

NOS SANAMOS, NOS EMPODERAMOS. DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE SALUD COLECTIVA Y AUTOGESTIÓN EN UN CONTEXTO URBANO

Xabier Jaso Esain

Grupo de Antropología Popular Hazi Aroa

Ankulegi Elkarte

1. Introducción

El presente artículo recoge en parte el contenido del Trabajo Fin de Grado que elaboré en 2015 para la carrera de Antropología Social y Cultural. En él se sintetizan los aspectos más relevantes de varias iniciativas grupales barcelonesas que podemos situar en el ámbito de la autogestión de la salud a nivel individual y colectivo.

En la fase inicial del trabajo de campo se pretendió un primer acercamiento a los significados sobre gestión de la salud que se encierran en sus prácticas, así como a sus intersecciones con los planos de la economía y de la política. Las conclusiones constatan la diversidad conceptual y organizativa contenida en la praxis asociada a la categoría de “autogestión de la salud”, la compleja imbricación de unas iniciativas en estado de permanente construcción con múltiples esferas más allá de lo estrictamente sanitario y el desafío –no exento de conflictos– de conjugar sus apuestas con la sostenibilidad de los proyectos.

El final de la pasada década y el inicio de la presente fue un periodo caracterizado por la agudización de los efectos de una prolongada crisis económica y por el surgimiento en todo el Estado español de multitud de dinámicas colectivas y organizaciones con diferentes reivindicaciones y propuestas. Podríamos agrupar estas iniciativas en dos grandes categorías si nos atenemos a la forma de encauzar sus objetivos. Por un lado, aquellas que centraban su trabajo en la denuncia y en la reivindicación y que reclamaban al Estado y a las instituciones que cumplieran una serie de demandas. Por otro, aquellas que sin desdeñar por completo la reivindicación priorizaban la construcción autónoma de proyectos mediante los que aspiraban a la satisfacción directa de necesidades y objetivos en diferentes ámbitos (energía, producción, educación, alimentación, salud, etc.)

2. Marco teórico y contextualización

2.1. Autogestión: aproximación histórica a un concepto

Aunque este artículo aborda más adelante los sentidos que toma la “autogestión de la salud” a la que se acogen las iniciativas estudiadas en este trabajo, en primer lugar haré un breve repaso de la historicidad de la categoría de “autogestión” como discurso y práctica colectiva.

María del Mar Araus (2004) encuentra las raíces del término por una parte en los postulados filosóficos, éticos, políticos y religiosos que se originaron en las civilizaciones del Mediterráneo: humanismo de Sócrates, idealismo de Platón, valores del cristianismo, ensayos teóricos sobre modelos ideales de sociedad como “Utopía” de Tomás Moro, etc.

También tendría raíces en la autonomía corporativa de los gremios medievales. Pero para esta autora los antecedentes más próximos deben inscribirse en el esquema general

de emancipación que surge en Europa y América a partir del siglo XIX. Siguiendo a esta autora, el término, aunque recoja valores históricos remotos, es relativamente reciente. Comienza a difundirse tras la Segunda Guerra Mundial, y es en los años 60 cuando principalmente desde Francia comienza a popularizarse. La primera publicación que recoge el término habría sido “Autogestion et socialisme”, nacida en 1966 y vinculada a la École des Hautes Études en Sciences Sociales. Habría que añadir que la experiencia de la República de Yugoslavia recogía principios de “socialismo autogestionario” que se sintetizaron en el llamado Programa de Liubliana de 1958.

2.2. Contexto e historicidad de la categoría “autogestión de la salud”

Si atendemos a la bibliografía y al uso que se le ha dado por parte de diferentes autores, organizaciones y grupos, podemos inferir que “autogestión de la salud” es un concepto que históricamente ha tenido dos conjuntos principales de acepciones. Por un lado, el que recoge el sentido de autocuidado personal del cuerpo (significado presente sobre todo en el contexto de algunos tipos de enfoque terapéuticos, como es el caso de la naturopatía o la medicina ayurvédica). Y por otro, el que hace referencia a la gestión autónoma y saludable de la vida de las personas en todas sus dimensiones y no solo en el plano individual sino también en el comunitario o colectivo.

Sin hablar stricto sensu de “autogestión de la salud”, en 1975 el pensador austríaco Ivan Illich publicó “Die Enteignung der Gesundheit—Medical Nemesis” (traducido al castellano como “Némesis médica. La expropiación de la salud”), un alegato contra el exceso de intervención médica y por la recuperación de la responsabilidad y autonomía personales en relación a la salud.

