

Colectivo Silesia

Desigualdades que nos enferman.

1

por **Javier Padilla**.

El papel de las condiciones sociales en el estado de salud de individuos y poblaciones es algo que nadie se atreve ya a negar. Que unas condiciones precarias de trabajo, vivir en una casa sin calefacción o en una zona sin zonas verdes y con abundancia de ruido está claro que es perjudicial para la salud.

Además, desde hace unos años ha cobrado importancia no solo la influencia sobre la salud de los determinantes sociales, sino también la influencia que tiene la existencia de desigualdades sociales. No solo la pobreza, la precariedad o la falta de acceso a una educación formal, sino el papel que tiene la existencia de que coexistan personas con sus necesidades cubiertas y otras sin ellas en una sociedad y si ello puede tener algún rol *per se* en el estado de salud de individuos



y poblaciones. A esto, y al concepto de desigualdad en sí, es a lo que queremos dedicar unos párrafos a continuación.

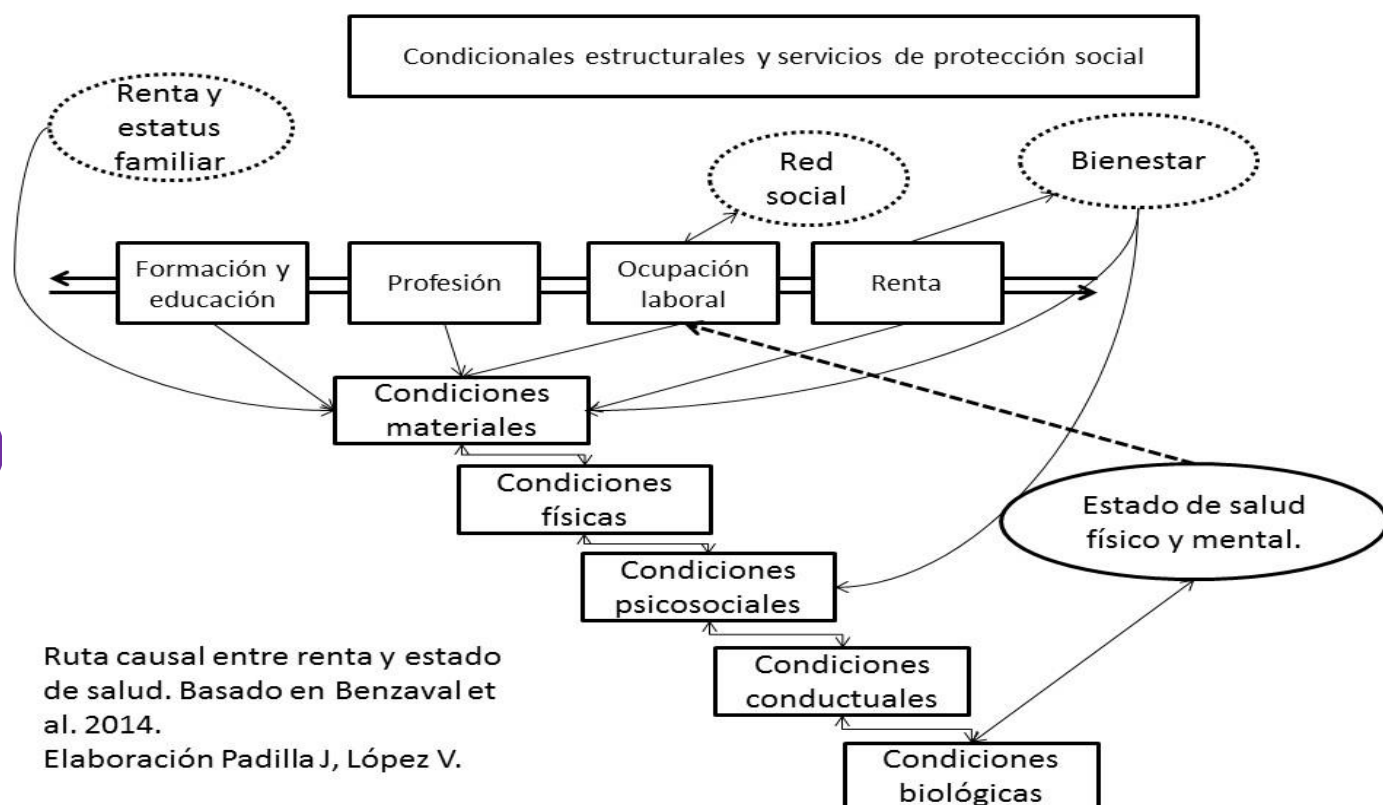
Diferencias, desigualdades o inequidades. ¿Por qué tantas palabras para hablar de lo mismo?

Existen tres palabras muy frecuentemente utilizadas al hablar de desigualdades sociales (en general) en salud (en particular): diferencias, desigualdades e inequidades (que serían el correlato hispanoparlante de "disparities", "inequalities" e "inequities").

Mientras que el término *diferencias* supone una descripción pretendidamente aséptica de

las variaciones epidemiológicas de un u otro indicador, los conceptos *desigualdad* e *inequidad* introducen variaciones en las que lo político y lo moral toman parte. Según el **informe Whitehead**:

"El término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Hace alusión a cuando las diferencias son innecesarias y evitables pero, además, también son consideradas injustas. De este modo, para describir una situación como inequitativa, la causa que la produce tiene que ser evaluada como injusta en el contexto social en el que se está desarrollando."



Como comenta Therborn en "The killing fields of inequality":

"En la era pre-moderna no existían las inequidades. Existían las diferencias, incluidas aquellas entre ricos y pobres, entre legisladores, nobleza, individuos libres y esclavos, así como existían las diferencias entre jóvenes y viejos, hombres y mujeres."

Es decir, es la percepción de injusticia (sobre el concepto "justicia" también hablaremos por aquí próximamente) relacionada con la desigualdad lo que le confiere un carácter singular y nos

exhorta (o debería) a la acción política para su erradicación.

En una ocasión leímos a Vicenç Navarro una afirmación muy apropiada para determinar el porqué de la preocupación terminológica en esta materia:

"El propósito de la ciencia es entender el mundo para cambiarlo y mejorarlo. Hablar de "disparities" es una mera descripción de las diferencias. Hablar de "inequalities" es hablar de una violación de las normas morales de igualdad entre seres humanos".

¿Es la desigualdad la que nos enferma?

Diferenciar si la relación entre desigualdad de renta y resultados en salud es causal o una mera asociación estadística es una de las cuestiones epidemiológicamente más interesantes de las últimas décadas. En 1996 Wilkinson planteó la hipótesis de que las sociedades más igualitarias son también las más saludables porque tienen mayores niveles de cohesión social y presentan mejores relaciones sociales; esta hipótesis, que marca un itinerario de causalidad, ha sido ampliamente discutida a lo largo de los años. [No

podemos citar a Wilkinson y no enlazar su charla TED].

Si bien los denominados criterios de causalidad de Bradford Hill ni son técnicamente criterios ni deben ser utilizados como un listado de verificación, sí que pueden ser útiles para desbrozar el camino de la posible causalidad entre la desigualdad en la renta y los resultados en salud. Como señalan Pickett y Wilkinson en una reciente revisión, la bibliografía muestra que los criterios de secuencia temporal, plausibilidad biológica, consistencia y falta de explicación alternativa se soportan de forma muy fundamentada en la evidencia disponible; además, hipótesis como el incremento del estrés psicosocial en sociedades más desiguales sí que se ha confirmado a partir de hipótesis apriorísticas.

El camino de la causalidad entre desigualdad de renta y resultados en salud podría concebirse como se muestra en la figura de la página anterior.

