profesionales, resto de feministas y población femenina en general, es una condición necesaria para una aproximación a la salud más compleja, global y comprometida.

GÉNERO Y FEMINISMO

'Hablar' de género es hablar de feminismo y desde el feminismo.⁵ Esto significa dos cosas: que se reconoce un espacio de pensamiento, saber y acción específico, aunque sea heterogéneo, no uniforme; y que se establece una genealogía. Un espacio que suele ser marginal o por lo menos periférico dentro de la actividad social y científica general. En segundo lugar, significa que se trabaja con un objetivo implícito o explícito de transformación de la sociedad, de modificación de las condiciones sociales que perpetúan la subordinación de las mujeres. Estas dos serían las diferencias principales con aquellas investigaciones respecto al género llevadas a cabo por personas que no tienen una "sensibilidad feminista", sino una "curiosidad puramente científica" (Uriarte, 1997:21), y que algunas autoras reivindican como una condición necesaria para una normalización de los estudios de género.⁶

Otra característica que define al feminismo es la continua revisión de sus principios, una labor incesante de 'hacer/deshacer/hacer', de construcción y deconstrucción (Esteban y Díez, 1999). El proceso seguido, por ejemplo,

por el concepto de género, herramienta analítica central en la perspectiva feminista (Haraway, 1991), es un buen ejemplo de esto, ya que "la labor de construcción y de deconstrucción en torno a este concepto de momento continúa" (Esteban y Díez, 1999:12). Esta revisión continua puede ser interpretada como positiva, en cuanto que supone la reflexión y crítica acerca de los propios conceptos, teorías y resultados de investigación, y la posibilidad de seguir aportando y argumentando. Pero es también un continuo mirar atrás, que es entendido por autoras como Rosi Braidotti como un "volver a los orígenes", e identificado con una cierta inseguridad, una sensación de ilegitimidad por parte del feminismo (1991:3).

A mediados del siglo XX, pioneras del feminismo actual como Simone de Beauvoir o Margaret Mead llamaron la atención sobre la construcción sociocultural de las diferencias sexuales. De Beauvoir subrayó en su conocida obra *El segundo sexo* (1970) que "la mujer no nace, sino que se hace" (1970), destacando el carácter no biológico de la condición social de las mujeres. En esta misma línea, Mead en sus investigaciones basadas en distintas culturas destacó el hecho de que los roles y atributos relacionados con las mujeres pueden variar de unas sociedades a otras, y que lo que en un lugar se considera femenino (como la capacidad de cuidar, la ternura...) puede estar asociado en otro a los hombres, o al contrario, o no darse una diferenciación tan radical entre unos y otras (1973;1994).

En los años setenta, se separan los conceptos de sexo y género, en un intento de discernir entre lo que es biología y lo que es cultura, y se denuncia la naturalización de las mujeres como un mecanismo básico en su subordinación social. El término sexo podría así ser utilizado en adelante para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres, que se asocian a su ca-

pacidad de procreación. Mientras que el concepto de género supondría un nivel de abstracción distinto, mediante el que nos referiríamos tanto a las ideas y representaciones como a las prácticas sociales de hombres y mujeres, que implican una diferenciación de espacios y funciones sociales y una jerarquización en cuanto al acceso al poder.⁷

Esta diferenciación de conceptos y la denuncia de la presentación de la inferioridad femenina como si fuera natural son aportaciones fundamentales de las feministas, mediante las cuales se contribuye a desenmascarar la trampa de Occidente que, desde una filosofía de reconocimiento de la libertad de los individuos y de sus potencialidades y posibilidades, condena a ciertos grupos sociales (entre ellos las mujeres) a la marginación social, a partir de la asociación entre desigualdades sociales y características físicas o psicológicas.⁸

REVISIÓN DE LOS CONCEPTOS DE SEXO Y GÉNERO

De todas formas, la separación entre sexo y género comporta también problemas. Uno de los principales es la idea dominante de que el sexo (biología) es algo dado, estático, invariable, y de que el género (cultura) es lo que se construye, lo que se moldea socialmente. Desde una idea general de lo biológico como esencial, inamovible, que está siendo revisada en la actualidad desde diversos ámbitos de pensamiento, que intentan hacer un acercamiento más dinámico a las relaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural. En este sentido, una aportación muy valiosa de la antropología feminista, tanto la social como la física, ha sido poner el acento en el carácter de construcción cultural e histórica de la noción de sexo dominante en nuestra sociedad.⁹

El sexo, tal y como lo entendemos en Occidente y como lo aplicamos por ejemplo en la actividad sanitaria, se define como un

hecho biológico indiscutible, que tiene diferentes niveles de expresión (cromosómico, fisiológico, anatómico...) y a partir del cual se clasifica a los seres humanos en dos grupos, hombres y mujeres. Sin embargo, al margen de la existencia de datos biológicos y anatómicos objetivos, tenemos suficientes indicios que nos hablan de un desajuste entre las evidencias científicas y el consenso social tan fuerte acerca de su importancia¹⁰. Es decir, habría que verlo más bien como un constructo que hay que enmarcar en un contexto cultural e histórico concreto: la sociedad occidental a partir del siglo XVIII (Laqueur, 1994).

Tampoco se define de la misma manera en otras culturas, aunque en ellas se dé también la subordinación de las mujeres. Me refiero a que las formas de explicar las diferencias corporales entre hombres y mujeres, así como su contribución a la procreación, son muy distintas. Los sexos no siempre son dos y en algunas sociedades se permiten y/o legitiman ciertas "transgresiones" tanto del sexo como del género (Mathieu, 1991), que hacen que surjan sujetos sociales que no son ni hombres ni mujeres, situaciones que pueden prolongarse toda o una parte de la vida¹¹. En la misma sociedad occidental, fenómenos como la transexualidad, los *drag queens* o el transgenerismo, más presentes y visibles estos dos últimos en sociedades como la norteamericana, ponen en cuestión la lectura cultural dominante de la identidad sexual y genérica como algo dicotomizado y estable.¹²

En cuanto al género, un problema importante es que, a pesar de que se define como algo cultural, hemos hecho de él un concepto ahistórico y acrítico, configurador de identidades tanto o más esencialistas que las producidas por la biología (Haraway, 1991)¹³. Un concepto de género que en general hacemos equivalente a ser hombre o ser mujer (de hecho hablamos muchas veces de género masculino y femenino), sin tener siempre en

cuenta que es un concepto relacional, que son las relaciones de género y sus cambios dentro de diferentes contextos las que nos deben preocupar, así como las diferencias en las realidades e intereses dentro de los colectivos masculinos o femeninos.

En la antropología feminista actual, las relaciones de género se explican partiendo de la idea de que las sociedades se estructuran como sistemas de género, que son sistemas de poder y estructuras complejas, con áreas fundamentales dentro de los mismos: las relaciones de poder, las de producción y la configuración de las emociones (Connell, 1987; Saltzman, 1992)¹⁴. Así, el género es para Robert Connell un proceso de configuración de prácticas sociales que involucra directamente al cuerpo, aunque esta implicación del cuerpo no quiere decir que los hechos biológicos determinen las experiencias sociales de hombres y mujeres¹⁵. Como puntualiza Connell, "el género existe precisamente en la medida que la biología no determina lo social" (1997:35). Por otra parte, la práctica social, aunque puede comportar un alto grado de flexibilidad, creatividad, inventiva, no es autónoma, sino que "responde a situaciones particulares y se genera dentro de estructuras definidas de relaciones sociales" (Ibidem). Esta aproximación teórica feminista "supone un paso importante en el sentido de pasar a hablar de sistemas sociales dinámicos, situados en tiempos y espacios concretos, donde las relaciones entre las personas y los sexos cambian en relación a variables materiales y simbólicas" (Esteban y Díez, 1999:13).

CONVERGENCIAS Y DIVERGENCIAS EN LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES

En la revisión del concepto de género han sido determinantes las críticas de las mujeres no blancas y no occidentales. La pregunta '¿qué es una mujer?' o la idea de una identi-

dad femenina universal son bastante problemáticas, porque su respuesta suele implicar la exclusión de algunas y evita entrar en el tema de la división entre las mismas mujeres (Conboy, Medina y Stanbury, 1997). El uso de la categoría 'mujer' (o 'mujeres') ha dificultado en gran medida percibir la construcción de otras diferencias, de clase, de etnia, de nacionalidad, de edad, de orientación sexual, entre otras, que son fundamentales en la realidad de las mujeres, y ha impedido ver la articulación entre distintos factores de estratificación incluido el género. Una articulación que es estructural y que supone la simultaneidad de las formas de desigualdad, que se refleja en las experiencias pero que está sedimentada en las instituciones sociales. Pero, como apunta Moore, "la interacción entre varias formas de diferencias siempre se define en un contexto histórico determinado" (1991:227), por lo que habría que analizar cada contexto para no "dar por supuesto que conocemos la relevancia de un determinado conjunto de intersecciones entre clase, raza y género sin analizarlas previamente" (Ibidem), buscando formas de teorizar estas intersecciones y articulaciones (Ibidem).

También hablar del cuerpo femenino y de sus características como un universal, algo que hacemos continuamente en el ámbito de la salud, tiene sus problemas, puesto que cada cultura, cada sociedad produce distintas formas de corporeidad, de subjetividad y de lenguaje para referirse a las diversas manifestaciones y experiencias corporales (Conboy, Medina y Stanbury, 1997).

Las convergencias y divergencias en la situación de las mujeres las podríamos resumir diciendo que cuando se deniegan derechos la categoría mujer se aplica a todo lo que es femenino; sin embargo, cuando se trata de ofrecer "privilegios"¹⁶, hay unas prerrogativas sociales relacionadas con la clase, la raza, la orientación heterosexual, que separan a las

mujeres (Conboy, Medina y Stanbury, 1997). Esta diferenciación entre privilegios para unas y negación de derechos para otras es adecuada también para las elaboraciones teóricas y la intervención en el campo de la salud.

Con todo esto no estoy planteando la imposibilidad de utilizar categorías como 'género', 'hombres' o 'mujeres': es evidente que en nuestra sociedad continúa operando una distinción social que se refleja en representaciones, símbolos, expectativas, asignación de esferas y funciones sociales. Se trataría más bien de introducir las reflexiones, interrogantes y cambios necesarios que nos permitan unos diagnósticos de la realidad menos lineales y simples. La doble pregunta que quedaría en el aire y a la que habrá que seguir respondiendo es: (1) cómo las diferencias entre las mujeres sirven para problematizar la categoría mujer; pero (2) cómo se puede emplear esta categoría para unificar la acción política (Conboy, Medina y Stanbury, 1997).

DUALIDAD DE LOS MODELOS DE GÉNERO: PERTENENCIA Y DISIDENCIA

Tener en cuenta la diversidad de las mujeres (o de los hombres) no es una mera cuestión de voluntad. Una limitación importante del pensamiento occidental del siglo XX que ha contribuido a la ocultación de esta diversidad, es la forma principal de explicar los fenómenos individuales y sociales, donde ha primado la tendencia a analizar las experiencias de la gente como consecuencia directa de los discursos hegemónicos. En esta línea, por ejemplo, para Michel Foucault la diferencia entre "hombre" y "mujer" es el efecto de los discursos: "El cuerpo es aquello que es significado por los discursos biológico, fisiológico, médico y demográfico; es, pues, un concepto, el cual es el efecto del saber/poder" (citado en Turner, 1989:296). Desde esta perspectiva además, se ha ido favoreciendo una

idea de victimismo y pasividad respecto a las mujeres y otros grupos subordinados, que suelen ser vistos como receptores y reproductores pasivos de las ideologías dominantes.

Esta orientación está siendo revisada y criticada por distintos autores¹⁷ que reivindican la importancia de las prácticas y defienden que los modelos sociales, incluidos los relativos al género, son concebidos como duales: de seguimiento, de pertenencia, pero también de enfrentamiento, de disidencia. Así, el cuerpo y la salud, por ejemplo, deberían ser vistos como lo inmediato, un terreno muy cercano donde las verdades y contradicciones sociales tienen lugar, el lugar de la manipulación, del sometimiento; pero también el espacio donde se da la resistencia personal y social, la creatividad, la contienda, la lucha. Las personas deberían ser observadas y analizadas como sometidas a control por la sociedad y las diferentes instituciones, pero gestionando sus propias vidas y contestando también estas formas de control. Un análisis conjunto de los discursos y prácticas a todos los niveles permite una visión más global, más dinámica, más compleja, más difícil también, pero que posibilita una mejor comprensión de las vidas de hombres y mujeres, unos lecturas más ajustadas, y por lo tanto dirigir también mejor las intervenciones.¹⁸

En una línea similar, un modelo teórico que se ha seguido en antropología para analizar la realidad y experiencia de grupos sociales en situación de marginación o subordinación, es el de hegemonía/subalternidad de Gramsci. Desde esta perspectiva, las personas que forman parte de los grupos subalternos son percibidas como actores sociales y agentes culturales de cambio, entendiéndose que hay una interacción dinámica y constante entre los sectores hegemónicos y subalternos de una sociedad, entre la cultura dominante y la/s dominada/s, produciéndose consecuentemente acomodaciones y transfor-

maciones a todos los niveles de la sociedad. Así, las diversas manifestaciones de las subculturas deben ser estudiadas desde una visión relacional y dentro de un contexto más general, como prácticas de oposición, enfrentamiento y/o resistencia a las representaciones y prácticas hegemónicas.¹⁹

FEMINISMO Y BIOMEDICINA

La crítica feminista en salud ha tenido como eje de trabajo prioritario el ámbito médico-científico. Dos cuestiones centrales han sido la denuncia del androcentrismo a todos los niveles (investigación, docencia y asistencia), así como la puesta en evidencia de la medicalización de las mujeres, temas todos ellos sobre los que hay bibliografía amplia. Pero en general, hay una tendencia a considerar estos aspectos como sesgos, defectos de la medicina occidental, de tal manera que parece que una mera explicitación de los mismos y su posterior modificación podrían hacer revertir totalmente la situación. Sin embargo, el problema es más profundo y probablemente el concepto de sesgo, entendido habitualmente como desviación²¹, no nos ayude demasiado a comprender la trascendencia del mismo.

No se trata de simples desviaciones o imperfecciones del sistema médico, sino que es una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y repensar en su totalidad. A este respecto puede ser muy útil la crítica cultural de la biomedicina que se hace actualmente en antropología de la salud, donde se considera que la hegemonía de la también llamada medicina occidental, científica o alopática²², tiene menos que ver con progresos técnicos que con estrategias corporativas llevadas a cabo por los profesionales médicos en los dos últimos siglos. En esta dinámica habrían sido fundamentales los pactos que se han ido haciendo con las burocracias estatales, que han tenido como fin la exclusión administrativa y jurídica de cualquier otra alternativa, y la

recuperación para el propio sistema de aspectos solventados previamente mediante el autocuidado (Comelles, 1993).²³

Un elemento central de este proceso ha sido la medicalización de la sociedad basándose en la idea de universalidad, que ha servido para sustentar el propio modelo médico hegemónico (Ibidem). Medicalización que supone control social e ideológico sobre la población, a través fundamentalmente de: la estigmatización y regulación de ciertos comportamientos y la negatividad asociada a determinados padecimientos; y la misma definición de lo que es enfermedad y de lo que no es, de quiénes son asistibles y en qué condiciones. Control social que se canaliza fundamentalmente a través de las intervenciones asistenciales directas, curativas o educativas, y la influencia ideológica en los medios de comunicación y otros niveles de la sociedad.²⁴

La legitimación central de esta hegemonía la constituyen las denominadas 'presunciones de científicidad' de la biomedicina, analizadas y criticadas por diversos autores (Martínez, 1996). Angel Martínez cita las siguientes: la definición de enfermedad como desviación de una norma biológica; la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades (unicausalidad); la noción de que las enfermedades son universales; la idea de neutralidad de la teoría y práctica biomédicas; la dicotomía mente/cuerpo; la autonomía de la biología de la conciencia humana; el atomismo anatómico; la independencia de lo natural frente a lo social; el biologicismo; el mecanicismo; el mercantilismo; la a-socialidad; la a-historicidad; la eficacia pragmática (1996).

La medicalización de las mujeres es un ejemplo de cómo se ha ido desarrollando este proceso de medicalización tanto dentro como fuera de Occidente, como una estrategia general de control, poder y dominación. Una medicalización llevada a cabo específicamente a

través del control de procesos corporales y reproductivos. Pero no es un caso más: es un ejemplo paradigmático y de gran relevancia, por las formas que adquiere, por las consecuencias directas sobre la mitad de la población, y por los cambios que están ocurriendo en el ámbito científico, donde la perspectiva de género es una condición sine qua non para entender el proceso en su globalidad. En este sentido, como consecuencia de las investigaciones en biotecnología humana (reproducción asistida, clonación...), punta de lanza de la actividad científica actual, pueden surgir nuevas situaciones de regulación social de distintos grupos, con implicaciones específicas para las mujeres ya que, entre otras cosas, los óvulos son un material básico en dichas investigaciones.²⁵

La plasmación y consecuencias de la medicalización en lo que respecta a las mujeres han sido identificadas y analizadas desde siempre por el feminismo. Pero el hecho de que las críticas feministas se hayan circunscrito en general al colectivo femenino, a las mujeres como usuarias, ha provocado que muchas veces se haya dificultado una dimensión relacional más amplia del contexto y de la crítica, que ha influido negativamente en las interpretaciones así como en la búsqueda de las alternativas. Deberíamos, por tanto, estudiar conjuntamente cómo romper esa caracterización del sistema como "sesgos androcéntricos", como desviaciones, y no como problemas estructurales, producto de una cierta limitación conceptual y del etnocentrismo en los planteamientos teóricos. Lo cual sólo puede venir de la discusión entre diferentes aproximaciones teóricas, externas e internas a la red asistencial, de una visión interdisciplinar.

EL ÉNFASIS EN LA DIFERENCIALIDAD SEXUAL

La necesidad de tener en cuenta una visión más compleja del género no es algo específi-

co de la antropología. Hace ya tiempo que el feminismo en su conjunto ha reconsiderado todas estas cuestiones y tiene en cuenta la importancia de factores como la clase social, la etnia, la edad, la religión, la nacionalidad. Pero, es un planteamiento más teórico que práctico ya que en general ha primado y prima la idea de la diferencialidad entre hombres y mujeres, el verlos como colectivos homogéneos y perfectamente diferenciables. En esto han podido influir diferentes cuestiones, como: la situación social subordinada de las mujeres a nivel general, la ausencia de datos empíricos que no supusieran lecturas reproductivistas de sus vidas, el sexo de las investigadoras, las visiones científicas estructuralistas y universalistas, dominantes en el momento en que toma fuerza esta última ola de feminismo.

El sector salud es el 'ejemplo por excelencia' de esta tendencia a separar radicalmente a hombres y mujeres, de tal manera que el 'feminismo en pro de la salud de las mujeres' está aquejado de una paradoja que se concretaría en lo siguiente: el punto de partida sigue siendo la negativa a buscar explicaciones biológicas de las diferencias sociales entre hombres y mujeres, que nos han permitido denunciar los diferentes niveles de androcentrismo científico; al mismo tiempo, se han ido haciendo lecturas de la realidad distintas a las llevadas a cabo desde el ámbito médico-científico, e identificado niveles de la salud donde la desigualdad entre hombres y mujeres está oculta o subsumida en un modelo de lo humano representado en gran medida por lo masculino.

Pero por otro lado, sigue siendo mayoritaria una conceptualización diferenciada, no sólo de las prácticas y experiencias de hombres y mujeres, sino del mismo cuerpo de unos y otras, que ha redundado en una visión básicamente diferencialista²⁶. Desde este esquema conceptual, la consideración de los

principales factores de estratificación (género, clase social, etnia...) se operacionaliza en la práctica de una manera consecutiva, secuencial, y no simultánea. Esta visión secuencializadora de la desigualdad ha provocado que en la mayoría de las ocasiones hagamos diagnósticos de salud radicalmente distintos para hombres y mujeres, con más dosis de efectismo y oportunismo que de utilidad en el momento en que estamos, y que contribuyen también a una interiorización por parte de las mujeres de una supuesta radical diferenciación respecto a los hombres, que no tiene en cuenta las experiencias cotidianas y diversas.

Hay datos objetivos que demuestran que hombres y mujeres presentan especificidades en cuanto a distintos aspectos de la salud: esperanza de vida, hábitos de salud, modo en que se enferma y se muere, autopercepción de la propia salud, utilización de servicios sanitarios.²⁷ Pero lo que quiero subrayar no es tanto la ausencia de documentación al respecto, sino el desajuste entre el consenso feminista y las evidencias científicas, empíricas, porque en general tenemos más hipótesis y preguntas que hechos demostrados.²⁸ En este sentido, tenemos tendencia a: no tener en la misma consideración las similitudes entre hombres y mujeres, aunque algunas hayan sido explicitadas por las mismas feministas²⁹; a recalcar en exceso las consecuencias negativas para las mujeres de ciertos aspectos de la salud; y a mantener la idea de que las mujeres somos víctimas específicas en el ámbito de la salud, no haciendo tanto hincapié en las experiencias concretas y en las diferencias existentes también entre los hombres.³⁰

Esta tradición feminista, que tiene además dosis importantes de interclasismo³¹, puede ser un obstáculo analítico importante, pero además puede llevarnos a situaciones paradójicas donde reifiquemos o pongamos todo el énfasis en la situación de las mujeres, o de

algunas mujeres, ocultando o haciendo invisibles las condiciones igualmente desfavorecidas de otros grupos sociales. Las lecturas e intervenciones feministas tendrían que articularse en la práctica con las que se están llevando a cabo en otros sectores socio-sanitarios respecto a otros grupos subalternos, en las que también solemos participar aunque de un modo bastante compartimentalizado. No se puede hablar de marginación, vulnerabilidad o indefensión de las mujeres en relación al tema que sea, desde la idea de que todos los hombres tienen de partida una situación de salud mejor, es decir, desde una estereotipación y positivización de lo masculino que no tenga en cuenta a los hombres de carne y hueso.

ALGUNOS FACTORES DE DESIGUALDAD: EDAD Y CLASE SOCIAL

Fijémonos ahora en algunos factores que determinan diferencias entre las mujeres. Si tomamos en primer lugar la edad, ya nos estamos ocupando específicamente de problemáticas sociosanitarias como la relativa a las mujeres de edad avanzada,³² o el embarazo en adolescentes, donde las afectadas pertenecen principalmente a clases bajas. Pero, así y todo, están prácticamente sin analizar otras edades, como la infancia, acerca de la cual en muchos casos ni siquiera tenemos datos desagregados por sexos.³³ Además, en cada grupo de edad se suele perder de vista la situación de los colectivos masculinos, y sin embargo los datos relativos a varones nos revelan cuestiones que sería preciso estudiar y explicar mejor y que nos ayudarían a una comprensión global de la salud y el género. Por ejemplo: mayor hospitalización y medicalización en niños que en niñas; mayor incidencia de accidentes (de tráfico y otros) y suicidios (primera causa de muerte) en jóvenes varones; mayor significación de problemas psicológicos en chicos jóvenes; menor esperanza de vida y sobremor-

talidad masculina en todas las edades.

La clase social es otro elemento que en general se suele tener en cuenta a posteriori o de manera separada, mientras que en los grupos sociales más deprimidos la articulación de las variables sexo/género, clase y etnia es fundamental para entender el proceso de exclusión: grupos marginales, adolescentes, mujeres pobres, población inmigrante extranjera. Otro tema donde las diferencias por clase social son tan importantes como las de género es la autopercepción de la salud: las personas de clase baja creen tener casi dos veces peor salud que las de clase alta. Por otra parte, algunos sectores de clase alta están sobremedicalizados en relación a tratamientos de cirugía estética y menopausia, por citar dos casos.

Además es fundamental encuadrar todos los análisis, directa o indirectamente, en un contexto más general, internacional, que nos ayude a romper el etnocentrismo que impregna la mayoría de ellos. Un marco global e intercultural es una referencia obligada para analizar fenómenos como, por ejemplo, el sida, la maternidad, la imagen corporal, donde el entrecruzamiento de distintos factores es ineludible.

En cualquier caso, un problema añadido es que aunque los estudios se centren básicamente en las variables sexo/género, muchas veces se superponen y confunden uno y otro como si se tratara de lo mismo; es decir, en los trabajos aparecen a veces identificados como relativos al género aspectos derivados de una simple desagregación de las muestras por sexo (hombres y mujeres), datos que también son necesarios y que deben aparecer como diferencias sexuales, no genéricas.

En general, sabemos 'demasiado' de las mujeres y mucho menos de los hombres y hacemos excesivo hincapié en los estándares de unos y otras. Esto puede hacernos perder

la perspectiva relacional, el proceso de construcción y mantenimiento de las relaciones de género, y como consecuencia no buscada llegar incluso a hipertrofiar, y en definitiva a mantener situaciones de desigualdad.

No estoy hablando sólo de conocer mejor la realidad social o de partir de un planteamiento más globalizador de la marginación o la desigualdad, sino también de entender y actuar mejor sobre la salud de las mismas mujeres. En algunos casos, el estudio de la realidad y experiencia masculina puede aportarnos claves y datos no tenidos en cuenta hasta el momento, que nos ayuden a dirigir mejor nuestros enfoques y actuaciones. Me estoy refiriendo, por citar un caso, a cuestiones como las ventajas que puede proporcionar el abordaje de la experiencia masculina de fenómenos como la anorexia y la bulimia, mucho más minoritarios en los hombres, que por esa misma razón facilite información no tenida en cuenta en los análisis de las mujeres (Esteban, 1998).

NUEVAS FORMAS DE MEDICALIZACIÓN DE LAS MUJERES: MENOPAUSIA Y 'EDAD MADURA'

Voy a analizar a continuación algunos aspectos de la salud de las mujeres que presentan características nuevas y ofrecen la posibilidad de repensar problemáticas y debates abordados anteriormente por el feminismo. Un primer aspecto sobre el que me interesa llamar la atención es el tratamiento de la medicalización de las mujeres por parte de las sanitarias feministas, ya que éstas pueden estar contribuyendo de manera involuntaria al surgimiento y mantenimiento de nuevas formas. En esto influye además que las feministas en general se han dejado de preocupar de las cuestiones de salud (salvo excepciones o momentos puntuales) y lo han dejado exclusivamente en manos de las 'expertas', lo

cual favorece esa mirada excesivamente especializada, internista, sanitarista, a la que me refería anteriormente, algo que no ocurre en otros temas, donde se da una mirada feminista más plural (por ejemplo, el campo del trabajo o de la política).