Un año más tarde [en 1976] el psiquiatra y activista chileno Luis Weinstein escribió “Salud y autogestión. La antimedicina a examen”. En un contexto regional e internacional de avance de partidos y movimientos que tenían como denominador común la idea de socialismo, Weinstein realizó un análisis sin precedentes vinculando las categorías de salud y de autogestión (concepto este último que a la sazón era uno de los leit motiv de buena parte de la izquierda latinoamericana) con el ánimo de construir un proyecto social de “salud autogestionada”. Sus principales coordenadas se pueden resumir del siguiente modo:

- La autogestión en salud se afirma en la “apropiación por cada individuo de su proyecto de vida” y de la forma en que este se inserta en su entorno comunal de grupo pequeño, de familia, de pareja, de instituciones, de sociedad, de trabajo y de relaciones con la naturaleza.
- Lo esencial del concepto de salud es la capacidad de vivir: la cotidianeidad en sus aspectos vitales, emocionales, lúdicos, laborales, cognoscitivos, imaginativos, etc. En este sentido, la plenitud en el “tiempo vivido” dependería tanto de condiciones existenciales y biológicas como de la estructura sociopolítica.
- La autogestión en el ámbito de la salud es una opción contracultural susceptible de articularse con una orientación revolucionaria global. Se contrapone, según él, a la tendencia dominante a “medicalizar” la sociedad. En última instancia la orientación del cambio social ha de ser la de mejorar la salud: “el hombre nuevo, el de la utopía, es un hombre con más capacidades de disfrute, de comunicación, de transformación, de salud”.
- Así, el proyecto de una salud autogestionada puede jugar un papel aglutinante y de idea motriz que contribuya con urgencia a la sustitución de esta sociedad por otra. La opresión de la sociedad actual, “enferma y enfermante”, a través del capitalismo, el

colonialismo, la burocracia, la tecnificación, los desastres ecológicos o la superurbanización requiere aunar fuerzas.

- La autogestión en salud y la democratización, participación y control popular de las instituciones existentes en salud son cosas diferentes pero pueden articularse como “etapas previas de aprendizaje”.

Desde estas coordenadas, para Weinstein conjugar en un binomio la salud y la autogestión requiere un ejercicio doble: mirar la autogestión desde la salud y al mismo tiempo acercarse a esta con una mirada “autogestionante”. De esa perspectiva (autogestión saludable y salud autogestionada) que subyace en su obra se desprende la potencialidad que para este autor guarda la categoría de “autogestión de la salud”. Con todo, durante los años siguientes ni en América ni en Europa se desarrollaron apenas experiencias que intentaran poner en marcha proyectos o dinámicas por la autogestión de la salud.

En 1986 nació en el País Vasco una de las experiencias pioneras dentro de la aún incipiente praxis que hace suya la idea de la “autogestión de la salud”: la Asociación Sumendi [“volcán”, en euskera]. Hoy se define como una “asociación ciudadana sin fines lucrativos surgida en 1986 para promover la autogestión de la salud”, si bien la referencia y formación principal de la que proviene su principal promotor (Eneko Landaburu) es la de la Higiene Vital, corriente crítica tanto con la medicina “convencional” como con la “alternativa” que incide en considerar el malestar y la enfermedad como fenómenos curativos que piden cambios de hábitos.

En 1992 la asociación redactó un manifiesto en el que hicieron suyo el término de “autogestión de la salud”. Para entonces ya son más conocidas a este lado del Atlántico las obras de Ilich y Weinstein y Sumendi tuvo en cuenta parte de las ideas de esos y otros autores. En el manifiesto reflejan su evolución como colectivo desde un higienismo (o planteamiento de la “higiene vital”) ortodoxo donde es básico el reposo integral para despertar el poder curativo del organismo hasta un higienismo de carácter “biopsicosocial”.

Según uno de sus integrantes, Antonio Palomar, eso quiere decir que “El cambio personal va unido al cambio social. Ahora le damos menos importancia a lo físico y a lo individual y más a lo psicosocial y sociopolítico. Necesitamos pocas pero buenas ideas, aunque esto requiera explorar nuevos caminos”.

2.3. La emergencia de la “autogestión de la salud” en Barcelona

El área metropolitana de Barcelona es una de las zonas del Estado español y de toda la Unión Europea donde está hoy en día más presente el trabajo colectivo en “autogestión de la salud”. Según los datos recopilados, podríamos contabilizar varias decenas de colectivos, iniciativas o proyectos situados de una u otra manera en esa categoría. La mayor parte de estas propuestas surgió en torno al cambio de siglo y en un contexto de fuerte crisis económica, en un momento en el que también vieron la luz nuevas y diferentes expresiones de protesta y organización social con las que aquellas han mantenido o mantienen en algunos casos cierta relación. Esta concentración de propuestas relacionadas con la salud colectiva desde una perspectiva autogestionaria en el ámbito urbano de Barcelona es un fenómeno sin parangón en el continente, si exceptuamos tal vez las experiencias que se han puesto en marcha también desde hace pocos años en algunas ciudades griegas. El análisis de la causa de esta emergencia

excede los propósitos de este trabajo, pero inicialmente podríamos apuntar o sugerir la posible combinación de factores como los siguientes:

- Como detonante inmediato, la ya citada crisis económica, que ha tenido consecuencias en el sistema sanitario público y en la percepción de este, así como en las condiciones de vida de parte de la población.
 - Una fuerte tradición del cooperativismo en Cataluña, reflejado en multitud de experiencias sociales y empresariales muy diversas entre sí.
 - La influencia del pensamiento libertario y anarquista desde el siglo XIX que se refleja en el desarrollo de discursos y prácticas autogestivas que llegan al espacio de la salud.
- Los autores anarquistas de “Salut en perill. Cossos en lluita” afirman:
“Tenim exemples històrics de lluites que han aconseguit construir un sistema sanitari des d’abaix, i pels d’abaix. Podem aprendre d’ells. També existeixen exemples actuals de projectes d’autogestió de la salut que podrien ampliar-se per arribar a tothom. Però també hem de seguir lluitant. No serà fàcil. Perquè per canviar el sistema sanitari hem de canviar el món. L’autogestió no es un somni” (Bird, 2012:7).
- El especial y profundo arraigo de diferentes expresiones y prácticas del ecologismo en el seno de los movimientos sociales catalanes tanto a nivel rural como en la metrópoli.
 - Un sentimiento colectivo de desafección hacia el Estado, que en Cataluña se ha extendido en los últimos años más allá de los sectores adscritos a las ideologías libertaria y anarquista.
 - Los cambios sociales en la ciudad de Barcelona en los últimos 25 años: aumento de la inmigración, progresiva turistificación de la ciudad, deterioro de algunos barrios, etc.