De esta manera, y de forma coherente con otras hipótesis a caballo entre el salubrismo y la sociología, en su intento de

trazar un camino que huya del determinismo social y de la deificación de la libertad individual de elección, se traza una cascada de condiciones directamente influidas por las situaciones de desigualdad generados en



los determinantes sociales y económicos.

La desigualdad nos hace menos sanos, por ello cualquier planteamiento sobre políticas de salud que no considere la reducción y eliminación de las desigualdades sociales en salud no es más que seguir cavando una fosa que nos contiene a todos.

Nota: este artículo se complementa muy bien con el que publicamos Vicky López y yo sobre "Repercusiones de la pobreza en la salud de los individuos y las poblaciones" en la revista FMC.

Nuevas periferias en tiempos neoliberal.

por Marta Carmona.

Un fenómeno recorre las consultas de entrada a las redes de salud mental y recibe múltiples nombres: **trastorno mental menor**, **códigos Z**, **trastorno adaptativo**, **síndromes ansioso-depresivos** y **en general** lo que de forma común se podría llamar "el malestar psíquico experimentado por las personas mentalmente sanas". El trastorno mental grave, heredero actual del concepto moderno de "**locura**" (ya sea en su versión "psicótica" o en su versión "trastornos de personalidad"), continúa presente en las consultas, progresivamente

más arrinconado en tiempo y recursos, sin que su prevalencia haya disminuido y con importantes dudas acerca de si su papel respecto a la comunidad ha mejorado con los años más allá de lo nominativo; con campañas anti-estigma de cuestionable eficacia (cuando no contraproducentes) y la terca persistencia del estereotipo “enfermedad mental = violencia” es razonable dudar que la sociedad haya asimilado mejor a los locos de lo que lo hacía hace cien años.

Existe controversia en torno a esos “trastornos mentales menores”. Por una parte una facción de los profesionales apuesta por una línea terapéutica basada en emplear los códigos Z como no-diagnóstico para estos fenómenos, haciendo hincapié en desmedicalizar/ despsiquiatrizar/ despsicologizar su abordaje y poder aplicar una prevención cuaternaria; por otra parte otra facción profesional apuesta por diagnósticos meramente clínicos aplicando los criterios de los manuales diagnósticos ateóricos, aculturales y ahistóricos escindidos del contexto sociocultural del

sujeto. De este modo Susana, que desde hace meses llora, siente menor energía de la habitual, y presenta inquietud en contexto de situación de desempleo de más de tres meses o de amenaza de ERE en la empresa en la que trabaja podrá recibir un diagnóstico de trastorno adaptativo, de episodio depresivo moderado o un código Z dependiendo del profesional que la atienda y de la forma de entender la psiquiatría/psicología clínica que se aplique.

Pese a la progresiva mayor presencia de trastorno mental menor en las consultas, los circuitos de rehabilitación psicosocial siguen reservados para personas diagnosticadas de trastorno mental grave. Destinados a favorecer la permanencia/reinclusión de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave en la comunidad, cuentan con la rehabilitación laboral como uno de sus pilares fundamentales. Asumiendo que un porcentaje de las personas diagnosticadas de TMG no podrán realizar dicha actividad y precisarán una incapacidad laboral absoluta, se apuesta porque aquellos en quienes la actividad laboral

supondría un beneficio clínico y psicosocial, tengan a su disposición herramientas para ello. Y aparte de los centros de rehabilitación laboral destinados a adquirir/recuperar esas habilidades y el empleo protegido derivado de esos centros, en nuestro contexto aparece la figura del “empleo abierto”, con diversas cuotas de trabajadores con algún tipo de discapacidad en las empresas ordinarias o en las administraciones públicas. Para el acceso a este tipo de empleo es preciso un certificado de discapacidad superior al 33%; fácilmente obtenible con un diagnóstico de TMG. De este modo Claudia, que desde hace más de diez años atraviesa épocas, principalmente en condiciones de estrés, durante las cuales su pensamiento se rompe y aparece un delirio paranoide que le hace creer que todo su entorno está en su contra e intenta envenenarla, tiene acceso a un régimen de empleo en el cual su puesto de trabajo es más fácilmente adaptable. Las ILTs que eventualmente necesite no resultan disruptivas para el centro en el que trabaja y a cambio de su contratación el

estado otorga beneficios fiscales a su empleador basados en la idea de remunerar la creación de un puesto de trabajo lo menos hostil posible para Claudia.

Ahora bien, a la par que se observa una tendencia creciente de trastorno mental menor en las consultas, también se empieza a ver que con esos diagnósticos de síndrome ansioso-depresivo secundario a conflictividad laboral, etc, en ocasiones se obtiene un certificado de discapacidad del mínimo necesario para acceder a esos beneficios. Aunque para acceder a este tipo de empleos sólo sea preciso presentar el certificado de discapacidad es relativamente frecuente que los empleadores soliciten informes clínicos. De hecho no es legal que lo hagan, pero pasa. Y ahí se pone en marcha un fenómeno que nos inquieta. Ante iguales beneficios fiscales y en una sociedad que continúa estigmatizando la locura, con frecuencia el empleador escoge al trabajador con un 33% de discapacidad diagnosticado de síndrome ansioso-depresivo frente al diagnosticado de

esquizofrenia paranoide con un 56%. El empleador contrata antes a Susana que a Claudia.

No se trata de discutir si sufre más Claudia o Susana. Al margen de sus diagnósticos la experiencia subjetiva de cada una es sagrada, y lo **subjetivo** no se puede clasificar en porcentajes y etiquetas (por mucho que se haga). Se trata de pensar si tiene sentido que un mecanismo social de inclusión de personas con dificultades intrínsecas se utilice para paliar consecuencias propias del sistema que no se darían en caso de bonanza económica. Si realmente es necesaria una rehabilitación psicosocial de alguien que está triste porque el sistema productivo/laboral de su país se ha basado en una burbuja especulativa ya pinchada, por muy profunda que sea esa tristeza; o si lo que se necesita es un cambio en las políticas de empleo.

En un contexto en el que los sindicatos tienen datos mínimos de afiliación, en el que las respuestas ante las reformas laborales, cada vez menos proteccionistas, son más tenues (probablemente

por miedo a las represalias), la psiquiatrización/psicologización del sufrimiento asociado a las carencias del sistema productivo aboca a respuestas clínicas y terapéuticas que, por definición, se alejan de la raíz del problema y probablemente resulten iatrógenas.

A su vez cabría discutir la necesidad de crear redes especiales para personas con trastorno mental grave si esto implica negar el **origen social** de su sufrimiento. Que la forma de expresar el malestar de Claudia en el día a día sea menos frecuente y más extravagante no quita que el origen de su sufrimiento sea la soledad, el miedo, la falta de redes comunitarias, etc. Una sociedad justa aceptaría la diferencia de la subjetividad de Claudia y le permitiría incluirse en lo común, pese a su diferencia.

Ahora bien, en un momento histórico en el que lo comunitario se dismantela, el cuidado se esconde y privatiza y las relaciones humanas continúan atravesadas por una **heteronormatividad** castrante parece arriesgado

renunciar a las herramientas de inclusión, laboral en este caso, creadas precisamente para construir una sociedad respetuosa e inclusiva con las personas diferentes y para que éstas obtengan la mayor autonomía posible. Las maniobras de creación de empleo para personas con trastorno mental grave (y el propio concepto de trastorno mental grave) deberán extinguirse pero porque ya no sean necesarias, no porque hayamos pervertido su uso original. Las consultas de salud mental no pueden convertirse en un filtro para el acceso a la protección social. Si entendemos que Claudia y Susana merecen la misma ayuda y una consulta no es lugar para juzgar quién la merece más (razonamiento más que lícito) y ponemos los mismos recursos al alcance de las dos, en una sociedad que oprime a Claudia frente a Susana (Susana es *normal* y Claudia no) reproduciremos esa opresión. Justo en el lugar creado para paliarla.