Un ejemplo sería cómo se plantea y aborda el tema de la menopausia y lo que denominaré la 'construcción de la edad media/madura' de las mujeres desde sectores sanitarios progresistas/feministas. En un afán de contrarrestar y neutralizar el impacto de los discursos e intervenciones que se generan dentro de la sanidad, muchos equipos de profesionales han puesto en marcha iniciativas educativas/asistenciales dirigidas sobre todo a ciertos grupos de mujeres (amas de casa...), con dosis importantes de regulación de la vida y sanitización, al margen de los posibles beneficios.

Sin entrar ahora en la revisión crítica de las definiciones y planteamiento dominantes en Occidente acerca de la menopausia, para lo que pueden consultarse fuentes diversas³⁴, sí querría destacar que considero que es un tema que debería tener toda la prioridad en la agenda sanitaria feminista. Por distintas razones: (1) por la ideología de género que subyace a los discursos hegemónicos al respecto; (2) por el impacto yatrogénico que está teniendo y que puede llegar a tener en la salud de las mujeres; (3) por la ausencia de estudios que nos digan qué está pasando realmente en la red sanitaria, pública o privada, cómo se están aplicando las ideas, los tratamientos; (4) por la medicalización que comporta, entendida ésta como supervisión e ingerencia directa sobre las vidas de las mujeres desde lo asistencial; (5) por la falta de información, sobre todo desde una visión crítica, que tienen tanto los sanitarios como el público en general; (6) pero también, porque el papel del feminismo en este tema está siendo excesivamente sanitarista e intervencionista sobre las mujeres, y no me

parece que es esto lo que habría que hacer. La prioridad debería ser el trabajo intrasaniario de formación y discusión con los profesionales, así como el extrasaniario de divulgación de información y de debate, definiendo en conjunto mejor los objetivos y las prioridades de actuación e incluyendo en el debate al mayor número posible de mujeres y feministas, que no están participando.

En relación directa con la menopausia está la construcción de una nueva edad, un nuevo ciclo vital para las mujeres: la edad media o madura, cuya delimitación más extendida es aquella que pone el límite inferior en los 40 años y el superior en los 60.³⁵ Esta nueva etapa se suele relacionar con aspectos psicosociales muy amplios y diferentes, ligados más o menos directamente con la salud. La edad media de las mujeres surge vinculada de manera muy estrecha con cambios sociodemográficos y de salud generales, como el aumento en la esperanza de vida general y específico para las mujeres, pero no se define de la misma manera para hombres y mujeres ni tiene las mismas connotaciones para ellos³⁶: en las mujeres se destaca sobre todo la dimensión de crisis y vulnerabilidad generalizable a todas y el riesgo de problemas físicos y psicológicos, así como una lectura reproductivista de sus vidas, puesto que se liga siempre aunque sea de forma indirecta a la menopausia y al cese de las reglas, y por tanto a la capacidad reproductora.

Esta reconceptualización lleva implícita una medicalización protagonizada también por las feministas, que se expresa mediante el diseño y puesta en marcha de programas de educación sanitaria y promoción de la salud, que tienen aspectos positivos, pero también negativos.³⁷ Entre estos últimos destacaría: (1) la focalización excesiva en esa edad media, perdiendo de vista o relativizando otros momentos que también presentan riesgos, en general o por grupos; (2) una ex-

cesiva psicologización de las condiciones de salud de las mujeres frente a lecturas más sociales; (3) la inclusión y desarrollo de contenidos relacionados con múltiples aspectos de la vida y de la salud (autoestima, sexualidad, tiempo libre...), donde se suele hacer hincapié en los conflictos familiares y el papel de las mujeres en los mismos, pero no siempre enfatizando suficientemente la necesidad de cuestionar este papel.

Todo esto se une además a que las actividades se dirigen casi específicamente a amas de casa, que son más asequibles que el resto por su mayor disponibilidad. En este sentido, es conveniente tener en cuenta que en algunos estudios se comprueba la existencia de diferencias de salud en mujeres amas de casa y trabajadoras asalariadas: las primeras sufren una peor situación, que parece tener que ver con la realización por su parte de tareas 'no prestigiadas socialmente', aunque se den también variaciones en cuanto a cómo ellas se perciben y perciben su trabajo como amas de casa.³⁸ Como decíamos, este colectivo suele ser directa o indirectamente priorizado en los programas dirigidos a mujeres maduras. Pero, tal y como yo lo veo, actuar a este nivel no debería implicar tanto iniciativas de corte sanitarista, incidan en los aspectos que incidan, como programas sociales más generales que contemplen su integración en el trabajo asalariado (deseada además por muchas), y su participación como iguales en todos los niveles de la sociedad.

LAS MUJERES COMO RESPONSABLES DE LOS CUIDADOS

Un tema apuntado en el apartado anterior que tiene en la actualidad una trascendencia grande para las mujeres es el papel que éstas ejercen como cuidadoras "domésticas" de la salud. Una responsabilización generizada que afecta más a las mujeres adultas y que se

apoya en una caracterización social diferente de los trabajos realizados por hombres y mujeres, y en una separación de lo racional, que queda ligado a los hombres, y lo emocional, a las mujeres (Comas, 1993). Algo además que no parece que vaya a ceder espontáneamente, teniendo en cuenta los cambios demográficos, sociales y sanitarios de las últimas décadas, entre los que destacamos: la desaparición o crisis del desarrollo del llamado Estado de bienestar; el envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida; el aumento en la aparición y duración de las llamadas enfermedades crónicas e incapacitantes; el llamado encarnizamiento terapéutico, referido a la prolongación a toda costa de la vida en enfermedades terminales; el acortamiento del tiempo de hospitalización en ciertas intervenciones.

La identificación del problema desde distintos ámbitos es clara, aunque los posicionamientos no son ni mucho menos los mismos.³⁹ En general, salvo para el feminismo, no hay una actitud clara de cuestionamiento de esta responsabilización de las mujeres, aunque se hable de una necesidad de implicación mayor de los hombres y la sociedad en general, y se intenten poner en marcha alternativas diferentes: apoyo sanitario específico a las cuidadoras, medidas laborales o fiscales que les favorezcan, reconocimiento económico de su trabajo, etc.⁴⁰ Pero es evidente que es un tema insuficientemente contemplado y debatido, al que es necesario dar prioridad dentro de las medidas de acción positiva y programas de intervención feministas.

A nivel de planteamiento ideológico-político creo que hay tres cuestiones clave⁴¹: (1) promover la discusión acerca de cómo conseguir la implicación de los hombres; (2) pensar en alternativas concretas de discriminación positiva para las mujeres, que incluyan también el proponerles la renuncia frente a las tareas concretas, como una forma de 'forzar' a

la corresponsabilización. Es casi seguro que ésta sólo vendrá de la mano de una mayor conflictividad social al respecto que obligue a la búsqueda de soluciones privadas y públicas; (3) poner en práctica formas de apoyo a aquellas mujeres que, cada vez en mayor proporción, se van negando a cumplir calladamente con lo que la sociedad les asigna. Es por todo ello que considero que es otro tema que debería tener toda la prioridad para el feminismo, analizándose cómo se puede concretar la intervención en los diversos ámbitos (sanitario, educación, sindical, político...).

Más vinculado con el trabajo asistencial, un aspecto importante sobre el que reflexionar es el papel de las mujeres como acompañantes en las consultas y tratamientos y como objeto de las intervenciones asistenciales. Muchas veces la patología, aunque tenga implicaciones para toda la familia, está centrada en el padre de familia o en otro varón (ejemplo, alcoholismo) y, sin embargo, suele ser una mujer (esposa, madre, hija) la que acude a las consultas, e incluso llega a ser tratada: es ella la que es medicalizada. Algo que deberíamos tener claro es que si el problema está en un hombre, hay que dirigirse a él e implicarlo directamente en su situación. En materia de actuaciones sanitarias suele ser mucho más difícil llegar al colectivo masculino que al femenino, por diferentes razones (laborales, falta de familiaridad de los hombres con la salud...), pero hay que perseguir este objetivo, porque de lo contrario estamos influyendo negativamente sobre las mujeres, perpetuando los roles que por otra parte consideramos que las discriminan (Esteban, 1999).

INTERVENCIÓN EN SALUD Y DISEÑO DE LAS PRIORIDADES

Para finalizar, una última reflexión acerca de cómo trabajar en favor de la salud de la población en general y de las mujeres en concreto, y hacia dónde dirigir las medidas y pro-

gramas de intervención. En este sentido, algo determinante que olvidamos siempre es que en la mejora general de la salud en nuestra sociedad o en otras a lo largo de la historia, han tenido cierta importancia los descubrimientos y avances médico-científicos, pero han sido determinantes los cambios político-económicos referidos a las formas de vida, trabajo, alimentación, infraestructura de las viviendas, higiene, etc. Es decir, conclusiones que relativizan la influencia de lo sanitario.

Sin embargo, cuando pensamos en la intervención respecto a las mujeres nos centramos casi exclusivamente en la red asistencial y ámbito médico-científico. Es por esto que, a medida que se van identificado los distintos problemas, se debería ir definiendo bien desde qué sectores y niveles es prioritario actuar (administraciones públicas, bienestar social, educación, trabajo, medios de comunicación, etc.) y/o, en todo caso, diseñar las actuaciones de manera conjunta con otros sectores de la sociedad.

De cara a la planificación de la intervención, sugiero tener en cuenta las siguientes cuestiones: no centrarse exclusivamente en las mujeres; priorizar el trabajo con sanitarios/as respecto al dirigido a usuarias; cuando veamos necesario dirigirnos a las mujeres, hacer una definición mejor de los colectivos sobre los que actuar y de los objetivos; reflexionar sobre cómo implicar a los hombres y ensayar iniciativas concretas; pensar en el trabajo conjunto con otros sectores de la administración o de la sociedad.

En el tema de la salud, como en otros, no estoy de acuerdo en que sea mejor hacer algo que no hacer nada: hay que hacer bien las cosas (desde los análisis hasta la evaluación correcta de las distintas actividades) y tener claros los objetivos. Además, estos objetivos deben ser siempre coherentes con los planteamientos y reflexiones feministas

a nivel más general.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

Allué, Xavier. *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas.* Zaragoza: Mira Editores (Colección "Sociedad y Salud Hoy"); 1999.

AMB-BEA-Asamblea de Mujeres de Bizkaia-Bizkaiko Emakume Asanblada. "La dedicación a los demás. El derecho a elegir, objetivo político prioritario". *Jornadas Feministas. Juntas y a por todas.* Madrid: Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español; 1994, pp. 29-36.

Amorós, Celia (dir.). *10 palabras clave sobre Mujer.* Pamplona: Verbo Divino; 1995.

Bodoque, Yolanda. "El tiempo biológico y el tiempo social: aproximación antropológica al análisis del ciclo de vida de las mujeres" (manuscrito); 1999.

Benería, Lourdes. "¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos", en Amorós et. al. *Mujeres, ciencia y práctica política.* Madrid: Universidad Complutense; 1987, pp. 34-54.

Braidotti, Rosi. "Teorías de los estudios sobre la mujer". *Historia y Fuente Oral* 1991, pp. 3-17.

Comas d'Argemir Dolors. "Sobre el apoyo y el cuidado. División del trabajo, género y parentesco", en Roigé X. (coord.) *Perspectivas en el estudio del parentesco y la familia.* VI Congreso de Antropología. Tenerife: Asociación Canaria de Antropología; 1993, pp. 65-82.

Comelles, Josep Maria. "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". *Revisiones en Salud Pública* 1993, 3:169-192.

Comelles, Josep Maria; Martínez, Angel. *Enfermedad, cultura y sociedad.* Madrid: Eudema Antropología; 1993.

Conboy, Katie; Medina, Nadia; Stanbury, Sarah. "Introduction", en Conboy, K.; Medina, N.; Stanbury, S. (eds.) *Writing on the body. Female Embodiment and Feminist Theory.* New York: Columbia University Press; 1997.

Connell, Robert W. *Gender and Power.* Stanford: Stanford University Press, 1987.

Connell, Robert W. "La organización social de la masculinidad", en Valdés, T.; Olavarría, J. (eds.) *Masculinidades. Poder y crisis.* Chile: Isis Internacional; 1997, pp. 31-48.

De Beauvoir, Simone. *El segundo sexo.* Buenos Aires: Siglo XXI; 1970 (1ª francés 1949).

Del Valle, Teresa et. al. *Modelos emergentes en los sistemas y relaciones de género: nuevas socializaciones y políticas de implementación.* Memoria del proyecto I+D (MEC 115.230. IMO 1/96); 1999, (inédita).

De Onís, Mercedes; Villar, José. *La Mujer y la Salud en España. Informe básico.* Serie Estudios 29. Madrid: Instituto de la Mujer-Ministerio de Asuntos Sociales; 1992.

Durán, María Angeles. *Los costes invisibles de la enfermedad.* Bilbao: Funcación BBV; 1999.

Esteban, Mari Luz. "Relaciones entre feminismo y Sistema Médico-Científico", en Ortiz, T.; Becerra, G. (eds.) *Mujeres de Ciencia. Mujer, Feminismo y Ciencias Naturales, Experimentales y Tecnológicas.* Granada: Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada (Colección Feminae); 1996, pp. 143-184.

Esteban, Mari Luz. "El cuidado de la imagen en los procesos vitales. Creatividad y miedo al descontrol". *Kobie. Serie Antropología Cultural* 1997/98, VIII. Bilbao; Diputación Provincial de Bizkaia; pp. 27-54.

Esteban, Mari Luz. "¿Y los hombres?". *Inguruak-Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política*, Diciembre 1998, 22:15-29.

- Esteban, Mari Luz.** "Salud. El análisis y la intervención en relación a la salud". *II Congreso Internacional sobre Género y Políticas de Acción Positiva*. Gasteiz-Vitoria: Emakunde; 1999, pp.120-142.
- Esteban, Mari Luz.** "Promoción social y exhibición del cuerpo", en Del Valle, T. (ed.) *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel antropología; 2000 (en prensa).
- Esteban, Mari Luz; Díez, Carmen.** "Introducción", en Esteban, M.L.; Díez, C. (coords.) *Antropología Feminista: desafíos teóricos y metodológicos*, *Ankulegi-Revista de antropología social*, Donostia 1999, 4:9-28.
- Foucault, Michel.** "Historia de la medicalización", en Foucault, M. *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta; 1990 (1974), pp. 121-152.
- Franklin, Sarah.** *Embodied Progress. A cultural account of assisted conception*. London & New York: Routledge; 1997.
- Gómez, Amparo & Inmaculada Perdomo.** "El eterno femenino: hormonas, cerebro y diferencias sexuales", en Pérez Sedeño, Eulalia (comp.) *Mujer y ciencia. Arbor. Ciencia, pensamiento y cultura*. Enero 1993, pp. 109-140.
- Haraway, Donna J.** "Género' para un diccionario marxista: la política sexual de una palabra", en Haraway, D.J. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra (Colección Feminismos); 1991.
- Herd, Gilbert (ed.).** *Third Sex. Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books; 1996.
- Hunt, Kate.** "¿Una cura para todas las enfermedades? Interpretación de la menopausia y las complicaciones del tratamiento hormonal sustitutivo", en Wilkinson, S. & C. Kitzinger. *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*. Madrid: Instituto de la Mujer; 1996, pp. 155-180.
- Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid.** Documentos Técnicos de Salud Pública (nº 32). Madrid: Comunidad de Madrid-Consejería de Sanidad y Servicios Sociales-Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, 1996.
- Juliano, Dolores.** 'Cultura Popular'. *Cuadernos de Antropología* 6. Barcelona: Anthropos; 1986.
- Juliano, Dolores.** *El juego de las astucias. Mujer y construcción de modelos sociales alternativos*. Madrid: Horas y Horas; 1992.
- Laqueur, Thomas.** *La construcción del sexo*. Madrid: Cátedra (Colección Feminismos); 1994 (1ª inglés 1991).
- Lock, Margaret.** "Models and Practice in Medicine: Menopause as Syndrome or Life Transition?". *Culture, Medicine and Psychiatry* 1982, 6, 3:261-280.
- Lock, Margaret.** "Ambiguities of aging: japanese experience and perceptions of menopause". *Culture, Medicine and Psychiatry* 1986, 10:23-46.
- Lock, Margaret.** "Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge". *Annual Review of Anthropology* 1993, 22:133-155.
- Maquieira D'Angelo, Virginia.** "El campo de la antropología feminista: aportaciones y debates"; 1998. (Manuscrito).
- Martin, Emily.** *The woman in the body*. Boston: Beacon Press; 1987.
- Martin, Emily.** "The egg and the sperm. How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles". *Signs*, Spring 1991, 16, 3:485-501.
- Martínez Hernández, Angel.** "Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica", en Prat, J.; Martínez, A. (eds.) *Ensayos de antropología cultural*. Barcelona: Ariel Antropología; 1996, pp. 369-381.
- Mathieu, Nicole-Claude.** "Les transgressions du sexe et du genre à la lumière de données ethnographiques", en Hurtig, M.C., Kail, M.; Rouch, H. *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris: Centre National de la Recherche scientifique; 1991, pp. 69-80.

- Mead, Margaret.** *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia; 1973.
- Mead, Margaret.** *Masculino y femenino*. Madrid: Minerva; 1994.
- Moore, Henrietta L.** *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra (Colección Feminismos); 1991.
- Mujeres en Europa. Hacia una vejez saludable (Informe)**. Instituto Europeo para la Salud de la Mujer; 1996.
- Nieto, José Antonio (ed.)**. *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa; 1998.
- Ortiz, Teresa.** "El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo XX", en López Beltrán, M.T. (coord.) *Las mujeres en Andalucía. Actas del 2º Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer en Andalucía*. Tomo I. Málaga: Servicio de Publicaciones. Diputación Provincial de Málaga; 1993, pp. 107-138.
- Pérez Jarauta, Mari Jose; Etxauri Ozkoide, Margarita (dir.)** *En la madurez. Guía educativa para la promoción de la salud de las mujeres*. Navarra: Gobierno de Navarra-Instituto de Salud Pública; 1996.
- Peyre, E.; Wiels, J.; Fonton, M.** "Sexe biologique et sexe social", en Hurtig, M.C. & M. Kail & H. Rouch (ed.) *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris: Editions du Centre National de la Recherche Scientifique; 1991, pp. 27-50.
- Romaní, Oriol.** *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel antropología; 1999.
- Rueda, Joserra.** *Debates actuales sobre la menopausia e implicaciones para la política sanitaria. Limitaciones de varios estudios económicos sobre la Terapia Hormonal Sustitutiva*. Trabajo presentado en el Master en Planificación Sanitaria y Financiación de la London School of Economics; 1993, (inérito).
- Rueda, Joserra.** "Mensajes acerca de la menopausia y sus implicaciones". *Salud 2000*, Febrero 1997, 60:28-30.
- Saltzman, Janet.** *Equidad y género*. Madrid: Cátedra (Colección Feminismos); 1992.
- Stolcke, Verena.** "¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?". *Mientras Tanto* 1992, 48:87-111.
- Stolcke, Verena.** "El sexo de la biotecnología", en Durán, A.; Riechmann, J. (coords.) *Genes en el laboratorio y en la fábrica*. Madrid: Ed. Trotta-Fundación 1º de Mayo; 1998, pp. 97-118.
- Terradas, Ignasi.** "La historia de las estructuras y la historia de la vida. Reflexiones sobre las formas de relacionar la historia local y la historia general", en Prat, J. et. al. (eds.) *Antropología de los pueblos de España*. Madrid: Taurus; 1991, pp. 159-176.
- Turner, Bryan.** *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1989 (1ª inglés, 1984).
- Uriarte, Edurne.** "Estudios de mujeres y política en España", en Uriarte, E.; Elizondo, A. (coords.) *Mujeres en política*. Barcelona: Ariel; 1997, pp. 15-32.
- Valls-Llobet, Carme.** "Aspectos de la morbilidad femenina diferencial". *Quadern CAPS*, Otoño 1991, 8-32.
- Valls-Llobet, Carme.** "Mujeres y hombres: haciendo visibles las diferencias" (Dossier). *Mujeres y Salud*, Mayo 1997, 1.
- Van Hall, V.; Verdel, M.; Van der Velden, J.** "Las quejas 'climatericas': Hormonales?". *C. Med. Psicosomática* 1992, 24:22-26.
- Van Hall, V.; Verdel, M.; Van der Velden, J.** "'Perimenopausal' complaints in women and men: a comparative study". *Journal of Women's Health*, Spring 1994, 3(1):45-49.
- VV.AA.** *Mujer, salud y ciencia (1900-1991)*. Granada: Universidad de Granada-Seminario de Estudios de la Mujer (Colección Feminae); 1992.
-

¹Algunas de las ideas desarrolladas en este artículo fueron presentadas por primera vez en la ponencia titulada "El análisis y la intervención en relación a la salud", presentada en el II Congreso Internacional sobre Género y Políticas de Acción Positiva, organizado por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer en Donostia, en junio de 1998. Véase Esteban (1999).

²Una buena visión de conjunto de la antropología feminista traducida al castellano es la que ofrece Henrietta Moore (1991).

³Una aproximación a las diferencias entre *explicar* y *comprender* un fenómeno social, puede encontrarse en Terradas (1991). La explicación, más presente en sociología e historia general, se concretaría en la búsqueda de las causas externas, el estudio de los hechos en base a criterios objetivos, generalizables; mientras que mediante la comprensión (antropología, historia local...) se perseguirían los motivos, las intenciones, los contextos.

⁴Tomo este concepto de 'posición excéntrica' de Oriol Romaní (1999, capítulo 6). Él lo reivindica como una condición para el antropólogo que se dedica al trabajo aplicado, que además puede estar comprometido tanto con las instituciones como con los grupos afectados que estudia (se refiere sobre todo al campo de las drogas). Una labor importante de la antropología en este tipo de estudios sería la de facilitar la "traducción cultural" entre los diferentes colectivos implicados.

En este artículo defiendo que esta posición excéntrica en relación a la salud y el género es muy conveniente, porque permite la traducción de visiones y diagnósticos diferentes entre sanitarias y usuarias.

⁵En el libro dirigido por Celia Amorós, *10 palabras claves sobre Mujer* (1995), se profundiza en distintos conceptos relacionados con el feminismo (patriarcado, género, diferencia, igualdad...).

⁶Véase por ejemplo Uriarte (1997).

⁷Un ejemplo de definición de género puede ser la formulada por Lourdes Benería que sirve, con ligeras modificaciones, para todo tipo de sociedades: "El conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla a distintos niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor" (1987:46; recogido en Maquieira, 1998).

⁸Este proceso de naturalización aplicado a diferentes grupos sociales es analizado por la antropóloga Verena Stolcke en su artículo "¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?" (1992).

⁹Algunas referencias de interés en este sentido son: Gómez; Perdomo (1993); Herdt (1996); Laqueur (1994); Nieto (1998); Ortiz (1993), Peyre; Wiels; Fonton (1991).

¹⁰Entre otros: no identificación todavía del factor de diferenciación sexual en el proceso de gestación; número significativo de personas con fenotipos masculinos o femeninos bien definidos que tienen intersexualidad cromosómica; gran variabilidad en las cantidades de hormonas consideradas como masculinas o femeninas dentro de los colectivos de hombres y de mujeres.

¹¹Véase también Herd (1996).

¹²Véase Nieto (1998).

¹³Recogido en Esteban y Díez (1999:12).

¹⁴Este modelo de análisis de las relaciones de género ha sido utilizado con algunas modificaciones por un equipo dirigido por la antropóloga Teresa del Valle, en el que se incluye la autora de este artículo, en la realización de una investigación I+D titulada "Modelos emergentes en los sistemas y relaciones de género: nuevas socializaciones y políticas de implementación" (MEC 115.230. IMO 1/96), que está actualmente en fase de publicación. Véase Del Valle et. al. (1999).

¹⁵Según este autor, "en los procesos de género, la vida cotidiana está organizada en torno al escenario reproductivo, definido por las estructuras corporales y por los procesos de reproducción humana. Este escenario incluye el despertar sexual y la re-

lación sexual, el parto y el cuidado del niño, las diferencias y similitudes sexuales corporales" (1997:35)

¹⁶ Con el término "privilegios" me refiero, por ejemplo, a que algunas mujeres han podido acceder en distintos momentos de la historia al mundo de la política, del trabajo o de la cultura por su estatus social y familiar. Por otra parte, mujeres de clase media o alta han podido 'disfrutar' de periodos de descanso en ciertos momentos del ciclo reproductivo (después del parto, o coincidiendo con la regla).

¹⁷ Como Pierre Bourdieu, Robert Connell, Anthony Giddens, Bryan Turner.

¹⁸ Margaret Lock recoge algunas investigaciones que abordan la expresión de la disidencia desde diferentes manifestaciones y rituales ligados al cuerpo (1993:140-141).

Por mi parte, he analizado algunas experiencias relativas a la imagen corporal, un campo especialmente caracterizado por la lectura victimista de las conductas de las mujeres. Una aproximación más compleja a las prácticas de cuidado del cuerpo permite comprobar que las mujeres están influidas por los modelos que les llegan por diversas vías (medios de comunicación, ámbito médico, mundo de la moda...), pero que dichas prácticas son parte de la gestión de sus proyectos, en los que muchas veces está presente el conflicto y la contradicción. Véanse Esteban (1997/98;2000).

¹⁹ En antropología de la salud, por ejemplo, bastantes autores se inspiran en sus estudios en reelaboraciones de esta teoría de Gramsci. También antropólogos feministas, como Connell (1997) o Dolores Juliano (1986;1992), se han basado en dicha teoría para analizar la interacción entre distintos tipos de masculinidades, el primero, o aspectos diferentes de las 'subculturas femeninas', la segunda.

Una explicación acerca de esta teoría puede encontrarse en el capítulo de marco teórico de la investigación dirigida por Teresa del Valle (1999).

²⁰ Una relación bibliográfica bastante extensa puede encontrarse en VV.AA. (1992) y Esteban (1996).

²¹ En el *Diccionario de uso del español* de María Moliner aparece la siguiente definición de sesgo: "Orientación o rumbo que toma un asunto".

²² Véase "Glosario de términos" incluido en Comelles y Martínez (1993).

²³ Otra aportación también importante de la antropología son las investigaciones sobre salud y género que se llevan a cabo desde dicho ámbito, donde una autora de referencia obligada es Emily Martin; véanse por ejemplo (1987;1991).

²⁴ Un análisis de este proceso de medicalización puede encontrarse también en Foucault (1990).

²⁵ Véanse Franklin (1997) y Stolcke (1998).

²⁶ Un análisis de las lecturas generales y feministas acerca del cuerpo y la salud de hombres y mujeres como radicalmente distintos puede encontrarse en Esteban (1996).

