

TESIS DOCTORAL

**LA ENAJENACIÓN DE L@S OTR@S.
ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE EL
TRATAMIENTO DE LA ALTERIDAD EN LA
ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN
BARCELONA Y PARIS**

KATIA LURBE I PUERTO



Directores de tesis:

Dra. Carlota Solé Puig (UAB)

& Dr. Didier Fassin (EHESS)

TESIS DOCTORAL

LA ENAJENACIÓN DE L@S OTR@S.

ESTUDIO SOCIOLÓGICO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ALTERIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN BARCELONA Y PARIS

Katia Lurbe i Puerto

Directores de tesis:

Dra. Carlota Solé Puig (UAB)

& Dr. Didier Fassin (EHESS)

Barcelona, 18 Marzo 2005

Ilustración de la portada
Jemma Freda Napanangka
Sin título, 1995. 100X50 cm.
Collection de Dardel

Biblio : *Art Aborigène Jouvence Millénaire*, catalogue d'exposition,
Musée Olympique de Lausanne, 2000, p.118
© Gérard Bonnet

Ilustraciones en blanco y negro, 2004.
© Miles Hall, artist.

ÍNDICE

<i>Agradecimientos</i>	11
PREÁMBULO	
1. Presentación de la investigación	13
2. Del ‘problema de la salud’ de l@s inmigrantes y exiliad@s y su accesibilidad al sistema sanitario, al objeto de estudio sociológico de la interpretación y tratamiento de la alteridad en la atención a la salud.....	17
3. La estructura de la tesis	22
PRIMERA PARTE: LA CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO Y EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
CAPÍTULO I. La enajenación de l@s otr@s	27
1. La producción de alteridades en las sociedades europeas contemporáneas. Consideraciones iniciales	28
2. Primeras reflexiones sobre la alteridad enajenada	36
3. El contexto de la biopolítica y el control social de los cuerpos extraños	47
4. La enajenación de los cuerpos extracomunitarios	59
CAPÍTULO II. La estrategia de investigación: el estudio de caso sociológico	61
1. Sucinta contextualización histórica del estudio de caso como estrategia de investigación empírica	65
2. El estudio de caso como estrategia de investigación sociológica	66
3. El estudio de caso múltiple en la atención a la salud mental de los cuerpos enajenados	70
3.1. Técnicas de recogida de datos y formas de registro	76
3.1.1. La investigación documental	77
3.1.2. La observación directa	77
3.1.3. La entrevista en profundidad	82
4. El marco de análisis de los datos generados	88

SEGUNDA PARTE: LA GESTIÓN DE LA ALTERIDAD EN LOS SISTEMAS SANITARIOS FRANCÉS Y ESPAÑOL: LAS LÓGICAS DE EXCLUSIÓN-INTEGRACIÓN Y LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LOS CUERPOS ENAJENADOS

CAPÍTULO III. La atención a la salud de los cuerpos extracomunitarios en el sistema sanitario: vacíos legales que excluyen y diferencias que discriminan	95
1. La accesibilidad a los recursos sanitarios públicos	99
2. Los procesos exclusógenos que definen la inaccesibilidad a los recursos sanitarios públicos	106
2.1. Delimitaciones jurídico-administrativas: las leyes que extranjerizan.....	109
2.2. La trasgresión de los códigos oficiales sanitarios y médicos	123
2.3. Los condicionantes socio-económicos	129
2.4. Los efectos de la <i>desafiliación social</i>	131
2.5. Las barreras culturales sobre la representación social de los cuidados de la salud y la enfermedad	134
2.6. El desencuentro de los universos lingüístico-simbólicos	137
CAPÍTULO IV. La atención a la salud de los cuerpos extracomunitarios en los sistemas sanitarios francés y español: tácticas que insertan y estrategias que integran	141
1. Las tácticas de inserción	149
2. Las estrategias integradoras.....	152
2.1. La estatalización del acceso y la comunitarización del cuidado...	152
2.2. Los puentes de comunicación verbal : la incorporación de las técnicas de mediación lingüística y socio-cultural	156
2.3. Prácticas de comunicación no verbal: el cuerpo parlante y el arte sanador.....	166
2.4. La especialización de recursos de salud para la población inmigrante y exiliada	171
3. Conclusiones. El poder de la vida y el reconocimiento político del cuerpo enfermo.....	175

CAPÍTULO V. La gestión de los cuerpos enajenados como grupo de riesgo sanitario	179
1. Sobre el concepto del riesgo y su implementación en salud pública	184
1.1. El riesgo en salud pública: matriz disciplinar de la epidemiología	188
1.2. La función del riesgo en la vigilancia epidemiológica.....	193
2. La biopolítica: génesis y desarrollo de la gestión del riesgo	199
3. Los generadores de riesgo para la salud mental de los cuerpos enajenados	204
3.1. Convergencias y divergencias entre los cuerpos profesionales	205
3.2. Los riesgos para la salud mental a partir de las narraciones sobre el propio sufrimiento	209
3.3. La tensa articulación entre especializar la atención sanitaria y segregar-estigmatizar-discriminar los “cuerpos portadores de riesgo”	211
4. La biopolítica del riesgo: del control de los cuerpos extracomunitarios a la zoé-legitimidad de los cuerpos enajenados	214

TERCERA PARTE: LA ALTERIDAD EN LA SALUD MENTAL

CAPÍTULO VI. Los discursos sobre la alteridad enajenada: metáforas, intereses y prácticas sanitarias	223
1. La psiquiatría transcultural contemporánea	224
1.1. ECP4: Convergiendo clínica psiquiátrica y práctica transcultural..	228
1.2. ECP3: El modelo de organización por comunidades lingüísticas...	231
1.3. ECB1: La atención médico-psicológica de las psicopatologías de la inmigración	237
1.4. ECB2: La psiquiatría de la migración	242
2. Las etnopsicoterapias.....	255
2.1. ECP2: La etnopsicoanálisis complementarista y descentrada	257
2.2. ECP1: La etnopsicoterapia con objetos activos	260
3. La atención especializada en las secuelas de la violencia organizada y del exilio	267
3.1. ECB4: El abordaje psicológico del exilio	271
3.2. ECB3: La práctica psico-social: de la reparación del daño psicológico a la politización de la vida cotidiana	273
3.3. ECP5: Del soporte y cuidado de las víctimas de la tortura al lobbying político desde el testimonio y la denuncia	278

CAPÍTULO VII. Los discursos de los cuerpos enajenados	285
1. Los cuerpos con voz: las narraciones del sufrimiento, desde la dignidad y el agradecimiento	286
2. De los cuerpos dóciles a los espectros: sobre la enfermedad que invalida, decrece y anula	288
3. Los cuerpos de la resistencia: del reconocimiento que visibiliza a la atención que confiere poder	299
4. Los discursos de los cuerpos enajenados o la encarnación de la desigualdad entre heterogeneidades	307
CONCLUSIONES	
LA ENAJENACIÓN DE LOS OTROS, BIOPOLÍTICA DE LA ALTERIDAD	315
1. Apertura: El universalismo como forma de organización de los recursos en el contexto de la diversidad	317
2. Las incongruencias del universalismo del sistema sanitario: similitudes y diferencias entre España y Francia	321
3. La tensa relación entre psiquiatría y las terapias mágico-tradicionales, un debate que incomoda	332
4. El reto de visibilizar la diferencia desigual sin estigmatizar: apunte final sobre los estudios epidemiológico.....	337
5. Argumentos en pro de un <i>ars medicus</i>	340
....Cierre con aperturas nuevas	343
BIBLIOGRAFÍA	349
ANEXOS	i

A las pasiones humanas.

*Que nos mueven,
sin garantía
sino de continuar
experimentando.*

AGRADECIMIENTOS

Si bien la elaboración de una tesis doctoral sigue un proceso de elaboración solitaria, numerosas instituciones y personas han intervenido en su gestación. En primer lugar, quisiera expresar mi más absoluto agradecimiento a mi padre, Andrés Lurbe; mi madre, Rosario Del Puerto; mi hermano, Christian y mi abuela Mercedes Pellicer. Muchas son las cosas que les debo; no obstante, aquí cabría destacaría la incondicionalidad de su amoroso apoyo y su generosidad en todos los campos. Asimismo, este proyecto de investigación ha tenido la suerte de contar con el desprendido sostén e inmenso cariño de Montserrat Puerto y su querida familia. Tampoco me ha faltado, el apoyo de mi tía Maria Del Puerto y su marido durante mi estancia en Francia.

Financieramente, esta investigación se ha beneficiado de la ayuda económica del Ministerio de Ciencias y Tecnología, a través de la concesión de una de las Becas de Formación de Profesionales Universitari@s (FPU), así como de una beca de investigación de 6 meses asignada por el Centro de Estudios De Inmigración y Minorías Étnicas (CEDIME, UAB) y los aportes económicos de mi familia.