Gentrificación y barbarie.

por **Usama Bilal** y **Pedro Gullón**.



Podemos repetir hasta la saciedad el mantra de que “tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético”. Pero, ¿qué hace que esto sea así? ¿Cuáles son los procesos detrás de las ciudades que afectan a la salud?

Hoy hablamos de uno en concreto: la gentrificación. Se trata de uno de los “temas de moda” en varios campos, incluidos la sociología urbana, geografía y urbanismo. No intentamos con este post añadir nada al debate sobre el fenómeno gentrificador, pero sí que queremos revisar los efectos que puede tener sobre la salud. Y para ello se hace fundamental: (1) definir bien

qué es la gentrificación, (2) identificar quién está detrás del proceso, (3) explorar qué hacen los poderes públicos en incentivar o frenarla, para luego (4) entender un

pequeño marco teórico de cómo puede afectar a la salud y (5) qué evidencia tenemos sobre este efecto.

Conflicto de interés: nuestra definición y visión del proceso gentrificador sigue una línea muy clara basada en las ideas de Neil Smith en su libro *The New Urban Frontier*. Para una revisión del tema y de otras formas de ver el problema, os recomendamos encarecidamente el libro *First We Take Manhattan. La destrucción creativa de las ciudades* recientemente publicado por Daniel Sorando y Alvaro Ardura.

¿Qué es la gentrificación?

El concepto de gentrificación fue acuñado por primera vez por Ruth Glass en 1964 cuando intentó describir el proceso por el cual parte de la nobleza rural británica (la clase llamada gentry) se desplazó al centro histórico de Londres (principalmente habitados por personas de clases populares) procedentes de los suburbios, provocando una espiral de cambios en ese centro histórico. Estos cambios, consistentes principalmente en rehabilitación de viviendas y remodelación de elementos del barrio, conllevan un aumento del precio de las viviendas del barrio; en un primer momento, de las viviendas renovadas pero, posteriormente, de forma global. El aumento del precio de la vivienda lleva, en la práctica, a una expulsión de la clase trabajadora de esos barrios al no poder pagar los nuevos precios. En definitiva, se trata de un proceso especulativo del mercado inmobiliario en el que se produce una sucesión socio-demográfica en los habitantes de un barrio encaminado a incrementar el valor de la propiedad de la zona con el fin

de obtener una “mejora” en el barrio. De esta manera, se puede dividir este proceso en 4 etapas: abandono del barrio, estigmatización, regeneración y mercantilización (Sorando y Ardura 2016).

Pero, **¿quién gentrifica?** ¿quiénes son los responsables y los co-responsables de este proceso? En la crítica a los procesos de renovación-gentrificación y sus culpables se suele poner el foco en sus pioneros, aquellos que se sienten primero atraídos por los barrios en decadencia (los artistas, la clase creativa...). Sin embargo, la gentrificación no es más (ni menos) que un conflicto (socio-espacial) de clase. Se trata de un conflicto en el plano del urbanismo y de la ocupación de la ciudad de una clase frente a otra. Implica directamente la existencia de segregación social en función de clase dentro de la ciudad, y supone una agresión contra las personas en situación menos favorecidas y a favor (o por parte de) de las más privilegiadas.

¿Qué hacen los poderes públicos y las políticas públicas?

Las instituciones y los poderes públicos no son agentes neutrales en todo este proceso, actuando por acción y por inacción. Por un lado los poderes públicos, mediante su dejadez en el control o regulación del mercado financiero, son co-responsables de la especulación inmobiliaria y de favorecer los intereses del capital inmobiliario por encima del de los ciudadanos de los barrios.

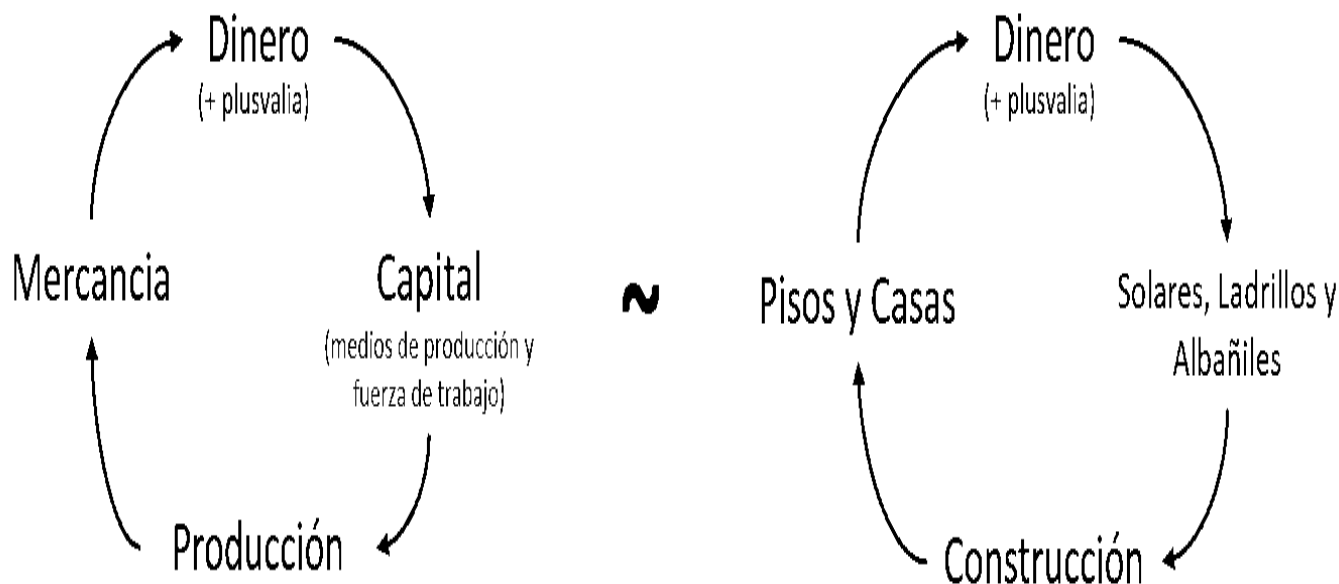
Por otro lado, los poderes públicos son, en ocasiones, agentes más activos en este proceso. Por ejemplo, impulsando procesos de renovación urbana en áreas urbanas deprimidas que, sin control adecuado y parque de viviendas públicas, activan el ciclo de la gentrificación. Conceptos como regeneración, renovación... se justifican en la mejora de las condiciones del barrio, a lo que pocas voces se oponen. Sin embargo, cabe preguntarse, ¿quién se beneficia verdaderamente de las mejoras de los barrios? ¿Cambia el barrio, o cambia la gente del barrio? Los procesos de regeneración pueden conllevar una paradoja, y es que las personas que han

estado sufriendo las condiciones de unos barrios abandonados por las instituciones, son expulsadas una vez se producen los cambios; más allá, al poseer el Estado el uso legítimo de la violencia, son expulsados activamente por las instituciones mediante procesos de desahucio. Y esto mismo lo podemos extender a las políticas de regeneración con objetivo de

¿Cómo conecta todo lo anterior con la salud de la población? No pretendemos detallar un marco completo de los determinantes distales de la salud (para un resumen os dejamos con este post de Rafa Cofino sobre **las causas de las causas**.) Pero sí pretendemos añadir un elemento poco utilizado en estos marcos, y que creemos ayuda a entender los efectos negativos de la gentrificación.

resumiremos su conexión con la gentrificación en la siguiente imagen.

La idea es que hay dos maneras de acelerar la lavadora (la idea, sin la lavadora, está basada en **David Harvey**): construir nuevas casas, o re-utilizar las que hay. Desde el momento en que una vivienda se convierte en una mercancía (asumido por la Ley del Suelo 1997), su valor pasa a estar



mejorar la salud. Es por ello que últimamente ha empezado a hablarse de **gentrificación verde**, para describir el ciclo regeneración-gentrificación detonado a través de políticas de espacios verdes y parques.