²⁷ Una panorámica general de las diferencias de salud entre hombres y mujeres puede encontrarse en Valls-Llobet (1997). Muchos de los materiales presentados en los diferentes simposios internacionales sobre "Mujer, salud y calidad de vida", organizados por el CAPS-Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris de Barcelona, son también una referencia obligada.

²⁸ Una revisión crítica de algunos resultados diferenciados para hombres y mujeres puede obtenerse en Esteban (1999).

²⁹ Un ejemplo ya paradigmático de estas similitudes son los problemas cardíacos, donde un a priori generalizado entre los profesionales sanitarios acerca de que las mujeres no sufren de infartos en la misma proporción que los hombres, ha llevado al sistema asistencial a diagnosticar de diferente manera los mismos síntomas, y a establecer distintos protocolos de seguimiento para unos y otras, hecho denunciado por las cardiólogas feministas norteamericanas (Valls, 1991; Esteban, 1996).

³⁰ Estoy refiriéndome a una tendencia y una actitud generalizadas que nos afecta a todas, no a que no haya estudios que aborden la variabilidad del colectivo femenino. Existen trabajos, como la publicación *La Mujer y la Salud en España. Informe básico*

(4 volúmenes), coordinada por Mercedes de Onís y José Villar (1992), que analizan específicamente las diferencias por edad, clase social, formación educativa, etc.

³¹ Interclasismo en cuanto que se hacen universales aspectos de la salud de las mujeres que suelen pertenecer a un colectivo concreto: las mujeres blancas occidentales de clase media.

³² Sobre algunos problemas específicos de las mujeres de mediana y avanzada edad, puede consultarse el informe *Mujeres en Europa. Hacia una vejez saludable*, publicado por el Instituto Europeo para la Salud de la Mujer en 1996.

³³ Algunas referencias sobre las diferencias entre niños y niñas pueden encontrarse en Allué (1999).

³⁴ Para una crítica del planteamiento hegemónico actual de la menopausia, véanse Esteban (1999) y Rueda (1993,1997). Asimismo, pueden consultarse Van Hall, Verdel y Van der Velden (1992,1994).

Por otra parte, una relación de aproximaciones a la menopausia desde la antropología y ciencias sociales, que no suelen ser muy mayoritarias y suelen proporcionar resultados muy interesantes, puede obtenerse en Hunt (1996); véase también Lock (1982;1986).

³⁵ Un acercamiento antropológico al tema de la redefinición de los ciclos de vida en relación a las mujeres puede encontrarse en Bodoque (1999).

³⁶ Cuando se habla de madurez en los hombres se subrayan otras cuestiones, como atracción sexual o madurez profesional o política.

³⁷ Aunque estoy insistiendo en la crítica de esta "medicalización" de la edad madura, subrayando los riesgos que le veo, considero que algunos materiales diseñados dentro de programas de educación para la salud para mujeres adultas, tienen aspectos muy positivos y sugerentes. En este sentido, una guía muy completa es la publicada en Navarra desde el Instituto de Salud Pública. Véase Pérez Jarauta y Etxauri Ozkoide (1996).

³⁸ Véase, por ejemplo, el Informe sobre la Salud y la Mujer en la Comunidad de Madrid (1996).

³⁹ Una descripción y cuantificación muy completas de los cuidados 'invisibles' de la enfermedad puede encontrarse en Durán (1999).

⁴⁰ Un ejemplo de esto es la 'Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras' del Partido Popular. Desde la misma se pretenden regular cuestiones relativas a la maternidad, pero también respecto a la atención de enfermedades crónicas e incapacitantes.

⁴¹ Véase AMB-BEA (1994)

Antropo-lógicas de la Medicina Familiar y Comunitaria

José M^a Uribe

Area de Antropología Social.
Universidad Pública de Navarra

RESUMEN

La introducción de la asistencia primaria de salud supone un cambio antropológico en el antiguo discurso médico-enfermo.

La enfermedad es definida en el nuevo enfoque como la gestión de determinadas situaciones de normalidad científica (para el médico en la enfermedad-queja aducida por el usuario) y de respuesta por parte de los usuarios (en la enfermedad diagnosticada por el médico). Así lo que el centro de salud propone es una orientación en la "conducta de enfermedad" sobre la que se impone una conducta de curar o lo que es lo mismo "enfermedades que entiende, colectivas, científicas frente a enfermedades que atiende, individuales, subjetivas, funcionales.

El médico de familia engloba así el discurso médico y el discurso del enfermo en un concepto de salud global sustituyendo el modelo medicalista de enfermar por el modelo sanitario de salud, abandonando la dicotomía organismo natural frente a pensamiento cultural.

Palabras clave: *Discurso médico-enfermo; patrones culturales; conductas de enfermedad, de curar; modelo de salud.*

ABSTRACT

The introduction of primary health care involves an anthropological change to the traditional doctor-patient discourse. Both systems embody specific cultural patterns. The GP unifies these patterns into a single global health concept, thereby casting aside the dichotomy of the natural organism versus cultural thought - the organism can be moulded and altered by society.

Health Centres propose an orientation towards "illness conduct" to which "curing conduct" is applied after the doctor has developed a taxonomy or illness rating. Thus the idea of illness (much of which is due to social influence) is envisaged differently by the health centre and by its patients. In other words, there are illnesses which are "tended" (individual, subjective and functional ones, for example) and illnesses which are "comprehended", such as collective and scientific ones.

Illness, therefore, is simply the management of specific, scientifically normal situations or a logical response on the part of patients (normal for the doctor when dealing with the illness put forward by the patient and normal for the patient when dealing with the doctor's diagnosis). Such situations can be regarded as expressions of health, providing the right scientific balance between the person, the group and the environment, all made to fit the patient.

In this way the GP absorbs the substitution of the doctor-treating-illness model in favour of the health model.

Key words: *doctor-patient discourse; cultural patterns; illness conduct; curing conduct , health model.*

Uno de los efectos de mayor visibilidad de la reforma sanitaria que se inicia a partir del año 1986 en el Estado Español ha sido la fragmentación del difuso marco ambulatorio de la asistencia sanitaria en una nítida división de la atención primaria en diferentes tiempos y espacios de consulta.

Frente al clásico "coloquio singular" entre médico y enfermo la Atención Primaria de Salud construye una "plural tipología" de consultas y, concomitantemente, hace emerger un abanico de "enfermos" anteriormente no visibles.

La consulta ambulatoria deja su lugar a cinco subtipos¹: a) la consulta a demanda es aquella que es espontáneamente solicitada por el usuario; b) la consulta citada aparece desde el momento en que es el médico quien por alguna razón, estima necesario establecer una cita posterior con el usuario; c) la consulta programada es propuesta por el médico en base a la detección, control y seguimiento de enfermedades crónicas de gran prevalencia e incidencia que conforman el Programa del adulto -en el centro estudiado eran la hipertensión arterial esencial, la diabetes no insulino dependiente y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas-; d) el aviso domiciliario es la petición de consulta a domicilio por parte del usuario ante la indisposición para acudir al Centro; e) las visitas a terminales son consultas provocadas por problemas derivados del padecimiento en el domicilio de las últimas fases de un proceso cancerosos. *Enfermo a demanda, citado, programado, avisos y terminal* además de etiquetar a los usuarios de las consultas se erigen como constructos de organización, diagnóstico y tratamiento tanto asistencial como docente, marcando estrategias y orientaciones técnicas y expresivas a seguir por usuarios y sanitarios. Suponen, en consecuencia, lógicas culturales para ambos: antropo-lógicas

ENFERMEDAD Y SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

"La medicina tiene dos cosas ¿no?: que una es lo objetivo y otra es lo subjetivo. ¿Qué es lo objetivo? Lo objetivo es pues demostrar que una persona tiene un colesterol alto. O sea, una analítica alterada o que tiene una radiografía en la que aparece algo. Eso es lo objetivo, eso es lo técnico, lo científico. Lo que no es objetivo, ni técnico, ni científico es el aspecto psicológico; como no es medible, ni Dios se mete a medirlo, ni a valorarlo. Y a mí me parece que medir y valorar la felicidad de la gente, me parece que es, entra dentro del campo de la salud" (VIII)².

Teniendo en cuenta las líneas anteriores, vemos cómo cada tipo de consulta del Centro de Salud se corresponde con un tipo de usuario específico; estos usuarios son calificados por los miembros del Equipo de Atención Primaria como "enfermos". Si se intenta perfilar cuáles son los rasgos identificativos que permiten designar como "enfermos" a los individuos que se tratan en las distintas consultas, no parece haber un criterio uniforme y homogéneo. En resumen, ¿qué es lo que hace que a todos se les considere enfermos?

El discurso médico de Atención Primaria se encuentra ante el discurso lego sobre la enfermedad y aplica una traducción sobre las situaciones de los usuarios que hace que lo patológico para el usuario -dolores, malestar, accidentes- se tome como normal para el médico, y así se lo transmita. Mientras, -y esto es lo más destacable- lo normal para el usuario -no presentación de síntomas, no existencia de incapacidades- se vuelve patológico desde la constatación médica del desenvolvimiento de una enfermedad a nivel bio-fisiológico. De esta forma, el médico convierte lo "autonormal"³ del discurso lego en "heteropatológico" y lo "autopatológico" del lego en "heteronormal". O, teniendo en cuenta el

punto de vista del profesional de la salud, **lo autonormal de la Atención Primaria resulta heteropatológico para el usuario y lo atopatológico en el Equipo de Atención Primaria heteronormal para el usuario.**

Este paso de lo normal a lo patológico, para el médico, sigue un proceso de conjunción de elementos informativos -síntomas validados, signos constatados, relato por el individuo de otros episodios similares anteriores, antecedentes familiares- que de ser un caudal cuantitativamente más o menos amplio, se transforma en una variación cualitativa de normal a patológico al otorgar un nuevo significado a una determinada conjunción clínica. Así, por ejemplo, un usuario con quejas diversas sobre dolores o molestias en diferentes visitas, se torna en un hipertenso en el momento en que todo ello adquiere un sentido a partir de unas específicas cifras de tensión arterial recabadas y calibradas desde el criterio médico. Por consiguiente, esa normalidad del médico de familia, aunque en principio basada en argumentos estadísticos, su incidencia y prevalencia en el medio social se transforma en una normatividad del discurso médico⁴, o sea en la capacidad de instaurar nuevas normalidades. Si la idea de lo normativo, lo capaz de imponer normas, tiene su límite en las posibilidades de la biología como era en G. Canguilhem (1986), en este caso, y por el escaso riesgo biológico que las patologías de Atención Primaria suponen, la normatividad es una **normatividad cultural**: la capacidad de imponer nuevos modelos de normalidad culturalmente admisibles.⁵ Igual que no resulta impensable que a alguien se le califique de diabético al instaurar nuevos criterios diagnósticos para ello, sí que resulta inadecuado que a alguien, en este medio sociocultural en que se inscribe el médico de familia, se le responda a sus dolores generalizados con que alguien le ha "robado el alma". Ambas alternativas supondrían transformar lo autonormal del profano

en heteropatológico, pero la segunda opción no está contemplada en su medio cultural y resulta no sólo incomprensible respecto a su significación científica sino también impensable por contrariar los valores culturales dominantes. El resultado es la irrupción de una **nueva normalidad**, la mayoría de las demandas que llegan al Centro, y sobre todo una **nueva anormalidad**, las enfermedades que no presentan dolencia, las enfermedades de los programas.

Esta anormalidad instaurada por la Atención Primaria, este nuevo tipo de enfermedad, no puede atribuirse a la manifestación de la yatrogenia médica en cuanto no es un efecto secundario de una actuación exclusivamente técnica del médico, aunque cabe catalogarla como yatrogenia cultural y social,⁶ puesto que como categoría de enfermedad -la enfermedad de Atención Primaria-, resulta de la aplicación de un modelo cultural de salud -el de la OMS- y de un modelo social de profesional de la medicina. El médico de familia refuerza la ideología médica profesional de existencia de enfermedades sólo tratables por él, al encontrar enfermedad donde no existía en su traducción social.

Es un movimiento más en un proceso de medicalización de la sociedad que ha ido desplegándose a partir de la concesión del monopolio del curar al profesional de la medicina; al igual que la locura, el embarazo o las relaciones sexuales han ido convirtiéndose en problemas de sanidad (De Miguel, 1979; Foucault, 1985b, 1987)⁷, otros hábitos sociales van englobándose en las áreas de preeminencia médica. A la medicalización más clásica y manifiesta del fármaco, "todo se cura con fármacos", sucede una medicalización más sibilina y por ello más difícil de advertir y, en ese sentido, más impositiva. Es cambiar el estatus de ciertas prácticas, que quedan desgajadas de los modelos culturales

de donde surgen, para ser controladas y reguladas por un grupo de expertos de acuerdo a unos criterios que se acreditan como científicos: la alimentación, el ocio y las tradiciones pasan a ser reguladas ya no por el grupo social sino por unos especialistas.

Se desprende de todo esto que el sujeto incorporado en estos programas del Centro de Salud no es fácilmente categorizable como enfermo, pero tampoco como sano. No está considerado como sano, pues tras un diagnóstico médico se le impone un tratamiento que debe seguir de por vida y en el que se han limitado una serie de potencialidades tanto respecto a la toma de decisiones como al ejercicio de determinadas actuaciones. No es considerado como enfermo, ya que en la mayoría de los casos sigue realizando las mismas tareas que antes de su redefinición médica, sin ninguno de los derechos o exenciones propias del socialmente categorizado como enfermo. Lo que se le ha comunicado es que su forma de vida es **enfermante**; aquellas situaciones, actuaciones, imágenes, modos, maneras, pautas de decisión y comportamiento que siente como suyas, que ha ido aprehendiendo y decantando a través de su socialización y enculturación, resultan ahora nocivas. Las maneras de comer y beber, los usos que hace de su tiempo libre, la forma de relacionarse con sus pares, la relación con su cuerpo, e incluso las vías que diseña y utiliza para marcar determinadas celebraciones e hitos vitales le son desaconsejadas. En resumen, si vive como acostumbra agravará su enfermedad, si no quiere que tal empeoramiento se produzca debe renunciar, en parte, al mundo que ha ido construyendo, personalizando y asumiendo.

Las raíces de este enfoque sobre la salud y la enfermedad se encontrarán en la **nueva mirada** que aplica el médico de familia. Al proponer un concepto de salud global, holístico, se propone un modo de vida óptimo y

deseable que conlleva redefinir en forma particular cada uno de los detalles que coadyuvan o provocan las "nuevas enfermedades declaradas por la ciencia"⁸. Y en ese detallismo, toma un lugar principal la remodelación, en segmentos aislados, del modelo cultural, que hace inapropiada toda la globalidad misma. En palabras de P. Bartoli, "justo en el momento en el que la medicina se ocupa de la salud es cuando esa misma pretende ocuparse de todo; el esquema de razonamiento es muy sencillo y se podría expresar con la forma de un silogismo: la medicina se ocupa de la salud, la salud depende de todo un conjunto de factores sociales y culturales, la medicina se ocupa de este conjunto" (Com. Pers.).

Ahora bien, si desde la salud holística las producciones culturales "enferman", no es menos cierto que la enfermedad alcanza su plena definición sólo desde la cultura.⁹ Glándulas y visceras, arterias, venas y capilares, secreciones del organismo y sus mecanismos de regulación y control, no disponen de un funcionamiento autónomo, ajeno al medio cultural del individuo. El organismo no resultará amenazado por el medio creado por el hombre, sino que ese medio le impone una nueva organización y regulación. "El hipertenso", "el diabético" y "el bronquítico" asumen e introducen la enfermedad en su vida: la vida habrá provocado la enfermedad, pero ésta será de ahora en adelante su forma de vida. El organismo, "aquello que es pero que no se ve, aquello que sólo es cuando se ve" (Foucault, 1980), es recreado por la cultura. Esta constatación frente a una supuesta dicotomización exterior/interior, natural/social, intenta recuperar el "cuerpo desconocido" en la unidad global que es la persona. Lo orgánico, en su estructura y su funcionamiento, se contemplaba como una imposición dada a la creatividad del sujeto; el organismo se debía tratar de mantener tan sólo como almacén que posibilita el des-

arrollo del ser inteligente, del logos, de la razón. Frente al énfasis en separarse de los condicionamientos que este organismo podía imponer, ahora se destaca que ese propio organismo es modelado y alterado por la vida social. Ahora se va a tener en cuenta la incidencia que lo humano tiene en el cuerpo; lo humano no se limita al raciocinio, sino que incorpora las actividades y funciones orgánicas para plantear de una manera más radical lo específicamente cultural del *todo* que es la persona. Se abandona, por consiguiente, la dicotomía organismo natural *versus* pensamiento cultural: el organismo se encultura.

¿CENTRO DE SALUD O CENTRO DE ENFERMEDAD?

Entonces, ¿qué lugar concede el Centro de Salud a la enfermedad? Antes que nada señalaré que la dificultad en definir la enfermedad no se elimina apelando al cómo de la práctica médica y pasando por alto el qué -el objeto- de su actividad. Tampoco se soluciona esta dificultad de definición en sus competencias afirmando únicamente que el médico de familia, y por extensión esta institución sanitaria, no se ocupa de enfermedades sino de "otra cosa" u otras "necesidades sanitarias". Esto se debe a que el médico se sigue definiendo por la curación de enfermedades.¹⁰ No pudiendo descifrar el texto, habremos de tener en cuenta el contexto en que se inscribe para indirectamente acercarnos más al primero; contexto, en este caso, sólo institucional y no global.¹¹

Parece, por lo dicho en páginas precedentes, que el resultado del modelo de Atención Primaria va a centrarse, a pesar del discurso manifiesto sobre la salud, en un discurso sobre enfermedad. La enfermedad es construida conformándose con dos características básicas: la enfermedad de Atención Primaria no es igual a ninguna de la "otras" enferme-

dades (no es hospitalocéntrica, ni técnicamente hipersofisticada, y, según los médicos de familia, introduce a la persona en el proceso de atención), y además el efecto del *bricolage* de Atención Primaria será una suerte de holografía de la enfermedad/salud que variará según el lugar que ocupemos para contemplarla. En función de quién sea el interlocutor al que explicarla, e incluso, y sobre todo, el usuario en el que detectarla o descartarla, el médico de familia enfatizará un criterio u otro, una gravedad u otra y una pertinencia u otra para su intervención o su apropiación como materia de Atención Primaria de Salud.

No obstante lo dicho, sin poder definir qué es, sí podemos observar el papel que juega para el médico la enfermedad del Centro de Salud. Lo que el Centro de Salud discute, construye y fomenta es, en principio, una orientación en la conducta de enfermar. Desde una base interpretativa de situaciones de salud/enfermedad, el médico jerarquiza no constataciones empíricas y vivencias transmitidas sino la adecuación de su intervención sobre tales fenómenos. Esto supone una reordenación y adjudicación de comportamientos y relevancias de elementos dependiendo de la actuación médica. Digamos que es "la función" -el papel del médico de familia- la que está haciendo "el órgano" -el objeto de su trabajo. En consecuencia, la conducta de enfermar que se conformaba como el elemento director de la crítica médica al usuario, no es más que la imposición de una "conducta del curar". Así, y más allá de que el médico desarrolle cierta taxonomía clasificatoria de enfermedades, la base de tal organización de situaciones se encuentra en su manera de actuar, en sus estrategias de trabajo; de tal forma que habrá síntomas y/o signos que no le permitan desarrollar sus habilidades y que deje relegados a la categoría de enfermedades banales u "otras cosas" ("funcionales", ciertos "cita-

dos"). Y habrá también conjuntos semiológicos que se presten a esa manera de trabajo, que se conviertan en ejes de su labor médica, "enfermedades propias de Atención Primaria" (las crónicas del programa). Veamos cómo permea este modelo del curar en la labor del médico del Equipo de Atención Primaria.

El médico de familia afirma que se ha producido una variación en los hábitos de enfermar. Este médico no es comparable a otros porque su misma materia de actuación, más allá de su disección en especialidades, ha variado a lo largo de la historia, en tanto han cambiado las facilidades de acceso y con ello, según él, los criterios de su recurso y utilización.

"(...) quiero decir que, antes, una persona solamente venía al médico cuando estaba enferma, ahora ya más a menudo la gente a partir de los 50 años viene a tomarse la tensión. Igual pues eso, un día que tienen libre, porque no les ha tomo la tensión en 5 años y por si acaso. Y porque han oído que la tensión pues no duele" (III)

De forma general, la enfermedad "antes" era algo admitido por las personas, mientras que actualmente tiende en principio a ser negada, "ahora no se soporta"; se convierte en un obstáculo más para el desarrollo del individuo.

"(...) que hay un cambio en la imagen corporal y que uno, bueno, pues considera enfermedad cantidad de cosas. Que tú antes tienes, tenías un grano, por lo menos dejabas un margen para que se cure, tenías un catarro y dejabas un margen para que se cure. Hoy en día no te admities ni tener un grano, porque es absolutamente insoportable y "me afea el rostro, y me da tres días insoportables". Y tener un catarro pues tampoco, "porque tengo que ir, porque yo tengo que

seguir trabajando" y no sé qué y tal, y "cómo voy a andar con una gripe y meterme tres días en la cama si no puedo faltar a mi trabajo". Y yo creo que sí, que hay, un pensar que la medicina está para que tú hagas la vida que te apetezca" (III)

Este cambio va a implicar que muchas de las demandas que se realicen en términos de enfermedad, no lo sean para el médico -no todo lo que incomoda debe ser enfermedad- y que además, desde el punto de vista del profesional, no deberían constituirse como tales para el usuario. Éste debería adaptarse a ellas y no acudir al médico.

"Yo creo que la enfermedad bueno, pues simplemente es un suceso más en la vida del individuo. Hay veces que puedes incidir para que no se produzca y otras veces que no puedes incidir. Entonces lo que pasa es que tú ante una determinada enfermedad tienes que ver; bueno, pues, las causas, las posibilidades de recuperación, cómo organizarlo y adaptarte a esa nueva situación. Es como cuando tú estás embarazao, te tienes que adaptar durante X meses a una serie de cuidados y de controles para llegar a un fin, pues con una enfermedad tú te tienes que adaptar durante una temporada a realizar una serie de cosas para conseguir la curación. Y si además de eso tienes que cambiar de hábitos para evitar que se produzcan, pues también (...). En nuestra sociedad toleramos mal la enfermedad. Antes, pues, en todas las casas era habitual pues que igual uno estuviera enfermo, todo el mundo se dedicaba a cuidarlo, no sé qué, y la enfermedad, hombre, se veía mejor ¿no? Ahora resulta que nos hemos montao todos una vida muy complicada y si hay un enfermo pues muchas veces no hay nadie en casa que le pueda cuidar. Entonces, la enfermedad se tolera muy mal. O sea, se tolera muy mal las gripes, se tolera muy mal los catarros, son enfermedades banales. ¿Por qué?, pues porque el individuo considera que él no

puede perder unos días por una enfermedad"
(III)

Desde el reconocimiento de que es una variación en el contexto social lo que eleva algo a la categoría de merecedor de consulta médica -la distorsión que origina el enfermo en la dinámica del grupo doméstico-, el médico postula que también ha habido un cambio en el contexto de la organización de la asistencia -el modelo ambulatorio no vale-, que hace que lo primero ya no debe ser objeto de su trabajo. Se afirma la legitimidad de reconvenir a los sujetos sobre sus propias sensaciones o síntomas. Así pues el primer paso, y de ahí el énfasis en la educación para la salud, es suscitar una conciencia de enfermedad. Ahora bien, de la enfermedad tal como es definida por la ciencia médica; y ni tan siquiera por ésta en forma global sino por la concepciones médicas de Atención Primaria de Salud.

"O sea, la enfermedad requiere la conciencia de enfermedad. Es decir que la gente que aun estándolo no se sienta enferma es, en cierto modo, es sana" (VIII)

Pero es que además, si se caracteriza como algo negativo -rayano con la fácil voluntad variable de las personas que ya no son capaces de aguantar ciertas enfermedades- el que los usuarios hayan cambiado en su percepción y catalogación de lo que es la enfermedad¹², también el médico está variando los hábitos de lo que es enfermar. Tomemos como ejemplo más representativo y recalcitrante para los médicos muchos de los casos de "demanda". En concreto los usuarios calificados de "funcionales". Los médicos hablan de "funcionales" para referirse genéricamente, más allá de las caracterizaciones que se han enumerado, a personas que presentan solicitudes de atención que para el médico no están motivadas desde la interrelación de signos y síntomas que él interpreta.

Además, el médico a través de la educación para la salud trata de convencer al sujeto de que tampoco eso debe ser enfermedad para él. Esto es, aquello que el usuario cataloga como enfermedad, como alteración, no lo debe ser por más tiempo; o, lo que es lo mismo, le advierte que "eso" no está previsto por la asistencia como materia médica.

"Quiero decir, que al principio venían porque tenían la nariz tapada, cuando se dan cuenta que tener la nariz tapada aquí no tiene ninguna solución, que les vas a explicar que si el catarro, viriasis, tal, tal, agua con sal. Pues entonces quiero decir que la gente sí se va acostumbrando, y va viendo para que tiene que venir, que igual no venía antes, pues a una serie de controles que antes no se hacían, o, y que bueno, pues que no lo entiende muy bien y que lo va entendiendo y luego va viendo que cosas se tienen que tratar ellos" (III)¹³

Si por una parte el médico niega o invalida ciertas solicitudes y demandas del usuario, a la vez y en un mismo movimiento despliega un esquema deseado y deseable para ambos de lo que debe constituirse como enfermedad. De forma más gráfica, siguiendo la visión de dos médicos, se puede contraponer la supuesta disparidad e inadecuación de motivos de consulta de los usuarios, y la necesaria regulación de actividades de la labor médica. El primer texto, haciendo un balance sobre las situaciones que encubre la consulta a demanda, deja entrever la poca relevancia médica de las solicitudes de los usuarios. Por otra parte, el segundo testimonio cómo se enseña a los usuarios la existencia de unos supuestos básicos de organización y gestión desde los que actúa el Equipo de Atención Primaria.