Agradezco a la catedrática Carlota Solé Puig (Universitat Autònoma de Barcelona), co-directora de esta investigación, no sólo su constante dedicación a la hora de dirigir este estudio, sino también por sus comentarios acertados y el apoyo emocional que me ha brindado en todo el proceso. Aprecio enormemente la co-dirección del Dr. Didier Fassin (École des Hautes Études en Sciences Sociales) por sus consejos críticos, siempre pertinentes y su preocupación por dotar mis estancia en su centro de investigación (Centre de Recherche sur les Enjeux en Santé Publique) en Paris, de la mayor comodidad posible. Esta tesis, sin duda, se ha beneficiado de la complementariedad de visiones teóricas y criterios metodológicos de dos reconocidos autores en ciencias sociales y directores de investigación: por una parte, la catedrática Carlota Solé Puig, destacando en el campo de la sociología de las migraciones y en el de la teoría social y, por otra, el Dr. Didier Fassin, médico antropólogo, avezado en temas de biopolítica y gestión de cuerpos, con brillantes publicaciones en el terreno de la salud y la migración.

De igual modo, mi estancia en calidad de investigadora-visitante en el Centre de Recherche en Médecine, Sciences, Societé et Santé (CERMES-INSERM-EHSS, Paris) durante los meses de Octubre y Noviembre 2001 ha sido de gran provecho para el diseño de la investigación. Las presentaciones realizadas de primeras versiones de algunos de los capítulos de la tesis en el CRESP (diciembre 2002; noviembre 2003) y en el ERAPI (febrero 2003, junio 2004) han permitido enmendar determinados descuidos e ignorancias, consolidar ideas y recabar ánimos para seguir con mis elucubraciones. Gracias, por tanto, a la generosidad de l@s colegas que en ellas participaron.

No puedo sino reconocer la suerte que he tenido al haber contado con la valiosa colaboración de l@s profesionales de los centros de salud en los que he realizado trabajo de campo, así como la generosidad demostrada por las personas usuarias que han participado en el estudio, a través de conversaciones informales y entrevistas en profundidad. Esta tesis no hubiese sido factible sin el interés demostrado por estos profesionales, en su mayoría muy entusiastas con el proyecto, ni la bondad de las personas usuarias.

Quisiera dedicar una mención especial al psiquiatra Richard Rechtman (París), con quien he compartido amenas tertulias en torno a esta investigación y ha seguido mis vaivenes a Francia desde el inicio de la investigación. Asimismo, agradezco intensamente los consejos y ánimos recibidos por Roser Pérez, Enrique Santamaría, Natalia Ribas y Margarida Pla. Gracias Estelle D'Hallouin y Karine Vanthuyne, por compartir conmigo la pasión por la investigación y acogerme tan calurosamente en el CRESPE. Estoy muy agradecida a Raquel Moreno y Paola Martínez, compañeras del CEDIME, por ayudarme con la transcripción de algunas de las entrevistas realizadas.

A mis amig@s, quienes han amenizado y animado, con su cariño y risas, el proceso de la escritura y han demostrado gran paciencia conmigo; sobre todo en el último tramo de redacción de la tesis, el más duro. Especialmente, Isabel Riveiro, Anna Zúñiga, Amanda Vich, Eva Marxen y Soledad Bermann, por quererme incluso hecha un manojo de nervios. A Miles Hall, por acompañarme amorosamente en esta andadura y dotar esta tesis de un toque artístico gracias a sus bellas ilustraciones. Este trabajo constituye también un tributo que rindo a mis dos ciudades, París y Barcelona: París, capital que me vio nacer y a la que continuo vinculada; Barcelona y sus gentes, por adoptarme como una de las suyas.

Numerosos y diversos son los apoyos recibidos, mía es la responsabilidad última de las reflexiones formuladas en estas páginas y de la elección teórico-metodológica. Deseo no haber defraudado las muchas expectativas puestas en esta tesis. Más importante aún, ojalá este trabajo logre aportar su grano de arena en mejorar la calidad de nuestros recursos en salud y proporcione un soplo fresco en cuanto a contribución teórica y metodológica.

Kàtia Lurbe i Puerto

PREÁMBULO

'La logique de la recherche est un engrenage de difficultés majeures ou mineures qui condamnent à s'interroger, à chaque moment, sur ce que l'on fait et permettent de savoir de mieux en mieux ce que l'on cherche en fournissant des commencements de réponses qui entraînent de nouvelles questions, plus fondamentales et plus explicites.'

P. Bourdieu, 1984.

1. Presentación de la investigación

Estas páginas ofrecen los resultados de una investigación sociológica sobre los discursos sociales que conciben a la alteridad en términos de problema de orden sanitario. A tenor de tal cometido, la investigación toma como escenarios contemporáneos de heterogeneidad dos Estados miembros de la Unión Europea, Francia y España. Con el propósito de alcanzar mayor profundidad analítica, el estudio acota su ámbito de mira a las ciudades de París y Barcelona, centrando su investigación empírica a una muestra de nueve centros de atención a la salud mental específicamente dirigidos a inmigrantes y exiliad@s de origen extracomunitario, los cuales representan en definitiva los cuerpos en los que se encarna la alteridad en el contexto de diversidad sociocultural que caracteriza la actual geografía humana, tanto de la denominada *Vieja Europa*, como de Europa del Sur.

El interés por la salud no es arbitrario, sino que proviene de la misma esencia con la que se constituyen los imperativos morales categóricos, como tanto gusta referirse el filósofo Immanuel Kant a las fuerzas que nos mueven a actuar con el convencimiento de la bondad de nuestras acciones –la inexorable fuerza de lo que debe hacerse-. Partiendo del reconocimiento de la salud como derecho

fundamental de los seres humanos, tal como contempla el art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la pertinencia de la salud como campo para la investigación sociológica radica en la constatación de que el análisis sobre la salud y la enfermedad hace emerger, *de facto*, las más cruentas e inminentes ilustraciones de las desigualdades sociales. Al respecto, qué duda cabe acerca del impacto de la desigualdad de recursos materiales y simbólicos de poder, con la que se (re)produce el actual orden social, en la cantidad de años que vivimos (mortalidad) y en la calidad del transcurso de nuestras finitas existencias (morbilidad), al examinar los estudios epidemiológicos sobre desigualdades sociales en salud. Ciertamente, los condicionantes sociales que moldean nuestra posición social y estructuran nuestros ‘universos de lo posible’ –a saber, el volumen y la estructura de nuestros capitales económicos, culturales, sociales y simbólicos (Bourdieu, 1993)- repercuten en la naturaleza más biológica de nuestro ser.

Siguiendo los planteamientos de Margaret Whitehead (1990, 1992 [1987]), la salud no deriva del acceso al sistema sanitario, ni de características de tipo biológico, sino que requiere también de la concurrencia de varios factores vinculados a la posición social que no se distribuyen equitativamente¹. Ciertamente, las condiciones materiales de existencia inciden no sólo en la calidad de vida y el estado de salud, sino que también ejercen efectos en la durabilidad de las trayectorias vitales (esperanza de vida). Diferentes estudios estadísticos sobre la incidencia de los factores socio-estructurales (entre los que destacarían los recursos económicos, la situación en el mercado de trabajo, el nivel de estudios, el medio físico y social, el género, los estilos de vida) en la morbilidad y la mortalidad muestran una relación constante entre salud y posición social (Nettleton, 1995; Annandale, 1998).

La elección de circunscribir la investigación empírica al ámbito de la atención a la salud mental responde básicamente a dos razones. En primer lugar, en el transcurso de este último siglo se ha generado una numerosa y variada pro-

¹ Véase en la misma línea, el *Black Report* (Townsend & Davidson, 1992 [1980]), un clásico en la literatura sobre desigualdades sociales en salud, y Timothy et al. (Ed., 2001).

ducción teórica en torno a la salud mental de aquellos cuerpos a los que profesionales de la salud e investigadores sociales han investido con las cualidades de extraños y extranjeros. La fascinación por los *cuerpos enajenados* –considérese en su doble acepción de cuerpos definidos socialmente como ajenos (extraño, extranjero) y cuyo uso de la razón y sentido ha sido perturbado (enloquecido, demente) — ha provocado ríos de tinta, en un afán por desvelar las claves de los comportamientos de la figura que resulta fascinantemente exótica. Especial esfuerzo ha merecido el descifrar y vigilar las manifestaciones susceptibles de perturbar el *status quo* imperante. Un breve recorrido por las denominadas *etnopsiquiatría colonial* y *etnopsiquiatría post-colonial*, la *psiquiatría transcultural*, las *etnopsicoterapias*, la *antropología médica* y la literatura sobre el duelo migratorio y, de más reciente impronta y con mayor eco mediático en España, los escritos sobre el *Síndrome de Ulises* nos sitúan sobre la pista de una multiplicidad de discursos sobre los cuerpos enajenados que se han perfilado en los distintos modelos de interpretación y tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental. Un acercamiento a este variopinto escenario permite tomar conciencia de la controversia, todavía irresoluble y tal vez irreconciliable, que se ha generado en torno a la etiología del sufrimiento psíquico de los cuerpos en-ajenados² y al tratar la alteridad enajenada³. Es en el reto que supone el doble juego de deconstruir los diferentes discursos sociales sobre la alteridad enajenada y de desenmascarar el contenido ideológico e identificar las relaciones de poder que se dan en este escenario de atención a la salud mental que esta investigación sociológica sustenta parte de su razón de ser. La relevancia de tal empresa radica también en la potencia que contiene para profundizar en el desarrollo teórico de una concepción más rigurosa de la salud, dotándola a la vez, de mayor aplicabi-

² El guión en *en-ajenados* busca poner énfasis en el proceso de producción de cuerpos considerados como extraños e impropios, desde la óptica de los cuerpos que detentan el poder de denominar, los cuerpos dominantes.