Gentrificación y salud: un marco general.

Este elemento podría resumirse en esta hipótesis*: *cada vez que el ciclo M-C-M' del capitalismo da una vuelta, alguien pierde un DALY [disability-adjusted life years — años de vida ajustados por discapacidad].* Como tampoco pretendemos resumir El Capital en un post de 900 palabras,

definido no solo por características intrínsecas (tamaño, calidad, etc.), o por su utilidad, sino también por su valor de cambio. Y es este valor el que, al venderse la vivienda, se transforma en dinero, con su respectiva plusvalía. Entre las consecuencias de esto se encuentran: (1) cuantas más

veces se recorra este ciclo, más beneficios; y (2) se hace necesario aumentar el valor de cambio de una vivienda. Y, ¿qué mejor manera hay de aumentar el valor de cambio de una vivienda que rodearla de "gente molona"? Y, quizás más importante para el especulador, evitar rodearla de "gente indeseable".

Las maneras en las que las "vueltas a este ciclo" afectan a nuestra salud pueden ser variadas:

- Empeoramiento de las condiciones de vida de los anteriores residentes: "propietarios ausentes", que no reparan o incluso empeoran activamente las condiciones de la vivienda, con el fin de provocar que los residentes abandonen sus viviendas.
- Desplazamiento de los antiguos residentes: para "vaciar" un barrio de "gente indeseable" o de, *ya tú sabe*, quien vivía allí antes (¡no vamos a renovar un piso con alguien dentro!).
- Desplazamiento de antiguos negocios de la zona, en muchos casos pertenecientes a los antiguos residentes (y

reemplazo por tiendas de galletas para perros, o carrefours)

- Desmantelamiento del "tejido social" del barrio, con la consecuente pérdida de recursos sociales (asociaciones de vecinos...).

Evidencia empírica de los efectos en salud.

Y aquí es donde entra en juego la otra mirada de la gentrificación: no solo es relevante **quién gentrifica**, sino **quién es gentrificada**. ¿Qué ocurre con las desplazadas? ¿Qué ocurre con quien resiste? La investigación respecto a los efectos en salud de la gentrificación es muy limitada (una búsqueda en Pubmed con un término tan genérico como "gentrification" solo devuelve 48 resultados), pero aquí van algunos ejemplos:

- Un estudio en Nueva York encontró un aumento en riesgo de partos pre-termino en mujeres negras (generalmente parte de las gentrificadas, en el caso de Nueva York), y una disminución en mujeres blancas.

- Un estudio en Portland describió un fenómeno interesante en barrios en gentrificación: "el espejismo alimentario". Estas zonas tenían una enorme disponibilidad de alimentación sana...a precios completamente inasequibles para las residentes que estaban siendo gentrificadas.
- Un estudio en San Francisco con personas VIH+ describe las dificultades para tener una alimentación saludable en un entorno donde el precio del alquiler se dispara en entornos en gentrificación.

Conclusión.

En resumen, la gentrificación es un proceso de conflicto socio-espacial de clase conducido por el mercado y sus agentes que tiene por objetivo efectuar especulación urbanística incrementando el valor del suelo mediante una serie de desplazamientos residenciales y que tiene unas potenciales consecuencias negativas en salud.

Nota:

*Advertencia, lo siguiente es una loca teoría sin una

especial base empírica en salud pública, pero respaldada con más de 160 años de investigación en otras ciencias sociales.

(De)construyendo las distancias, que es gerundio.

10

por Elena Serrano*.



Hay mundos conocidos y mundos ignorados, y ambos comparten geografía con sutileza. En unos y otros mundos, el ejercicio de la medicina resulta de la decisión política que define cuál es la forma social de la asistencia sanitaria¹.

Inmersa en un mundo desconocido para mí voy descubriendo el teléfono de

contacto directo, sin intermediarios, con la médica y el enfermero. La furgoneta, sin batería eléctrica suplementaria, que mantiene la carga gracias al técnico-conductor, que la conecta a la *red* cuando permanece en el estacionamiento del centro de salud. Todo ha de ir *cargado* antes de salir para allá: el ordenador, el móvil y demás aparatos que puedan

ser necesarios en la consulta ambulante. El papel que se hace protagonista en forma de historias con cobertura de cartón rosa y una libreta recordatorio de los trámites pendientes, las interconsultas, las dudas, las peticiones y las entregas de tarjetas sanitarias, la medicación por reponer, etc...

Con la puesta a punto realizada y el uniforme azul-casi-gris, comienza el viaje hacia la primera parada. El punto de encuentro, en este primer día de la semana, es frente a la Iglesia: un lugar conocido *por todos*. Allí, a primera hora, se realizan las extracciones de sangre y se atienden algunas consultas. Hasta ese punto llegan algunos caminando, otros en coche.

Nosotros llegamos en la furgoneta, que acorta distancias y ayuda a romper algunas barreras. Con ella atravesamos la autovía, que es el nexo a la carretera que, a modo de cinturón, delimita los territorios que hoy visitaremos. Un cinturón cuyas trayectorias semicirculares de la rotondas nos marcan un ritmo de velocidad más lento, algo que parece casi necesario para descubrir paulatinamente el contraste. De los bloques de edificios uniformes, de los parques, del macro-espacio de ocio y compras pasamos al escenario de los caminos de tierra y (semi) asfaltados, de la vía del tren veloz protegida, del río que transcurre por uno de los márgenes llegando hasta algunas fuentes, de las

paradas de autobús en la periferia. No vamos solos por el cinturón, nos cruzamos con camiones, coches particulares, el servicio de transporte *local* y también hay coches de policía. Quedan en el interior de este cinturón escombros, basura y demás restos que van llegando desde la ciudad al vertedero municipal (oficial) y a otros vertederos (menos oficiales) en los que se venden *los restos* a precio más barato y que sirve (aún) de “trabajo” para algunas familias que allí habitan. También quedan dentro sus casas. La mañana transcurre transitando diferentes zonas de ese territorio delimitado por una planificación urbanística. Y me pregunto si no es ésta otra forma social de ejercer la política y el control.

Sin límite de edad ni condición, todo el mundo es atendido en la furgoneta y fuera de ella: el dolor, los métodos anticonceptivos, el *control*, los informes del hospital, la receta, los recién nacidos, la prueba de embarazo, las vacunas y las cartillas *al día*, los trámites administrativos, las consultas de la experiencia en el colegio o cómo acceder a aprender

sobre un oficio... El tiempo pasa y parece transcurrir como de otra manera: aquí hay tiempo para los consultas, para las visitas a domicilio, para las llamadas de teléfono e incluso para llevar al paciente urgente al hospital más cercano. No hay agenda marcada, no hay batas y todos tienen en común, al menos, esa posibilidad de acceder a la consulta ambulante (incluso teniendo médico asignado en el centro de salud) y a casi nadie falta el argumento de algunos microrrelatos de su experiencia homogeneizante con el sistema capitalista, más allá de las fronteras marcadas. Hay comunidades dentro de la comunidad territorial, etnias y nacionalidades, grupos y familias y todas las individualidades.

A media tarde, de vuelta a la ciudad, es cuando realizo estas anotaciones de mi primer día en este otro mundo. Un mundo desconocido, grande y pequeño, a la vez. A pocos metros del kilómetro *cero*, soy consciente de cómo el territorio que hoy hemos transitado es una isla que empieza y acaba siendo una

exclusión geográfica, que dificulta el acceso al ascensor social². También nos aleja de esa utopía de comunidades en las que se pudieran crear vínculos a diferentes escalas y dimensiones de la vida, personal y colectiva³.