2.4. Formulación del problema y objetivos

Las organizaciones, dinámicas e iniciativas sociales y comunitarias que desarrollan su actividad dentro de un amplio marco pero siempre en un ámbito asociable a la “autogestión de la salud” forman parte de un fenómeno emergente especialmente en algunos contextos urbanos. La pregunta de investigación que he pretendido responder mediante este trabajo es doble y la formulo de la siguiente manera:

¿Qué significados o paradigmas sobre gestión de la salud y de la sanidad construyen mediante sus discursos y prácticas quienes impulsan en una gran ciudad iniciativas de “autogestión de la salud” y qué relación tienen con sus planteamientos de autogestión en esferas como la económica y la política?

El campo empírico de investigación lo constituyeron seis iniciativas (con sus respectivas formas de organización, discursos, espacios y prácticas) que tienen como eje de su trabajo o se adscriben de una u otra forma a la idea de autogestión de la salud. Todas han nacido en la última década, se encuentran ubicadas en el área metropolitana de la ciudad de Barcelona y son, por orden alfabético, las siguientes:

- CIC (Cooperativa Integral Catalana), en la medida en que ha trabajado cuestiones relacionadas con la salud.
- COS Cooperativa de Salut: cooperativa de trabajo formada por profesionales de la salud y personas asociadas.
- GAM (Grups d’Ajuda Mútua) en el ámbito de la salud mental, centrando la mirada en los grupos de carácter autónomo no vinculados a asociaciones ni a otras entidades.
- Ipomea: asociación que desde hace varios años se dedica a la “práctica y difusión de las terapias integrativas”.
- Salut entre Totes: colectivo de personas –casi en su totalidad mujeres– que comparten una “visión de la salud transversal, integral, solidaria y autogestionada”.

- UNIMED Consulting, empresa cooperativa de consultoría y asesoramiento en estrategia y gestión, especializada en salud.

Obviamente, acotar el trabajo a estas pocas experiencias no supone olvidar que el espectro y tejido asociativo de la salud colectiva y autogestionada en Barcelona y en toda Cataluña es mucho más amplio y complejo. En este sentido, resulta obligado citar el importante trabajo y alcance de iniciativas más antiguas y tal vez más conocidas como la de Radio Nikosia, así como los proyectos que están surgiendo en torno al Diploma de Posgrado en Salud Mental Colectiva impartido en Barcelona por la URV, entre otros.

3. Metodología

De cara a la generación y recogida de datos utilicé metodologías de carácter etnográfico, basadas principalmente en la entrevista y en la observación participante. También conversaciones, observación no participante, intercambio de correos electrónicos, bibliografía y videografía de algunas de las experiencias analizadas. El corpus de investigación lo conformaron las citadas 6 experiencias colectivas que trabajan desde locales de diferentes barrios de la ciudad de Barcelona. El acercamiento a las experiencias comenzó en octubre de 2014 y se prolongó hasta mayo de 2015. Si bien se han tomado como unidades de estudio “experiencias” o “iniciativas” en autogestión de la salud, las diferencias entre ellas son importantes especialmente en relación a la forma de organizarse (cooperativas, asociaciones, colectivos, entramados...) pero también en sus objetivos y tamaños. En el proceso de análisis se ha intentado combinar la mirada panorámica que busca identificar algunas constantes entre experiencias con la mirada detallada hacia procesos determinados. Desde el propio inicio de la investigación y a lo largo de todas sus fases he intentado tener en cuenta principios éticos aplicables a cualquier actividad en ciencias sociales, siendo mi referencia en este caso las orientaciones que marca el código ético de la Asociación Americana de Antropología, principalmente en lo referente a la responsabilidad hacia las personas y grupos estudiados. En este sentido, he prestado especial atención a la transparencia y al consentimiento informado.

4. La autogestión de la salud y sus sentidos

4.1. Importancia y claves del eje argumental de la “autogestión de la salud”

¿De qué hablan quienes hablan de autogestión de la salud? En primer lugar, es preciso hacer una aclaración. La expresión “autogestión de la salud” está siendo utilizada en los últimos años por algunas empresas y laboratorios médicos para promover determinados recursos de monitorización individual de datos médicos y genéticos. Ese uso queda fuera del ámbito de este trabajo, centrado exclusivamente en la autogestión de la salud como categoría con la que se identifican los proyectos e iniciativas colectivas que, como veremos, aspiran a que las personas y grupos humanos se conviertan en protagonistas de la gestión de su propia salud como individuos dentro de una comunidad.