³ Obras de investigación crítica sobre la atención en la salud mental de inmigrantes y minorías étnicas como las de Littlewood y Lipsedge (1997) han cuestionado el contenido ideológicamente neutro del conocimiento médico. Estos autores se han centrado en desvelar las implicaciones políticas de aquellas teorías que sostienen una relación entre ‘raza’ y trastornos mentales, demostrando el notable protagonismo que estas teorías ejercen en la perpetuación de teorías que legitiman las prácticas opresivas ejercidas sobre ciertos grupos diferenciados étnicamente, y argumentando que constituyen el ‘trasfondo científico’ a partir del cual se justifican prácticas eugenésicas.

lidad empírica. Es, pues, núcleo central de esta investigación, la salud entendida como producto de las relaciones que se establecen entre el cuerpo físico (dimensión biológica de la diferencia) y el cuerpo social (dimensión socio-política de la desigualdad): la salud como el tropo (lugar común) de la interrelación del ser físico-psíquico y, del mundo social y político.

En segundo lugar, al acercarnos a la cuestión de la alteridad centrándonos en la organización institucional de los cuidados a la salud en Francia y en España, destaca una evidencia fáctica: entre los servicios específicamente dirigidos a inmigrantes y exiliad@s, uno de los primeros recursos sanitarios puestos a disposición exclusiva de este sector poblacional son los servicios de atención a la salud mental. En el contexto de dos sistemas sanitarios asentados sobre la base de los principios de universalidad e igualdad en el acceso y la atención médica, la incógnita que cabe despejar reside en desentrañar el proceso mediante el cual un colectivo de usuari@s no sólo es definido como diferente al resto de la población y categorizado como *ajeno* al perfil del 'usuari@ normal', sino también constituido como requeridor de un trato diferenciado, proveído en espacios y tiempos especialmente edificados para atender la alteridad enajenada.

No menos importante en el diseño de la investigación y en la viabilidad del trabajo empírico es la endoculturación franco-española de la investigadora: francesa en el nacimiento y sus primeros años de escolarización, al tiempo que española por herencia familiar y como sujeto de derechos ciudadanos. En este sentido, cabe evocar la historia de migración de la que la misma investigadora es fruto: descendiente, por parte de madre, de una familia extremeña republicana que huyó del terror del Régimen Franquista y, por parte de padre, de una familia valenciana que emigró en los años 60s en busca de mejores oportunidades económicas y de formación.

2. Del problema social de la salud de l@s inmigrantes y exiliad@s y su accesibilidad al sistema sanitario, al objeto de estudio sociológico de la interpretación y tratamiento de la alteridad en la atención a la salud

El diseño de las políticas sanitarias y su consiguiente implementación se gestan en un complejo campo de relaciones de poder en el que participan diversos agentes sociales, todos ellos interrelacionados, defendiendo sus propios intereses y sistema de valores, y dotados con desigual capacidad de decisión y acción social (Ham, 1999; Wall & Owen, 1999). Las políticas sanitarias concernientes al cuidado de la salud de una determinada población se ejecutan a escala local acorde con las directrices generales de las autoridades sanitarias a escala autonómica en España y departamental en Francia, que, a su vez, han de circunscribirse en el marco de los contenidos vinculantes de las leyes estatales y, los acuerdos y convenciones internacionales. Paralelamente, cabe destacar las iniciativas sociales desarrolladas desde los sectores del voluntariado y de la comunidad dirigidas a paliar parte del déficit existente entre los recursos gubernamentales invertidos en salud pública y la demanda de cuidados médicos y sanitarios de la población. En este complejo entramado de relaciones sociales de poder que decide sobre la distribución de los recursos sanitarios surge la preocupación por los cuerpos de origen extracomunitario. En este reparto de los bienes públicos, estos cuerpos exentos de derechos de ciudadanía importan por tres razones básicas razones: la regulación de un fenómeno susceptible de alterar el orden público (social, político, moral) (Sayad, 1999), el mantenimiento de una fuerza de trabajo sana y la compasión que surge a raíz de una creciente concienciación social sobre el cuerpo en sufrimiento (Fassin, 2000b, 2000c).

Aplicar la ‘imaginación sociológica’ (Mills, 1987) para discernir los discursos que invisten el cuerpo en-ajenado como un problema de orden sanitario relega el problema de l@s inmigrantes y exiliad@s extracomunitari@s, su salud y el uso que hacen de los recursos sanitarios, a un lugar subsidiario en la investigación. La construcción del problema en términos sociológicos no revierte en descripciones sobre la especificidad de la salud mental de l@s usuari@s extracomunitari@s que convierte a éstos en cuerpos problematizados en clave sanitaria. Más

bien se centra en la interpretación y el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud. De ahí que esta investigación no trate de describir la cualidad propia de los cuerpos de origen extracomunitari@, sino de elucidar la construcción de una determinada relación entre heterogeneidades. A fin de explicar los distintos modelos de interpretación de la enajenación, este estudio no toma como punto de referencia al inmigrante y exiliad@ en sí mismo, sino las relaciones sociales entre heterogeneidades que componen una determinada formación social, ubicando esta problemática en el marco del sistema sanitario francés y español en vigencia.

De acuerdo con este planteamiento, tres son las preguntas básicas que guían la investigación:

I. *¿A qué responde la instauración de dispositivos específicamente dirigidos a usuari@s extracomunitari@s en el seno de dos sistemas sanitarios fundamentados en los principios de universalidad e igualdad en el acceso y en la atención médica?*

II. *¿Cuáles son las implicaciones en términos de desigualdades en salud al gestionar de manera diferenciada, y en algunos casos segregada, las necesidades sanitarias de la alteridad?*

III. *¿Cuál es la configuración de las relaciones de poder que se establecen entre heterogeneidades, subyacente en los distintos dispositivos de interpretación y tratamiento de la atención a la salud mental proveída a los cuerpos enajenados?*

Las hipótesis de partida, primeras conjeturas de respuestas

Definidas las preguntas guía del estudio, las hipótesis se conciben aquí como uno de los eslabones que posibilita conjugar la reflexión teórica y la indagación empírica. Plantean en forma de enunciados explicaciones potenciales, de partida; avanzan respuestas provisionales a las preguntas que definen el objeto de estudio de forma previa a la elaboración teórica, sistemática y metódica, que surge de la revisión bibliográfica de estudios secundarios y obras teóricas y, al análisis de los datos generados durante el trabajo de campo.

En referencia a la primera pregunta planteada, la apertura de dispositivos especialmente diseñados para atender los problemas de salud de usuari@s de origen extracomunitario encuentra una respuesta preliminar múltiple⁴. En primer lugar, cabe anticipar que el mapa de recursos sanitarios específicos para inmigrantes sea moldeado por las leyes estatales que otorgan, y por ende restringen, el acceso y beneficio a la *res publica*. En el caso que nos ocupa quedan directamente implicados dos marcos jurídico-legislativos: 1) el que define la extranjería y regula la inmigración y 2) el que organiza los recursos sanitarios. El contenido de ambos marcos jurídico-legislativos vendrá marcado por el modelo y grado de desarrollo del Estado de Bienestar y la posición geopolítica del Estado-Nación en cuestión. En segundo lugar, es de esperar que la especificidad de los servicios responda asimismo, a la cultura organizativa de la propia institución sanitaria. Lejos de ser neutralmente ideológica, la institución sanitaria en los dos países europeos que nos ocupa, Francia y España, está anclada en un modo de hacer que conjuga una visión biomédica del cuerpo humano con una cultura de la atención a la salud propia de la clase media. Otros factores influyentes en el surgimiento de estos servicios destinados a la población de origen extracomunitario derivan de intereses idiosincrásicos del personal sanitario, que irían desde la sensibilidad hacia los grupos sociales más desprotegidos socio-sanitariamente, la fascinación por el componente de exotismo que encarnan personas procedente de sociedades lejanas, hasta la especialización que otorga mayor prestigio dentro de la propia corporación de profesionales y reconocimiento social en la comunidad.