"Pues de un promedio así diario de unos 30 que puede haber, de esos treinta que necesitan tres el, al especialista, es pues menos

del, el 10%; vamos o por ahí o menos. Y el resto se pueden solucionar aquí. Luego, dentro de ese resto hay ¡uff!, digamos casi, casi la mitad de unas anginas, que tienen una pulmonía o que tienen una cosa, un flemón. O sea, algo visible, que se coge. Y luego hay otro 50% que son personas que tienen otro, otros tipos de problemas, problemas de relación en general y que, y que enmascaran con problemas físicos o que van unidos unos con los otros" (II)

"(...) estos medios tenemos, esto vamos a hacer y esto es lo que tienes que hacer tú con tu enfermedad, en caso de que te pase" (III)

Si adoptamos esta línea de contraposición, peticionario de servicios/gestor de servicios, lego/profesional, usuario/médico, fuera/dentro, podemos oponer las enfermedades para los usuarios y las enfermedades para los médicos del Centro de Salud. Así, retomando la caracterización de la consulta a demanda, consultas generadas desde fuera de la institución, se esboza una jerarquización de dedicación e importancia de enfermedades. Indirectamente se está contrastando las vivencias de enfermedades de los usuarios con las interpretaciones científicas que desarrollan los médicos a través de las consultas programadas; aquéllas en las que ellos tienen que mostrar a la persona la idea de existencia de enfermedad. Para los médicos es posible al menos esa primera gran división en enfermedades. Pero a su vez, la distinción en su causación -accidente y/o relaciones personales frente a constatación de un proceso morboso tipificado como "enfermedad"- se recubre de valoraciones culturales.

En primer lugar, la enfermedad para el usuario. En determinados casos ésta se contempla por el médico como un recurso frente al aislamiento (que le hagan caso, que le presten atención). Y además, ante esa situación la enfermedad puede convertirse y ma-

tizarse en y como otra expresión de uno; como una expresión a veces no deseada o como una expresión que mejora la autoimagen del usuario. En cualquier caso, ambas son resultados de fracasos del usuario, del individuo: digamos que no sabe responder a una serie de circunstancias que le superan. Por otra parte, la enfermedad para el médico, en la que él se centra, la que incluso sólo él "ve", los enfermos crónicos, son producto de influencias sociales, de estilos de vida nocivos, de tradiciones (siempre la tradición para el médico está ligada a lo ilógico, a la no reflexión, a la costumbre como inercia en las prácticas de salud).¹⁴ Son, entonces, fruto de la enculturación en un grupo y en ese sentido relativamente imputables al usuario, puesto que él ha estado de acuerdo no sabemos si culturalmente -si comparte sus porqués-, pero al menos sí socialmente -ha respetado los cómo. Contempladas, por tanto, por los miembros del Equipo de Atención Primaria como enfermedades voluntariamente asumidas, mientras las primeras eran voluntariamente generadas. Las primeras son un fracaso, las segundas un éxito. Al menos respecto al consenso social.¹⁵

Teniendo en cuenta lo anterior, no extrañará que para el médico se pueda distinguir, a través de su práctica, entre **enfermedades que "atiende" y enfermedades que "entiende"**. Las primeras, las de demanda, básicamente, son producciones del sujeto que el médico trata de reconstruir para poder comprenderlas científicamente. Las segundas, las enfermedades crónicas que él "descubre", son resultado de procesos globales que cristalizan en individuos. La enfermedad se puede entender inscrita tanto individual como colectivamente; y el paso siguiente será reconocerla, tratando primero de descubrir qué es individual -casi sinónimo de no enfermedad, esto es, de "otra cosa"- o si es un resultado colectivo -enfermedad tratable específica de la Atención Primaria. En uno u

otro caso, el médico ha de colocarse como figura que recree la identidad del individuo. En el primero, para convencerle de que ese rol ya no es válido; lo presentado, o sólo ello, no es materia médica, puede que lo fuera con otros médicos, en otro tiempo, pero ya no. En el segundo, para darle las líneas maestras de su nuevo papel de enfermo, que no es un mero adjetivo neutralizador de obligaciones sino que le impone realizar una serie de cuidados y controles.¹⁶

¿Por qué hablar de reconstruir identidades? Básicamente, porque la teoría que descansa tras la visión del médico sobre la problemática del enfermo de Atención Primaria es que la enfermedad es una pérdida de identidad cultural. En un caso, esa pérdida ha provocado la vivencia de enfermedad del usuario. En otro, el diagnóstico médico pide al sujeto una nueva identidad. Dicho de otra manera, la enfermedad va siempre unida a una identidad cultural que en un momento determinado ya no vale para las exigencias de la vida cotidiana.

"Cuanto menos cultura propia, más enferma la gente" (II).

Ahora bien, ¿de qué cultura se está hablando? El referente directo, dado que el Centro estudiado se sitúa en una población con rasgos netamente urbanos, es la cultura rural¹⁷ tanto en sus dimensiones demográficas como en sus características económico productivas; o al menos una determinada idealización de la cultura rural. La antítesis que se plantea en relación a esa pérdida o carencia de identidad cultural se podría condensar de la siguiente manera: en el medio rural la enfermedad se acepta como una situación natural, frente al medio urbano en el que la enfermedad no es algo normal.

"Yo me imagino que la gente viene también, vienen más al médico, o vienen por

cosas que, que no tendría por qué venir más que antes quizá o que la gente aguanta, tolera mucho menos. Yo creo que ahí inciden muchas cosas, tolera peor la enfermedad, en general, la sociedad actual que hace 20 años, por ejemplo. La sociedad industrial, la de las ciudades tolera menos en general la enfermedad que, yo creo, que los rurales. El medio urbano tolera peor en general la enfermedad. Me imagino que será por cuestión de stress, de vida mucho más agitada y con menos valores o menos conexiones con el ambiente, con una situación menos estable en casa, te quiero decir. La gente de los pueblos es mucho más, yo no creo que sólo, que sea sufrida, sino que entiende la enfermedad como una situación mucho más natural que la de aquí. La urbana, es que hay cantidad de gente que la enfermedad es para ellos algo absolutamente anormal. No entienden la enfermedad como una situación de salud, es decir, bueno, simplemente es una situación normal: en tu vida hay periodos de salud, o de más salud que otra ¿no? Y cuando tienes menos salud estás un poco enfermito. Y la gente eso no lo tolera. Y no tolera el estar mal" (V)

Analizando en detalle lo que implica esta dicotomía del lugar de la enfermedad en los ámbitos rural-urbano, se pueden apreciar ciertos presupuestos velados. Las afirmaciones médicas son latentemente cuestionadas por sus ejemplos aclaratorios. Lo rural siempre tiende a teñirse de "natural".¹⁸ Se sigue que esta naturaleza se opone a la artificialidad, asumiéndose a su vez que la enfermedad como no esperado ni deseable no es parte de uno sino algo añadido. Por otro lado, lo urbano representa las manipulaciones o imposiciones de algo ajeno, artificial y que resulta por definición dañino. Al medio rural, además, se le asigna primero la imposibilidad, aunque fuera deseada, de una cobertura médica cercana y competente. Imposibilidad que obliga a conformarse con sufrir y calibrar de forma minuciosa qué es enfermedad

y qué es lo que supone, por todos los inconvenientes de movilización y gasto que van a implicar acercarse a la atención médica. Junto a esta visión podríamos oponer la del medio urbano, en la que parte de su caracterización pasa por el acceso y utilización de los recursos sanitarios, que obliga a no admitir o no asumir ninguna clase de malestar sin solicitud de ayuda al entramado institucional. A su vez, ese medio urbano genera más enfermedades como respuesta a la existencia de "menos valores y conexiones con el ambiente" (XI).¹⁹

"Porque en esta sociedad, hace unos años la gente era mucho más dura y aguantaba ciertas cosas y no se angustiaba, pues probablemente se angustie por otros motivos distintos a la enfermedad, ¿no? Vivimos en una sociedad mucho más stressante y mucho más aislada. La gente no entiende la enfermedad como una situación normal en la vida, por ejemplo, que todos en un momento determinao vamos a estar enfermos. Hay mucha gente, la gente en general, hay mucha gente que eso no lo entiende. Que para ellos el conocimiento de su cuerpo es estando sanos, son la gente sana, y no puede estar más que sana. La enfermedad es una cosa que debe ser inmediatamente solventada, no son capaces de tolerar la enfermedad aunque sea nimia y tonta" (V)

"La sociedad no genera felicidad sino todo lo contrario. Lo que está generando es que, que la competencia, el compre muchas cosas y eso. Y como eso no puedes conseguir, entonces está generando desastres en todas las esquinas. Todo el mundo está a disgusto" (II)

Desde estos argumentos, la conclusión del médico podría apuntar a que el proceso de evolución de la enfermedad no es más que una situación de salud; de salud mental, en tanto mecanismo de defensa psicológico. Sin embargo, no es éste el planteamiento sino el

contrario. Aprovechando la tendencia generalizada y copresente con el modelo de Atención Primaria a vincular médico con enfermedad, o su necesidad si se quiere, el médico de familia introduce otra categoría de enfermedad que ha construido desde y para su entorno de trabajo.

Cabe destacarse que para los médicos estas enfermedades tratadas en Atención Primaria y surgidas del "modo de vida" son una respuesta del "desviado". Esta desviación se contempla tanto para la persona no competitiva, como para el individuo que pierde su identidad, o para aquél que se percata que cada vez más detenta valores menos compartidos. Se iguala, a cierto nivel, "falta de cultura" con falta de conocimientos académicos; conocimientos que deberían permitir una mejor adaptación al medio y a los valores dominantes. Pero, la mayor información sobre la enfermedad genera "más miedo a la enfermedad" y aumenta "la sensibilidad al dolor, tiene menos resistencia a cualquier eventualidad". Se trasluce la idea de que la asociación con referentes médicos de "algo", lo transforma en enfermedad y, por tanto, fuerza la entrada de la figura del profesional médico, ya que es éste el que entiende de enfermedades.

"Ahora la mentalidad es como muy de cuidar todos el cuerpo y cosas de esas y entonces el que entiende de esas cosas del cuerpo es el médico y entonces cualquier chorradita, más allá, no es capaz nadie de curarse así mismo, ni de cuidarse"(II)

Así, para justificar su intervención, se publicitan situaciones del ámbito doméstico (el catarrillo, la mala gana, etc.)²⁰. Esta ingerencia de los parámetros médicos se inserta en un conjunto en el que ámbito doméstico y público no presentan la supuesta continuidad o cohesión del modelo que se presupone para el mundo rural.

Hemos visto que no es posible definir nítidamente la enfermedad, y al rastrear, no obstante, cuál es el lugar o papel de ella encontramos que la llamada **enfermedad** no es más que la **gestión** de determinadas situaciones de normalidad científica, o de respuesta lógica por parte de los usuarios -normalidad para el médico en la enfermedad aducida por el usuario y normalidad para el usuario en la enfermedad diagnosticada por el médico- entendidas como **manifestaciones de salud**.

EL RIESGO DE LA SALUD

Hay, por tanto, y constantemente, como referente un marco de lo que debe ser la salud. Para el Equipo de Atención Primaria esto se traduce cotidianamente en fijar cotas de salud a alcanzar en programas de intervención.

Si la salud, su gestión, es el referente a partir del cual se orientan las actividades del Equipo de Atención Primaria, hay que intentar descifrar qué es, cómo se define la salud en el llamado "Centro de Salud". El problema de definición que existía con la enfermedad se repite al referirse a la salud. No hay una definición de salud, sino en todo caso características que se le imputan a la salud. Y de hecho, tampoco se habla de una salud sino de una serie de **saludes**¹² -si es que vale la expresión-, delineadas como distintos niveles de salud.

Empezando por el final, acabamos de ver cómo buscando una definición de enfermedad hemos terminado constatando que ésta se comprende en términos de salud.²² La enfermedad que se trata en Atención Primaria no será más que una situación de salud, ya sea ésta de normalidad médica actual aunque apelada por el usuario, o de riesgo de enfermedad para el médico y normalidad para el usuario. Tal y como se apuntaba en otro lugar de este capítulo, la Atención Primaria más

que enfermedades, gestiona períodos de salud, o de "más o menos salud que otros". Parece lógico que si la inclasificabilidad o ambigüedad para tipificar la enfermedad en Atención Primaria es una constante, también esa condición equívoca se traslade a una posible definición de salud.

Podemos empezar a pensar que la salud es básicamente un equilibrio, más o menos estable, si bien caracterizado por su relatividad.

"El hombre tiene un equilibrio con la naturaleza, desde el punto de vista orgánico, psicológico, social, afectivo, lo que quieras. Eh, cuando el equilibrio es perfecto pues se supone que estas sano, cuando algo falla en esa especie de feedback o de vaivén pues se está (...); la enfermedad como en sí no existe, se está menos sano" (V)

Ese equilibrio remite en todo caso a la relación del individuo con la naturaleza. Teniendo en cuenta el contexto en que estamos, la naturaleza -siempre como algo exterior, aunque no necesariamente antagónico a la persona²³- se encultura. No en vano, no existe para el hombre más que cultura, y se traduce en casa, trabajo, ciudad, polución, obligaciones sociales, recursos económicos, etc. De mantener ese equilibrio, que suponemos debe ser captado e interiorizado por el individuo al menos como objetivo de la promoción, prevención y educación en salud, se ocupa el médico de familia. Y ahí entra la relatividad en la noción de equilibrio o ajuste del usuario frente a la del médico.

Ahora bien, su gestión de la salud para conseguir esa estabilidad relativa, presupone fijar el equilibrio adecuado científicamente -ciertos niveles de tensión arterial, enseñanza del manejo de los problemas afectivos, banalización de los accidentes anatómicos y de los procesos fisiológicos autolimitados- entre persona, grupo y medio, y hacer que el

usuario se apropie tal equilibrio. Pero a su vez, el médico de familia no puede presentarse como gestor de enfermedad. Y esto porque socialmente y como imagen generalizada la enfermedad está en la retirada de las actividades, en el cese del desempeño de roles sociales, en el hospital. En consecuencia, el médico de familia ha de presentarse como un gestor de salud.

Una conversación concreta con un médico revela nítidamente la estanqueidad que a veces se quiere pretender: se pasa por deslindar la enfermedad del modelo hospitalario - "el cáncer"- de la gestión de salud del médico de familia. Su función será minimizar y/o evitar aquellas alteraciones que surjan como secundarias a la evolución del cáncer. Así, este "terminal" podrá morirse "en perfecto estado de salud", desde el punto de vista de la salud que compete al Equipo de Atención Primaria.

Esta salud que gestiona el médico de familia no debe, por otra parte, confundirse con la salud programática de los políticos, ni tampoco con la salud de los técnicos. De este modo, el determinante fundamental de la salud, de la regulación de los niveles de salud en el día-a-día, es el carácter de asistencia "en la calle".²⁴ Frente a la salud de estos *bricoleurs* o de estos "operativos", en expresión suya, se enfrenta la salud de técnicos y políticos.

La salud del político, siendo positiva en cuanto a su discurso programático -afirmando que la salud debe ser un recurso intenta vanamente darle un contenido específico-, carece de realismo al no entrar en contacto con la asistencia cotidiana. La salud o el modelo de salud de los técnicos, surge o se rige por esquemas científicos derivados de su práctica de "laboratorio". Los técnicos-administrativos, que regulan, priorizan y prevén necesidades, deben basarse en su-

puestos -estadísticas, presupuestos económicos, estimaciones de variaciones en índices de prevalencia e incidencia, análisis prospectivos de morbilidad, etc.- que no pueden incluir las variaciones microsociales e incluso individuales de las prácticas reales. Los técnicos-especialistas hospitalarios reducen - para el médico de familia- la labor asistencial a niveles de patología y de afectación de los individuos que no son los de la Atención Primaria -mayor gravedad, necesidad de una compleja tecnología y, en bastantes ocasiones, escasamente significativos en la población- y además provocan un efecto "invernadero" sobre sus enfermos -el ingreso- que no puede ser guía para las consultas abiertas del Centro de Salud.

Diferenciando y reivindicando el modelo de salud de Atención Primaria como "distinto", se está reforzando la identidad propia del protagonista principal de esta salud: el médico de familia. Enlazando con el entramado jurídico que lo respalda, su salud es una salud como recurso; un recurso, en última instancia, utilizado o infrautilizado por el usuario. El médico de familia no se hace responsable de la salud sino de su gestión. Su objetivo es generar las condiciones o evitar los impedimentos para que un nivel o cota de salud -con la relatividad que hemos encontrado en su definición, aunque no en su mejora- se mantenga: "la salud no es una cosa médica" (VII). Su papel es de regulación de elementos ya dados y que el médico intenta enfatizar o eliminar. Existe un modelo de vida saludable dictado desde las instancias político-sanitarias (modelo de equilibrio global), y que se encarga regular y reconducir al médico. Este médico, en tanto que formado en el mundo de la ciencia físico-orgánica, hace de regulador de esa parcela biológica como prerrequisito para el equilibrio deseado. La supervisión del médico de familia se convierte necesariamente en una especialización: la interven-

ción sobre componentes orgánicos que imposibilitan o evitan la gestión de esa condición general física, proclamada como necesaria para la meta de la salud. Pero, puesto que el cuidado del organismo no está aislado de su entorno, el médico es arropado con trabajadores que deben facilitar la mediación entre organismo y exigencias e imposiciones de la cultura sobre él. Se pretende salvar la contradicción reducción/ampliación de actividades pertinentes al médico de familia colocando elementos mediadores que, parafraseando un símil del aprendizaje de un idioma, corrijan lo ya dicho -prevención-, enseñen a pronunciar lo conocido -promoción-, e instruyan en nuevos términos -la educación para la salud.

Si el intercambio con lo interior -el organismo- es tomado en consideración, también lo es el intercambio con el exterior -el entorno. En su empeño por "desmedicalizar" la salud, el médico de familia y comunidad apela a que ésta debe estar en la escuela y en los medios de comunicación como contexto que eduque en salud. El contexto debe favorecer y reforzar en lo posible sus actuaciones. Y vista la necesidad de actuar en esos medios, ya que estos no comparten el nuevo discurso de la salud de Atención Primaria, interviene indirectamente. Aquí, el papel del resto del Equipo de Atención Primaria va a traducirse, principalmente, en la subdelegación de la formación e información -paralelismo con escuela y medios de comunicación-, el recuerdo y el control que se efectúa en la labor de la enfermera.

El médico de familia, como figura laboral que surge en un marco sanitarista que pretende una vivencia de la salud como equilibrio holístico bio-psico-social, consigue ampliar la esfera de actuación medicalista al ganar el área de la supervisión de relaciones entre el contexto extra-institucional de las

prácticas y representaciones sobre salud-enfermedad, y el contexto institucional de provisión y reparación de la salud/enfermedad. Por ello, introduce una nueva dimensión global de la salud, en la que ésta se convierte en un "constante riesgo a enfermar" (VIII). Se produce una "ampliación de los cuidados de salud" (nuevos programas, mayor atención a nuevas patologías) que implica no tanto una intervención sobre lo existente como una gestión de lo "por venir", interpretado como generador de "riesgos de enfermar", señalando y omitiendo o debilitando aquello que puede ser visto como enfermante.

El médico de familia amortigua la sustitución de un **modelo medicalista de enfermedad** existente por un **modelo sanitarista de salud** pretendido. Siendo producto y productor de discursos y prácticas sobre salud y enfermedad, medicaliza ya cualquier ámbito de actividad cultural y social, y desmedicaliza -y desautoriza- los discursos de enfermedad que mantienen la autonomía de criterios formados por los usuarios y cuyo eje es la propia vivencia -las banalidades y los achaques cotidianos deben ser asumidos como normalidad.

Esta situación liminal entre dos modelos carga al médico de familia de unas disposiciones y recursos renovadores que le colocan más allá de la inmediatez supuesta del mundo lego y más acá del distanciamiento de la ingeniería técnico-médica del hospital. El que esa situación de la Atención Primaria sea punto de llegada o sea sólo un tránsito momentáneo a otra conformación -más sanitarista o más medicalista- es algo que dependerá de los resultados de su incardinación en los dos ámbitos de su práctica médica: los usuarios y las instituciones.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- Ackerknecht, E. H., 1985**, *Medicina y antropología social*, Madrid, Akal. (1942).
- Bartoli, P.**, "Educación y Salud", (*Comunicación personal*).
- Bensaïd, N., 1986**, *La luz médica. Las ilusiones de la prevención*, Barcelona, Herder, (1981).
- Canguilhem, G., 1986**, *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI, (1966).
- Chrisman, N. J. y Maretzki, T. W. 1982**, *Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings*, Dordrecht, Reidel Pub. Company.
- Costa, M.; Benito, A.; González, J. L. y López, E., 1989**, "Educación sanitaria de pacientes: El autocuidado", *Jano*, 856:74-80.
- De Miguel, J. M., 1979**, *El mito de la inmaculada concepción*, Barcelona, Anagrama.
- De Miguel, J. M. y Rodríguez, J. A., 1990**, *Salud y poder*, Madrid, CIS.
- Dossey, L., 1986**, *Tiempo, espacio y medicina*, Barcelona, Kairós, (1982).
- Foucault, M., 1980**, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI, (1963).
- Foucault, M., 1985a**, *Saber y verdad*, Madrid, La Piqueta.
- Foucault, M., 1985b**, *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, FCE, (1961).
- Foucault, M., 1987**, *Historia de la sexualidad*, Madrid, Siglo XXI, (1976).
- Foucault, M., 1990**, *La vida de los hombres infames*, Madrid, La Piqueta.
- Herzlich, C., 1979**, *Health and illness. A social psychological analysis*, New York, Academic Press, (1973).
- Menéndez, E. L., 1978**, "El modelo médico y la salud de los trabajadores" (11-53). En Basaglia, F. et al., 1978 *La salud de los trabajadores*, México, Nueva Imagen.
- Menéndez, E. L., 1982**, "Automedicación, reproducción social y terapéutica y medios de comunicación masiva" (4-53). En Menéndez, E. L. (ed.), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*, México, Cuadernos de Casa Chata
- Menéndez, E. L., 1984**, "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos", *Nueva Antropología*, 23:71-102.
- Illich, I., 1978**, *Némesis médica*, México, Joaquín Mortiz, (1976).
- Merton, R; Reader, G. y Kendall, P. L. (eds.)**, 1957, *The student physician*, Cambridge, Harvard U. Press
- Mori, M., 1986**, "La contribución de la educación sanitaria a la reforma de los servicios sanitarios", Curso sobre *"Metodología de la Educación Sanitaria"*, Barcelona, CAPS.
- Ortiz De Montellano, B., 1986**, "Reductionist or holistic medicine: its role in Latin America". En Vargas, L. A. y Treviño, C. V. (eds.), *Estudios de antropología médica, México*, U.N.A.M.
- Rose, G., 1985**, "Individuos enfermos y poblaciones enfermas", *International Journal of Epidemiology*, 14:32-38.
- Seppilli, A.; Modolo, M. A. y Mori, A. F., 1983**, *Educazione Sanitaria*, Roma, Il pensiero scientifico.
- Turner, S. B., 1987**, *Medical power and social knowledge*, London, Sage.
- Seguín, C. A., 1982**, *La enfermedad, el enfermo y el médico*, Madrid, Pirámide.
- Uribe, J. M., 1996**, *Educar y Curar. El diálogo cultural en Atención Primaria*. Madrid. Mº de Cultura.
- Vargas, L. A. y Treviño, C.V. (eds.)**, 1986, *Estudios de antropología médica*, México, U.N.A.M.

¹ Las ideas aquí expuestas pertenecen a una investigación de los años 90; la discusión sobre el tipo de consultas responde a las que existían en el Centro de Salud donde se llevó a cabo el trabajo de campo. Ver. Uribe 1996. No obstante los contenidos -el abanico de propuestas de consulta así como los protocolos de actuación priorizados o no- lo más relevante resulta, desde mi punto de vista, el paso de lo uno a lo múltiple; esto es, la labor de recategorización y visibilización laboral que se da a diferentes situaciones del encuentro usuario profesional.

² Los números romanos identifican a distintos componentes del equipo de atención primaria entrevistados. El entrecomillado indica que el texto es transcripción literal de sus manifestaciones.

³ E. H. Ackerknecht (1985:62 y ss.) distingue entre los conceptos de autonormal y autopatológico y heteronormal y heteropatológico. Por **autonormal y autopatológico** se refiere a la consideración de normalidad o anormalidad que una comunidad impone sobre sus miembros, mientras **heteronormal y heteropatológico** remiten a la opinión que sobre esa misma situación mantienen los miembros de una comunidad distinta a la observada. Aunque el planteamiento de Ackerknecht está enfocado a las valoraciones que los occidentales realizan en culturas ajenas, en este caso las comunidades que se enfrentan serían el mundo lego y la comunidad científica, a través de sus respectivas "imágenes" de salud y enfermedad.

⁴ Lo normativo supone la existencia de un juicio, en este caso del médico, que califique un hecho en relación a una norma.

⁵ Abundando en esta normativización que ejerce el médico, por una parte, puede ser vista como el auténtico núcleo de la enfermedad en tanto que ella sólo representa un juicio profesional, el juicio de que determinada norma moral o cultural ha sido violada (De Miguel y Rodríguez, 1990:9). Por otra parte, puede denotar que los criterios médicos de normalidad, más allá de su apoyo científico, se distinguen por su carácter ideológico y contingente como reflejo de ese "normatizar del profesional" (Menéndez, 1984: 85).

⁶ I. Illich (1978), en su clasificación de las distintas manifestaciones de la yatrogénesis generada por la práctica médica enumera varios niveles: clínica, social y cultural. Es la yatrogénesis social, aquella que surge directamente de la manera institucional de estructurar los cuidados de salud, la que la Atención Primaria en tanto nuevo discurso sobre la salud va a provocar, en cierta medida. "Cuando el daño médico a la salud individual se produce por un modo sociopolítico de transmisión, hablaré de yatrogénesis social, término que designa todas las lesiones a la salud que se deben precisamente a esas transformaciones socioeconómicas que han sido hechas atrayentes, posibles o necesarias por la forma institucional que ha adquirido la asistencia a la salud. La yatrogénesis social está presente cuando el cuidado de la salud se convierte en un ítem estandarizado, en un artículo de consumo, cuando todo sufrimiento se hospitaliza y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte; cuando el lenguaje en el que la gente podía dar expresión a sus cuerpos se convierte en galimatías burocráticos; o cuando sufrir, dolerse y sanar fuera del papel del paciente se etiquetan como una forma de desviación" (1978:57).

⁷ Para M. Foucault (1985a), la salud como hecho cultural se percibe si tenemos en cuenta que aparece siempre ligada a un estado de conciencia individual y colectiva. Ésta acaba definiendo para cada época "un perfil normal de salud". Ese movimiento de extensión de lo que abarca la salud tiene su contrapartida en la introducción bajo la etiqueta de patológico de mayor número de fenómenos, con la sensación de que ese proceso es normal. Foucault indica incluso que en la consideración de los sistemas de salud quizá haya que plantearse que lo que definan como anormal son "las enfermedades cubiertas normalmente por la sociedad" (1985a:226). O como diría E. Menéndez, acerca de este proceso creciente y continuo, se ha llegado a un punto en que "lo normal es estar tomando medicamentos" (1978:45).