Entre quienes trabajan la autogestión de la salud desde esta segunda acepción, tiene una gran importancia el bagaje teórico del que se parte. Las líneas argumentales sobre las que edifican sus prácticas están en general muy definidas y se expresan a través de sus medios de difusión, páginas web, redes sociales y materiales, pero también en las

primeras entrevistas de contacto con las personas usuarias o interesadas en conocer las iniciativas. En todas estas cartas iniciales de presentación podemos encontrar una serie de constantes, pero para ilustrar mejor los contenidos argumentales de las diferentes propuestas procedo a realizar un resumen de algunas de ellas.

4.2. El eje de las prácticas

Atendiendo al principal eje desde el que he interpretado que se desarrollan las actividades de las diferentes iniciativas (o “proyectos de autonomía”, como define Heras Monner los proyectos por la autogestión), y si bien hay que hacer constar que todas ellas contienen también contenidos del resto de enfoques, considero que podría realizarse la siguiente clasificación:

4.2.1 Enfoque desde la práctica terapéutica

Algunos de los proyectos por la autogestión de la salud enfocan su actividad principalmente en el trabajo terapéutico, generalmente combinado con el formativo. En estos casos las personas que constituyen los proyectos suelen estar formadas en diferentes áreas relacionadas con la salud y de modo especial en el terreno de las denominadas “terapias alternativas”: propuestas terapéuticas que generalmente no se encuentran presentes en el sistema público y con las que se abordan todo tipo de cuestiones de salud.

Sin embargo, y aunque no lo rechazan por completo, no es “alternativa” el término preferido que las personas integrantes de estas iniciativas utilizan en ambos casos para identificar su propuesta, sino “integrativa”. Las terapias integrativas serían aquellas que abordan la salud en su globalidad e integralidad, “sin hacer distinciones entre lo que sería el bienestar físico, el mental y el emocional”. En este ámbito se desarrolla buena parte del trabajo de Cos y también el de Ipomea, si bien en ambos casos también encontramos rasgos del enfoque siguiente.

4.2.2 Enfoque desde el aprendizaje colectivo y el trabajo en comunidad

Son dinámicas colectivas en las que se plantea la puesta en marcha de alternativas hacia la “construcción colectiva de la salud”, como dicen en Salut entre Totes, creando para ello espacios para la reflexión y la formación de las personas participantes y de sus entornos comunitarios (el barrio cobra especial importancia como eje de acción).

Las personas que participan en estos colectivos pueden tener o no conocimientos en el ámbito de la salud, pero en cualquier caso dentro del grupo no se dedican en principio a actividades terapéuticas. En el caso del grupo citado se trata de jóvenes con estudios universitarios en diferentes áreas a las que les une, desde su creación en 2011, una común inquietud por compartir conocimientos y llevar a la práctica su percepción de que “no puede haber salud individual sin salud colectiva”. Sus integrantes se reúnen para comentar temas o preparar actividades gratuitas que organizan en solitario o en colaboración con personas de otros grupos. Entre estas actividades cabe destacar las siguientes:

- Dinamización en diversos espacios (ateneos, casals, etc.) de charlas, mesas redondas y proyecciones sobre autogestión de la salud.

- Talleres prácticos sobre diferentes cuestiones, entre las que destacan las relativas a la ginecología y en general a la salud de las mujeres (sexo afectividad, anticoncepción, aborto, ciclo menstrual, autoestima, afecciones, menopausia, etc.) Mediante estas y otras actividades abiertas pretenden formarse y ayudar a la formación de otras personas mediante la “recuperación y revalorización de formas tradicionales de hacer salud”.

4.2.3. Enfoque sistémico desde un cambio de paradigma

Es el caso de UNIMED Consulting y también del trabajo que hizo, especialmente en el centro Aurea Social, la Cooperativa Integral Catalana. Su punto de partida es un marco conceptual complejo que contempla la medicina y la salud desde el llamado “paradigma de la complejidad”. Desde una oposición al paradigma dominante en salud (que identifican como “reduccionista” y “mecanicista”) y a la figura del Estado como su sostenedor, se apuesta por una “nueva salud pública” y por la construcción progresiva de un nuevo sistema de salud que cree los nuevos espacios autogestionados que romperán con la hegemonía dominante sobre las políticas de lo público en salud. Esto significa que el trabajo se centra significativamente en la formación en torno al nuevo paradigma y a las herramientas organizativas y de las personas (“facilitadoras de salud”) que contribuirán junto con otras a llevarlo a su concreción como sistema. El aprendizaje como Auto Investigación Acción Participativa (A-IAP) En UNIMED se considera que al aprendizaje debe aplicársele un método: el de la Auto Investigación Acción Participativa. Su objetivo es orientar la investigación y aprendizaje a la aprehensión de la realidad social y en última instancia debe impulsar profundas transformaciones en las políticas de gestión de la salud y de atención médica. Samuel Carmona, su investigador principal, considera que tanto médicos como facilitadores deberían ser “activistas sociales por la salud”, implicados en el tejido vecinal o social que les circunda a los niveles que les sea posible.