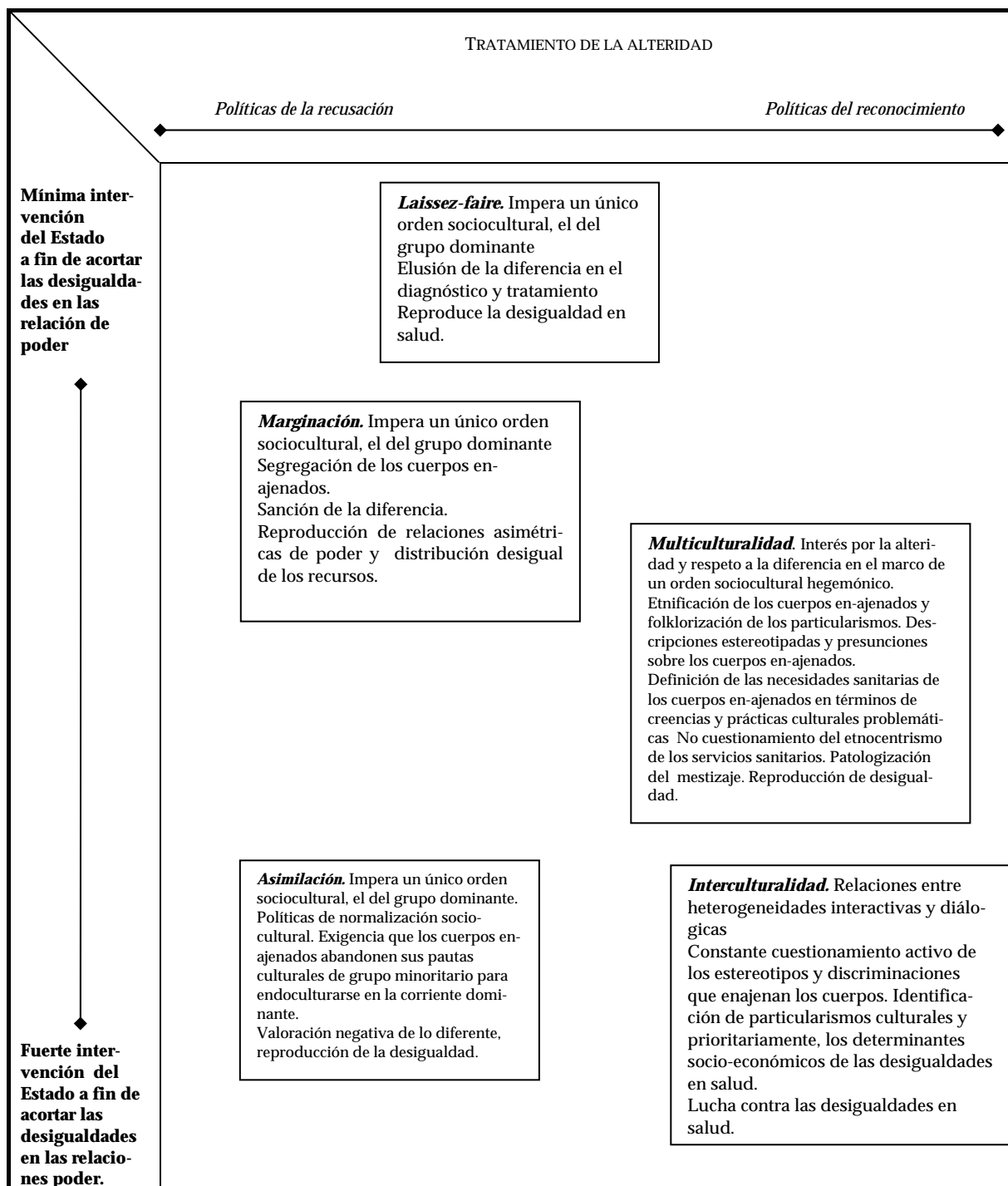
La especificidad de un servicio, basado en el criterio-filtro de una característica orgánica, sociodemográfica o patología no significa *per se* actuar en detrimento de una atención sanitaria universal. Al respecto, puede dibujarse dos escenarios⁵. ESCENARIO 1: La especificidad da lugar a una atención más enfocada a las necesidades de salud, contratando personal experto en la materia y adecuando los espacios-tiempos a las personas necesitadas. En este sentido, la

⁴ Obsérvese el organigrama del marco de análisis, Anexo 1 Pág. iv.

⁵ Obsérvese el organigrama del marco de análisis, Anexo 1 Pág. v.

especificidad se concebiría como estrategia de discriminación positiva cuyo principio es la equidad y cometido, diferenciar lo desigual como vía provisional de normalización. ESCENARIO 2: La especificidad crea mayor desigualdad en la medida en que es gestionada mediante circuitos paralelos a los ordinarios, con fondos económicos exiguos, precarios y caducos, y cuyo mantenimiento de sus servicios dependen más de voluntades idiosincrásicas (orden de la comparación) que de criterios de justicia redistributiva (orden del derecho común). Así, en relación a la segunda pregunta, el surgimiento de centros dedicados a atender exclusivamente usuari@s de origen extracomunitario cuestiona el principio de universalidad en que afirman fundamentarse los sistemas sanitarios francés y español, en la medida en que se evidencien formas de proceder segregadas del circuito ordinario de atención sanitaria, que aúnen en la estigmatización de los grupos sociales previamente definidos como población en riesgo – considerados vulnerables socio-sanitariamente y necesitados de un canal especial—y en la desigual accesibilidad a los cuidados médicos públicos.

Finalmente, cabe prever que por el movimiento de retroalimentación, interacción y confluencia entre lo macroestructural y lo microsocioal, en la diversidad de dispositivos de interpretación y tratamiento de la atención a la salud mental proveída a los cuerpos enajenados subyazgan distintos modelos de representación de la interrelación entre biología y sociedad y, entre naturaleza y cultura para explicar la influencia de los determinismos socio-culturales en la configuración de la aflicción humana. Se espera, por ende, que dichos modelos explicativos entrañen una determinada configuración ideológica de relaciones poder entre heterogeneidades, cuyas opciones se resumen en las cinco estrategias de gestión de la diferencia socio-cultural siguientes: el *laissez-faire*, la marginación, la asimilación, el multiculturalismo y la interculturalidad; ordenadas según su posición respecto al cruce de los ejes dicotómicos continuos, intensidad de la intervención del Estado a fin de acortar las desigualdades en las relaciones de poder entre heterogeneidades y tratamiento de la alteridad.



Elaboración propia, 2004.

Discernir el modelo de relaciones entre heterogeneidades subyacente en los distintos modelos de interpretación y tratamiento de la alteridad enajenada ofrece valiosos indicios para sacar a relucir las relaciones de saber/poder que articulan las operaciones de construcción de los cuerpos enajenados.

3. La estructura de la tesis

En referencia a su escritura, la investigación se divide en tres partes. La primera parte se centra en exponer la construcción del objeto y el diseño del trabajo empírico. Engloba dos capítulos. El primero, dedicado a la construcción de la problemática que esta tesis trata de resolver, desarrolla la reflexión teórico-conceptual inicial en torno al eje temático de base, la enajenación de l@s otr@s, y contextualiza el área de conocimiento en la cual esta investigación se enmarca: la confluencia de la sociología de la salud, el análisis de las desigualdades sociales, el estudio de las políticas sanitarias y las políticas de organización de la diversidad poblacional, y la biopolítica y gestión de los cuerpos. El segundo capítulo expone la estrategia metodológica de la investigación, el estudio sociológico de caso múltiple, resumiendo el trabajo de campo en el cual se basan las conclusiones de esta tesis.

La segunda parte de la tesis versa sobre las formas actuales de gestión de la alteridad en los sistemas sanitarios francés y español, enfocando las lógicas de exclusión y de integración, así como las estrategias de control de los cuerpos enajenados. El primero de los tres capítulos que integran esta parte proporciona un análisis de los procesos que configuran la inaccesibilidad en el beneficio de los recursos públicos de salud. Este capítulo proporciona evidencias que cuestionan la aplicación del principio universalista en que se basan los sistemas sanitarios francés y español, al tiempo que compara las posibilidades de acceder a los cuidados médicos de las personas de origen extracomunitario entre ambos Estados-Nación. El capítulo cuatro identifica tanto las tácticas de inserción, así como las estrategias de integración en la red de recursos sanitarios públicos. En el desarrollo expositivo del capítulo cobra importancia la noción de biolegitimidad, esto es, el poder de la vida y la fuerza del reconocimiento del cuerpo enfermo, a fin de comprender las acciones de resistencia ejercidas en contraposición a las barreras que filtran el acceso a la sanidad pública. Finalmente, el capítulo cinco de la tesis trata de deconstruir la identificación, ya común en salud pública, de l@s inmigrantes y exiliad@s extracomunitari@s como grupo de riesgo sanitario. Con tal finalidad, indaga sobre el nacimiento de la noción de ries-

go y analiza críticamente las implicaciones que comporta para los cuerpos enajenados, fundamentar las políticas de salud pública en una epidemiología esencialmente biomédica, que ofuscada en identificar factores de riesgo proporciona una visión reduccionista basada en indicadores de salud y una metodología que segmenta la realidad y concibe las personas como seres aislados que deciden sobre su propio estado de salud, sin coerciones procedentes del entorno social en que viven.

La última parte de la tesis se centra en los discursos sobre la alteridad en la salud mental. Inicia con el capítulo seis, en el cual se analizan los distintos modelos de interpretación y tratamiento de la alteridad mental, observados en el transcurso del estudio empírico. Aquí se trata de deconstruir estos dispositivos evidenciando los retos que entran en juego en las relaciones de saber/poder que los configuran. El capítulo siguiente presenta distintos relatos recogidos durante el trabajo de campo sobre la alteridad enajenada desde la posición de los propios cuerpos enajenados. Por último, la tesis concluye proponiendo una serie de respuestas a las preguntas que dan origen a la investigación, basadas tanto en los resultados generados por el estudio sociológico de caso múltiple realizado, como en elaboraciones teóricas procedentes del trabajo de revisión bibliográfica. Estas conclusiones abordan tres temas de gran relevancia en el discernimiento de la biopolítica de la alteridad que caracteriza hoy día las sociedades francesa y española: la cuestión del universalismo como forma de organización de los recursos sanitarios en un contexto de diversidad sociocultural; la tensa relación entre psiquiatría y las terapias mágico-religiosas, enraizada en la lucha de saber/poder, inherente a la modernización, que abandera la ciencia en su afán de imponerse como conocimiento y práctica de razonamiento únicamente válido; y el reto de combatir las desigualdades en salud sin que la visibilización de sus diferencias entrañe una estigmatización.