⁸ La medicina holística se afirma como objetivo a alcanzar tanto en nuestro contexto post-industrial como en contextos menos desarrollados económicamente. No obstante, el porqué de su conveniencia y sus contenidos concretos varían substancialmente de uno a otro. Por tanto, será necesario plantearse críticamente si la Atención Primaria que se demanda para la Europa Occidental es la misma Atención Primaria que también se exige para, por ejemplo, América Latina. Para las sociedades no europeas, en general y en concreto el caso sudamericano ver Vargas y Treviño (1986) y, muy especialmente Ortiz de Montellano (1986).

⁹ M. Foucault señala la necesidad de reparar en la idea de "biohistoria" refiriéndose a que "la historia del hombre no continúa

simplemente la de la vida, ni la reproduce sino que la reanuda hasta cierto punto y puede ejercer varios efectos totalmente fundamentales sobre sus procesos" (1990:105). Incluso citándonos al mundo orgánico, un clínico como L. Dossey (1986:120-133) advierte una constante indudable para el mundo físico y químico y que, sin embargo, se obvia con demasiada frecuencia en la práctica médica: La "biodanza". Por biodanza se apunta a que "los átomos de nuestro cuerpo necesitan estar en contacto, comunicación e intercambio constante con el mundo que está, más allá de la propia piel a fin de mantenernos en la condición de seres vivos. Confinar a los propios átomos dentro de las fronteras del propio cuerpo físico sería violar una condición de la vida misma: la necesidad de contacto con el mundo exterior; y confinarnos a nosotros mismos a una posición de aislamiento frente a los demás sería exponernos a la enfermedad y a la muerte. A todos los niveles desde el atómico hasta el personal, la conexión es una exigencia de la vida" (1986:126).

¹⁰ Invertiendo el aserto de J. M. De Miguel y J. A. Rodríguez, "si se denomina a algo como enfermedad es que puede ser curado" (1990:10), se puede sugerir que si algo se plantea como curable es que es relativo a enfermedad.

¹¹ No se tiene en cuenta el abanico completo del llamado *help seeking process* de N. J. Chrisman y T. W. Maretzki (1982). El *help seeking process* o proceso de búsqueda de ayuda o itinerario terapéutico debe entenderse como el conjunto de ideas, imágenes y prácticas legas y profesionalizadas que se despliegan ante lo calificado como enfermedad. Aquí sólo considero aquella parte de ese proceso que tiene que ver con el recurso a las diferentes alternativas institucionales.

¹² Casi se plantea una nueva percepción de la enfermedad, en tanto que al usuario sólo se le deja el mundo de la sintomatología como propio sin que éste deba erigirse en objeto prioritario de la interpretación e intervención del curador.

¹³ En la práctica médica científica se han mostrado dos modelos de manejo o gestión de la enfermedad: el modelo clínico (cuyo objetivo estaría en acabar con los síntomas que se descubren unidos a la enfermedad) y el modelo bacteriano (en el que, desaparecidos los síntomas, todavía hay que continuar con las medidas terapéuticas para acabar con la enfermedad) (Costa et al., 1989:75-80). A estos dos modelos, yo uniría el que ha fomentado el Centro de Salud como modelo vírico de enfermedad, en el que reconocidos los síntomas no se puede eliminar la causa al no ser posible actuar sobre el *virus*. Ante la autonomía de acción del virus, el médico de familia decide sólo mantenerse como observador del propio curso de la enfermedad, esperando que transcurra por los cauces habituales y termine en un plazo determinado. En todo caso, se intenta aliviar dolores y molestias que en ese proceso se generen.

¹⁴ Sobre el tratamiento homogéneo y devaluado de las "medicinas tradicionales", ver Seppilli (1983). Su breve ensayo en torno a la "medicina tradicional" o "medicina popular" y la diversidad que ambas "etiquetas" esconden, eludiendo sus niveles de especificidad, autonomía y dinamicidad, pone de manifiesto la simplificación que tanto la ciencia médica como ciertos investigadores sociales ejercen sobre lo que no comprenden.

¹⁵ En lo que atañe a la tipificación ya clásica de C. Herzlich (1979) sobre imágenes de la enfermedad construidas por los usuarios, los médicos del Centro sólo asumen las que tienen que ver con la enfermedad como liberación, o con la enfermedad como ocupación; siendo este último, el modelo que ellos preconizan. Respecto a la enfermedad como forma de liberación, hay antecedentes ya desde R. Merton et al. (1957) en los que se plantea la enfermedad, en su caso concreto la drogadicción, como una forma de adaptación "desviada" pero permanente a la estructura social (cit. por Turner, 1987:41). Y sin embargo, no aparece la enfermedad autodestructiva. Parece lógico que, estando en el nivel primario de atención del sistema, no puedan aparecer casos de usuarios que hagan de ella una auténtica vía autodestructiva, pues éstos se dirigirían, vía urgencias o por su complejidad, a otros servicios de salud. Pero a la par, el llamado enfermo de Atención Primaria debe estar mínimamente sano como para poder compatibilizar su enfermedad -vívida o definida en o para él- con la vida cotidiana.

¹⁶ El modelo de práctica del médico del Equipo de Atención Primaria se ubica en un punto equidistante, y por ello decididamente ambiguo, entre dos modelos representativos de la importancia que se ha dado a las relaciones medicina-fenómenos socio-culturales: el modelo histórico y el modelo filosófico. El primero, caracterizado por la obra de autores de influencia marxista (especialmente *Gramsciana*), enfatiza la trascendencia de las condiciones histórico-económicas para explicar el papel de las distintas prácticas de salud/enfermedad. El segundo, desde movimientos filosóficos filo-cristianos (encabezados en el Estado Español por la obra de P. Laín Entralgo), trata de incidir en la relevancia de recuperar el "amor al hombre" (una filantropía "cristianizada") como eje rector para la comprensión de la relación y práctica entre enfermo y médico. Ver, prototípicamente para el primero, Mori (1986) y, para el segundo, Seguí (1982).

¹⁷ C. Herzlich (1979) argumenta que el mundo rural se hace equivalente para muchos usuarios a vida sana, siempre desde la

perspectiva del que vive en la ciudad. Y, en oposición, encuentra en el modo de vida urbano una toxicidad que puede llevar a la enfermedad. La característica básica de este modo de vida sería su artificialidad respecto a la salud del hombre: "el modo de vida indica el marco espacio-temporal del individuo, el espacio en el cual vive y sus rasgos característicos (densidad de población, atmósfera), el ritmo de vida (horarios, formas de estimulación) y también los reflejos de estos en las formas cotidianas de conducta (alimentación actividades, sueño y relajación). Es por consiguiente, en gran medida, algo externo a la persona, pero a la vez posee un significado común para todos sobre la conducta de cada uno" (1979:28). También para los usuarios del Centro de Salud parece mantenerse esta imagen de lo rural. Es sintomático que cuando se va de "vacaciones al pueblo" se cesa en el seguimiento de tratamientos, asociando el "pueblo" a las vacaciones de lo cotidiano y, por tanto, también vacaciones para "los dolores, las molestias y los cuidados del médico".

¹⁸ El médico, idealizando "lo natural" y "lo rural" en una mixtura nostálgico-folklorica, manifiesta los componentes legos que se interrelacionan en su propia práctica de consulta.

¹⁹ Tomemos un ejemplo que pasa por ser estereotípico. En el Centro de Salud hay un tipo de enfermo al que se califica de "gallego tres cruces". En esta expresión se entremezclan dos campos bien distintos. Por una parte, la idea de un tipo de personalidad, la del gallego, pero además la del gallego que ha emigrado, y que va a hacer alarde de su consabida "morriña" - siempre desde el tópico caricaturesco, que de hecho es el que funciona en la categorización-. De otro lado, la calificación de "tres cruces" tiene su remota raíz en la prueba de la tuberculina en la que el número de "cruces" indica la mayor gravedad del estadio de evolución de tuberculosis en el que se halla el enfermo. En conclusión, un gallego tres cruces es un enfermo, o mejor un aspirante a enfermo, que se queja mucho (hasta "tres cruces" en una imaginaria escala de gravedad en función de las cruces otorgadas), pero que además lo hace de una forma "distinta", por eso lo de gallego. Y, por último, que el tipo de quejas son mal comprendidas por el médico puesto que les falta la lógica científica de la conexión que las haría discutibles pero al menos suficientemente coherentes científicamente como para reparar en ellas: "doctor, que tengo la espalda que se me sale y además, estoy toda caída". Junto a ello, se une el estereotipo de que la emigración se ha caracterizado por ser de origen rural y precisamente empleada en centros industriales. En conjunto, toda un serie de oposiciones se condensan en el "gallego tres cruces" y le convierten en representante de un grupo de personas que no pueden responder a la competitividad del medio en que se encuentran.

²⁰ E. Menéndez (1982), destaca que los mecanismos microsociales son básicos para estructurar las pautas y condiciones de las prácticas médicas. N. Bensaïd desde un planteamiento que hace a las enfermedades productos de la relación con el mundo, caracteriza la situación actual centrada en la medicina preventiva como una inversión de los criterios médicos anteriores. Así, "antes lo infectocontagioso mataba ahora es lo hereditario-cultural" (1986:59). Otra manifestación de esta paradoja del diseño preventivo sería la constatación de que "ofrece mucho beneficio a la población y poco a cada individuo" (Rose, 1985:1-7).

²¹ Al igual que no es posible hablar de la enfermedad, sino que sus distintas manifestaciones obligan a hablar de "enfermedades", también respecto a la salud J. P. Valabrega ha reparado en la necesidad de utilizar el término "saludes" (*healths*) (cit. en Herzlich, 1979:82). La misma C. Herzlich, en este libro, nos presenta tres maneras de abordar la salud como construcción de los usuarios. Primero, la salud en el vacío, en la que la salud no se define hasta el momento de su pérdida; a esta definición negativa de salud correspondería el tipo de práctica ambulatoria previa al discurso de Atención Primaria. Segundo, la salud como recurso, en la que la salud se contempla como un capital acumulado con el que afrontar las enfermedades que uno va sufriendo; podría relacionarse con el modelo hospitalario de intervención sobre la salud. Por último, la salud como equilibrio, en la que sería una experiencia interior del sujeto; ésta que parece ser la que fomentaría la Atención Primaria, se recubre de una especial característica ya que ese modelo de equilibrio debe ser marcado ahora por el médico de familia y el discurso de la Atención Primaria de Salud.

²² Aunque en la construcción de los servicios institucionales de cuidados sobre la salud, éstos se vinculaban necesariamente con las diferentes manifestaciones de enfermedad, sin embargo el propio funcionamiento de esos centros sanitarios provoca un giro en la prestación de los servicios. De esta forma, ahora es la definición de salud que se propone lo que nos permite desentrañar el sentido de ciertos tipos de enfermedades y las prácticas que alrededor de ellas se despliegan.

²³ Los médicos oponen lo exterior a la persona -la naturaleza- como ajeno, pero indirectamente a través de sus diagnósticos y criterios de relación con esa naturaleza, hacen también ajeno al individuo lo más interior, el organismo. La persona se relaciona con un mundo ajeno/externo, lo que le "rodea", y se relaciona con otro mundo ajeno/interno, lo que le "ocupa", el funcionamiento de su organismo. Respecto a ambos, debe mantener una interrelación definida por el médico, con la primera por el se-

gundo, desde el segundo hacia la primera. Lo que coma le sentará mal, y lo que debe comer cambiará su contacto con la naturaleza, o con los amigos, etc.

²⁴ Ya hemos visto la gran diferencia que se hace al distinguir el trabajo hospitalario del trabajo en la "calle". En concreto, respecto de la especificidad de la práctica médica que el Centro de Salud debe de trasladar al médico interno residente que llega con una formación hospitalaria.

Ulises, Greta y otras vidas

Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil¹

Leticia M. Ferreira

Psiquiatra

*Centro de Día Pi i Molist-Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona.*

Angel Martínez Hernández

Antropólogo

*Profesor del Departamento de Antropología social.
Universidad Rovira i Virgili.
Reus (Tarragona).*

RESUMEN

En este artículo se intenta estudiar como la vida de los internos de un manicomio puede entenderse como un campo más de las relaciones sociosomáticas que une a sujetos concretos con determinadas formas de organización social. Actitudes, comportamientos y otras formas corporales de estar y actuar, constituyen fenómenos que no solo responden a principios psicobiológicos y fisiopatológicos, sino también a formas adaptativas a un entorno. En este artículo se opta por una aproximación que, sin obviar la evidencia psicológica y biológica del sufrimiento, pueda aportar una línea interpretativa de los vínculos entre mundo social y experiencia subjetiva.

El material sobre el que se reflexiona proviene de una investigación etnográfica en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil, el Hospital Psiquiátrico de São Pedro, que actualmente comienza a externalizar a los pacientes. Se observaron y analizaron las vivencias cotidianas, las percepciones espacio-temporales, las posturas corporales y la revitalización de las memorias subjetivas de los internos.

Palabras clave: *Relaciones sociosomáticas; organización social; mundo social; experiencia subjetiva.*

ABSTRACT

This article aims to show how the lives of people in an asylum should be regarded as just another field in the social-somatic relationships that bind a group of subjects to particular models of social organization. Attitudes, behaviour, and other physical manifestations of being and acting, are phenomena that spring not only from psychobiological or physio-pathological principles but also from patterns of adaptation to an environment. This article attempts to approach these patterns while bearing in mind psychological and biological factors involved in suffering. It may provide an interpretation of the link between social environment and subjective experience.

The data used in the article comes from ethnographic research carried out at the "Hospital Psiquiátrico de Sao Pedro", an institution in the south of Brazil which is currently beginning to externalise its patients. Everyday experiences, time/space perceptions, body posture and subjective memory stimulation of the internees were observed and analysed.

Key words: *Social-somatic relationships; social environment; subjective experience*

INTRODUCCIÓN

En *Fenomenología* de la percepción (1999) Merleau-Ponty afirma que la esencia de la vida humana se establece en la relación existencial entre el cuerpo y el espacio, así como en la diversidad de experiencias que se generan en esta intersección. Para este autor, el cuerpo no es sólo una realidad física con cierto grado de autonomía o una suma de sus partes, sino una corporalidad que habita un mundo social con determinadas coordenadas espacio-temporales. De esta forma, la corporalidad puede entenderse como un territorio y a la vez como una forma de experiencia que integra el mundo físico del cuerpo tanto como el espacio de la acción social.

Esta alusión filosófica a la relación entre el sujeto y su mundo social encierra en sí misma la perspectiva teórica de este artículo. Más que subrayar desde una aproximación general la idea de que el cuerpo está en la sociedad como la sociedad está en el cuerpo en forma de hábitos, formas de hacer, rutinas y tipos de vivencia, nuestro interés aquí es mostrar cómo la experiencia corporal puede absorber una determinada lógica de confinamiento como la del modelo custodial-manicomial clásico. Nuestra idea es que este modelo asilar supone una forma de experiencia en los internos que determina su concepción del tiempo y del espacio. En su imaginario, el tiempo es reconvertido en una especie de secuencia redundante que, a la vez que soslaya el mundo social que existe tras los muros, genera una sensación de atemporalidad. El espacio, por su parte, favorece un estado de liminalidad, ya que en el territorio del manicomio las identidades sociales previas han sido difuminadas. Ambas coordenadas muestran su materialización en los cuerpos errantes y apáticos de los internos.

Pensar la apatía y la errancia de los pacientes como resultado de un orden institu-

cional que establece con sus formas de organización y sus rutinas una forma de estar, de hacer, no presupone la negación de otras causas de estos estados, como la importancia de la patología de base, la cronicidad o los efectos de los fármacos antipsicóticos; factores todos ellos que no debemos olvidar que también encierran una dimensión social.² Más bien, supone completar un cuadro que suele ser pintado sin los motivos sociales, sin la impronta, por ejemplo, que los años de confinamiento dejan en los pacientes, como si los sujetos fuesen independientes del espacio que habitan y éste último, a su vez, una realidad anecdótica.

El objetivo de este artículo es reflexionar sobre cómo una lógica institucional puede ser interiorizada por los pacientes y expresada mediante estados corporales y comportamientos. En esta medida, podemos hablar, parafraseando a Kleinman y Kleinman (2000), de una sociosomática del sufrimiento³ por la cual un mundo externo organiza la experiencia subjetiva de una forma que atraviesa las fronteras entre lo social, lo médico y lo político y que la organización burocrática del saber en comportamientos estancos (psiquiatría, psicología, ciencias sociales) tiende a obscurecer.

El material a partir del cual se desarrolla esta reflexión proviene de una investigación etnográfica en un hospital psiquiátrico del Sur de Brasil: el *Hospital Psiquiátrico São Pedro*, que actualmente comienza a desarrollar la externalización de los pacientes.

CONTEXTO Y APROXIMACIÓN

El *Hospital Psiquiátrico São Pedro* (en adelante HPSP) es una institución de Porto Alegre (Rio Grande do Sul-Brasil) creada a finales del siglo XIX a imagen y semejanza de los manicomios europeos. Se trata de un conjunto arquitectónico de estilo neoclásico

conformado por seis pabellones de dos plantas que se conectan entre sí por corredores que delimitan cinco patios internos. Su construcción fue iniciada en 1879 y en 1884 recibió los primeros 41 pacientes procedentes del *Hospital Santa Casa de Misericórdia* y del presidio de la misma ciudad. El objetivo fue que los enfermos estuviesen atendidos con las técnicas terapéuticas más modernas del momento como la bañoterapia y la laborterapia. Las autoridades locales de la época definieron el hospital como amplio, sólidamente construido y ventilado, y fue presentado ante la sociedad brasileña como muestra de la modernidad de la ciudad.

La ubicación inicial del HPSP en el extrarradio de la ciudad ha dejado paso con el tiempo a una centralidad geográfica en la conformación del actual Porto Alegre. De la misma forma, y a lo largo de su historia, el hospital ha mostrado importantes variaciones en el número de internamientos, pues a los momentos de máxima ocupación, en torno a 5000 pacientes, debe oponerse la situación actual: 600 pacientes de los cuales 144 se encuentran en proceso de externalización.

La primera deshospitalización se origina a finales de la década de los setenta cuando se produce una reducción de 5000 a 3000 internos. Los pacientes externalizados son enviados a sus domicilios de procedencia. Algunos de ellos son rechazados por sus familias y se ven abocados a la mendicidad; otros se ven integrados en las unidades domésticas de sus parientes que asumen de forma abrupta una función asistencial. Posteriormente, la reducción del número de ingresos, la alta mortalidad por motivos diversos (edad, falta de asistencia, condiciones de vida, etc.) y la continuidad de la externalización limitan el número de internos a los 600 actuales.

En una evaluación reciente (Fleck, Wagner y Wagner, 2002; Dias et al. e.p.) que se ha llevado a cabo sobre estos pacientes se observan algunos datos sociodemográficos significativos como el leve predominio de mujeres (54,3%), una edad media de 54,7 años, una media de internamiento de 26,2 años (con un mínimo de 2,4 meses y un máximo de 67,3 años), así como una falta generalizada de vínculos con sus familiares (80,7%). El 81% de estos internos no han tenido acceso (o un acceso limitado) al sistema educativo, con lo cual no es de extrañar que el analfabetismo sea del orden de un 70% al que hay que añadir un 12% de analfabetos funcionales. En términos de renta, el 48,5% no recibe ninguna pensión y el resto cobra importes tan magros que no permiten su propia subsistencia. Adicionalmente, y en cuanto al diagnóstico, se percibe una polarización en dos grandes grupos: aproximadamente un 50% está afectado por un trastorno psicótico, mientras que los casos de retraso mental conforman casi el otro 50%.

A diferencia de la década de los ochenta, cuando los internos eran agrupados según su procedencia de las diferentes regiones del estado y/o pertenencia a una determinada clase social, la organización actual del HPSP implica una división por género, cronicidad y patología diagnóstica de los pacientes. Asimismo, en los últimos años, y como consecuencia de los procesos de presión política ejercidos por el *Forum Gaúcho de Saúde Mental* que culminaron en la promulgación de la Ley de Reforma Psiquiátrica de ámbito estatal, se han producido cambios en la función y estructura del hospital. Hoy en día, el dispositivo se ha transformado en un complejo asistencial que incluye diferentes servicios y talleres como la asamblea de pacientes, el taller de creatividad, el taller de habilidades sociales o las iniciativas laborales que, en un formato cooperativo, desarro-

llan actividades de reciclaje de papel, peluquería o lavado de coches.

La transformación más importante del HPSP está todavía en curso de desarrollo de la mano del *Projeto São Pedro Cidadão*; una iniciativa de varios movimientos sociales, civiles y profesionales que fue asumido por el Gobierno del Estado de Rio Grande do Sul en 1999 como objetivo prioritario y que actualmente incluye a instituciones de decisión política en salud, vivienda, participación social, bienestar social, trabajo, educación y cultura, entre otros. El citado proyecto propone la supresión del HPSP como manicomio a partir de objetivos específicos como la creación de mejores condiciones de vida para las pacientes a través de la construcción de viviendas en el barrio, la adaptación de una parte del hospital a la atención de los internos ancianos y con retraso mental, el acceso al trabajo y a la renta de los futuros pacientes desinstitucionalizados, la garantía legal de sus derechos, el acceso a la educación, la formación de los trabajadores en salud mental y la reconversión del conjunto histórico del HPSP en diferentes equipamientos deportivos y lúdicos para el vecindario (Fleck, Wagner y Wagner, 2002; Dias et al. e.p.).

Los datos etnográficos de este artículo forman parte de un proceso de investigación más general y previo a la desinstitucionalización de un total de 144 que, ya al día de hoy, empiezan a habitar algunas de las 36 casas que fueron construidas dentro de un conjunto residencial más amplio que incorpora a los habitantes de las *favelas* de la zona. Precisamente, el objetivo de la investigación fue establecer una relación dialógica con los internos con el fin de que pudiesen recuperar y resignificar contenidos de sus memorias biográficas y su pasada relación con el "exterior" de la institución a partir de grupos de discusión realizados tanto en el interior del HPSP como fuera de él. En este último caso,

se trataba de grupos informales, creados de manera natural y espontánea por los propios pacientes, que escogían a sus compañeros de viaje para un regreso a los espacios de la ciudad que formaron parte de su infancia y adolescencia y que, sin embargo, en algunos casos hacía más de 30 años que habían desaparecido de su vida cotidiana por motivo de su confinamiento.

Los participantes de estos encuentros fueron internos del HPSP que formaron parte de los grupos por voluntad propia durante el año 2001. La razón de no incluir ningún criterio de selección estuvo relacionada con la necesidad de crear una cultura de espacio abierto, diferenciada de la lógica institucional por el libre establecimiento de relaciones de sociabilidad por parte de los actores. En este marco se observaron y analizaron las vivencias cotidianas, las percepciones espacio-temporales, las posturas corporales y la revitalización de las memorias subjetivas de los internos. El proceso etnográfico fue documentado mediante la elaboración de diarios de campo y el registro fotográfico.

TIEMPO, ESPACIO Y CONFINAMIENTO

Los actores que formaron parte de esta experiencia habían iniciado su institucionalización en su mayor parte hace veinte o treinta años. El itinerario prototípico implicó su llegada al servicio de admisión en donde, a semejanza del proceso descrito en la noción de carrera moral de Goffman (1988), los profesionales, en tanto que representantes de los saberes expertos en salud mental, tradujeron las experiencias de los afectados en términos de un lenguaje nosotáxico. Este lenguaje condensó ya en estos primeros momentos las bases de una lógica institucionalizadora, pues la aproximación inicial es la que determina el itinerario del futuro paciente dentro

del sistema asistencial en forma de expectativas terapéuticas y estrategias de control social que se asocian en el caso aquí planteado (como en muchos otros) con el confinamiento y la pérdida de la ciudadanía, la privacidad y la identidad social previa de estos actores.

Tras el ingreso, y después de una estancia corta en la unidad de agudos, estos pacientes se vieron abocados a habitar alguno de los dormitorios de los pabellones de crónicos del HPSP, caracterizados todos ellos por ser espacios oscuros, fríos y húmedos. Con los años, sus cuerpos y sus ropas se fueron adaptando a este territorio de reclusión en donde cualquier actividad está reglada: comer, dormir, recibir la medicación, la hora del paseo. Su tiempo se vio marcado por estas secuencias circulares cotidianas que dejan espacio sólo a algunos momentos de innovación: un nuevo pantalón o chaqueta regalo de la beneficencia, de sus familiares (si los había) o producto de su propia renta que sustituía las antiguas ropas, en muchos casos defecadas y orinadas, una pepsi-cola como regalo de algún profesional, familiar o visitante, la fiesta de Navidad, etc.

Con el paso del tiempo, la mayoría de los internos constituyeron su mundo enteramente a partir de las experiencias del hospital y de la memoria del pasado. A pesar de la reciente política de puertas abiertas, pocos se lanzaron a la aventura de traspasar el umbral del manicomio. Los comportamientos más frecuentes fueron deambular sin rumbo fijo durante las horas de paseo y/o permanecer en el umbral de la institución, como en el caso de Ulises, un antiguo camionero que desde la puerta pedía una pepsi-cola a los transeuntes de la calle adyacente o a los diversos sujetos que entraban o salían del HPSP. A pesar de que sólo con gran dificultad y en pocos casos traspasaban el umbral del hospital, entre los afectados era habitual que verbalizasen su deseo de salir de la institución y muchas veces imaginaban que sus familiares venían a recogerlos; familiares que en la mayoría de los casos habían desistido de visitarlos y que constituían ya sólo personajes y mundos imaginarios. El caso de Greta es significativo en este sentido.

Con una historia de internamiento de más de veinticinco años, Greta pasea por el HPSP siempre muy maquillada, como una actriz antigua de cine mudo. Dedicar su tiempo a la poesía y al dibujo, hasta el punto de haber publicado durante su permanencia en la institución un libro de poemas. Sus dibujos, de extraordinaria calidad, rememoran imágenes de su juventud: siempre rostros de mujeres jóvenes con grandes ojos, pendientes y peinados sofisticados que, curiosamente, no tienen nombres propios. Sólo dibuja los rostros, nunca los cuerpos. Greta no habla con el resto de los pacientes. Según sus palabras, son pobres personas sin sentido del tiempo, pues la mayoría no tienen reloj. Ella, en cambio, afirma que es de clase alta y se ha convertido en un personaje asiduo de la sala de admisiones, del edificio de la administración del hospital en donde entabla conversación con los diferentes profesionales, así como de las oficinas de la dirección por donde deambula con toda naturalidad. Con su léxico anticuado y siempre formal afirma que su marido vendrá a buscarla; situación ésta que nunca se producirá, pues su esposo falleció hace ya unos cuantos años. Lo curioso del asunto es que ella tiene conciencia de este suceso. Sin embargo, la necesidad de pensar en una vida imaginaria fuera del hospital la orienta a habitar ese territorio liminal de la sala de admisiones. Cada día es vivido por Greta como un momento preliminar de su salida de la institución, como un estado de transición a una nueva vida fuera de los confines del manicomio.