El “facilitador” es una figura que, sin tener por qué ser un profesional sanitario, acompaña a otra u otras en su proceso de búsqueda de un estado de salud más satisfactorio y que puede encauzarlas o no a otro tipo de personas con perfiles más especializados (terapeutas, chamanes, médicos, sin rechazar a priori ningún tipo de medicina). En ese proceso de acompañamiento o facilitación sería la persona a la que se acompaña la que de acuerdo a su “libre albedrío” tomaría las decisiones sobre qué camino elegir para su propia salud y qué herramientas usar. Afirman, con todo, que “no es nada fácil romper la dependencia: no solemos tomar las decisiones en la vida. Porque en el momento en que las tomas, te haces responsable. Pero no importa si fallas: la siguiente vez intentarás afinar más”.

4.3. Sujetos de la autogestión: individuo, terapeuta/facilitador y colectividad

En relación a los sujetos que participan en los procesos conducentes al establecimiento de salud podríamos decir que en no pocos casos se presenta una alteridad paciente o usuario /terapeuta que en otros casos pasa a ser persona/facilitador (esta figura hace referencia a quien “acompaña” a la persona en su proceso aun sin ser conocedor de procedimientos terapéuticos). Pero en todos los casos el planteamiento ideal es el de reducir y en última instancia suprimir cualquier tipo de dependencia de la persona, paciente o usuaria respecto a quien colabora en el camino hacia su salud.

La referida alteridad dual queda matizada por la presencia de un tercer sujeto o agente, la comunidad o colectividad (barrio, entorno o sociedad en general) contemplada prácticamente en todos los casos contemplados en este trabajo como parte fundamental en las dinámicas de autogestión de la salud. Todas estas iniciativas son urbanas en la medida en que sus sedes y actividades se sitúan en un entorno metropolitano y en todas ellas sus responsables manifiestan aspirar a la activación de sus entornos vecinales para el desarrollo de sus proyectos.

Sin embargo, el papel de la comunidad barrial es muy diferente en cada caso. Y realmente, en la mayor parte de casos el vínculo no se ha desarrollado, puesto que existe una escasa relación entre los diferentes proyectos y sus entornos inmediatos. Por falta de tiempo o de recursos, el hecho es que al margen de la colocación ocasional de carteles de difusión de algunos eventos (que permiten que acudan en mayor grado algunas personas de cada entorno), la presencia e incidencia de las iniciativas en los barrios es baja.

4.4. La diversidad organizativa de la autogestión: modelos y criterios.

Las iniciativas colectivas por la autogestión de la salud son muy diversas desde su mismo planteamiento organizativo y no existe una correspondencia exacta con los tres enfoques relatados. Entre las estudiadas, unas se estructuran simplemente como colectivo de personas otras son colectivos que adoptan el carácter de asociación, las hay que se organizan como cooperativa de economía social o empresa cooperativa de consultoría y finalmente se encuentran entramados reticulares en los que conviven diferentes formas de organización. El número de personas que participan en ellas es también muy variable.

A pesar de la mayor presencia del término “cooperativa”, no puede desprenderse de ahí una adhesión a un modelo similar de organización dado que esa categoría recoge modos y estructuras muy diferentes (desde la empresa cooperativa clásica hasta redes cuyos integrantes se identifican con ese término sin constituir una empresa).

4.5. La mutualidad y la paridad como criterios

La etnógrafa y sociolingüista Ana Inés Heras Monner en su extenso trabajo sobre grupos autogestionados ha señalado dos criterios que caracterizarían su funcionamiento: la mutualidad y la paridad. La mutualidad presupondría que en los colectivos de ese cariz todas las personas hacen algo para todos los demás y a la vez los demás harán lo propio (cada miembro se ocupa de una cosa pero todo es para el bien común). Y la paridad significa que todas las personas participantes tienen el mismo derecho de tomar decisiones (todas están en igualdad de condiciones para presentar su opinión, debatirla en asamblea y proponer una tarea o norma). Estos conceptos, según la citada autora, generan una trama entre la acción y el pensamiento.

Aunque en el lenguaje emic de la autogestión de la salud apenas tienen presencia esos términos, las dinámicas organizacionales observadas sugieren una aspiración a construir los sentidos citados (igualdad de derechos y condiciones) como si fueran orientaciones latentes. En el funcionamiento de los grupos más pequeños es donde se observa una mayor proximidad a esos significados. Pero donde el camino hacia los objetivos lleva a activar representaciones y dispositivos complejos de toma de decisiones (como son las asambleas amplias de miembros o socios) resulta más problemático detectar el

acercamiento a la paridad y a la mutualidad. Parecería en esos casos que las herramientas que deberían asentar esas orientaciones más bien son terreno abonado para el florecimiento de actitudes en las que se priorizan intereses individuales o grupales. Paridad y mutualidad son también orientaciones que parecen estar presentes en los distintos modelos ideales de la gestión económica de los proyectos por la autogestión de la salud: el modelo de la economía social y solidaria o las fórmulas de reciprocidad basadas en la equidad y el reconocimiento que exploran e intentan encontrar otros grupos.

4.6. Salud mental: la denuncia de la “psiquiatrización”

Aunque en todas las iniciativas estudiadas el área de la salud mental se trabaja de uno u otro modo, generalmente es enfocado como tema para la reflexión y el debate o como ámbito para el trabajo terapéutico desde enfoques alejados de la psicología cognitiva y conductual; las situaciones que por su gravedad son consideradas merecedoras de otro tipo de atención suelen ser derivadas a otro tipo de servicios.