PRIMERA PARTE

LA CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO & EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Entre le ciel et la terre, 2004. Miles Hall

CAPÍTULO I

LA ENAJENACIÓN DE L@S OTR@S

'L'establiment d'una teorització que precisament vulgui trencar amb l'esquema habitual del problema social que demana una anàlisi sociològica per tal de trobar una solució 'científica' al problema, per establir-ne un altre que partís d'un problema sociològic teòricament definit que fes possible una anàlisi sociològica per tal d'arribar a una millor comprensió dels problemes socials que es plantegen.' J. Estruch & S. Cardús, 1986.

La expresión 'la enajenación de l@s otr@s', título escogido para sintetizar bajo una metáfora esta investigación, no sólo remite al estudio de los trastornos mentales, llamados comúnmente 'demencia', 'insania' o 'locura', sino también pone énfasis en el proceso de extrañamiento que experimenta un sujeto al ser socialmente categorizado en clave de alteridad. El concepto de *enajenación* evoca la idea de sacar a uno fuera de sí, turbarle el uso de la razón o de los sentidos. Igualmente denota el proceso de construir un sujeto como 'ajeno', es decir, convertirlo en un extraño y, por ende, requeridor de un trato especial, con respecto al grupo dominante desde el cual se define su alteridad. *L@s otr@s* son la personificación de los cuerpos considerados socialmente como los 'impropios', esto es, los que se definen bajo una categoría social diferenciada de la del *nosotros*. Además de ser apartados hacia los márgenes del escenario socio-político en el que se decide la repartición de los recursos materiales y simbólicos, estos cuerpos enajenados son ambos, objeto e instrumento de control social.

En estas páginas se entrelazan, precisamente, las dos dimensiones constituyentes del proceso de enajenación de la que son objeto l@s inmigrantes extracomunitari@s en el campo de la sanidad pública y, más concretamente, en la atención a la salud mental, a saber: su condición de 'cuerpos extraños' respecto

al resto de la población beneficiaria de los recursos públicos de salud y, su propensión a la descompensación psicopatológica y los trastornos mentales derivada no sólo de las separaciones significativas que entraña la propia emigración, sino también de las discriminaciones de las que son objeto en la sociedad de instalación¹.

1. La producción de alteridades en las sociedades europeas contemporáneas. Consideraciones iniciales.

La aparición de flujos migratorios nuevos en las postrimerías del siglo XX ha contribuido a aumentar la diversificación de la geografía humana del continente europeo. Los procesos de globalización, diversificación, aceleración y feminización constituyen los principales rasgos distintivos que los diferencian de los anteriores movimientos migratorios (Castles & Miller, 1993). Al inscribir las migraciones contemporáneas en las tendencias globalizantes que imperan en el actual orden mundial, cabe el siguiente matiz: aunque ciertamente capitales, bienes y servicios traspasen los límites de las fronteras nacionales alcanzando una dimensión mundial, el factor trabajo y la libre circulación de los seres humanos permanecen circunscritos bajo la soberanía de los Estados-Naciones².

¹ Véase anexo 1 'El marco teórico-conceptual de la investigación'.

² Tal como la entendemos aquí, la globalización no sólo concierne la extensión del capitalismo como orden económico imperante, sino también incumbe la penetración, a escala planetaria, de un determinado modelo político-democrático, un orden ético-moral dominante y un universo cultural hegemónico en la cotidianidad de las vidas humanas. Así, la definición de globalización formulada por Manuel Castells (1997:93), esto es, la globalización consiste en que "la producción, el consumo y la circulación, así como sus componentes -capital, mano de obra, materias primas, gestión, información, tecnología, mercados- están organizados a escala global, bien de forma directa, bien mediante una red de vínculos entre los agentes económicos. [...] Es una economía con capacidad para funcionar como una unidad en tiempo real a escala planetaria' se complementaría con la afirmación de Ulrich Beck (1997:42): 'la globalización significa la perceptible pérdida de fronteras del quehacer cotidiano en las distintas dimensiones de la economía, la información, la ecología, la técnica, los conflictos transculturales y la sociedad civil'. Con todo cabe matizar que si bien afecta directa o indirectamente a toda la humanidad, la globalización tal como se da en la actualidad se rige por una ideología neoliberal que refuerza la desigualdad en las relaciones de poder y la distribución de la riqueza en el sistema-mundo (Wallerstein, 1990). Lejos de trascender la relación asimétrica de dependencia de las regiones periféricas (formaciones sociales con un desarrollo capitalista inducido por la colonización y, más tarde, por multinacionales) o semi-periféricas respecto a las regiones centro (formaciones sociales con un desarrollo capitalista autónomo, articulado y autocentrado), fortalece y engrandece tal polarización, al acelerar la concentración de capital y poder y, al monopolizar las formas de producción tecnológica. Acorde con Natalia Ribas (2002), ésta sería la definición más completa: "es un proceso (o conjunto de procesos) que engloban una transformación de la organización espacial de las relaciones socia-

Si bien, la era tecnológica en la que vivimos ofrece mayores posibilidades de traspasar físicamente las fronteras, las oportunidades reales de asentarse en un Estado distinto al natal limitan con el acérrimo proteccionismo de los países europeos receptores de inmigración. En efecto, alegando el contexto de reestructuración económica que inició a mediados de los setenta, a raíz de la crisis mundial del petróleo en 1973, y apelando a la necesidad de racionalizar y controlar los gastos de sus Estados de Bienestar, la Unión Europea (UE) ha cerrado en la práctica totalidad sus fronteras a las migraciones laborales, al tiempo que se propone favorecer la reunificación familiar en pro a garantizar una mejor integración social de la población de origen inmigrante residente en su territorio. De forma concomitante, Europa se repliega en los lindares de su territorio tratando de reconciliar una historia común, consensuar un espacio-tiempo entre el mosaico de naciones que la componen (cuyas relaciones entre ellas no han destacado precisamente por su armonía) y de homogeneizar una identidad socio-política valiéndose principalmente de la invención de una ciudadanía europea. No obstante, la historia de la creación de la Unión Europea y su desarrollo bien muestran las reticencias de los gobiernos estatales por supranacionalizar determinados asuntos políticos. El control de los flujos (entradas y salidas) procedentes de países foráneos a la UE y la regulación de las oportunidades vitales de l@s inmigrantes forman parte de los contenidos que con tanto recelo los Estados Miembros han preservado como competencia gubernamental. De ahí que en la UE, las cuestiones referentes a la inmigración hayan sido tratadas en cumbres intergubernamentales, cuyos acuerdos alcanzados han tomando la forma de tratados, donde son formuladas directrices de convergencia europea sin carácter legislativo vinculante.

La ‘Francia inmigrada’, tal como Vincent Viet (1999) concibe la Francia contemporánea, representa una lúcida ilustración del cruce de las dos historias que han moldeando el diversificado paisaje humano de la denominada “*Vieja Europa*”. Por una parte, la historia de un Estado Nación que con el fin de cubrir

les y de las transacciones valoradas en términos de su extensión, intensidad, velocidad e impacto, trascendiendo flujos transcontinentales e interregionales, redes de actividad, interacción y ejercicio del poder” (Held et al., 2000:55).

sus necesidades económicas, demográficas y militares, incorporó, de forma reducida en sus inicios, y masivamente desde la segunda mitad del siglo XIX, hombres y mujeres privad@s de oportunidades materiales de existencia en sus países natales. Por otra, la historia de una metrópolis que rompe el vínculo que mantenía con sus colonias al replegar sus fronteras en el hexágono que define, desde entonces, su destino nacional y al desplazar, en su política de admisión de nuev@s residentes, la *preferencia cultural* en favor a la inmigración de origen europea (en concreto, de los países miembros de la UE).

Desde mediados de los años ochenta, la geografía humana de España ha ido asemejándose a la de los países de Europa continental, a donde en tiempos de la Dictadura Franquista (1936-1975), ciudadan@s españoles emigraban en calidad de exiliad@s polític@s o trabajadores/as, acompañad@s de sus familias. Una década ulterior a la caída de la Dictadura Franquista, coincidiendo con su incorporación como país miembro a la Unión Europea (UE-15) y su subsiguiente despliegue económico, España experimenta una creciente diversificación socio-cultural de su población, generada por la mayor llegada y el paulatino asentamiento de l@s denominad@s inmigrantes extracomunitari@s. De forma análoga al resto de los países europeos que antaño fueron potencias colonizadoras, España prioriza hoy la entrada de los flujos migratorios procedente de Europa del Este frente a las solicitudes de permisos de residencia formuladas por ciudadan@s originari@s de naciones sobre las que ejerció un poder soberano, durante un lapso de tiempo que llega a alcanzar tres siglos de colonialismo, como es el caso de Latinoamérica y Filipinas y, apenas dos, Guinea Ecuatorial; alegando paradójicamente el criterio de mayor asimilabilidad cultural³.