Tanto en la escena de Ulises pidiendo una

pepsi-cola en la puerta de la institución como en la posición liminal de Greta, siempre en un perenne estado de tránsito hacia un nuevo estatus social, se observa una forma tanto física como simbólica de habitar los espacios liminales por parte de las personas afectadas por un trastorno mental grave. Piénsese que la reclusión de los enfermos mentales en los límites, en los lugares de paso, en las plazas y mercados, en esos territorios que Augé (1993) ha definido como no-lugares, constituye una escena recurrente en diferentes contextos históricos y culturales. Imágenes como la *stultifera navis* o nave de los locos, con su capacidad evocativa del movimiento y la incertidumbre, la práctica medieval y del pre-renacimiento de confinar a los locos en las puertas de las ciudades o el fenómeno más contemporáneo de migración constante de los afectados hacia los espacios de tránsito y anonimato como las estaciones de autobuses o el centro de las ciudades son ejemplos que hacen que nos interroguemos sobre cuál es la lógica que permite esta asociación entre locura, movimiento y espacio. Planteado con otras palabras ¿son los afectados los que por razón de su patología se ven impelidos a habitar estos lugares (debido, por ejemplo, a su retraining social) o es la lógica social la que los confina en estos territorios liminales que suponen un estar-sin-estar, un perenne tránsito?

En el universo imaginario de las culturas europeas hallamos posibles respuestas en uno y otro sentido. Un ejemplo paradigmático de la errancia como atributo consustancial a la locura es *El Quijote*, en donde el insensato se ve abocado a un movimiento continuo, pues aquello que trata de alcanzar es tan cercano y a la vez tan lejano como la propia fantasía. En el otro lado del espectro, el de la producción social del movimiento y del no-lugar, contamos con diversos motivos, como la ya citada *stultifera navis*, la aplicación del modelo de

exclusión de la lepra a los enfermos mentales durante la Edad Media o su reclusión en los lugares de paso.

A pesar de que Foucault en *La historia de la locura* (1985) afirma de forma vehemente que el encierro supuso una ruptura con los modelos anteriores de control de la estulticia, como la nave de los locos o el confinamiento en las zonas de paso, lo cierto es que el manicomio guarda una relación de continuidad con sus antecesores. Es sabido que el asilo instaura un sistema sedentario de reclusión y, en esta medida, parece distanciarse de las otras lógicas de control de la enfermedad mental. Ahora bien, el manicomio también puede entenderse como una especie de *stultifera navis* anclada en los confines de la ciudad, como un espacio asocial e incluso en cierta medida presocial, ya que sus objetivos siempre oscilaron (a veces de forma contradictoria) entre el confinamiento y la resocialización. El manicomio es un territorio en sí mismo liminal que, además, no resuelve el problema de la errancia de los internos. Quien haya estado alguna vez en un manicomio habrá observado la evidencia de este fenómeno. Los reclusos deambulan por la institución sin rumbo fijo, suben y bajan las mismas escaleras veinte o treinta veces al día, van de la habitación al comedor, y del comedor a la sala, y de la sala al patio, y del patio al comedor, y del comedor a la habitación. Cuando pasean por el patio caminan de un muro a otro del recinto, cinco veces, diez veces, veinte veces. Si no pueden moverse físicamente suplen esta falta evadiéndose psicológicamente. Más allá de las posibles razones psicobiológicas de estos comportamientos de errancia y fuga, es como si su movimiento físico y su evasión mental representasen la búsqueda de un espacio social que les ha sido negado mediante la reclusión y el estigma. Quizá por ello Greta fantasea con una situación de alta que no es otra cosa que la recuperación de su identidad de esposa y de sujeto

social. Quizá por ello Ulises dibuja con sus paseos los confines de la institución y desde el umbral solicita una intervención del exterior, un regalo, una dádiva.

En estas coordenadas espaciales en las que el lugar se ha convertido en un territorio de alteridad e identidades sociales perdidas, la idea de temporalidad se transforma. El pasado asume una dimensión presentista, aunque modificado y deformado. La memoria genera imaginarios que evocan realidades sociales que han desaparecido tras la institucionalización, como el trabajo, la familia, la dignidad, la condición de ciudadanos, de esposas o maridos, de padres, de sujetos sociales. Esta es la situación de Ulises, que reactualiza cada día acontecimientos de su biografía y su antigua condición de camionero.

Tras un accidente de tránsito con su camión en el que perdió a su esposa e hijos y al que pudo sobrevivir, Ulises sufrió un brote psicótico y fue ingresado en el HPSP. De esto hace ya quince años. El cuadro delirante de su ingreso no parece haberse mitigado durante el tiempo de reclusión. El recuerdo de su experiencia dramática, su ideación delirante y la existencia de una tiempo circular en la institución que lo acoge parecen retroalimentarse entre sí, de tal forma que el pasado y el presente se confunden en su imaginación. Ulises se ha construido un "camión" con un somier, un colchón y unas cuerdas que acarrea por el patio principal del manicomio invitando sólo a los más allegados, ya sean pacientes o profesionales, a montar en él. Él "conduce" el camión cada día, con lluvia o con sol. Con las cuerdas atadas a su pecho o a sus hombros remolca con fuerza su "camión" representando tanto la carga de su pasado como una reiteración (quien sabe si como forma simbólica de evitación) de lo acontecido.

La reactualización de un pasado en el pre-

sente deja su huella también en el relato de otros internos, para los cuales el mundo externo que dejaron fuera en el momento del ingreso continúa existiendo tal como fue, como si los años no hubiesen pasado y sus familiares no hubiesen fallecido. El mundo en el que necesitan creer continúa presente en su imaginación, quizá para ayudar a crear la fantasía de un retorno posible. De esta forma, João de 61 años y con cuarenta años de internamiento afirma "*O trator está lá, se não está lá é porque alguém tirou*" (El tractor está allí. Si no está es que alguien se lo llevó). La insistencia de João en que su tractor está allí, en la casa de su pueblo, el tractor con el que labraba la tierra junto a sus hermanos y padres ya fallecidos, encierra esa fantasía de un espacio externo inmutable y atemporal. La única explicación de que el tractor ya no esté allí después de cuarenta años, después de que todos sus familiares ya hayan muerto, de que la casa ya no sea su casa, es que alguien lo robó o se lo llevó. El tractor debe estar allí porque el tiempo no ha pasado. La atemporalidad de la experiencia del manicomio, con sus rutinas y secuencias circulares, se ha extrapolado a un pasado vivenciado que se convierte en inmutable. Quizá por ello Gilberto, al salir de paseo con el grupo a un conocido parque de la ciudad, muestra extrañeza y perplejidad ante las transformaciones de este espacio público: "*Acho que mudaram alguma coisa lá.. Tinha bicho e também barco na água (...) da outra vez, quando sai com meu irmão*" (Creo que cambiaron algo aquí. Tenía animales y también un barco en el agua...la otra vez, cuando salí con mi hermano). La visita al parque de la que habla Gilberto se realizó hace más de veinte años, pero su sensación de extrañeza y la forma en que se expresa hace pensar a sus interlocutores que fue la semana pasada.

Afirmaciones parecidas a la de João y Gilberto se desprenden de otros actores que hablan de su casa, de sus familias o de sus

amistades como si continuasen existiendo. Así, un interno puede afirmar que conoce a "todo el mundo" en su ciudad, aunque haga más de veinticinco años que no la visita, o que sus padres siguen estando allí, en el pueblo o en la casa, a pesar de que ya han fallecido. También puede referirse al hogar que habitó en la infancia como su actual vivienda o hablar de ella en tiempo pasado, pero de forma tan idealizada como evocativa de una época feliz con su familia. Esta última es la situación de Vinícius que recuerda su hogar como una casa popular y con gente entusiasmada por vivir en ella o de Moraes que afirma que tenía un "millón de hermanos" en su antigua residencia.

La recurrencia de fantasías presentistas y la idealización del pasado difícilmente pueden justificarse por la hipótesis de un cuadro delirante común que esté relacionado exclusivamente con la estructura de la personalidad o el trastorno mental de base de los internos. Más bien, parece que estamos ante un imaginario atemporal que responde a una situación de confinamiento que impone una lógica de secuencias circulares y de espacios liminales. Si Freud (1981:1361) en algún momento habló de la "novela familiar del neurótico" (*Familienroman*) para definir aquellas fantasías como creerse hijo de otros padres o pensar que se ha sido adoptado y que permiten un extrañamiento de los progenitores, en este caso estamos ante una especie de "novela atemporal del interno"⁶ en donde el motivo o contenido no es lo que podría ser o haber sido (*Familienroman*), sino lo que fue y ya no puede ser. Esta experiencia imaginativa guarda cierta similitud con las fantasías de los emigrantes sobre su pueblo o su país de residencia original. De hecho, muchos de los internos son también emigrantes forzados del campo a la ciudad, pues durante muchos años el HPSP fue el dispositivo que centralizó la asistencia en todo el estado de Rio Grande do Sul. Ahora

bien, en este caso, es principalmente el mundo cultural del manicomio el que muestra su impronta exacerbando las posibilidades performativas e imaginarias de un tiempo inmutable. Una escena puede ser ilustrativa en este sentido, como la de AR cuando al ver su rostro en una foto reciente la lanza al suelo con energía, tan asustado como asombrado, y exclama "*olha o meu cabelo, tá cinza*" (Mira mi pelo, está gris).

El tiempo circular y el espacio liminal del manicomio adquieren una materialización o corporalización en un estado de apatía casi omnipresente entre los internos; apatía que puede co-existir con esa actividad sin rumbo que hemos apuntado más arriba, como es el movimiento constante entre los muros del hospital que tan bien representaba Ulisses conduciendo su "camión". Esta apatía también afecta a los profesionales, que se ven absorbidos por la lógica institucional y por una función de reproducción de un modelo custodial que ya ha demostrado ser inoperante para la curación o la mejoría de las personas con trastorno mental grave.

Evidentemente, la apatía de los pacientes es producto de diferentes factores como el propio aplanamiento afectivo vinculado con los procesos de cronicidad de la psicosis o los efectos de la medicación antipsicótica. Sin embargo, el contexto social de los dispositivos custodiales también puede entenderse como un factor de base de esta sensación casi generalizada, ya sea produciéndola o, simplemente, amplificándola. Y es que la organización social de los manicomos no deja espacio a la innovación. Como en toda institución total las normas escritas o simplemente conocidas estipulan a qué hora deben despertarse, tomar el desayuno, comer, ingerir la medicación o irse a dormir. Tras los años, estas rutinas adquieren un carácter de redundancia y circularidad que dificultan la adaptación a situaciones nuevas y la toma de de-

cisión de los actores. Como ya indicaron los análisis clásicos de las manicomios (Caudill, 1966; Goffman, 1988), es frecuente que la posición de pasividad de los pacientes se interprete por parte de los profesionales como una consecuencia de su cuadro patológico y no tanto como el resultado adaptativo a la posición que la organización social les destina en el contexto de una institución y cuyos papeles o roles se caracterizan precisamente por la subalterinidad y la obediencia.

En los grupos de discusión que se realizaron, los internos del HPSP mostraron una clara actitud de apatía. En la mayoría de los casos, este estado de aplanamiento y pasividad aparecía vinculado con una posición social de "colonización"; entendiendo este término en su significado goffmaniano de adaptación caracterizada por una total aceptación de la condición institucional que conlleva la asunción de un papel de "interno perfecto". El seguimiento de las normas apenas se cuestionaba. Incluso aquellos que mostraban una actitud más renuente hacia la institución y también más innovadora podían expresar en algunos momentos una cierta idealización del asilo y una convergencia con sus conjuntos normativos. Este es el caso de Dre, un interno joven sin diagnóstico de psicosis a quien le gustaba componer piezas de *rap* que cantaba y grababa en su magnetófono portátil. Dre fue ingresado en el HPSP por motivos más sociales (orfandad y pobreza) que clínicos (agresividad) y actualmente es uno de los líderes informales en el proceso de desinstitucionalización. Antes de su salida del HPSP, cuando Dre se refería al manicomio, sobre todo si se trataba de establecer una comparación con otros dispositivos no custodiales, su afirmación era "*Já aquí é o paraíso*" (Esto es el paraíso). Probablemente, en este juicio está presente la trayectoria vital de Dre, su condición de huérfano, de *menino de rua*, durante su infancia y adolescencia.

No es ningún misterio que en algunas ciudades de Brasil ser negro, pobre, huérfano y vivir en la calle conforman el perfil de los niños o adolescentes que mueren prematuramente. Sin embargo, su juicio era también compartido por otros internos, como Tom, que comentaba "*Aqui é o Éden!*" (Esto es el Edén) y "*Gosto de morar no hospital*" (Me gusta vivir en el hospital).

Es curioso que la idealización del pasado pudiese co-habitar en el imaginario de los internos con una exaltación de la institución. Sin embargo, las razones de la ambivalencia pueden entenderse de forma más precisa cuando tenemos en cuenta que la posibilidad de una externalización, conocida de antemano por los internos, generaba en ellos incertidumbre. El proceso de adaptación a la vida del manicomio había supuesto un esfuerzo por su parte, pero también una serie de ventajas, pues tras los muros se sentían protegidos; tenían un lugar para dormir y un plato de comida. Como es lógico, ante el horizonte de la deshospitalización ellos expresaban sus inquietudes. Algunos no se sentían con fuerzas para llevar a cabo una nueva adaptación a la vida del exterior. Otros asociaban la reclusión con el cobro de la pensión y, por tanto, veían peligrar sus pocos recursos de subsistencia.

Algunos de estos problemas se han superado en la actualidad. Dre, por ejemplo, es ahora uno de los miembros más activos en el proceso de externalización y participa como representante de los antiguos internos en las reuniones con los miembros de la asociación de vecinos. Tom, por su parte, ha pasado a habitar una de las nuevas casas construidas bajo el proyecto *Morada Sao Pedro* y parece estar contento de la relación con sus compañeros de casa (antiguos internos) y con los vecinos (antiguos *favelados*).

Los efectos de la colonización en el

cuerpo y el comportamiento de los internos eran visibles en un estado corporal de apatía y su consiguiente actitud de pasividad. Así, era frecuente que en los grupos apareciesen afirmaciones sobre preferencias y gustos del tipo: "*Nem sei do que eu gosto*" (Ni sé qué es lo que me gusta), "*Gosto de fumar*" (Me gusta fumar), "*Não sei*" (No sé) y "*Nada*" (Nada). Otros indicaban algunas preferencias: "*Não sei... estudar, aprender, saber ler*" (No sé... estudiar, aprender, saber leer), "*Gosto de rezar o terço*" (Me gusta rezar el rosario), "*Gosto de fazer o nome*", (Me gusta escribir mi nombre), "*Gosto de desenho*" (Me gusta dibujar). Como es de esperar, después de más veinte años de institucionalización tanto las respuestas como las conductas de los internos suelen estar conformadas por un seguimiento automático y acrítico de las normas o, simplemente, por la pasividad. Por esta razón, cuando se proponen iniciativas desde la propia institución para transformar un dispositivo asilar en otro externalizado y para las cuales se requiere la participación de los propios internos, éstos muestran cierto escepticismo e incredulidad, cuando no miedo o incertidumbre ante los nuevos horizontes. Esta es la respuesta de Tom, que cuando se le pregunta si le gustaría vivir en una casa y no en el manicomio responde "*É... mas é só imaginação*" (Sí...pero es sólo una ilusión).

La apatía es un estado que estaba fuertemente asociado con la pérdida de su identidad social previa. En realidad, más que de pérdida de identidad deberíamos hablar de la consecución de una nueva identidad: la de interno. No obstante, esta nueva atribución está marcada por la alteridad y la diferencia. Desde una perspectiva de estructura social, su anclaje es ahora marginal, ya que ocupan el territorio de aquellos que no son recuperables para la acción social colectiva. Ellos están representando una anomalía que la so-

cialidad ha expulsado a sus márgenes y cuya máxima expresión es la propia institución que los alberga y que establece con ellos un monólogo circular y sin escapatoria, pues digan lo que digan y hagan lo que hagan los internos los argumentos podrán disponerse siempre en su contra. Si niegan la etiqueta nosológica que le ha sido asignada o establecen una crítica sobre la lógica institucional, estas actitudes podrán interpretarse como consecuencia de su enfermedad. Si son activos pero contravienen las normas del sistema custodial podrán recibir un "castigo", como una mayor contención química o mecánica. La salida más obvia parece en este punto la asunción de las normas de una forma casi automática y la actitud de pasividad. Es por ello que no debe extrañarnos que la apatía constituya una característica tan omnipresente, pues la pasividad forma parte de la identidad del interno, es un atributo asociado a su estatus.

La pasividad puede entenderse como una corporalización de la propia lógica asilar. El cuerpo apático del interno puede interpretarse como una expresión de una institución que no aporta ninguna expectativa nueva y que basa su razón de ser en el seguimiento estricto de las normas. De la misma forma, el movimiento sin rumbo puede leerse como la búsqueda de una identidad social nueva o la recuperación de la ya existente. Entre el cuerpo del interno y la institución como realidad con sus propias lógicas espacio-temporales no se establece una separación abrupta o una fragmentación sin continuidad, sino un flujo que enlaza el mundo social y la experiencia y que permite que tanto el sujeto habite un lugar como el lugar habite dentro de él.

REFLEXIONES FINALES

En este artículo hemos intentado expresar que la vida de los internos de un mani-

comio puede entenderse como un campo más de las relaciones sociosomáticas que unen a sujetos concretos con determinadas formas de organización social. Actitudes, comportamientos y otras formas corporales de estar y actuar constituyen fenómenos que no sólo responden a principios psicobiológicos y fisiopatológicos, sino también a formas adaptativas a un entorno. Abordar a estos sujetos como islas psicopatológicas que se autoexplican en sí mismas, ya sea en su realidad psicodinámica o en su vertiente neuroquímica, es tan limitado como pensar que la organización social determina toda condición de realidad o que la enfermedad es una simple categoría nosológica. Nuestra elección en este caso ha sido optar por una aproximación que, sin obviar la evidencia psicológica y biológica del sufrimiento, pueda aportar una línea interpretativa de los vínculos entre mundo social y experiencia subjetiva.

El enfoque relacional característico de la etnografía permite mostrar en situaciones como las aquí descritas las imbricaciones entre las culturas asistenciales, los comportamientos de los actores sociales y sus mundos de experiencias. A diferencia de algunos enfoques clínicos, en este caso la recuperación de los testimonios, de las expresiones y de los estados corporales se convierten en objetivos en sí mismos, pues se entiende que condensan vivencias que remiten a un contexto de producción, influencia y, en algunos casos, de determinación. El proceso etnográfico puede verse como una doble relación intersubjetiva: entre sujeto y realidad social y entre sujeto e investigador. Este texto puede entenderse como el resultado de esta doble intersubjetividad.

Nuestros informantes nos enseñan que el manicomio habita en su cuerpo como ellos

habitan en el manicomio. Es por ello que pensamos que cualquier proceso de externalización debe contar no sólo con la modificación de los dispositivos, sino también con la transformación de la cultura asistencial pre-existente, tanto en su modalidad de conjuntos de significados como de prácticas. Esta cultura asistencial permea los cuerpos de los internos y se fija en la forma de una identidad que se superpone sobre sus identidades previas, que son evocadas aún por ellos en sus recuerdos, en la idealización de sus antiguos hogares, en la rememoración de sus oficios (el camión, el tractor) y sus vidas como sujetos sociales activos. En este sentido, el proceso de externalización puede y debe contar con esa capacidad de rememoración como un instrumento para reubicar a los actores en un nuevo contexto en el que puedan resignificar su pasado y adaptarlo a un presente. Queda, no obstante, mucho trabajo por hacer, pues como ha indicado Pelbart (1989) con agudeza, podemos hablar de un "manicomio mental" que persiste en la discriminación y el estigma. Desde nuestro punto de vista, ese manicomio -que sea dicho es más cultural que mental- se expresa también en los efectos que la exclusión produce en la conformación imaginaria del espacio y el tiempo. Un espacio que condena a habitar el territorio de lo liminal y el no-lugar y un tiempo cuya circularidad expresa los obstáculos para construir un futuro de auténtica reinsertión.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo no hubiese podido realizarse sin los internos del HPSP que compartieron sus vivencias con nosotros. A ellos va dedicado este artículo. También queremos agradecer, por orden alfabético, a Miriam Alves, Régis A. Campos Cruz, Sandra Fagundes, Simone Frichemruder, Milene Martins y Thomas J. Silva el intercambio de experien-

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- Augé, M. (1993).** *Los no-lugares espacios de anonimato. Una antropología de la sobremodernidad.* Barcelona, Gedisa.
- Caudill, W. (1966).** *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica.* Buenos Aires, Escuela.
- Csordas, T. (Ed.). (1994).** *Embodiment and Experience.* Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Dias, M. T.; Reverbel, CM.; Cruz, RA.; Frichembruder, S.; Ramminger, T y Wagner, L. (e.p.)** *Seguimento e avaliação da reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro.* Porto Alegre, Secretaria da Saúde-Estado do Rio Grande do Sul.
- Ferreira, LM; Martins MC; y Alves, MC. (e.p.)** *Espaços insanos.* En Ferreira, W; Silva, T y Martínez Hernández, A. (Eds.) (e.p.) *Reabilitação psicossocial: Os sentidos antropológicos da autonomia.* Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Ferreira, W.; Silva, T y Martínez Hernández, A. (e.p.)** *Reabilitação psicossocial: Os sentidos antropológicos da autonomia.* Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Fleck, MPA; Wagner ,LC y Wagner, M. (2002).** *Relatório final da pesquisa seguimento e avaliação da reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro.* Porto Alegre, Secretaria Estadual da Saúde.
- Foucault, M. (1985).** *La historia de la locura. México,* FCE (2 volúmenes).
- Freud, S. (1981).** "La novela familiar del neurótico". En *Obras Completas (O.C.).* Cuarta edición en tres tomos. Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 1361-3, Tomo II.
- Geertz, C. (1989).** *La interpretación de las culturas.* Barcelona, Gedisa.
- Good, B. (2003).** *Medicina, racionalidad y experiencia.* Barcelona, Edicions Bellaterra.
- Goffman, E. (1988).** *Internados.* Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Kleinman, A. (1980).** *Patients and Healers in the Context of Culture.* Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A. (1995).** *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine.* Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A.; Das, V. y Lock, M. (1996).** *Introduction to Daedalus issue on "Social Suffering".* 12(51): XI-XX.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (2000).** "Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento". En Emilio González y Joseph M. Comelles (Comps.) *Psiquiatría transcultural.* Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 13-35.
- Martínez Hernández, A. (1998).** *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia.* Barcelona, Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Martínez Hernández, A. (2000).** *What's behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding.* Ámsterdam & Langhorne, Harwood Academic Publishers.
- Merleau-Ponty, M. (1999).** *Fenomenologia da percepção.* São Paulo, Martins Fontes.
- Pelbart, P. (1989).** *Manicômio mental, a outra face da clausura.* São Paulo, Hucited.

¹Este texto forma parte de una investigación realizada durante los años 2001 y 2002 en el Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (Brasil). El marco general de la investigación fue el Subproyecto *Morada São Pedro*, incluido a su vez en el proyecto *São Pedro Cidadão* y orientado a la externalización de los pacientes del manicomio, así como al diseño de estrategias de re-

habilitación psicosocial para estos usuarios. En otras publicaciones se ha dado cuenta de forma más extensa de esta experiencia. Véase Ferreira L., Martins y Alves (en prensa), así como otros trabajos incluidos en la compilación Ferreira W.; Silva y Martínez Hernández (e.p.).

²A menudo desde las ciencias "psi" y desde la medicina se tiende a comprender la enfermedad y la actividad clínica como realidades asociales, como si la cultura, la vida social y la economía-política no tuviesen ninguna relación con estos fenómenos. Esta "ilusión" epistemológica está reñida con las propias evidencias, como que el principal factor causante de la morbimortalidad en el mundo actual es la pobreza o que las categorías nosológicas, como toda actividad científica, son productos culturales que permiten tanto la conformación de la realidad como su modificación. Sobre este punto véase Geertz (1989) para una perspectiva general. Un enfoque específico para el ámbito de la enfermedad y la atención médica puede encontrarse en Kleinman (1980), Martínez Hernández (2000) y Good (2003).

³Sobre la somatomática del sufrimiento y el sufrimiento social véanse los trabajos de Kleinman (1995) y Kleinman, Das y Lock (1996). Sobre la idea de corpolicación o *embodiment* véase, entre otros muchos, la compilación de Csordas (1994).

⁴Una reflexión parecida puede encontrarse en un texto anterior de uno de los autores (Martínez Hernández 1998) en donde se pone en evidencia un fenómeno semejante denominado "novela relacional del esquizofrénico" consistente en imaginar un mayor número de relaciones sociales que las existentes.

Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias

Josep Canals Sala

Antropólogo.

Facultad de Pedagogía, E. de Trabajo Social.

Universidad de Barcelona.

RESUMEN

Este artículo analiza los dispositivos asistenciales basados en la ayuda mutua y en la asociación voluntaria de personas afectadas por problemas de salud, identificando el papel que desempeñan en el actual contexto sociopolítico.

Los grupos de ayuda mutua y las asociaciones de salud son formas asociativas que se sitúan entre la autoatención doméstica y los dispositivos sanitarios institucionalizados. Intentan proporcionar alternativas en determinadas problemáticas a las carencias de los servicios públicos y a las insuficiencias que manifiesta la autoatención doméstica en el actual contexto social.

En el sector constituido por esos grupos y asociaciones presenta importantes confusiones entre diferentes formas organizativas. En el texto se plantea distinguir a las formas asociativas y las funciones que realizan a partir de aplicar los conceptos de reciprocidad y redistribución propuestos por la antropología económica. La ayuda mutua se toma como factor diacrítico y se define como una forma de reciprocidad horizontal y simétrica entre personas que comparten la historia del mismo problema y que hace posible redefinir autónomamente la situación vivida. En cambio, la mayoría de asociaciones de salud se sitúan en el ámbito de la redistribución, reproduciendo las definiciones y las prácticas de intervención de los modelos institucionales hegemónicos.