Sin embargo, existen también experiencias centradas principalmente en este ámbito que al mismo tiempo que comparten buena parte de los ejes del discurso de la autogestión en salud (crítica al sistema, denuncia de la medicalización, llamada al empoderamiento, apuesta por la toma de decisiones y organización autónomas, etc.) presentan un rasgo que las hace diferentes: las constituyen únicamente personas afectadas por procesos presuntamente patológicos y por los tratamientos recibidos debido a ellos.

Aunque existen algunas asociaciones y organizaciones que impulsan y contienen en su seno algunos grupos con el mismo nombre, aquí vamos a prestar atención a una pequeña red popular de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para personas “psiquiatrizadas” que son independientes de otras organizaciones.

Para alguien no diagnosticado es difícil acceder a su dinámica interna, porque los grupos los forman personas que han pasado o están pasando por procesos de “psiquiatrización” (ingresos, medicación, etc.) y que deciden juntarse para apoyarse mutuamente. En cualquier caso, su labor más allá de la ayuda mutua y realizan también otro tipo de praxis que pueden considerarse de sensibilización. En un encuentro abierto mantenido en 2015 con más de una treintena de personas que llenaron el espacio de un ateneo libertario, miembros de un GAM manifestaron opiniones como las siguientes:

- Se mostraron muy críticos respecto al biologicismo, que identifican como la ideología y eje del sistema sanitario en salud mental. Relatan sus experiencias en instituciones psiquiátricas: “puedes pasar el día sin poder hacer absolutamente nada en un régimen que se asemeja al carcelario”.
- Criticaron del mismo modo las técnicas que se usan con frecuencia en esas instituciones: contención mecánica a veces durante semanas, electroshock, sobremedicación con pastillas, las nuevas técnicas que pueden tener grandes riesgos, etc.
- Señalaron que en la mayor parte de los casos los psiquiatras solo atienden, a la hora de elaborar los diagnósticos, a los síntomas, cuando las realidades de cada persona serían más complejas. Respecto a los diagnósticos, consideran que algunas enfermedades no existen en realidad. Reconocen sin embargo que la mayor parte de profesionales tienen intención de ayudar, aunque “los que saben escuchar son pocos”.
- Consideraron que el problema es que en la enfermedad mental la persona pierde la capacidad de gestión de su vida y eso genera sufrimiento. El enfermo mental es “una persona que se subleva, que tiene un gran potencial para la rebeldía y la protesta, pero

que hay que conocer dónde nace esa protesta, su porqué. Lo que ocurre es que es una sublevación que lleva a la inmólación”. Lo que proponen como GAM es llevar esa rebeldía a lo colectivo.

- Si bien en los grupos no hay personas “no psiquiatrizadas”, tienen lo que llaman “el anillo”: personas que están en su entorno y que les ayudan sin ordenarles pautas.
- Se trata de apoyarse entre sí, de empoderarse, y más allá de eso ir creando redes, de hacer comunidad, de romper con la individualización y el aislamiento. “Una parte de nuestra actividad”, dicen, “es compartir lo que nos ocurre, pero otra va encaminada a lo político. Y encuentros como este están dirigidos a lograr visibilización”.
- Dijeron buscar la despsiquiatrización. Si por ejemplo una de ellas va a ser ingresada, hablan para ver cómo lo podrían evitar, y si el ingreso se consume se apoyan, se visitan, etc. “Lo fundamental es irse conociendo, hacer acompañamiento y tener empatía”.
- Afirmaron que en cuanto a la forma de pensar son grupos muy plurales. Dijeron coincidir en cosas básicas de la crítica al sistema, pero “cada persona es diferente y ha seguido un proceso y tenemos puntos de vista distintos en muchas cosas; por ejemplo, el valor que le damos a las llamadas terapias alternativas”. Algunos de ellos se consideran libertarios, “pero otros no y no pasa nada”.
- Plantearon crear un grupo de formación “desde el punto de vista de la antipsiquiatría”, que ya conocían algunos de ellos. Para ello contarían con la colaboración de un psiquiatra.

4.7. El género de la autogestión

Cualquier tipo de datos, ya sea los obtenidos por la observación o por cualquier otra vía, apuntan en la misma dirección: la autogestión de la salud como movimiento social urbano en Barcelona es hoy en día una propuesta trabajada y protagonizada principalmente por mujeres. Aunque hay algunas diferencias, esto es una realidad constatable no solo a la hora de analizar quiénes dirigen y orientan los proyectos sino también al observar en el perfil de los diferentes conjuntos de usuarios. Parece también que hay una ligazón entre este dato y el hecho de que allí donde la presencia de las mujeres es mayor las actividades específicas relacionadas con la salud de las mujeres tienen mayor peso.

En cualquier caso, el análisis profundo de la evolución de los elementos básicos de la estructura política (premios u objetivos, personas implicadas, liderazgo, competición y enfrentamiento) podría ser potencialmente muy fértil en algunos casos y especialmente en relación a las cuestiones de género.

¿Pero además de todo esto puede decirse que hay una orientación de género determinada en las iniciativas por la autogestión de la salud? Esta pregunta no resulta tan fácil de responder. En algunos casos se usa con cierta frecuencia el término feminista en el planteamiento y contenido de algunas actividades, aun sin llegar a definir su iniciativa con ese calificativo. En otros casos se dice trabajar la autogestión de la salud desde una perspectiva de género, contemplando este como una construcción social que en este caso tiene una serie de impactos. Esto es constatable a veces en las actividades, cuando, por ejemplo, están dirigidas al menos en parte a analizar en ellas el origen y consecuencias de las desigualdades, a abordar los roles y creencias de género asociadas a la salud y a la sexualidad o a trabajar el tema del género en talleres específicos. Con todo, en la mayor parte de iniciativas no parece existir un enfoque o perspectiva de género como tal al menos de forma transversal, si bien en ocasiones están presentes categorías y visiones procedentes del movimiento feminista.