³ Un sucinto recorrido histórico sitúa la consecución de la independencia de las colonias latinoamericanas respecto a la metrópolis del Reino de España entre 1810 y 1825, con la excepción de Cuba y Puerto Rico, países cuya independencia queda sellada en el año 1898, tras la firma del tratado de la Paz de París (donde los Estados Unidos de América se apodera de Cuba, Puerto Rico, Filipinas y la isla de Guam). También señalar, que no es hasta 1968 que Guinea Ecuatorial (antaño denominada Guinea Española) se independiza del Reino de España, concluyendo con su periodo de colonización española iniciado en 1778. Finalmente, cabe mencionar la dominación española en régimen de protectorado sobre determinadas zonas del Magreb, que con la excepción de Ceuta y Melilla, pertenecen hoy día al Reino de Marruecos (Alhucemas, Tetuán, Larache, Casablanca, Tánger, el denominado Rif español) o siguen teniendo su soberanía indefinida como es el caso del antiguo Sahara Español, reivindicado por Marruecos y por la República Árabe Saharaui Democrática.

Cabe considerar este trasfondo histórico para desenmarañar una fascinante dinámica que va constituyendo las formaciones sociales en la Europa contemporánea: mientras que las migraciones se hacen más globales a escala espacial y más intensas en el tiempo, más diversificadas en cuanto a los perfiles de inmigrantes y más numerosas en cantidad de solicitantes de asilo político, asistimos a la generación de nuevos marcadores de la distinción socio-cultural, que encierran nuevas expresiones de desigualdad social, en el seno mismo de sociedades democráticas regidas por un Estado social y de derecho. El asentamiento permanente de numerosas familias de inmigrantes originarias de países no miembros de la UE –cabe puntualizar que hasta 2004, UE-15— ha acentuado en gran medida la percepción de una mayor heterogeneidad socio-cultural, tanto en los países europeos de más larga tradición de recepción de inmigrantes (Francia, Alemania, Bélgica, Holanda, Gran Bretaña) como en los que recientemente han experimentado la transición de emisores a receptores de inmigración (España, Italia, Portugal y Grecia). De ahí que al abordar la cuestión de la diversidad en todos los discursos (sea económico, social, jurídico, político, moral, ético o religioso) se evoque la figura de l@s inmigrantes extracomunitari@s.

Herederas de una tradición filosófica judeo-cristiana, el proceso de las formaciones mentales en Europa suele operar mediante oposición y contraste⁴. En la Europa contemporánea, la heterogeneidad socio-cultural puede resumirse, en última instancia, en la dualidad entre *ipse* y *alter*. Es decir, el mundo de lo idéntico y sus equivalencias (el que constituye el nosotros) *versus* el mundo de lo distinto con sus divergencias (el que abarca l@s otr@s). De acuerdo con los planteamientos de Enrique Santamaría (2002), la alteridad es una construcción relativa (l@s otr@s son l@s otr@s de un heterogéneo nosotr@s) e inminentemen-

⁴ Al respecto, Georges Corm (2004:29) afirma, a nuestro entender de forma acertada, “ Nuestra mente está poblada de una serie de imágenes simples y poderosas, articuladas en torno a esas oposiciones binarias que nos hacen prisioneros del cliché y del prejuicio. Oriente sería místico, irracional, violento; Occidente, racional, laico, técnico, materialista, demócrata. En resumen: Oriente es bárbaro para los occidentales. Los orientales, por su parte, les devuelven el cumplido: para ellos, Occidente es la tierra de la barbarie por excelencia, un continente sin alma ni religión, una máquina de poder calculadora y codiciosa que quiere dominar el mundo a través de la guerra, las ciencias, las técnicas, el comercio ilegal, la explotación del sexo. Tras esas imágenes subyacen, a ambos lados de la línea de fractura, toda una serie de grandes tradiciones literarias y académicas.”

te relacional (l@s otr@s de un nosotr@s son un nosotr@s que nos ve como otr@s). La alteridad emerge en diferenciación consciente –no necesariamente antagónica- a la presencia de terceros y es consustancial a todo agrupamiento humano, que paradójicamente, al ser heterogéneo e interdependiente, logra ser idéntico a sí mismo. Precisamente, sobre la distinción entre los procesos de oposición y los de diferenciación en la construcción del *nosotros* en relación con el *otro* insiste Cornelius Castoriadis (1996:180) al afirmar que ‘cada uno de nosotros vive por diferencia hacia los otros, pero no en oposición con los otros.’ La alteridad no denota una realidad substantiva, no constituye una cualidad de una identidad otra. La alteridad es resultado de una lógica de distinción social basada en la dialéctica entre similitud y diferencia, cuyo sustrato es históricamente variable y socialmente manipulable. Es, en otras palabras, producto de una determinada y concreta relación sociohistórica y situacional.

El sujeto concebido en términos de alteridad que va a ser el foco de atención de esta investigación se encarna en el/la inmigrante procedente de un país no miembro de la UE. Usando una mayor abstracción, se trata de los cuerpos extracomunitarios. La condición de inmigrante no es una cualidad propia de los sujetos que se instalan en una sociedad otra que la originaria, esto es, no evoca una realidad substantiva. La condición del inmigrante resulta de la relación social entre dos heterogeneidades, contenida en el binomio inmigrante-autócton@. Interpretar los escenarios de diversidad socio-cultural en clave de inmigración refleja, a nuestro entender, el interés por enfatizar el origen foráneo de aquellos colectivos cuyo asentamiento en la sociedad de destino es relativamente reciente. El concepto de inmigrante denota aquel actor social procedente de una sociedad distinta a la de llegada, que si bien se establece por un periodo indefinido de tiempo, se le recuerda en el habitual transcurso de su cotidianidad, su condición de extranjero con respecto a la formación social en la que se instala. Esta observación remite a una constatación de segundo orden, pero no menos importante: abordar la diversidad socio-cultural que caracteriza las sociedades europeas contemporáneas ciñéndonos al esquema binómico ‘inmigrante-autócton@’ acalla cualquier alusión a las condiciones que originaron la emigra-

ción y especialmente las transformaciones que estas condiciones experimentan en el transcurso del tiempo (Sayad, 1999). Por tanto, no sólo despoja al sujeto de su biográfica y trayectoria social previa al viaje migratorio, sino que cristaliza su identidad social en el desplazamiento mismo. De ahí que silencie la existencia de ‘sujetos liminales’, que si bien la experiencia migratoria –sea ésta, vivencia directa o indirecta- influye en la conformación de su identidad social, quedan suspendidos en el intersticio de estas dos categorías sociales. Ejemplos de estos ‘sujetos liminales’ serían, por una parte, las personas extranjeras cuya forma de vida manifiesta un claro sincretismo de elementos culturales de la sociedad de instalación y de la sociedad de origen; por otra, l@s jóvenes nacid@s de progenitores inmigrantes y socializad@s en la sociedad en que residen.

Por otra parte, el término *extracomunitari@*, esto es, procedencia en términos de nacionalidad de un Estado no perteneciente a la Unión Europea, no designa a la totalidad de inmigrantes no europe@s como, por ejemplo, l@s japoneses, estadounidenses, canadienses, etcétera. La figura del *extracomunitari@* se vincula principalmente al pasado colonial de las antiguas metrópolis europeas e incorpora igualmente a otros colectivos procedentes de otras regiones periféricas en busca de mayores oportunidades socio-económicas que Europa brinda, en contraste con sus países natales (por ejemplo, China). La percepción *in crescendo* de la presencia de estas nuevas figuras de la alteridad ha hecho emerger una vasta producción de informaciones, debates e iniciativas sociales en cuyo centro radican los problemas sociales que est@s cuerpos extraños parecen originar, agravar y/o padecer en las sociedades europeas (Santamaría, 2002). La aproximación de estas informaciones, debates e iniciativas acerca de los *problemas sociales de los inmigrantes* parte del apriorismo que vincula estos problemas, a la distancia y diferencia cultural de este heterogéneo colectivo con respecto a l@s nacid@s o asentad@s desde hace más tiempo en la sociedad de instalación. Este enfoque culturalista desde el que se articula la construcción del/la inmigrante *extracomunitari@* como problema social se distancia, en primera instancia, de la historia de dominación y dependencia colonial a partir de la cual ha ido configurándose el sistema-mundo actualmente imperante. En concomitan-

cia, elude las desigualdades sociales que condicionan la posición social y la estructura de oportunidades de las personas que emigran desde las regiones periféricas del sistema-mundo (Wallerstein, 1979), al tiempo que silencia las lógicas de distanciamiento-extrañamiento que (re)producen socialmente la diferencia.

Llegado a este momento de la exposición, se hace ineludible abordar el interrogante cardinal del binomio *ipse-alter*: ¿A qué responde la producción de alteridades como mecanismo de distinción social? Para responder a tal pregunta consideramos de gran utilidad la noción weberiana de ‘la tendencia al cierre monopolizador con relación al exterior’ (*Tendenz zur monopolistischen Abschließung nach außen*)⁵.