Tan cerca y tan lejos estos mundos conocidos e ignorados.

Bibliografía

1.- Gadamer HG. El estado oculto de la salud, Barcelona: Gedisa, 1996.

2.- García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Gac Sanit. 2014; 28. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/funcionamiento-del-ascensor-social-espana/articulo/S0213911114000934/>. [Consultado 18/08/ 2016]

3.- Garcés M. (31 de octubre 2015). Vidas Mancomunadas. Diari Ara. Disponible en: http://www.ara.cat/suplements/diumenge/Vides-mancomunades_0_1459654032.html [Consultado 18/08/2016]

**En este texto quedan recogidas algunas de mis*

impresiones personales y, por tanto subjetivas, de los cuatro días compartidos con Beatriz Aragón, Santiago Aguado y Manuel Vallejo y su consulta ambulante de atención primaria en Cañada Real (Madrid). Con ellos ha sido posible estar y descubrir otros mundos aislada de mi bata, de mis cuatro paredes y de mis gafas.

Historias de dos centros de salud.

por **Sara Belinchón** y **Javier Padilla**.



"It was the best of times, it was the worst of times".

Charles Dickens.

Hace unos meses cada uno de nosotros comenzó a trabajar en un centro de salud diferente. Uno de ellos situado en el centro de Madrid, en uno de los barrios con mayor renta per capita de la ciudad. El otro en un pueblo al sur de Madrid con una de las rentas per capita más bajas de la comunidad autónoma. Con este texto queremos hacer un relato en primera persona enunciado desde un lado de la mesa de dos consultas de turno de tarde de dos lugares muy distintos de Madrid, acerca de cómo la frase "la enfermedad nos iguala a

todos" contiene poco parecido con la realidad. Seguramente reflejemos realidades sobrepolarizadas, pero esta visión del relato es la que parte de la viscera subjetiva,

no del racional análisis... para eso ya habrá otros capítulos.

Antes de entrar a la consulta.

S suele tener pacientes entre 35 y 55 años con estudios superiores, la mayoría de ellos se dedican al ámbito de la empresa privada y alguno es dueño de alguna pyme; el desempleo y los problemas relacionados con el trabajo no son un tema muy frecuente en su consulta salvo en un sector muy concreto, el de las mujeres migradas desde latinoamérica o Filipinas que trabajan en régimen de internamiento ejerciendo labores domésticas (y de cuidados). Últimamente ve también algunos casos de personas de las "clases medias pre-crisis" cuyo colchón se ha ido adelgazando por la crisis y están sufriendo situaciones de riesgo de desahucio.

J tiene también bastante gente joven en su consulta, pero en su caso la mayoría desempeñan trabajos más o menos temporales en el sector servicios y muchas personas están en situación de desempleo (o de subempleo); tiene también un número muy notable de personas mayores, muchas

de ellas con variable grado de dependencia que se ve incrementado por las malas condiciones de sus casas y su poca capacidad económica para poder pagar por los cuidados domiciliarios que necesitan; afortunadamente, muchas de estas personas cuentan con una red de apoyo en sus vecinAs (sí, con "A"), que ayuda a disminuir el impacto de esa necesidad. Cuando *J* llegó por primera vez a esta consulta le llamó la atención la enorme presencia de población migrante de países árabes (lo cual podía ser un problema en la relación médico-paciente con las mujeres árabes, alguna incluso con *niqab*, en comparación con la médica -mujer- a la que *J* sustituía) y de Europa del Este.

J tiene pacientes que han estado (o están) en la cárcel. *S* no que ella sepa. En esto **también se notan los estratos**.

La zona donde trabaja *S* es puramente urbana, con pocas zonas verdes, mucho tráfico motorizado, poco pequeño comercio y mucho supermercado y gran almacén. Los domicilios de pacientes que ha visitado eran

en su mayoría grandes, con ascensor y bien equipados.

La zona en la que trabaja *J* es una mezcla de zona antigua de pueblo y crecimiento derivado de la función de absorción periférica de Madrid y otros grandes municipios. Abunda el pequeño comercio y las tiendas regentadas por migrantes (supermercado latino, peluquería africana, pastelería magrebí, bazar chino,...). Las casas, por lo general, son pequeñas, muchas de ellas no tienen ascensor y en muchas ocasiones viven más de dos generaciones en el mismo piso.

Durante la consulta

S suele tener menos de 30 pacientes cada tarde y casi todos cogen la cita en el día; se ha dado cuenta de que puede dedicarle a los pacientes muchísimo más tiempo que en otros sitios en los que ha trabajado. Apenas tiene pacientes que no puedan salir de su domicilio y a los que tenga que acudir a ver allí.

El tema del tiempo por consulta sí afecta un poco más a *J*, que en muchas ocasiones supera los 45 pacientes por

tarde; lo que más le ha llamado la atención es la cantidad de personas viviendo en segundas, terceras o cuartas plantas sin ascensor que apenas salen a la calle desde hace años por no poder pasar la barrera que les suponen las escaleras. El hogar como lugar de reclusión.

Sobre los motivos por los que la gente va a la consulta, *S* tiene tres tipos que señala como más diferenciados: por un lado, empleadas domésticas con problemas de salud relacionados con trabajo físico y con dificultad para venir a la consulta por los horarios continuados de trabajo; por otro lado, pacientes que van exclusivamente para llevar informes de consultas privadas y ver si les hace las recetas; por último, abundan las mujeres jóvenes en edad reproductiva con motivos de consulta relacionados con esa esfera.

A *J* le avisaron antes de empezar a trabajar en esa consulta de que la patología osteomuscular sería mucho más frecuente que en otros lugares... personas con trabajos físicos y una

frecuencia importantísima de mujeres trabajadoras de la limpieza con dolores relacionados con ser mujeres trabajadoras de la limpieza. Y embarazos... *J* nunca había solicitado tantos test de gestación en su vida.

14

El centro de salud donde trabaja *J* es uno de esos centros que fueron construyéndose sin las grandes presiones que la sobreconstrucción del centro de Madrid imponen, de modo que es grande, de dos plantas, con mucha actividad (cirugía menor, ecografía) y con docencia (y todo lo que ello implica a nivel de dinamismo del centro). A pesar de estar en un lugar con las características antes reseñadas, la trabajadora social a la que derivan a los pacientes es “compartida” con otros centros... al igual que en el centro de *S*, donde al menos tienen la suerte de tenerla accesible en su centro.

En la interacción salud-empleo que tan presente está en este relato, una cosa tan diferencial como significativa es que *S* ha percibido que cuando faltan un día al trabajo por motivos de salud, sus pacientes casi nunca le piden

que les haga la baja y el alta del día, sino que les basta con el justificante (o incluso autojustifican la ausencia); sin embargo *J* ve día tras día como muchos de sus trabajadores le dicen que necesitan la baja y el alta (y consiguientemente no cobran por esos días que estuvieron enfermos) de corta duración. *J* ha identificado unas cuantas empresas a las que no comprar nada tras ver cómo tratan laboralmente a muchos de sus pacientes.

Al salir de la consulta.

Por último, hay dos aspectos relacionados con el sistema sanitario que *J* y *S* han visto que no ayudan a revertir las desigualdades existentes en la sociedad a partir de sus determinantes sociales... por un lado, el acceso a los medicamentos... mientras que *J* tiene algunos pacientes que mes tras mes le comentan que no pueden pagar la medicación (o similar) a final de mes, *S* tiene que andar lidiando con hacer o no hacer las recetas de la sanidad privada que le traen los suyos (reafirmando aquello de que “la sanidad privada le supone

un ahorro a la pública” dista mucho de ser una realidad y tiene más de mito interesado).