Palabras clave: *ayuda mutua, asociaciones, reciprocidad, redistribución.*

ABSTRACT

This article analyzes the resorts of assistance based on mutual help and the voluntary association of people affected by health problems identifying what role they play in the current social and political context.

Mutual help groups and health associations are associative figures which are placed between domestic self-assistance and institutionalized health dispositives. They try to supply alternative issues in some problems to public services lacks and to insufficiencies of domestic self-assistance in the current social context.

The field of mutual help groups and health associations displays important confusions between different organizative patterns. In this text the author tries to discriminate these different shapes and the functions they perform, applying conceptual tools on reciprocity and redistribution proposed by economical anthropology. Mutual help is taken as the diacrític factor and it is defined as a form of horizontal and symmetrical reciprocity between persons which are sharing a history of the same problem and that allows them to redefine autonomously the situation they are living. In the other side, the majority of health associations are placed in the field of redistribution, tending to reproduce definitions and practices of hegemonical institutional models.

Key words: *mutual help, associations, reciprocity, redistribution.*

INTRODUCCIÓN: IDEALIZACIONES Y CRÍTICAS

Las asociaciones de salud (AS) y los grupos de ayuda mutua (GAM) son entidades formadas por personas afectadas por problemas de salud y/o por familiares de estas. Constituyen un sector que ha conseguido una presencia importante en los últimos años, de tal manera que en estos momentos ya no es posible describir el sistema sanitario sin hacer alguna referencia al ámbito asociativo. Esta evidencia es objeto de valoraciones diversas. Entre estas tienden a imponerse las opiniones favorables, que muchas veces rayan en la pura y simple idealización, en coherencia con la elevada estima social que se dispensa a las ONG, al voluntariado y al asociacionismo en general. Esta consideración social se contrapone a la desconfianza y a la lejanía con que se tiende a percibir todo aquello que es identificado con la esfera de lo político y con el mundo institucional. La exaltación de la sociedad civil es el aderezo ideológico siempre presente en los discursos de legitimación de las entidades no gubernamentales. Unos discursos que, por una parte, invocan la mayor eficiencia y agilidad de tales entidades y, por otra, presentan a las asociaciones y ONG como una "reserva moral" que nos redimiría del individualismo posesivo y competitivo consustancial a nuestro modelo económico.

Ante el discurso apuntado encontramos reticencias y descalificaciones de distinto signo: desde las críticas de carácter político que ven en la potenciación de las asociaciones y ONG una forma de desistimiento de sus responsabilidades por parte del Estado, hasta la desconfianza que, en el campo que aquí interesa, manifiestan algunos profesionales ante las organizaciones autónomas de pacientes y familiares, que pueden ser vistas como grupos de riesgo in-

suficientemente controlados. Curiosamente, entre los defensores de las AS y los GAM, aparecen corrientes contradictorias entre sí que coinciden, invirtiéndolas, con las líneas críticas apuntadas. Para muchos políticos y gestores, esas entidades resultan interesantes por su economía de gestión, basada en su menor burocracia y en unos bajos costes laborales, y por su eficacia, que se atribuye a la introducción de la competencia y a su mayor implicación subjetiva. En cambio, para muchas personas afectadas y familiares, y para ciertos sectores externos de simpatizantes, las AS y especialmente los GAM, serían alternativas potenciales a la medicalización imperante y un camino hacia la autogestión en salud. En todo caso, ambas posiciones, aparentemente irreconciliables, coinciden en el mismo objetivo de crear y desarrollar GAM y AS.

Como acostumbra a suceder, la realidad es bastante más compleja de lo que suelen expresar las opiniones más difundidas. Aquí trataré sobre la frecuente confusión entre los GAM y otras formas grupales y asociativas. Utilizaré algunos conceptos de la antropología social que permiten construir, en este caso, instrumentos de interpretación útiles y relativamente sencillos. En este sentido, mi enfoque es complementario respecto a las aportaciones que, sobre el mismo ámbito, se han hecho desde la psicología social y comunitaria o desde la sociología..¹

EL PAPEL DE LOS GAM Y LAS AS

Los GAM y las AS son formas asociativas que se sitúan en una posición intermedia entre la autoatención doméstica y los dispositivos sanitarios institucionalizados. Sobre todo los primeros, desarrollan formas horizontales de ayuda recíproca, creando un espacio de autocuidado y de au-

toatención externo a los grupos primarios que siempre han desempeñado estas funciones. En este sentido, son alternativas características de las sociedades urbano-industriales, puesto que se constituyen a partir de la libre asociación de sus miembros y no dentro de estructuras comunitarias tradicionales y basadas en alguna forma de estatus adscrito.

La existencia de GAM y AS obedece a múltiples causas y las diferentes entidades pueden darse a sí mismas objetivos muy distintos. Sin embargo, si hubiera que definir una finalidad que las englobara prácticamente a todas, ésta sería la de buscar soluciones a problemáticas mal atendidas a consecuencia de las carencias de los servicios públicos y de las insuficiencias de la autoatención doméstica. En consecuencia, los GAM y las AS tienen al mismo tiempo funciones asistenciales y reivindicativas. En muchos casos, conseguir la visibilidad social de una problemática marginada es la principal razón de ser de tales organizaciones y la que más determina su trayectoria.

En la fundación y desarrollo de los GAM y las AS inciden sobre todo las siguientes causas:

1. Las limitaciones de la medicina hegemónica.² Es significativo que las primeras organizaciones basadas en GAM hayan sido *Alcohólicos Anónimos* y *Recovery*. Ésta última, creada en los años 30 y en los Estados Unidos al igual que *Alcohólicos Anónimos*, agrupa a enfermos mentales y fue fundada por pacientes que habían salido del hospital. Obsérvese que se trata de problemáticas ante las cuales el fracaso médico era y sigue siendo muy elevado. Actualmente, el crecimiento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, en las que una medicina que se había concebido

como curativa encuentra sus límites, está en el origen de la gran mayoría de los GAM y AS existentes. También es muy significativo que el sector que más crece ahora en nuestro país sea el constituido alrededor de los síndromes de baja incidencia, donde la falta de recursos terapéuticos se une a la invisibilidad social.

2. Las ya mencionadas carencias de la sanidad pública y del sistema de bienestar social. En este sentido, no es casual que los primeros GAM aparecieran en los Estados Unidos y que en este país existan más organizaciones de ese tipo que en ningún otro lugar, tanto en términos absolutos como relativos. La falta de un sistema público universalizado de salud y bienestar social comparable a los europeos es ahí una variable decisiva. Esto debe relacionarse con la implantación creciente de las AS y GAM en Europa a partir de los años setenta, precisamente cuando el Estado del Bienestar está siendo reformulado y la extensión de las prestaciones públicas se ve limitada, traspasándose cada vez mayores responsabilidades al llamado Tercer Sector.

3. El debilitamiento de las estructuras cuidadoras tradicionales afectadas por las transformaciones ocurridas en las relaciones familiares y vecinales, estas últimas injustamente poco consideradas en la mayoría de análisis, que se han centrado exclusivamente en la familia.

Con un alcance cuantitativo menor, pero nada despreciable, hay que añadir la necesidad de reconstruir la identidad deteriorada por el estigma asociado a la enfermedad y la consiguiente recuperación de autoestima. También debe mencionarse la frecuente necesidad de incorporar nuevos conocimientos y habilidades que no están disponibles en la tradición cuidadora del grupo familiar y su red social.

Los GAM, como consecuencia de sus mismas dimensiones, necesariamente reducidas, no pueden hacer frente a las múltiples necesidades que el colectivo al que pertenecen tiene planteadas. Un GAM permite desarrollar el apoyo mutuo en el plano emocional, redefinir la situación vivida y a veces la propia identidad, o el intercambio de ayuda entre sus miembros, que incluye la transmisión y construcción de nuevos saberes y habilidades de tipo práctico. Pero más allá de estas funciones fundamentales, en la mayoría de problemáticas el grupo ha de abordar una serie de necesidades que requieren una organización más compleja y que desbordan las posibilidades de una pequeña estructura horizontal. Como ejemplos más comunes de tales necesidades se pueden citar la sensibilización pública, la reivindicación de servicios adecuados y de derechos sociales específicos, la lucha contra la discriminación, la puesta en marcha de servicios y actividades que compensen las carencias existentes y, evidentemente, la busca de fondos y de subvenciones imprescindibles para conseguir tales objetivos y para hacer posible el funcionamiento de la organización. Esta transición desde un GAM original hacia una asociación mucho más compleja ha sido descrita como el modelo más habitual en los países con mayor tradición en este campo.³ En cambio, en el Estado español ha sido más frecuente la creación directa de AS formalizadas, que pueden o no acoger a GAM en su interior. Es más, en algunos casos en que se ha seguido el modelo clásico, los GAM originales se han perdido por el camino y con ellos todo un mundo de actitudes y prácticas vinculadas a la ayuda mutua.

UN PANORAMA CONFUSO

Cuando nos acercamos a la realidad de los GAM y AS en nuestro país, pero no ex-

clusivamente en él, descubrimos un confuso panorama en el que muchas veces el nombre no hace a la cosa y en el que puede resultar difícil saber qué y a quién representa cada asociación y, todavía más importante, qué puede encontrar en ella la persona interesada. Las confusiones afectan, principalmente, a la idiosincrasia de los GAM y a las formas de ayuda vehiculizadas por las AS.

Un GAM sólo puede ser considerado como tal si funciona sin profesionales. Sin embargo, más de la mitad de los GAM que se presentan con esta etiqueta son, en realidad, grupos terapéuticos o grupos de apoyo que cuentan con la presencia de algún profesional no afectado. Puedo basar esta afirmación en la investigación empírica llevada a cabo sobre el terreno en Cataluña y en informaciones secundarias sobre el resto del Estado que confirman este hecho.⁴ Paralelamente, las AS se presentan a veces utilizando términos que contribuyen a la confusión. Hay asociaciones que se denominan a partir de una determinada categoría de personas afectadas pero que están formadas exclusivamente por familiares (que pueden considerarse coafectados) y por profesionales. En algunos casos, los profesionales son los fundadores y/o dirigentes. En el campo psiquiátrico se puede encontrar incluso alguna entidad constituida por médicos que cuenta con el respaldo explícito de un laboratorio farmacéutico. El caso más frecuente, a pesar de todo, es el de las AS formadas por personas afectadas y familiares, seguido de las que agrupan básicamente a familiares, las más habituales en el mundo de la salud mental. Pero aun en estos casos, las descripciones que las propias AS hacen de sus finalidades y actividades abren serios interrogantes, sobre todo acerca de las formas de circulación de la ayuda que promueven.

Llaman la atención, especialmente, los usos equívocos de los términos *ayuda mutua* y *autoayuda*, que en muchos casos funcionan como sinónimos y así dicen percibirlos buena parte de los miembros de AS e incluso algunos líderes asociativos. En el área anglosajona aparecen también las mismas ambigüedades entre los usos de *mutual-aid* y *self-help*. El primer término define más adecuadamente el tipo de ayuda que se produce en los GAM, pero el segundo goza de mayor popularidad y es utilizado con mucha mayor frecuencia. Esto es reconocido también por autores anglosajones partidarios de diferenciar ambos términos.⁵ El carácter reflexivo de *self* en inglés, que no siempre es fácil traducir, expresa mejor las acciones del individuo sobre sí mismo. En este sentido, la traducción al castellano como *autoayuda* es perfectamente válida y es el significado que se recoge en la muy popularizada literatura denominada de *autoayuda*.

El debate sobre el significado de las definiciones y el uso de las palabras puede conducir fácilmente a discusiones bizantinas y a callejones sin salida. Lo que importa es la utilización que se hace en la práctica en cada caso.⁶ Así, en nuestro país, cuando se habla de grupos o asociaciones de *autoayuda*, se acostumbra a nombrar a las AS que asumen los criterios y actuaciones de la medicina oficial y que habitualmente cuentan con la presencia de profesionales en su estructura.⁷ Estos últimos tienen vinculaciones con las asociaciones que van desde la prestación voluntaria -que puede unir el interés curricular al altruismo- hasta el trabajo asalariado -con dedicaciones variadas- que es la modalidad cada vez más frecuente. Paradójicamente, un término como *autoayuda*, que sugiere un grado muy elevado de autonomía, es utilizado para presentar formas asistenciales que conllevan una considerable hetero-

nomía. Esta paradoja es una muestra más de la ambivalencia con que se maneja en nuestro entorno la idea de autonomía, invocada como un valor fundamental por diferentes profesiones, pero constantemente puesta en cuestión por la desconfianza que genera en muchos profesionales todo lo que los pacientes o usuarios puedan hacer fuera de su control. Al fin y al cabo, el concepto de autonomía que se maneja en los ámbitos asistenciales ha sido importado por los discursos profesionales desde otro universo moral, caracterizado por la concepción protestante de la responsabilidad individual, que choca con las tradiciones de dependencia desarrolladas en el área latino-católica. Como en el caso de *self-help* y su traducción *autoayuda*, se hace patente la dependencia que padecemos respecto a lo que se publica en lengua inglesa y respecto a la hegemonía de la producción anglosajona.

AYUDA MUTUA, IGUALDAD Y RECIPROCIDAD

En el confuso panorama que he apuntado es necesario distinguir entre distintas relaciones generadoras de ayuda. La *ayuda mutua* aparece ahí como la noción que puede actuar como el factor diacrítico capaz de diferenciar relaciones y formas de ayuda que no conviene confundir. La noción de *ayuda mutua*, como tantas otras, tiende a ser utilizada como un sobrentendido que rara vez es sometido a escrutinio crítico. Se trata de una locución incorporada al habla cotidiana, pero no deja de ser significativo que su reconocimiento en el léxico culto de la modernidad provenga de un teórico anarquista como Kropotkin.⁸ Fieles a esta consagración, las connotaciones de igualdad y ausencia de jerarquía de la ayuda mutua acompañan siempre a denotaciones que sólo adquieren un sentido claro cuando se contextualizan en una si-

tuación concreta. Siendo una noción genérica que puede tener un valor universal, la ayuda mutua adquiere todo su sentido solamente como hecho local y particular.

Pueden encontrarse innumerables definiciones de la ayuda mutua en forma de variaciones sobre un mismo tema y casi siempre aplicadas a una determinada finalidad. Por su utilidad he escogido a la siguiente:

*"La ayuda mutua ocurre únicamente cuando la persona que ayuda y la que recibe esa ayuda comparten una historia del mismo problema."*⁹

Obsérvese que no se trata, en realidad, de una definición de qué es la ayuda mutua sino que nos dice cuándo se produce ésta. De la citada propuesta de Silverman se desprenden algunas cuestiones cruciales. En primer lugar, el carácter de relación entre iguales que implica el mismo concepto de ayuda mutua. En segundo lugar, el hecho de que la igualdad entre los participantes se base en la vivencia compartida de un mismo problema. Dicho de otro modo, la igualdad no viene dada, en principio, por factores sociológicos sino por compartir ese mismo problema. Evidentemente, una desigualdad manifiesta en el plano socioeconómico y/o cultural conlleva formas muy distintas de sufrir, experimentar, vivir y expresar, por ejemplo, una misma enfermedad, de tal modo que lo que aparece como *problema* sería caracterizado de maneras tan distintas que dejaría de ser el *mismo* problema. La enfermedad puede ser la misma pero la situación no lo es. El *problema* es ahí una categoría eminentemente situacional. Qué es o no es problema ha de ser definido por las mismas personas afectadas.¹⁰

En tercer lugar, la propuesta citada añade un matiz importante cuando en vez de hablar de "compartir un mismo problema"

precisa que se trata de compartir "*una historia de un mismo problema*". Una historia que no es reducible a la anamnesis, sino que abarca a las vivencias, experiencias y circunstancias asociadas al problema, incluida la experiencia de relación con los profesionales y los servicios. Esta última, por cierto, es un tema de debate recurrente en los GAM. En conjunto, en la cuasi-definición de Silverman se apuntan aquellos elementos que hacen decir tantas veces a los actores que "*sólo lo sabe quien lo ha pasado*".

En casi todos los intentos de definir a la ayuda mutua, sean o no aplicados al caso de los GAM, aparece alguna referencia a la reciprocidad como un tipo de relación de intercambio necesaria para que exista ayuda mutua. La reciprocidad, sin embargo, presenta diferentes formas que no siempre responden a los requisitos de la ayuda mutua señalados anteriormente. La reciprocidad puede darse entre desiguales y alimentar relaciones de dependencia. Es lo que sucede cuando la parte más débil solamente puede corresponder a sus benefactores más poderosos con la lealtad y la sumisión. Por tanto, como dice Menéndez.²

"(...)la reciprocidad sólo implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o por lo menos entre equivalentes. Por lo tanto, reciprocidad y ayuda mutua establecen un nivel horizontal de relaciones que no está implicado en la reciprocidad por sí sola."

Esta puntualización viene a reforzar desde otros conceptos la propuesta de Silverman, señalando el tipo de reciprocidad horizontal y simétrica capaz de generar ayuda mutua. Pero la horizontalidad aludida no deja de ser un tipo ideal que nunca llega a cumplirse del todo, entre otras cosas porque no existen dos personas exactamente iguales, de modo que la categoría de *equivalentes* introducida en la última cita

tiene la ventaja de responder mejor a los imperativos situacionales y es la que propongo adoptar.

RECIPROCIDAD, IDENTIDAD Y REDEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN

La reciprocidad estricta se constituye sobre el ciclo *dar-recibir-devolver* definido por Marcel Mauss.¹¹ Implica una forma de intercambio en la cual la creación y fortalecimiento de vínculos sociales prevalece sobre el mero interés material. O, mejor dicho, como ya señaló el mismo Mauss, pone en cuestión la dicotomía moral entre la generosidad y el interés. En todo caso, la reciprocidad tiende a encuadrarse en un marco de obligaciones morales basadas en el tipo de relación existente (parentesco, vecindad, amistad, etc.), siendo la reciprocidad horizontal productora de ayuda mutua la que más está sometida a esos imperativos. De este modo, en la percepción social la ayuda mutua se sitúa en el polo opuesto al intercambio mercantil, asimilándose a veces erróneamente al altruismo que, en sentido estricto, implicaría un don sin devolución. Quedaría por ver si el altruismo no remite muchas veces a la creencia en una reciprocidad genérica entre las personas que mitigaría los efectos del desamparo. Esto cuando no forma parte de las obligaciones definidas por una cosmovisión religiosa, que implican la obligación de devolver los bienes recibidos de Dios a sus criaturas más desvalidas ante la imposibilidad de hacerlo directamente con la divinidad. La lógica del sacrificio responde a ese esquema de reciprocidad y explica por qué, en la concepción cristiana, el don altruista y el sacrificio son dos nociones tan próximas.¹¹

En una relación de ayuda mutua, la equivalencia y horizontalidad señaladas anteriormente necesitan ser complementadas

con la confianza e identificación suficiente entre las personas participantes. Sin estos últimos requisitos es difícil mantener relaciones de reciprocidad prolongadas en el tiempo, que conllevan la posibilidad de aplazar indefinidamente la obligación de devolver.¹² De todos modos, no se deben idealizar esas condiciones, puesto que en las relaciones familiares la confianza y la identificación se traducen muchas veces en pura y simple obligación derivada de la posición adscrita en el grupo de parentesco. En el marco familiar, la obligación de ayudar es previa a la aparición de la necesidad y se puede decir que todos nacemos ya con deudas pendientes. Esto marca una diferencia importante con el caso de los GAM, en los cuales las obligaciones de dar-recibir-devolver se adquieren a partir de la asociación voluntaria una vez ha surgido la necesidad. Pero también en este caso debe existir una identificación y confianza lo bastante fuertes con el grupo para poder crear y mantener las relaciones de reciprocidad generadoras de ayuda mutua. Hay que subrayar que la mencionada asociación voluntaria implica una decisión libre de los individuos que condiciona la posibilidad de integrarse en un GAM.¹³ La adhesión a un GAM se puede sugerir pero jamás puede prescribirse y esto conlleva que los GAM nunca pueden sustituir a otros dispositivos asistenciales.

En un GAM la equivalencia y la confianza se construyen sobre la identificación basada en la historia compartida de un mismo problema. A partir de aquí el grupo define su propia identidad, resignifica el problema compartido y hace posible la reconstrucción de la identidad deteriorada de sus miembros, e incluso reformularla sobre otros parámetros. Esto último supone cuestionar los criterios imperantes de definición de la *normalidad*, que han demostrado su capacidad de es-

tigmatización y su papel como instrumentos de exclusión social.¹⁴

Los GAM generan sus particulares narrativas, dentro de las cuales los componentes del grupo sitúan e interpretan sus propios procesos de cambio y de adaptación, aspectos estos que representan algo más que una búsqueda de tratamiento.⁵ En este plano, los GAM son entes productores de ideología.¹⁵ El componente ideológico puede ser muy variado: desde la concepción del renacer que encontramos en *Alcohólicos Anónimos* y otros grupos que han adoptado su programa, que deriva de las versiones conversionistas de la constelación protestante, hasta posicionamientos de afirmación identitaria radical que cuestionan cualquier ingerencia medicalizada, pasando por formas de *empowerment* descubiertas en el proceso de identificación mutua, resignificación de la enfermedad y búsqueda de una nueva posición en el mundo. Es en este contexto donde hay que insertar la adquisición y desarrollo de nuevos saberes y habilidades que, procedan de la medicina hegemónica, de diversas medicinas alternativas, sean sincretismos de unas y otras o simplemente productos del intercambio de experiencias, se dotan de significados que sólo responden a la particular visión de su mundo que el grupo construye. Desde el pensamiento positivista de muchos sectores médicos, todo esto puede ser considerado como inútiles metafísicas que interfieren en la correcta aplicación de sus prescripciones. Contra esta interpretación se levantan tres argumentos bastante contundentes: en primer lugar, el importante componente de fracaso médico vivido que subyace a la existencia de la mayoría de GAM; en segundo lugar, la constante contrastación empírica que se practica en los grupos -y entre grupos- a propósito de qué prácticas son útiles y cuales no, empezando por muchas medica-

ciones ("¿por qué no se lo toman ellos y verán qué pasa?"); finalmente, la constatación reconocida de los efectos beneficiosos para la salud en los miembros de GAM en comparación con la población afectada por las mismas patologías que no participa en ellos.¹⁶

REDISTRIBUCIÓN Y DEPENDENCIAS

Una vez caracterizada la ayuda mutua sabemos mejor qué no lo es. En este punto ya podemos comparar a los GAM genuinos con las formas de ayuda que ofrecen las AS donde no se practica la ayuda mutua, que es el tipo más frecuente en nuestro país. Si hasta aquí el concepto clave ha sido el de reciprocidad, ahora se trata de considerar los factores asociados a la *redistribución*.

Si la reciprocidad implica un intercambio directo entre las personas implicadas, en la redistribución hay alguien -individuo, grupo, organización o institución- que recapta y concentra determinados recursos para proceder a su distribución a partir de unos criterios preestablecidos.¹² En abstracto, la redistribución podría ser entendida como una versión ampliada y más organizada de la reciprocidad. Sin embargo, presenta características que la hacen muy diferente. Para empezar, en la redistribución subyace alguna forma de contrato, que es una regulación del intercambio que establece finalidades y límites concretos, y que se considera como algo opuesto a la reciprocidad estricta.¹⁷ Más allá de esta distinción teórica, la redistribución está muy relacionada con la constitución, legitimación y mantenimiento del poder.¹⁸ En nuestro contexto histórico tendemos a valorar positivamente los efectos de la redistribución, puesto que todos los sistemas de protección y bienestar social están contruidos a partir de ella. Esto es muy cierto y supone unas

conquistas sociales que deben ser irrenunciables. Sin embargo, no podemos pasar por alto que incluso los modelos más justos de Estado del Bienestar son una forma de legitimación del Estado a secas. Como lo fue el *pan y circo* romano -o la figura carismática del *big man* melanesio en una sociedad sin Estado-, por citar sólo algún ejemplo emblemático de redistribución asociada al mantenimiento o a la misma formación del poder.¹⁹

Las AS se inscriben dentro de los sistemas de redistribución del Estado a través de las subvenciones públicas, que son su principal fuente de financiación. Otros proveedores importantes de fondos, como las fundaciones, son también mecanismos de redistribución. Añadamos que las cuotas de los asociados y las donaciones cubren escasamente una cuarta parte de los ingresos.²⁰ En este contexto, las AS, como el conjunto del denominado Tercer Sector, están muy condicionadas por el marco redistributivo del que forman parte. Es obvio que estos condicionantes funcionan en detrimento de la acción reivindicativa, que es una de las principales razones de ser de las AS. No es prudente morder la mano que te da de comer, sobre todo en tiempos de desmovilización social.

Existe también una correlación directa entre la dependencia de las subvenciones y la adopción por las asociaciones de los criterios, concepciones y prácticas de los grupos profesionales reconocidos por el mismo Estado redistribuidor. En efecto, las subvenciones se consiguen a través de proyectos que cuanto más se aproximen a la ortodoxia hegemónica más posibilidades tienen de ser aceptados y financiados. Y una de las garantías de que los proyectos serán aplicados de acuerdo a esa ortodoxia es la presencia de profesionales en las propias AS. De esta forma, las AS son cada

vez más prolongaciones del complejo asistencial público, que progresivamente delega más responsabilidades a entidades privadas o no gubernamentales. La retórica que defiende esta tendencia en nombre de la supuesta autonomía de la sociedad civil acostumbra a pasar de puntillas sobre las dependencias apuntadas, del mismo modo que parece ignorar el déficit de equidad que supone ir a rastras de iniciativas particulares -por muy "políticamente correctas" que sean-, que no llegan a muchos sectores sociales y que cubren muy irregularmente el territorio. Hoy por hoy, el mundo de las AS es un mundo de clases medias concentrado en áreas urbanas.

En el interior de las AS, la inserción en los mecanismos de redistribución facilita la formación de estructuras especializadas de gestión que tienden a jerarquizar la organización de las entidades, introduciendo en su seno las relaciones de dependencia que conlleva la redistribución. Puesto que esto se produce en una dinámica que también potencia el trabajo estable de profesionales en las AS, el proceso conduce a la reproducción de los modelos existentes en las instituciones. En estas condiciones, no es raro que desaparezcan GAM o que se formen grupos que no lo son, utilicen o no esta denominación. Cuando existen verdaderos GAM en asociaciones donde predominan las relaciones de redistribución y los paradigmas profesionales, acostumbran a tener un lugar marginal y subordinado en sus respectivas AS, ocupando una posición similar a la que se atribuye a la ayuda mutua en el conjunto de nuestra sociedad, dominada por los intercambios mercantiles. Quizás las AS que siguen ese modelo ganen en eficacia técnica, pero anulan una de las posibilidades más interesantes de la ayuda mutua: aquella redefinición autónoma del problema vivido, que posibilita la reconstrucción de la identidad deteriorada

y la oportunidad de resituarse en un mundo que ha sido alterado drásticamente por la enfermedad, el accidente o la pérdida, vividas en carne propia o en la de alguien cercano. Y esto es algo que los protagonistas manifiestan que solamente lo han conseguido en la relación entre equivalentes, entre quienes *"lo saben porque lo han pasado"*.