La condición limitada y finita de los distintos tipos recursos genera una competencia por las denominadas “probabilidades económicas” (*Chancen*) (Weber, 1969[1922]:276). Max Weber cita, a modo de ejemplo, la competencia por cargos públicos, la clientela, los puestos de trabajo. A esta lista de recursos u objetos cuyo excedente es insuficiente para abastecer la población total de una formación social concreta es extrapolable no sólo a los recursos que ofrecen los distintos Estados de Bienestar (prestaciones sociales, servicios sanitarios, educación y prestaciones para la vejez y servicios de ayuda a la dependencia) sino también a los derechos políticos y civiles. El número creciente de l@s que compiten en comparación con los recursos a adquirir, acrecienta el interés de l@s

⁵ La expresión de Max Weber ‘*Tendenz zur monopolistischen Abschließung nach außen*’ constituye un concepto clave en la línea argumentativa de esta investigación, de ahí la relevancia de detenernos en este momento a comentar ciertos aspectos acerca de su significado mismo y la variedad de formas en que ha sido traducida. Empezando por la traducción inglesa de la University of California Press en 1968, esta frase aparece reducida al sintagma nominal ‘cierre social’ (‘social closure’) omitiendo de este modo, tanto la lógica dinámica que denota el sustantivo tendencia y el adjetivo monopolizador, como la naturaleza relacional de este cierre expresada por el sintagma preposicional ‘con relación al exterior’. La traducción realizada por Carles Solé i Llordén en *Clàssics del Nacionalisme* opta por la perífrasis ‘tendència a l’aïllament monopolitzador amb relació amb l’exterior’ que si bien es más literal a la utilizada por Weber, traduce *Abschließung*, cuya raíz proviene del verbo *schließen* (cerrar), por aislamiento (‘aïllament’). Tras largas cavilaciones, se ha optado por la propuesta de traducción de la versión castellana del Fondo de Cultura Económica, ‘tendencia al cierre monopolizador con relación con el exterior’ por considerarla más fiel a la literalidad del texto original. Con todo, todavía tenemos ciertas reservas respecto a traducir *Abschließung* por ‘cierre’ en tanto que el prefijo *Ab-* que acompaña *schließung* (esto es, cierre) no tiene un equivalente semántico en castellano. Este prefijo denota un énfasis en el proceso de cierre; sugiere un cierre de mayor rotundidad en el tiempo (por ejemplo, un cerrar la puerta para no volver a entrar de inmediato) y más definitivo en la percepción. Estoy muy agradecida al profesor Joan Estruch por su ayuda respecto a las aclaraciones sobre este concepto.

participes a limitar su número. Esta restricción del número de participantes suele basarse en la consideración de un carácter objetivamente comprobable de l@s competidores reales o potenciales (esto es, la nacionalidad, la etnia, el idioma, la religión, el lugar de nacimiento, la clase social, el género, etc.) como criterio de criba. Literalmente,

La totalidad de los que concurren en común se convierte, respecto al exterior, en una “comunidad de interesados”, sin perjuicio de la competencia entre sí; crece la tendencia a que “se origine algún tipo de sociedad” –socialización- racionalmente organizada y, perdurando el interés monopolista, llega el momento en que esa comunidad u otra en la que pueden influir establece un ordenamiento que crea monopolios para limitar la competencia, para cuya imposición, si es menester por la fuerza, se cuenta con personas determinadas que asumen el carácter permanente de “órganos”. [...] se trata de ‘organizaciones de “compañerazgo”, es decir, de agrupaciones monopolistas, cerradas hacia fuera (...)’ (Weber 1969,[1922]).

Siguiendo la línea de razonamiento de Max Weber (1969[1922]), en el proceso de distinción social irradia como fuerza impulsora la tendencia al monopolio de determinadas probabilidades, que generalmente son de carácter económico. La finalidad de esta monopolización de los recursos materiales y simbólicos es ‘cerrar’ (*Abschließen*) a l@s de ‘afuera’ las posibilidades sociales y económicas que entran en juego en los diferentes escenarios sociales. En estos términos, la conformación de la alteridad consiste en una estrategia de movilización racional a partir de la cual, la población autóctona maximiza sus oportunidades de obtener beneficios políticas, económicas y simbólicas (prestigio social). Articulado sobre la base de la creencia en unos orígenes comunes, enraizados en el territorio en el que nacieron y residen, y de la similitud de la conducta diaria de la vida, la identificación con l@s análog@s y la diferenciación respecto a l@s otr@s son mecanismos a través de los cuales l@s autócton@s consolidan una solidaridad intra-grupal para la consecución de mejoras económicas, monopolizar el acceso al espacio de la política u obtener una mayor valorización social del sujeto (Wieviorka, 2001).

2. Primeras reflexiones sobre la alteridad enajenada

Aunque el avance de las neurociencias haya contribuido a que los trastornos mentales sean cada vez más frecuentemente descritos como equivalentes psicológicos de patologías físicas y, por tanto, lleve a consolidar la psiquiatría como disciplina biomédica, no pueden ignorarse las numerosas críticas que se han levantado contra el reduccionismo biológico y la aplicación de categorías occidentales a poblaciones socio-culturalmente diversas (Mulhern, 1998). Hoy día, no puede sostenerse que los teóricos de la psiquiatría biomédica nieguen la influencia de las determinaciones sociales en las expresiones de la aflicción mental. En efecto, se asiste a una progresiva preocupación por parte de la *American Psychiatric Association* -grupo de expertos que produce el *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorder*⁶ (DSM)- por atender la dimensión cultural ('cultural axis'). De la introducción de la sección acerca de las consideraciones culturales (esto es, el *cultural axis*) en la cuarta versión del DSM (DSM-IV), se desprende cierto interés por identificar, respecto a cada uno de los trastornos mentales definidos, las variaciones vinculadas a las especificidades culturales de la persona enajenada. En este sentido, la cuarta versión del DSM presenta un apéndice en el que se describen aquellos síndromes que la *American Psychiatric Association* atribuye a la pertinencia cultural y se presenta un esquema sobre formulaciones culturales (*cultural formulations*) con el objetivo de asesorar a l@s terapeutas en la evaluación del supuesto impacto del contexto cultural sobre la psique. No obstante, impera la idea de que los mecanismos biológicos y psicológicos universales proveen *per se* la explicación adecuada al conjunto de los trastornos psicológicos (Mulhern, 1998).

A lo largo del siglo pasado, se ha gestado una destacable producción teórica sobre la salud mental de los cuerpos extraños, surgida de las relaciones entre la psiquiatría y la antropología. Es notable tanto por la numerosa producción de literatura que ha generado, como por las distintas definiciones de la alteridad enajenada que ha construido de acuerdo con los diferentes (y en la ma-

⁶ Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psíquicos.

yoría de los casos irreconciliables) modelos teóricos y propuestas terapéuticas que comprende. Las relaciones entre ambas disciplinas, cuyo origen remota a los albores del S.XX, han generado teorías diversas, entre las cuales puede distinguirse las que atribuyen a la cultura una influencia de orden patogénico, yendo hasta afirmar la determinación de los trastornos mentales, de las que la relegan a un efecto plástico (esto es, moldeando la expresión del trastorno) (Jilek, 1982).

Acorde con las indagaciones históricas de Richard Rechtman y François H. M. Raveau (1993), *la psiquiatría comparativa* (Kraepelin, 1904) es el primer intento por comprobar, desde una perspectiva puramente médica, si la nosografía psiquiátrica, nacida en las sociedades occidentales era igualmente pertinente en las sociedades no occidentales. Por una parte, **la aproximación psiquiátrica** para dar cuenta de las variaciones clínicas en la expresión de la patología mental se centra en las enfermedades, sus expresiones y su evolución en el seno de un universo cultural concreto. Esta aproximación esencialmente nosológica, centrada en la patología desde un punto de vista médico (*disease*), puede resumirse en tres cuestiones⁷: 1) si la incidencia de la enfermedad mental varía en función del grado de complejidad de la sociedad, 2) si los factores culturales intervienen en el determinismo (patogenia) y en la expresión semiológica de las enfermedades mentales (plastogenia) y 3) como las mores, costumbres y creencias intervienen en los cuadros clínicos. Esta aproximación da cabida a dos modelos de abordaje teórico-práctico: **el modelo epidemiológico** y **el modelo de tipo etnomédico**. Valiéndose de las herramientas epidemiológicas, el primer modelo busca validar a escala internacional las clasificaciones en psiquiatría con la finalidad de documentar la distribución global de la patología mental y proponer

⁷ Si tomamos como definición de cultura todo lo que es adquirido y producido por el ser humano en oposición a su contexto medioambiental natural, la enfermedad se sitúa en el intersticio del fenómeno cultural y el fenómeno natural. La enfermedad es aprehendida como una entidad plural que los autores anglosajones descomponen en tres realidades: *illness*, *disease* y *sickness*. *Illness* designa la experiencia subjetiva de la enfermedad, aunque no se reduce a la subjetividad del enferm@ pues refleja también las concepciones de la enfermedad compartida por el grupo. *Disease* hace referencia a la enfermedad desde el punto de vista médico; corresponde a una categoría formal, construida siguiendo los criterios teóricos médicos. *Sickness* denota la realidad socio-cultural de la enfermedad.

programas de salud mental tomando en consideración las particularidades propias de las regiones. Aquí ubicaríamos la psiquiatría contemporánea internacional, esto es, las grandes clasificaciones internacionales como la clasificación de la OMS, CIM-10 y la clasificación norteamericana de la Asociación de Psiquiatría Americana, el DSM-IV en tanto que buscan internacionalizar los criterios diagnósticos incorporando en su nosografía las variantes culturales en el apartado de síndromes culturales (*cultural bound syndroms*). Cercana a la etnomedicina, estudio del conjunto de las categorías autóctonas de las enfermedades, sus criterios de clasificación y sus métodos de tratamiento, la psiquiatría de tipo etnomédico se interesa por los sistemas simbólicos de gestión de la enfermedad, aunque sin ir más allá de la constatación de expresiones diferentes del sufrimiento, las cuales serían moldeadas por los sistemas de representaciones sociales. Aquí situaríamos, por ejemplo, la controvertida **etnopsiquiatría colonial**.