El otro aspecto notable es el relacionado con las consultas de atención “especializada”. En la consulta de *S* la sanidad privada actúa como ente generador de demanda, pero también como vía alternativa a las esperas de la sanidad pública, mientras que en la consulta de *J* no solo no existe esta vía alternativa, sino que además los pacientes no suelen hacer uso de la “libertad de elección” de hospital porque eso les supondría (I) controlar los medios para que ello ocurriera y (II) tener la capacidad de desplazamiento para irse a un hospital en otro pueblo que probablemente no esté demasiado bien comunicado con el suyo.

Cerrando la consulta.

Las consultas de los centros sanitarios son miradores privilegiados para ver a través de la mirilla cómo se desarrolla la sociedad y hacer un análisis cuñado-comparado. El sistema sanitario es un reproductor de las desigualdades en muchas ocasiones, tanto fuera como

dentro de las consultas, y es también nuestra tarea intentar que su organización, planificación y gestión tenga la disminución de las desigualdades en salud como uno de sus objetivos fundamentales.

Desdibujar el poder: hacia la co-gestión en salud.

por Vicky López Ruiz.



"DEMOCRACIA. Es que los pensamientos lleguen a un buen acuerdo. No que todos piensen igual. Que la palabra de mando obedezca a la palabra de la mayoría, que el bastón de mando tenga palabra colectiva y no una sola voluntad. Que el espacio refleje todo, caminantes y camino, y sea así, motivo de pensamiento para dentro de uno mismo y para afuera del mundo.

**Leído en los muros del caracol Oventik, Territorio Autónomo Zapatista"*

Hoy día, la participación se convierte en el fetiche del que hablar en múltiples contextos. El "mantra de la participación" se repite en un contexto de cooptación de lo social por lo institucional y en una realidad donde lo electoral lo inunda todo. Mientras tanto el acúmulo de crisis- migratoria, ecológica, de cuidados,

económica, etc- cada vez ponen más de manifiesto la emergencia de la acción colectiva como la base de cualquier alternativa. Pero, ¿qué está ocurriendo en salud?

La salud despojada.

La progresiva sanitización de los sistemas de salud y el alejamiento del paradigma de la salud colectiva, han construido unos imaginarios sociales en los que la participación en salud sólo

puede ser concebida como un trasvase puntual del conocimiento por parte de los profesionales. Con la llegada, además, de la democracia de mercado, como razón de ser del pensamiento neoliberal, crece la participación entendida "como la capacidad de elección del consumidor" (recomendamos leer a [Por una democracia sin capitalismo](#) de Marcos Roithman para entender la compleja relación entre capitalismo y democracia). Con el disfraz del "derecho a elegir" se externaliza el concepto salud de las propias comunidades, convirtiéndola en un bien de consumo que producir a gusto del cliente. Nacen así muchos de los programas de participación que hoy tenemos desde las unidades de gestión clínica, que agotan sus objetivos en la mejora de los servicios eludiendo cualquier capacidad de transformación de realidades sociales. De esta manera se crean dos niveles de participación que van a estar claramente vehiculados por la clase social:

- El aleccionamiento y el trasvase de información dirigido a las clases populares, personas

dependientes, etc...
(charlas de alimentación saludable, de higiene y autocuidado...)

- El derecho a opinar sobre la calidad de los servicios por la llamada "clase media" (encuestas de satisfacción, investigaciones sobre la calidad de los servicios...)

Hace muchos años que Arntein hablo de su famosa [escalera](#) clasificando la participación según el rango de poder ciudadano y desenmascarando aquello que consideraba como falsa participación o "participación de fachada". Aunque este análisis obvia mucha de la complejidad que hay detrás del concepto de la participación, si que consiguió introducir el debate de la resistencia de las instituciones a la cesión de poder. No es de extrañar que la OCDE redujese toda esta espectro a información, consulta y participación en las **políticas públicas**, despojándose así toda la cuestión alrededor del poder que plantea la participación.

Ahondando en este concepto, en 1984 [Oakley](#) sistematizó una clásica división del

concepto de participación: por un lado, la participación entendida como fin, es decir, como "el acceso al poder de quienes se encuentran marginados del mismo" o la participación como un medio, es decir, como un recurso que permite que los programas lleguen a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para su ejecución. O lo que es lo mismo, participación- poder y participación instrumental, respectivamente.

La participación como redistribución del poder

Hoy construimos participación desde instituciones verticales sin tener en cuenta, la mayoría de las veces, el transfondo de desigualdades sociales en el que nos movemos. Y lo que es peor, sin tener la prioridad de transformarlo y redefinirlo. Nos dotamos con una participación instrumental que se convierte en legitimadora en los que ostentan el poder y sus acciones.

La participación entendida como la democratización de la vida cotidiana, implica una renuncia de poder de aquellos que lo acaparan. Requiere una

neutralización de los dispositivos de control y pasar de la objetividad científica- que esconde una ciencia construida por hombres blancos, occidentales, heterosexuales y de clase alta- a la suma de subjetividades construidas desde las experiencias, las representaciones y los imaginarios colectivos. Requiere unas instituciones- sanitarias y no sanitarias- con vocación desinstitucionalizadora.

Una participación entendida como actividad emancipadora que suponga una reapropiación de la salud por parte de a las que siempre les fue negada y que incluya una revalorización de los saberes populares, una aceptación de la comunidad como generadora de salud, una intención de construir en positivo- no desde la enfermedad- y desde lo colectivo... En definitiva, pasar de los espacios de participación ciudadana en salud a los espacios de co-gestión donde las desigualdades se desdibujan en el espejo del procomún. Construir más y mejor Salud Comunitaria...

Mujeres médicas: una historia de resistencia y cuidados.

por Clara Benedicto, Carmen López-Fando y Marta Sastre.

17



Nosotras y lo cotidiano.

Cada día de nuestra vida tiene una narrativa compleja. Con alegrías, con obstáculos, con dudas, con complicidades, compañías y también soledades. La nuestra, como mujeres y cómo médicas de personas, familias y comunidades, tiene además una dimensión que nos acerca al dolor, a la desigualdad, a la incertidumbre y al miedo pero también a la vida y la lucha cotidianas, a la esperanza, a la intimidad y a la importancia de lo común.

No solo trabajamos con la teoría y con los datos, sino con cuerpos, barrios e historias de personas aunque también nuestros cuerpos, nuestras vidas (narradas y

silenciadas), nuestros barrios y nuestra historia forman parte de este trabajo que desarrollamos y desde donde hoy elegimos escribir y poner el foco.

1. Mujeres en una profesión de cuidados.

"Ahora las mujeres tienen dos trabajos -el de fuera de casa y el de dentro- y deben ser dos cosas: productoras y reproductoras al mismo tiempo, una espiral que acaba consumiendo toda la vida de las mujeres."

Silvia Federici.

Los cuidados, y por tanto las profesiones relacionadas con ellos, han sido tradicionalmente femeninos y socialmente invisibilizados. En un marco capitalista que prioriza lo productivo, tanto la crianza como las necesidades de las personas más vulnerables (así como la parte de cada persona que precisa de cuidados) han quedado muchas veces en el ámbito de lo privado, y cuando se realizan como actividad laboral tienen poco reconocimiento y valoración social.

Sin embargo, la medicina tradicionalmente ha conseguido crear para sí misma una imagen más tecnificada, más académica, y más próxima a un tipo de ingeniería, en parte porque se ha cultivado la asimetría de información como forma de poder, y en parte porque hasta hace poco ha sido practicada por varones, blancos y de clases sociales acomodadas. Esto nos ha proporcionado un prestigio social y una posición de poder relativo que, aun siendo mujeres, disfrutamos respecto a otras profesiones y profesionales también dedicadas a los cuidados.