A pesar de todo, limitarnos a las escasas posibilidades de acción social de los GAM no sería una buena opción. En este sentido es necesario señalar que existen AS que incluso dependiendo de subvenciones, teniendo profesionales asalariados y supliendo al sector público en la prestación de algunos servicios, mantienen lo que he llamado "hábitos de ayuda mutua". Con esta expresión me refiero al predominio de las relaciones de reciprocidad en el interior de la asociación aunque ésta se halle inserta en las estructuras de redistribución. El otro rasgo que caracteriza a tales AS consiste en lo que se podría llamar una epistemología práctica que tiene como referente axial al hecho de compartir una historia de un mismo pro-

blema. En otras palabras, los mencionados "hábitos de ayuda mutua" implican que la definición de las necesidades y la capacidad de decisión son competencia de las personas afectadas y que los profesionales no pueden suplantarlas en este papel, cosa que exige a estos últimos una revisión de los roles aprendidos en su socialización corporativa.

Como resumen final puede decirse que la identificación de las formas de reciprocidad, del predominio de la ayuda mutua o de la redistribución, junto con el grado de autonomía con que las personas afectadas se redefinen a sí mismas, priorizan sus necesidades y toman sus decisiones, constituyen los parámetros que permiten tipificar diferentes modelos asociativos en el campo de la salud y clarificar la realidad de un mundo que aparece cargado de confusiones, ambivalencias y ambigüedades.

C. Còrsega 409
08037 Barcelona.
jcanals@ub.edu

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

¹ Gracia, E. (1997), *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, Paidós.

² Menéndez, E. L. (1984), "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud". En: *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3: 83-119.

³ Riessman, F. (1995), *Redefining Self-Help. Police and Practice*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

⁴ Canals, J. (2002), *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tesis doctoral. Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.

⁵ Rappaport, J. (1993), "Narrative studies, personal stories and identity transformation in the context of mutual help". En: *The Journal of Applied Behavioral Science*, 29 (2): 237-254.

⁶ Menéndez, E. L. (2000), "Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos". En: Perdiguero, E. y Comelles, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Edicions Bellaterra (p. 163-188).

⁷ Conde, F. (1996), "Las mujeres y el movimiento de ayuda mutua". En: *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 3: 34-53.

- ⁸ **Kropotkin, P. (1902)**, *Mutual Aid: A Factor in Evolution*. Londres, Heinemann.
- ⁹ **Silverman, P. R. (1980)**, *Mutual Help Groups: Organization and Development*. Londres, Sage.
- ¹⁰ **Richardson, A, Goodman, M. (1983)**, *Self-help and social care: mutual aid organizations in practice*. Londres, Policy Studies Institute.
- ¹¹ **Mauss, M. [1950] (1979)**, *Sociología y antropología*. Madrid, Tecnos.
- ¹² **Sahlins, M. (1983)**, *Economía de la Edad de Piedra*. Madrid, Akal.
- ¹³ **Roca, F, Villalbí, J. R. (1993)**, *Manual para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua*. Pamplona, Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- ¹⁴ **Danovitch, S. (1995)**, "Identidad colectiva y poder: el movimiento de derechos para las personas con discapacidades". En: *Historia y Fuente Oral*, 13: 73-95.
- ¹⁵ **Antze, G. W. (1976)**, "The role of ideologies in peer psychotherapy organizations: Some theoretical considerations and three case studies". En: *The Journal of Applied Behavioral Science*, 12: 323-346.
- ¹⁶ **Roca, F, Llauger, M. A. (1994)**, "Grupos de ayuda mutua: una realidad a tener en cuenta en Atención Primaria". En: *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1 (4): 214-224.
- ¹⁷ **Terradas, I. (2001)**, "Is reciprocity an enlightening concept to address contemporary issues?" En: *Éndoxa, Series Filosóficas*, 15: 33-41.
- ¹⁸ **Martínez-Veiga, U. (1990)**, *Antropología Económica. Conceptos, teorías y debates*. Barcelona, Icaria.
- ¹⁹ **Godelier, M. (1989)**, *Lo ideal y lo material. Pensamiento, economías, sociedades*. Madrid, Taurus.
- ²⁰ **Empleo y trabajo voluntario en las ONG de acción social**. Madrid, Fundación Tomillo/Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

Los Programas de la Asociación Comisión Católica de Migraciones (ACCEM) en Asturias

ACCEM

Asociación Comisión Católica de Migraciones.

RESUMEN

ACCEM es una ONG que desarrolla acciones en el campo de la migración. En Asturias tiene unos dispositivos: Centro de Acogida a Refugiados, Centro de Acogida Temporal a Inmigrantes y 7 pisos; que con sus oficinas desarrollan servicios con el objetivo de favorecer la inserción del inmigrante. Especifica el artículo los servicios y objetivos específicos planteados en éstas actividades y hace un resumen de las dificultades para la consecución de ésta. Finalmente se describe el observatorio permanente de la Inmigración como dispositivo permanente de observación cooperativa y evaluación participativa.

Palabras clave: ACCEM; migración; integración social; observatorio permanente.

PRESENTACIÓN

La ACCEM es una Organización No Gubernamental (ONG), sin ánimo de lucro de ámbito estatal que desarrolla sus actividades en el campo de la Migración.

La finalidad de esta entidad es procurar al usuario una atención integral que posibilite a corto plazo su inserción efectiva en la sociedad de acogida.

A lo largo del territorio nacional se vienen implantando distintos programas de

ABSTRACT

ACCEM is an NGO which works in the migration field. In Asturias it has several centres: a refugee centre, a short-stay centre for immigrants and 7 flats. The aim of ACCEM is to provide services which allow immigrants to become integrated. This article details these services and the objectives behind them as well as summarising the difficulties involved in reaching them. Finally, it describes permanent immigration observation as a permanent device for cooperation and participatory assessment.

Key words: ACCEM; migration, social integration; permanent observatory.

intervención encaminadas a la inserción social y laboral del colectivo de inmigrantes en coordinación la iniciativa pública. Dentro de este marco de colaboración se han establecido distintos convenios con las distintas administraciones públicas.

En Asturias trabaja desde 1992 en el desarrollo de programas y proyectos para la inserción e intervención social, laboral y formativa con el colectivo de migrantes (asilados, refugiados, solicitantes de asilo, migrantes y minorías étnicas) suscrito con el IMSERSO - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Las principales actividades y servicios que desarrolla en el Principado de Asturias son:

- Información y Orientación -social, laboral y jurídica-
- Formación en el idioma
- Formación socio-educativa para la inserción
- Programa de acompañamiento a la inserción laboral
- Promoción y formación del voluntariado
- Acompañamiento a la mediación intercultural
- Sensibilización
- Centro de Acogida a Refugiados -CAR-
- Centro de Acogida Temporal a Inmigrantes -CATI-
- Observatorio Permanente de la Inmigración de Asturias

En Gijón, **El Centro de Acogida a Refugiados -CAR-**, cuenta con un equipamiento de cuatro pisos de acogida (23 plazas en total) en las que se cubren sus necesidades básicas: alojamiento, manutención cobertura médico-farmacéutica, apoyo social, formación y asistencia jurídica, entre otras

Desde el año 2000 en la ciudad de Oviedo, la Asociación ha abierto una oficina y **Centro de Acogida Temporal a Inmigrantes -CATI-**, donde también son cubiertas las necesidades básicas.

Este dispositivo de acogida que ofrece con carácter temporal, atención a personas inmigrantes -alojamiento, manutención, for-

mación en el idioma, asesoramiento jurídico, inserción social-laboral - es financiado mediante un convenio con la Consejera de Asuntos Sociales del Gobierno del Principado de Asturias.

En Asturias disponemos 7 pisos, concretamente en Gijón de 6 pisos con una capacidad de 33 plazas y un piso en Oviedo con una capacidad de 7 plazas

Son establecimientos de carácter social, destinados a prestar alojamiento, manutención y asistencia psicológica con carácter temporal a aquellas personas que siendo solicitantes de asilo, desplazados, refugiados e inmigrantes, tienen una mayor vulnerabilidad personal y social respecto a resto de personas que integran el colectivo.

Los principios que se rige la acción son: Libertad, autonomía, Solidaridad, Respeto

Los usuarios que acceden a los Centros de acogida carecen de recursos económicos para cubrir las necesidades básicas de subsistencia. Las propuestas de solicitud de ingreso se gestionan a través de la sede central de ACCEM derivadas a través de otras entidades, del IMSERSO y en coordinación con la OAR.

SERVICIOS Y OBJETIVOS

El objetivo general es: Facilitar el itinerario de inserción en la sociedad de acogida a las personas, que proceden de otro entorno social, cultural y laboral, y de los inmigrantes que carezcan de medios económicos para atender sus necesidades y las de sus familias. Mediante las prestaciones de los siguientes servicios:

- *Alojamiento y Manutención*, para el solicitante y su familia. La modalidad de alojamiento para facilitar la inserción y normalización.

- *Atención Social*, se realiza una labor de información y asesoramiento sobre la resolución de problemas, trámites y recursos disponibles para su condición de solicitante de Asilo y/o refugio.

- *Atención Psicológica*, diagnóstico, valoración y orientación de cada caso, así como la aplicación de las medidas terapéuticas oportunas.

- *Información y Asesoramiento*: asesoramiento legal e información sobre cualquier aspecto relacionado con la tramitación de expedientes.

Apoyo en trámites y gestiones de documentación para su regularización. Información, orientación y derivación

- *Formación Socio-Educativas*, desarrollo de programas, talleres formativos que doten al colectivo de inmigrantes de las habilidades sociales y de la autonomía necesaria para hacer frente a su proceso de inserción en las áreas de vivienda, educación, empleo, salud y participación en la comunidad.

- *Formación en el Idioma*, acceso a las clases de español, impartidas por dispositivos públicos. Acompañamiento sociolingüístico individualizado.

Aprendizaje del español y de habilidades sociales que faciliten la integración social en la sociedad española.

- *Actividades Formativas*, escolarización de usuarios en edad escolar, aprendizaje del español y de habilidades sociales que faciliten la integración social en sociedad española. Formación social, cultural y laboral en colaboración con instituciones de la comunidad, para facilitar su capacitación y acercamiento al mercado de trabajo.

- *Acompañamiento a la Inserción Laboral*,

formación en estrategias, habilidades para la búsqueda de empleo así como en las nuevas tecnologías de la comunicación e información; y capacitación profesional necesaria, el conocimiento práctico y desenvolvimiento de sus competencias profesionales dentro de las empresas que les permita su acceso al mercado de trabajo y/o el mantenimiento del mismo.

- *Actividades Ocupacionales y Recreativas*, fomento de actividades de ocio y tiempo libre.

Como **objetivos específicos**:

- Conocer el idioma castellano

- Conocer la realidad socio-política y cultural de Asturias y de España.

- Desarrollar actitudes cooperativas y solidarias en su convivencia diaria en el Centro (en su relación interpersonal y de grupo en situación multicultural).

- Adquirir las habilidades y recursos personales necesarios que les permita afrontar su proceso de adaptación e integración a la sociedad española, en un contexto de sociedad multicultural (desarrollo de redes formales e informales de apoyo social, pertenencia a grupos, conocimiento de recursos institucionales).

Adquirir la formación y capacitación profesional necesaria que les permita acercarse en un futuro al mercado de trabajo.

Los usuarios acogidos en estos programas conviven en pisos normalizados compartiendo espacios comunes. Estos pisos reúnen las condiciones óptimas de habitabilidad, siendo los propios usuarios los que asumen la manutención mediante la asignación económica que reciben mensualmente.

Dentro del proceso de inserción la formación constituye un instrumento primordial.

Desde los centros se establecen diversas actividades formativas y a la vez participan y asisten a los servicios normalizados del municipio o barrio.

Como es la escolarización, formación en el idioma, desde los Centros se facilita el acceso a cursos de castellano. La finalidad es conocer el idioma y el entorno para poder desenvolverse en la sociedad de acogida.

DIFICULTADES PARA LA INSERCIÓN

El colectivo de refugiados, asilados y desplazados comparte con el de inmigrantes una situación vital de dispersión personal: desintegración cultural, familiar, social, laboral, religiosa... provocada por la desaparición del marco social y cultural de referencia que servía como aporte de sentido totalizante de su existencia.

La mayoría presenta síntomas depresivos y de ansiedad junto con síntomas psicósomáticos. Muchas veces las personas asocian su salud mental con algún problema físico (dolor de cabeza, de estómago incluso de corazón). Todo esto se asocia a las dificultades de conseguir papeles, miedo a ser agredido, expulsados, problemas laborales, falta de apoyo psicosocial. Y sobre todo la ausencia de su familia.

Estas personas tienen que enfrentarse a nuevas situaciones en una ruptura al menos temporal de su antes y su ahora. La mayoría de las veces la solución no está en manos del médico sino de la reagrupación familiar.

Casos individuales hay muchos, personas que llegan al paraíso europeo y sus proyectos y expectativas se van truncadas, dificul-

tades para regularizarse, conseguir trabajo, vivienda digna, responsabilidad de sacar a delante su familia en el país de origen, el reconocer el fracaso de su proyecto migratorio. Finalmente termina con serios problemas o trastornos mentales.

La difícil situación a la que se enfrentan, el no poder elaborar un proyecto futuro por depender de la inseguridad de su futura situación administrativa o legal.

Los usuarios del C.A.R se encuentran con una serie de elementos y dificultades que radicalizan aún más su situación y dificultan su proceso de inserción:

a) La salida de sus países ha estado ocasionada por una presión aún más fuerte que la precaria situación económica que servía de denominador común para casi la totalidad de los inmigrantes, la presión ha sido normalmente violenta, con riesgos para sus vidas, una salida radicalmente forzada por las circunstancias socio-políticas de sus respectivos países.

b) El solicitante de asilo se encuentra con las dificultades propias de su bagaje histórico y personal, fruto en su mayor parte de su procedencia, de una cultura a caballo entre la cultura occidental y las culturas tradicionales.

Dificultad en poder encontrar un espacio en el realizar sus aptitudes y capacidades, en un contexto distinto al que ellos proceden dificultad de relación y comunicación con otras personas motivados no tanto por el desconocimiento del idioma, sino por la complejidad del acercamiento y comprensión entre las diferencias culturales - cultura de origen y cultura de la sociedad de acogida -

Por otro lado el enfrentamiento con una nueva realidad - " la sociedad de acogida" -

genera una situación de "choque cultural" y de conflicto personal, que en muchos casos, paraliza a la persona y merma en gran medida sus capacidades y potencialidades, viéndose obligados a sufrir procesos de aculturación de asimilación como alternativa a su proceso de inserción en la sociedad de acogida.

c) Otras de las dificultades con las que se encuentran los residentes, es el carácter restrictivo de los criterios para la concesión del derecho de asilo político en el país, exigiéndose requisitos que normalmente no puede reunir una persona que huye o abandona su país por razones políticas, raciales, ideológicas, religiosas, etc. (pasaportes, certificados o carnets de pertenencia a organizaciones políticas, sindicales...)

Como consecuencia de este hecho la mayoría de los solicitantes de asilo deben regularizar su situación legal dentro del marco de la ley de extranjería, viéndose en ocasiones abocados a la discrecionalidad y arbitrariedad en la concesión de las exenciones de visado o de permisos de trabajo y de residencia.

Aún en el supuesto de aquellos solicitantes que son propuestos por la Comisión Interministerial de Asilo y Refugio para permanencia en el país - Art. 17.2 de la Ley 9/1994 - deben de regularizarse también via Ley de Extranjería por medio de un Permiso de Residencia por Circunstancias Excepcionales, enfrentándose a un proceso de gestión burocrática y de requisitos que en ocasiones no pueden cumplir (renovación del pasaporte, certificados de antecedentes penales...) que prolonga aún más la lenta agonía para su regularización en el país y que genera en ellos un constante estigma de "ilegalidad".

d) La lentitud en el trámite de convalida-

ción y homologación de los estudios de los solicitantes, proceso que suele durar entre uno y dos años, lo que hace prácticamente inaccesible la posibilidad de convalidar/homologar las titulaciones de sus respectivos lugares de origen y plantea un déficit no real en su formación que les impide abrir otras puertas fuera del mercado laboral al que están sujetos (servicios y agricultura) por los condicionantes de la situación económica actual.

e) En cuanto al acceso a la formación y tras la resolución conjunta de las Direcciones Generales del INEM y de Trabajo y Migraciones, los solicitantes de asilo en esta comunidad autónoma no encuentran dificultades para inscribirse como demandante de empleo en el INEM, hecho que facilita su acceso a los dispositivos de formación programados por esta institución, o en colaboración con otras instituciones/entidades (sindicatos, centros de formación...) si bien en las dificultades que se encuentran son debidas al escaso tiempo del que se dispone para trabajar en la formación y la orientación laboral, motivadas por la limitación de su tiempo de estancia en el C.A.R.

d) Respecto al acceso a la vivienda una vez finalizada su estancia en el C.A.R las principales dificultades provienen por parte de los arrendadores, ya que en la mayoría de las ocasiones manifiestan prejuicios y recelos hacia los solicitantes de asilo, motivados bien por la desconfianza para hacer frente al pago de alquiler, falta de aval - FIADOR, NOMINA-, por su situación legal en el país, y por condicionamientos de tipo racial y cultural - africanos, árabes, latino americanos.

f) Finalmente resaltar respecto a la dinámica de convivencia que se da entre los residentes del C.A.R el gran esfuerzo de

adaptación que ha de realizar ante su nueva realidad, el hecho de ser un colectivo heterogéneo formada por personas de diferente edad, sexo, idioma, nivel cultura, lugar de procedencia, unida a la incertidumbre de su situación, plantea una serie de dificultades no exentas de tensiones y confrontaciones (la adaptación a un nuevo espacio - pisos de acogida -, la convivencia con otras culturas - dificultad en la comunicación -, la concepción del tiempo, de la salud, la interiorización de nuevas normas sociales y culturales, la comprensión del sistema legal...)

EL OBSERVATORIO PERMANENTE DE LA INMIGRACIÓN

Se enmarca dentro de un proyecto promovido por ACCEM y financiado por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Gobierno del Principado de Asturias.

En el año 2001 se constituye el grupo ODINA formado por diferentes entidades e instituciones, sindicatos y administración pública, que intervienen de forma directa y/o transversal en las problemáticas del colectivo inmigración; en aspectos relacionados con la integración y promoción social de este colectivo en Asturias (salud, educación, empleo, vivienda, formación, etc.)

Es un instrumento de Evaluación Participativa y Observación Cooperativa que persigue los siguientes **Objetivos**.

- Analizar y evaluar de manera dinámica el contexto socio-económico en el que viven l@s inmigrantes en Asturias.
- Establecer procesos de coordinación entre los diferentes actores locales que operan en el territorio para posibilitar un análisis y una acción conjunta que aborde las proble-

máticas del colectivo y de la zona.

- Ofrecer a los actores implicados herramientas para el diseño consensuado de indicadores de la situación socio-económica del colectivo y del territorio.
- Informaciones para la elaboración de hipótesis que permitan analizar de manera más concreta y actualizada las problemáticas del colectivo.

Los **Principios** que rigen este proyecto.

- Participación ciudadana
- Aproximación global del territorio
- Partenariado de los actores locales
- Tecnologías de la sociedad de la información
- Accesibilidad de la información
- Calidad de la información

Uno de las principales objetivos que persigue ODINA es el de analizar y evaluar de manera dinámica el contexto socioeconómico en el que viven los/las inmigrantes en Asturias.

Este grupo es el encargado de poner en marcha y desarrollar el Observatorio Permanente, metodología, diagnóstico territorial, indicadores territoriales, repertorio de actores y acciones.

Inicialmente esta formado 13 Ong's, 2 sindicatos, la Administración, -Viceconsejería de Educación, 12 centros educativos, Centro de Salud: El Coto, El Parque, Natahoyo, La Calzada 2, Contrueces, Laviada y Pumarín

Los resultados del balance final 2001/2002 son datos recogidos por las enti-

dades que forman el Grupo ODINA, en el marco de un diagnóstico.

Se han recogido 2.998 datos

En el ámbito geográfico de las estructuras: Gijón, Oviedo, Avilés y Langreo.

Con respecto a las **acciones de inserción diagnósticas** se fundamentan en:

Asesoramiento y acompañamiento en la situación administrativa

Asesoramiento y acompañamiento para la formación y el empleo

Ayudas para el acceso a la vivienda o alojamiento alternativo y acceso y acompañamiento a los servicios sanitarios.

Las acciones de inserción realizadas se centraron fundamentalmente en.

Asesoramiento y acompañamiento para la resolución de la situación administrativa

Ayudas, servicios y prestaciones sociales

Asesoramiento y acompañamiento para la formación y el empleo

Acceso y acompañamiento a los servicios sanitarios

Ayudas, prestaciones y servicios educativos

Ayudas, servicios y prestaciones para el acceso a la vivienda.

SEDE COMUNIDAD AUTÓNOMICA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C/ El Llano 27, Bajo-posterior, Esq. De

León XII, 33209 Gijón

Tlf. 985 16 56 77

Fax: 985 99 07 53

E-mail: gijon@accem.es

SEDE OVIEDO

C/ Monte Cerrau 5, 33006 Oviedo

Tlf/Fax: 985 23 28 62

E-mail: oviedo@accem.es

RESEÑAS

PERSPECTIVAS DE GÉNERO EN SALUD. FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS Y SOCIOPROFESIONALES DE DIFERENCIAS SEXUALES NO PREVISTAS.

C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M.J. Barral, T. Fernández y T. Yago (eds.)
Minerva Ediciones. Madrid 2001

Esta obra es una introducción a los campos de estudio médico y de acción política sanitaria que resultan relevantes desde el punto de vista de las políticas de igualdad de hombres y mujeres. Indaga en las interrelaciones, de orden sociosimbólico, entre las diferencias biológicas sexuales que afectan a la salud y las atribuciones culturales a lo masculino y femenino que las determinan o modulan. Y ello en los tres ámbitos de la medicina o de la salud: el profesional, el científico y el metodológico o epistémico.

Las diez autoras del libro trabajan en campos profesionales distintos, desde la Antropología Médica hasta la Endocrinología o Salud Pública, desde la Atención Primaria a la investigación básica en neurociencias. Pertenecientes a la "Red Estatal de médicas y profesionales sanitarias", todas ellas participan de la convicción, compartida con otras feministas, de estar creando con sus estudios y en sus particulares ámbitos de trabajo un espacio simbólico, y a veces material, a la medida de las necesidades y sueños de las mujeres.

Este libro ha sido preparado por el Grupo de Salud del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza

I. El sistema sexo-género en salud: 1. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud; **Mari Luz Esteban**. 2. El género, organizador de profesiones sanitarias; *Teresa Ortiz Gómez*. 3. Estrategias de promoción de la salud; **Lucía Mazarrasa Alvear**.

II. Deconstrucción de los sesgos de género: 4. Semiología del androcentrismo. Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y Francois Broussais; *Consuelo Miqueo*. 5. Genes, género y cultura; M.^a *José Barra! Moran*. 6. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad; M.^a *Teresa Ruiz Cantero*. 7. El estado de la investigación en salud y género; *Carme Valls Llobet*.

III. Análisis de género en la práctica médica: 8. El género y los esquemas de referencia en salud mental; *Ana Távora*. 9. Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria; *Merce Fuentes i Pujol*. 10. Trayectoria profesional e identidad de género. Reflexiones personales; M.^a *Jesús Murria*.

José Filgueira Lois

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 2 - Núm. 2 - 2002

Presentación.	83
Bases documentales en la Historia de la Psiquiatría Española. <i>Fernando Dualde Beltrán, Antonio Rey González y Enrique Llordá Moscardó.</i>	84
Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX. <i>Rafael Huertas.</i>	92
Sobre la introducción del hipnotismo en España: La recepción de los planteamientos de las escuelas francesas. <i>José Diéguez Gómez y Antonio Diéguez Gómez.</i>	107
La introducción de la psicología en España en el primer tercio del siglo XX a través de Lafora y su grupo. <i>Begoña Olabarriá.</i>	124
Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: Un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo. <i>Olga Villasante.</i>	139
Congresos.	163
Revistas.	164
Normas de Publicación.	166

NORTE DE SALUD MENTAL

SUMARIO

Volumen V nº 18 (Octubre 2003)

PRESENTACIÓN

Información sobre la Atención de la enfermedad mental. *Iñaki Markez* 7

ORIGINALES Y REVISIONES

La salud mental en el siglo XXI. *Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu* 9

El programa sociosanitario de atención a personas cuidadoras de enfermos dependientes. *Florencio Moneo* 19

PARA LA REFLEXIÓN

No es loco el que quiere, sino el que puede. *Luis-Salvador López Herrero* 30

Acoso moral: contextos, diferencias, consecuencias y medidas. *Marie-France Hirigoyen* 39

En qué creen los niños del siglo XXI. *Julio González del Campo* 48

INFORME

Proyecto Atlas. *OMS* 52

FORMACION CONTINUADA / CASO CLINICO

Depresión postpsicótica. *Biotza Goienetxea e Izaskun Elortegi* 58

HISTORIA

La Gaceta Médica de Bilbao celebra su Volumen 100. *Oscar Martínez Azumendi* 66

Un caso de epilepsia de origen sifilítico (año 1895). *Agustín M^a de Obieta* 68

ACTUALIZACIONES

Programa de Autoformación de Psicoterapia de Respuestas Traumáticas 71

Conferencia sobre Políticas de Drogas. Visiones y Actores del Debate 72

Taller sobre "Tratamiento ambulatorio en supuestos de enfermedad mental grave" 74

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Jornada Atlas 76

AGENDA

Próximas citas 77

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria aborda con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes, con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá, por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo; dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3.1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3.3. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3.4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas:(normas Vancouver) se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x; figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiada a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Edificio Teatinos, Carretera de Rubín s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental” con una duración de 30 horas.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N (Centro de Salud Mental de Teatinos)
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.telecable.es/personales/aenasturias
www.pulso.com/aen.htm