4.8. La autogestión en conflicto

Los imaginarios presentes en las iniciativas colectivas por la autogestión de la salud están atravesados por una serie de tensiones conceptuales y organizativas que parecen tener relación con las crisis y conflictos que he percibido en algunos casos y que ayudan a dar más luz al complejo entramado de significados de la “autogestión de la salud”.

- Tensiones o contrastes entre modelos ideales que implican ruptura con los principios de funcionamiento del sistema capitalista y la realidad de este. Esto se manifiesta sobre todo en dos planos: en la convivencia de pautas de comportamiento en relación al tratamiento de la salud (en muchos casos los gestores y participantes de los proyectos no rompen sus vínculos con otros sistemas y hacen uso de ellos) y en la relación entre la autogestión de la salud y la autogestión económica. Siendo el propósito de todas estas iniciativas reducir la dependencia de las personas a la hora de gestionar su salud, algunos proyectos deben enfrentarse a las consecuencias de no promover ni la fidelización de sus usuarios o pacientes ni el apoyo financiero externo. Ello en un contexto en el que apenas se conocen fórmulas sostenibles de reciprocidad o simplemente de economía al margen de los parámetros del capitalismo. Para sortear las dificultades, frecuentemente se adoptan algunos de estos parámetros (por ejemplo, el pago de servicios en euros en lugar del intercambio en moneda libre o mediante otras fórmulas) o bien se desarrollan complejas estructuras que paradójicamente evocan las de un Estado.

- Tensión entre las formas de interpretar la autogestión de la salud: cuidado prioritario del cuerpo (perspectiva terapéutica) vs. transformación social (perspectiva política). Aunque como se ha dicho en ninguna de las experiencias se contempla la autogestión de la salud únicamente como autocuidado, en la medida en que se acentúe en unos casos el trabajo terapéutico o el trabajo social en otros, se perciben problemas en la articulación de esas dimensiones en los procesos autogestivos.

- Tensión entre espiritualidad o misticismo y mentalidad científica, relacionada con la disyuntiva planteada en el primer punto. Algunos de quienes vienen a la autogestión de la salud desde un planteamiento terapéutico son vistos como tendentes a aplicar una visión espiritual en sus colectivos y proyectos, mientras que quienes lo hacen desde planteamientos políticos (principalmente libertarios o anarquistas) son asociados a posturas más cercanas al método científico (o al “cientifismo”) a la hora de plantear propuestas o actividades. De cualquier manera, habría que matizar esta aparente confrontación dado que a veces proviene de una percepción variable del otro en la que intervienen múltiples factores.

- Tensión entre la autogestión como propuesta y como forma de organización interna. A diferencia de otro tipo de experiencias autogestivas como las laborales (empresas o cooperativas autogestionadas de cualquier sector), en el espectro que estamos abordando la autogestión tiene una expresión exógena (búsqueda de la difusión, incidencia y construcción del espíritu de su propuesta en otras personas y comunidades) además de la endógena (los grupos por la autogestión de la salud son a su vez entidades que se organizan desde una idea de autogestión). Esto usualmente provoca dificultades para dedicar en cada proyecto fuerzas suficientes para sostener cada una de las dos dimensiones, sobre todo en los casos en los que no se cuenta con recursos personales suficientes para atender ambas en su integridad.

5. Conclusiones

1) La gran diversidad y complejidad de significados de la “autogestión de la salud” como propuesta de acción colectiva hacen de esta categoría un complejo imaginario sobre el que diferentes grupos de la ciudad de Barcelona están desarrollando sus propuestas y prácticas. En unas y en otras es posible hallar unas constantes que recuerdan a los casi desconocidos planteamientos de Weinstein de hace décadas, pero tienen características propias y novedosas. Estas son algunas de ellas:

- La autogestión de la salud no se interpreta en estas experiencias colectivas en su versión constreñida de “autocuidado” o atención a los procesos corporales. Es contemplada mayoritariamente como un camino de responsabilidad y empoderamiento (desarrollo de capacidades para la toma autónoma de decisiones) personal y colectivo y de promoción, prevención y/o preservación de la salud (concepto este que no se define de un único modo) inseparable de los procesos y circunstancias ambientales, sociales, económicas y políticas.
- Así, consideran mayoritariamente que ese camino requiere un importante reto y desafío: el de su articulación con la acción y organización política y económica hacia la construcción de una nueva salud pública en una nueva sociedad. Parte de los promotores de la autogestión de la salud se identifican con la ideología anarquista y aspiran a una sociedad económicamente no capitalista y políticamente sin Estado. No es este sin embargo un ideario común a todos los proyectos y personas.
- La autogestión de la salud se presenta como apuesta frente a un modelo sanitario que se rechaza y se concibe como medicalizado (la salud desde la farmacología), mercantilizado (la salud como negocio) y jerarquizado (asimetría entre sistema y población y entre médico y paciente). La autogestión plantea propuestas basadas idealmente en la desmedicalización, la desmercantilización (apuesta por la reciprocidad) y la horizontalidad entre terapeuta/facilitador/acompañante y la persona o usuario.
- Entre quienes integran algún tipo de planteamiento médico, destacan dos posturas: la defensa de una u otra versión de “medicina integrativa” y la de una “medicina unificada”. El término de “medicinas alternativas” es objeto de discusión y no son pocos los que lo relegan.
- Las iniciativas por la autogestión de la salud que hemos contemplado tienen un fuerte componente urbano y tengan o no una perspectiva de género están dinamizadas mayoritariamente por mujeres.