Desde aquí es desde donde escribimos, entendiendo los distintos ejes de desigualdad en los que estamos inmersas. Por ejemplo, cuando se nos trata con más cortesía por ser médicas, o cuando en consulta nos tratan como cuidadoras informales más que como profesionales, rompiendo el encuadre terapéutico. Y siendo conscientes de que esos ejes también nos atraviesan a nosotras en nuestras actitudes y visiones cotidianas.

2. Mujeres profesionales de la medicina.

"If the major determinants of health are social so must be the remedies"
Michael Marmot.

La estructura laboral en la que trabajamos está basada en una concepción tradicionalista y androcéntrica. Y prioriza y premia la dedicación completa, la competitividad, el cumplimiento de objetivos marcados como logro profesional, el enfoque biomédico, técnico y curativo y el éxito entendido como

alcance de un status. Además vivimos un contexto de demanda consumista, escaso tiempo y sobrecarga asistencial por falta de recursos. Todo esto genera un conflicto interno a muchas profesionales, ya que dedicamos más tiempo de media a quienes atendemos, priorizamos más lo relacional y realizamos más actividades preventivas y abordajes más biopsicosociales.

La orientación preferente de la jornada laboral a lo asistencial (que para el sistema es lo inmediatamente productivo) hace que a menudo la investigación, la formación y las actividades comunitarias se desplacen a un lugar secundario, y que se realicen en el tiempo libre - con la consiguiente desigualdad debida a las cargas domésticas y familiares- o no se realicen.

Nuestra capacidad de visibilizar estas dificultades y de realizar cambios institucionales está también disminuida debido a la baja representatividad de mujeres en puestos de decisión, sobre todo teniendo en cuenta el porcentaje de médicas, que cada vez va en aumento. Por

una parte lo que está representado en la autoridad es lo que se convierte en normativo, y por otra el predominio de un determinado perfil dificulta que se creen las condiciones para favorecer un cambio de valores. Aunque no sólo es necesaria una mayor visibilidad femenina como directivas, académicas, ponentes e investigadoras, sobre todo es necesaria una mayor presencia de valores feministas.

Creemos en la necesidad de una organización realista de los tiempos y las agendas, que contemplen tanto lo asistencial como las actividades que lo nutren y complementan. Para ello, es fundamental fomentar la descentralización de decisiones y apoyar a las y los profesionales para que puedan adaptar los medios existentes y capacidades propias al cumplimiento de resultados en salud, además de proteger y cuidar las redes y alianzas locales (espacio para lo comunitario).

3. Mujeres empleadas.

"Ahora, bien, esa profundización en nuestras raíces que entraña la radicalización de los cuidados, y que nos revela como seres esencialmente vulnerables y dependientes, tiene obligatoriamente que ser (...) también un viaje al centro, a lo más visible, tiene que estallar en el medio mismo de nuestras ciudades, nuestros parlamentos, nuestra economía... La opción del cuidado no puede ser una opción individual."

*Carolina del Olmo.
Radicalizar los cuidados.*

De una manera más global al ser profesionales mujeres que trabajamos dentro y fuera de casa estamos atravesadas por todos los mandatos de género arraigados culturalmente (como el mito de *superwoman*, que centra la capacidad de poder con todo en el esfuerzo individual o la tendencia a la aceptación o sumisión de decisiones...)

Aunque se ha conseguido mucho en cuanto a la igualdad de género, vivimos muchas situaciones de discriminación indirecta, definidas como prácticas aparentemente

neutras que en realidad suponen una desventaja en nuestro devenir vital por ser mujeres.

Algunos ejemplos son las jornadas a tiempo parcial (que funcionan como una renuncia parcial y una pérdida de oportunidades laborales y económicas, y a las que sólo nos podemos acoger desde los cuidados), o los permisos por maternidad (obligatorios sólo para madre, y con una duración muy desigual). Tradicionalmente además los médicos y las médicas hemos tenido un sistema laboral anacrónico con guardias de atención continuada de 24 horas, turnos de trabajo que ni se cuestionan ni cambian.

En general producen este efecto discriminatorio las políticas conciliatorias de secuencia, que alternan el tiempo laboral con el tiempo familiar y a las que mayoritariamente se acogen sólo las mujeres, frente a políticas conciliatorias derivativas, que desplazan cuidados y tareas de lo privado a lo público.

Esta situación se ha tornado especialmente complicada en los últimos años con el progresivo deterioro de las

condiciones y relaciones laborales y el aumento de mecanismos informales de selección de personal afectando fundamentalmente a jóvenes (aunque no sólo jóvenes) en su desarrollo profesional y personal. Sabemos por diversos estudios que la falta de control sobre el propio trabajo es un condicionante de insatisfacción y de mala salud entre profesionales, incluso al mismo nivel que el desempleo, y que la temporalidad afecta más a las mujeres y la magnitud de su efecto en la salud es mayor en ellas. Además, la progresiva feminización de la profesión hace coincidir habitualmente la precariedad con la etapa reproductiva y esto implica un devenir importante en la vida y en el desarrollo profesional, generando en las mujeres un falso dilema entre la vida personal y el éxito profesional.

Como personas trabajadoras querríamos reformular la relación con nuestros empleadores. Que se atienda al valor que puede aportar la diferencia, que se favorezca el trabajo en red y la autonomía pegada al territorio. Para esto, creemos importante

flexibilizar, descentralizar, escuchar a profesionales y cambiar algunas formas de medir como por ejemplo mirar más los resultados en salud y menos las medidas intermedias.

Todas estas barreras visibles e invisibles formadas por distintos obstáculos externos e internos que interaccionan entre sí nos encierran poco a poco en laberintos de cristal, que nos generan falsos dilemas, nos impiden alcanzar nuestras potencialidades como profesionales y perpetúan las desigualdades de género.

4. Mujeres en el mundo

"What I am calling for is a society of citizens who admit that they are needy and vulnerable."

Martha Nussbaum

Como mujeres en el mundo, estamos atravesadas por conflictos: los cuidados informales que proporcionamos y necesitamos, la necesidad de cuidarnos y evolucionar como personas y que eso se retroalimente en nuestro trabajo.

La tentación de separar lo profesional de lo personal como método de autoprotección nos lleva muchas veces a negar o posponer facetas de nosotras mismas, a despersonalizarnos o a sobrecargarnos con más de lo que podemos abarcar.

Es necesario que aprendamos personal y colectivamente a mirarnos, pensarnos, deconstruirnos y reconstruirnos y a desarrollar nuestras fortalezas. Aunque también a aceptar nuestra diversidad y nuestra vulnerabilidad e interdependencia (que como dice Martha Nussbaum es un requisito para una vida ética), y así perdonarnos y cuidarnos como grupo. Si el cuerpo y lo común son lugares de resistencia también deben serlo los cuidados. Esto supone ir contracorriente y necesitamos hacerlo juntas.

Para su correcto funcionamiento, tanto el sistema como nosotras debemos enfocar en el contenido físico y emocional de nuestra profesión y en lo que ponemos en juego con el vínculo terapéutico. Somos profesionales de contacto, de trato, de piel, de estar de

frente, y eso requiere una armonización constante de lo que nos sucede en el proceso.

Para nosotras, este autocuidado es un acto político que simboliza el proceso de repensarnos y de intentar mejorar nuestro entorno a través de nuestro trabajo y a nosotras mismas.

De lo concreto a lo general.

En nuestra carrera profesional no es posible disociar los factores estructurales de los personales: somos mujeres que hemos estudiado en un determinado contexto académico, que trabajamos en una profesión de cuidados pero también tecnificada. En una sociedad de tradición capitalista y androcéntrica fundamentalmente somos personas. Socializamos según nuestra experiencia personal, nuestros deseos y nuestra subjetividad pero también según nuestro género. Todo esto, lo interno y lo externo, camina con nosotras, entra en la consulta y forma parte de las gafas con las que miramos el mundo y a nosotras mismas.

Desde nuestra perspectiva, nos preguntamos: ¿qué tipo de cambio queremos?

¿luchamos por reformas puntuales para favorecer igualdad de oportunidades, como bajas maternales más largas, baja paternal obligatoria, posibilidad de flexibilizar el turno en función de circunstancias vitales, transparencia, cuotas paritarias para que haya más visibilidad femenina en puestos de responsabilidad y docencia...? ¿o queremos un cambio más profundo en las relaciones entre sistema y profesionales y sistema y población, pegar las decisiones al territorio y a las personas, valorar la conversación y la participación, y poner los cuidados en el centro?

Ambas no son excluyentes, mientras resistimos en el día a día y en las propuestas concretas buscamos mirada larga para visualizar el camino. Estamos agradecidas

y acompañadas. Sabemos que en los últimos años la feminización de la profesión poco a poco se ha ido acompañando también de un devenir feminista, que incluye no sólo ser representadas sino buscar una voz propia y hacer movimiento para el cambio.

Lecturas recomendadas.

- Saletti Cuesta L, Delgado Sánchez A. Discurso de las médicas sobre el desarrollo profesional. Miradas propias. 1ª Ed. Granada: Colección Feminae, Nº28; 2015.
- Varela N. Feminismo para principiantes. 1ªEd. Barcelona: Ediciones B; 2005. Disponible en: <http://bit.ly/2cdnK02>
- Vidas precarias. Feminización de la política. Diagonal [internet] 2016 Disponible en: <http://bit.ly/2bKsis4>
- REAP [sede web] Dodecálogo para la personalización de pacientes en el Sistema de Salud. 8 de marzo de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1M4qRRp>
- Mujeres y Salud. Revista de comunicación interactiva [sede web] Barcelona: CAPS. Disponible en: <http://www.mys.matriz.net/>
- Del Olmo C. Radicalizar los cuidados. Nociones communes. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2bKL7jG>
- Padilla J. Temporalidad y salud: ¿la falta de estabilidad laboral afecta a la salud? Eldiario.es 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1L2vQkq>

Memes, memxs y salud.

por Patricia Escartín y Nima Peyman-Fard

"La risa puede ser una cosa muy importante,
hay veces en la vida que es la única arma que
tenemos"

(Roger Rabbit)

22

Los *memes* son unidades mínimas de información y de replicación cultural. Este neologismo fue acuñado por Richard Dawkins en su libro *El gen egoísta* (1), por su semejanza fonética con el término "genes" y para señalar la similitud de su raíz con *memoria* y *mímesis*. (2)

Su hipótesis plantea que los *memes* actúan a nivel cerebral, produciendo replicación de un determinado grupo de genes que permitirían la captación de los patrones culturales y de costumbres por parte de los individuos, es decir, que de alguna manera éstos predisponen la aceptación de nuestro entorno cultural y la aceptación inconsciente de nuestras costumbres, nuestros progenitores, nuestro entorno.

Siguiendo esta teoría, los *memes* tienen las siguientes características:

1. Son transmisibles de generación en generación.
2. Existen como eventos claramente observables.
3. Son ajenos a la verdad y a la lógica (no dependen de ella).
4. Son los agentes responsables de la aceptación a las costumbres sociales.
5. La aceptación de los mismos puede variar a lo largo del tiempo hasta su desaparición.

Fuera de esta definición que ha sido criticada tanto desde el evolucionismo como desde la antropología cultural como una ocurrencia de Dawkins, que intentaría extrapolar al mundo de la cultura su teoría de los genes egoístas, el término *meme* se emplea cada vez más para referirse a cualquier imagen o texto, a menudo de contenido humorístico, que se comparte viralmente en las redes sociales durante un periodo breve. Esta cualidad convierte a los *memes* en una herramienta poderosa de comunicación, en tanto se difunde de forma exponencial en poco tiempo. Su carácter humorístico y la utilización de imágenes de actualidad, personajes conocidos o lugares comunes, hacen que lleguen a todos los públicos.

Hecha esta introducción para *listicxs*, sin querer profundizar más allá de lo expuesto y dado que el Periódico Diagonal ya charró hace poco sobre el fenómeno de los *memes* (3)...

¿Qué tienen que ver los *memes* con la salud?

Al tratarse de textos sencillos contrapuestos a una imagen icónica o llamativa, pueden ser útiles para lanzar mensajes de cualquier tipo, incluyendo educación sanitaria, la reivindicación de ideas o servir como un desahogo de los profesionales hacia lo que podamos considerar una mala elección de su superior jerárquico (4).



Además algunos autores han analizado el uso de *memes* relacionados con una enfermedad en adolescentes en las redes sociales para conocer las creencias y actitudes de dicho colectivo frente a dicha enfermedad (5).

Además de todo lo anterior, nos hacen reír. Y eso es importante.

El humor reduce las hormonas del estrés. Una buena carcajada aumenta el ritmo cardíaco, estimula al sistema inmune, potencia el estado de alerta y nos hace ejercitar los músculos. Aumentan los niveles de endorfinas, anestésico natural del cuerpo. Es más, incluso después de "echar unas risas" el organismo sigue notando sus efectos: tras reírnos, hay un breve período durante el cual la presión sanguínea baja y el corazón se desacelera.

¿Quién no se ha reído alguna vez al ver un *meme* relacionado con la salud o con el mundo sanitario? ¿quién no ha probado alguna vez alguna vez a crear un *meme*, al escuchar alguna noticia o al acudir a un congreso/curso/encuentro por puro aburrimiento? ¿Quién no ha animado a otras personas a compartir sus creaciones y hacerlas

públicas, potenciando el número de sonrisas? El componente socializador del fenómeno es también importante.



Desde la ironía, los *memes* nos permiten ser críticas con otros, pero también con nosotras mismas. Tal vez, en algún momento hay personas que consideran que "eso no ha tenido ninguna gracia..." Bueno, ya decía Groucho Marx (que de humor, algo sabía), que "No reírse de nada es de tontos, reírse de todo es de estúpidos".



Los *memes* pueden servir para resumir charlas, proyectos, encuentros o situaciones que vivimos habitualmente. Cualquiera puede crear un *meme* actualmente, sólo con tener un poco de imaginación. Existen múltiples herramientas *online* que permiten a cualquier persona crear estas pequeñas perlas de sabiduría y compartirlas entre sus amistades (6). Si no, el recurso de los gatos no falla casi nunca:

De todos los buenos artículos que inauguran esta web, alguno debía ser algo más que criticable. A ver si alguien iba a pensar que el Colectivo Silesia sólo iba a hablar de cosas sesudas... Como decía Charles Chaplin, "a fin de cuentas, todo es un chiste"





1. Dawkins, Richard (2000). *El gen egoísta*. Barcelona: Salvat Editores.
2. Cortés Morató, Jordi. *¿Qué son los memes? Introducción general a la teoría de memes* (pdf)
3. Durán Rodríguez, J. Elorduy, P. Los memes han llegado para quedarse...y lo sabes. Periódico El Diagonal; 2016 [acceso el 30 de agosto de 2016] disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/culturas/31038-memes-han-llegado-para-quequedarse-y-lo-sabes.html>
4. Anamatohaciendocosas.tumblr.com. (2016). Ana Mato haciendo cosas. [online] Disponible en : <http://anamatohaciendocosas.tumblr.com> [Citado 1 Sep. 2016].
5. Kelleher E, Giampietro PF, Moreno MA.2015. Marfan syndrome patient experiences as ascertained through postings on social media sites. Am J Med Genet Part A 167A:2629–2634.
6. Meme Generator - Meme generator en Español - Crear Memes Online. [online] Disponible en: <http://www.memegenerator.es> [Citado 1 Sep. 2016].