2) En relación a la praxis de las iniciativas, cabe indicar los siguientes puntos: • La organización, funcionamiento y prácticas de los diferentes proyectos o iniciativas de autogestión de la salud adoptan diferentes modelos de gestión y participación.

- Aunque la importancia dada a la formación es transversal a todas las iniciativas, algunas tienden a acentuar en sus prácticas un perfil terapéutico, otras el autoaprendizaje y el activismo y otras la construcción de estructuras desde un nuevo paradigma.
- Se trata de experiencias inacabadas: todas ellas tienen apenas unos años, siguen construyéndose en permanente cambio y movimiento y no están exentas de contradicciones y conflictos que atañen tanto a los planteamientos sobre la salud como a la confrontación entre perspectivas políticas y económicas divergentes.
- La sostenibilidad económica de los diferentes proyectos es una cuestión no resuelta y fuente de inestabilidad. En la búsqueda de una coherencia entre la idea de autogestión personal y colectiva de la salud y la autogestión organizativa del propio proyecto, la

construcción del soporte económico encuentra múltiples problemas (autoexplotación, choque entre interpretaciones de la reciprocidad, adaptación y convivencia con el contexto capitalista, etc.)

- Dadas las complejas imbricaciones e interacciones del mundo de la autogestión organizada de la salud con otras esferas, considero que ulteriores investigaciones requerirían un abordaje multidisciplinar que integrase perspectivas de diferentes subdisciplinas antropológicas: urbana, económica, política, de género y, por supuesto, de la salud.

6. Bibliografía

- Bird, A. y Gardenyes, J. (2013) *Salut en perill. Cossos en lluita. De la resistència a las retallades a l'autogestió de la sanitat*. Barcelona: Òliba Negra.
- Colectivo Autogestionario de Valencia (1977) *Apuntes históricos autogestionarios*. Valencia: Dersa.
- Cornelio, L. (1978) *Introducción a la autogestión*. Buenos Aires: El Cid Editor.
- Correa-Urquiza, M. (2010) *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Cuesta, A. (2014) *Solidaridad y autogestión en Grecia*. Manu Robles-Arangiz Institutua.
- García Blanca, J. (2009) *El rapto de Higea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad*. Barcelona: Virus Editorial.
- García Blanca, J. (2015) *La Sanidad contra la Salud. Una mirada global para la autogestión*. (Edición revisada y ampliada de *El rapto de Higea*). Valencia: Ediciones i.
- Gómez-Ullate M. (2004) *Contracultura y asentamientos alternativos en la España de los 90: un estudio de Antropología Social*. Madrid: Universidad Complutense.
- G.R.E.P. (1982) *La autogestión a examen*. Madrid: Fondo de Cultura Popular.
- Heras, A. I. (2014) “Lógica colaborativa y generación de conocimiento colectivo: alcances y tensiones en las relaciones investigación-sociedad”, *Población y Sociedad*, 2.
- Heras, A. I. (2011) “Pensar la autonomía. Dispositivos y mecanismos en proyectos de autogestión”, *Intersecciones en Comunicación*, 5.
- Illich, I. (1975) *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Seix Barral.
- Landaburu, E. (1997) *Curarse uno mismo sin los peligros de los medicamentos*. Bilbao: Txalaparta.
- Landaburu, E. (2004) *Cuidate, compa. Manual para la autogestión de la salud*. Tafalla: Txalaparta.
- Lewellen, T. (2009) *Introducción a la Antropología Política*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Moreno, P. (2011) *El bosque de las Gracias y sus pasatiempos. Raíces de la Antropología Económica*. Madrid: Editorial Trotta.
- Morin, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Palomar, A. (2005) *La despensa de Hipócrates. Los poderes curativos de los alimentos*. Tafalla: Editorial Txalaparta.
- Roca, B. coord. (2010) *Anarquismo y antropología. Relaciones e influencias mutuas entre la Antropología Social y el pensamiento libertario*. LaMalatesta editorial, 2ª edición, Madrid 2010.
- Rosanvallon, P. (1979) *La autogestión*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Saña, H. (1976) “Fundamentos teórico-históricos de la autogestión”, *Folletos autogestionarios*. Madrid: Heleno Saña editor.
- VVAA (2008) *Hazlo tú mismo. Recupera tu vida*. Federación Anarco Punk (FAP).
- VVAA (1977) *Los anarquistas y la autogestión*. Barcelona: Editorial Anagrama.

VVAA (1977) “Santé, critique-pratique, autogestión”, Fracture, 1. Paris: Savelli.
Weinstein, L. (1978) : Salud y autogestión. Montevideo: Editorial Nordan Comunidad.