Centrada en el estudio de la psicología de los pueblos africanos en el periodo colonial de 1900-1960⁸, la etnopsiquiatría colonial constituye el sector de la literatura sobre salud mental que ha defendido una relación etiológica entre 'raza' y trastornos mentales, teniendo un notable protagonismo en la perpetuación de teorías que legitiman las prácticas opresivas ejercidas sobre los cuerpos enajenados. En este escenario, el conocimiento médico, lejos de ser ideológicamente neutral, ha sido acusado de práctica eugenésica (Littlewood & Lipsedge, 1997). Como describe el historiador australiano McCulloch (1995), las obras *The Psychology of Mau Mau* y *The African Mind in Health and Disease: A Study in Ethnopsychiatry* de Carothers ilustran cómo la etnopsiquiatría colonial se originó y desarrolló acorde con la racionalización de las creencias convencionales que l@s colon@s asumían sobre las poblaciones africanas colonizadas⁹. A partir de estas obras, podemos elucidar el contenido político de la etnopsiquiatría colonial:

⁸ Didier Fassin (2000a) afirma que las primeras reflexiones de las que se tiene constancia acerca de la salud mental de las 'razas' y sus necesidades psicoterapéuticas originan en el periodo colonial de principios del siglo XX, en los contextos de dominación colonial francesa y británica.

⁹ Cabe mencionar que la obra *The African Mind in Health and Disease: A Study in Ethnopsychiatry* es el primer y principal libro sobre salud en la África colonial, cuyo promotor fue la Organización Mundial de la Salud que lo publicó en 1954.

trata de fundamentar teóricamente los prejuicios sobre los pueblos colonizados y legitimar las prácticas de la colonización en nombre del conocimiento científico (Fassin, 2000a). Nacido en África del Sud, Carothers era miembro de la burguesía blanca residente en Kenia y personal médico en el Hospital Psiquiátrico de Mathari. Ofrecía tratamiento clínico a l@s trabajadores negr@s emigrad@s de sus pueblos para servir de mano de obra en las plantaciones y en las urbes africanas. Este psiquiatra propuso un modelo explicativo de la enfermedad mental basado en el conflicto de culturas entre el *mundo tradicional africano* y la *civilización moderna europea*. A pesar de la voluntad de Carothers por dotar sus estudios de rigor científico, sus tesis recogen los prejuicios raciales de l@s colon@s europe@s sobre la inferioridad de las poblaciones negras¹⁰. Respecto a las conclusiones más impactantes a las que llega Carothers (1954) acerca del estado psicológico de l@s colonizad@s african@s, destaca, en primer lugar, la afirmación de que el intelecto africano no se desarrolla más allá del estadio de la infancia. Asimismo, al eludir cualquier referencia al contexto socio-político de opresión y explotación de las poblaciones africanas por parte de l@s colon@s europe@s y, esquivando toda reivindicación nacionalista de las personas insurrectas, el autor describió la revuelta de los Mau Mau -grupo étnico ubicado en Kenia- contra las autoridades coloniales británicas, como la consecuencia de una personalidad colectiva atormentada por el contacto cultural con la población europea (Carothers, 1954). En otras palabras, Carothers identificó la causa de este conflicto social en una patología colectiva desarrollada por un grupo étnico que, supuestamente, no había sabido gestionar la ansiedad provocada por su encuentro con 'el mundo occidental' (Fassin, 2000a).

Igualmente, destaca en el contexto de colonización francesa, el texto *Psychologie de la Colonisation* del etnólogo Octave Mannoni quien, de forma semejante a Carothers, trató de explicar la revuelta de los Malgaches contra l@s colonizadores franceses en 1947 basándose en la naturaleza psicológica de l@s colo-

¹⁰ Al describir la cultura y la personalidad étnica de los Kikuyu, no realizó un estudio etnográfico específico, sino que utilizó nociones del sentido común que conformaban el imaginario de la sociedad colonial británica en Kenia acerca de l@s colon@s african@s (Fassin, 2000a: 241).

nizad@s. Mannoni se valió de sus propias preconociones para dar cuenta de los comportamientos individuales de l@s colonizad@s, eludiendo de este modo toda comprensión científica sobre los usos y las costumbres de la población colonizada y, el contexto político y económico en el que se produjo la revuelta social de los Malgaches (Bloch, 1997). Sin embargo, a diferencia de Carothers, la posición política de Mannoni se mantuvo crítica respecto a la colonización: oponía el complejo de superioridad del colon@, al complejo de dependencia del colonizad@.

La etnopsiquiatría colonial enfatiza la dimensión exótica de la alteridad. En particular, construye su objeto de estudio sobre aquello que se concibe como extraño y ajeno a la metrópolis y, por tanto, distante de la civilización de l@s colonizadores. La figura del 'negr@ colonizad@', abordada desde una óptica claramente etnocéntrica, es racializada e inferiorizada mediante un discurso pseudo-científico. A raíz de esta lógica, los malestares psicológicos y trastornos mentales de l@s colon@s no sólo son interpretados a la luz de sus diferencias étnicas respecto al universo simbólico propio del/la observador/a que interpreta, sino también medidos de acuerdo con la escala evolucionista salvajismo-civilización. El declive de esta 'etnopsiquiatría del colonizado' origina con la denuncia de Frantz Fanon (1952) de los fundamentos ideológicos y políticos racistas subyacentes a esta disciplina. Durante las décadas de los sesenta y setenta se da una continuidad de la corriente etnopsiquiátrica colonial, a saber, la etnopsiquiatría post-colonial de la escuela de Fann en Dakar (Senegal). Henry Collomb (1965), András Zempléni (1968) y Marie-Cécile y Edmon Ortigues (1984) habían desarrollado una corriente de pensamiento y práctica terapéutica que destacaba las diferencias culturales en los modos de expresión y cuidados del sufrimiento psíquico. Sin embargo, estos autores se desprendieron del cariz racista que caracterizó la etnopsiquiatría colonial y se centraron en la significación cultural de los trastornos mentales, desde una aproximación *emic*, reivindicando la etnia como principio organizador para entender la salud mental de cualquier cuerpo humano.

Por su parte, **la antropología médica** conoce su momento de mayor consolidación en los Estados Unidos a mitad de la década de los sesenta. El término “antropología médica” aparece por primera vez en la literatura anglosajona de la mano de Scotch (1963), quien retoma un estudio publicado una década anterior por Caudill (1953) sobre las posibilidades de aplicar los conocimientos y la práctica antropológica en el dominio de la salud. En términos generales, la antropología médica analiza los procesos culturales y políticos que contribuyen a la elaboración del saber médico y las modalidades de la construcción de su eficacia (Rechtman, 1998). Versa, por tanto, en la experiencia sociocultural y subjetiva de la enfermedad (*illness*). Para ello, trata de documentar, en contexto socioculturales determinados : 1) la definición de lo normal y de lo anormal, 2) la existencia de la noción de la enfermedad mental, 3) los criterios de reconocimiento y la definición de las enfermedades mentales, 4) la adecuación de la categorías de la enfermedad mental con las observación de terreno, 5) las maneras de tratar las enfermedades mentales en una sociedad y 6) las concepciones tradicionales, sabias y profanas de la causa, el origen y el tratamiento de sus afecciones (Rechtman & Raveau 1993). En esta empresa, la etnología permite recoger, a partir de un trabajo de campo temporal y espacialmente situado, el inventario de concepciones y técnicas que condicionan los cuidados de la enfermedad.

Destaca como una corriente precursora, **la escuela “Cultura y personalidad”**, cuya máxima preocupación ha sido descubrir los vínculos que unen el individuo a lo social. Arthur Kardiner (1969), fundador de esta escuela de pensamiento, considera al ser humano como creador, vector y criatura de las formas de organización social y sostiene que en el núcleo de unión entre el individuo y las instituciones está la cultura: es el espacio de expresión simbólica y pragmática del ser humano y la condición de aceptación y reproducción de las instituciones por los miembros del grupo. Es más, defiende que los modelos de cultura (“patterns of culture”) se imprimen en cada individuo bajo la forma de personalidad de base. Si bien el binomio normal/anormal existe en todas las sociedades, su contenido varía en función del universo cultural al que se vincu-

la. Por tanto, al sugerir un origen social de la enfermedad mental, la introducción de la noción de personalidad de base y los *patterns of culture* cuestiona la universalidad de las categorías etiopatogénicas de la psiquiatría.

Actualmente, destacan dos grandes tendencias contrapuestas en el seno de la antropología médica. Por una parte, **la antropología médica clínica**, de inspiración fenomenológica y representada por la Escuela de Harvard, cuyos máximos representantes son Arthur Kleinman y Byron Good (1985), sitúa la comprensión antropológica en el corazón de una investigación biomédica. Su objetivo es perfeccionar el conocimiento y la práctica biomédica, relativizando sus pretensiones hegemónicas y uniformantes con el fin de mejorar la calidad de los cuidados médicos y la relación médico-enfermo y los programas de salud pública. Aplicado a la clínica transcultural, este modelo tiene ciertas limitaciones, entre las cuales destaca que la complementariedad de los modelos biomédicos y tradicionales hacen emerger numerosos interrogantes epistemológicos que el recurso de los modelos de explicación (*explanatory model*) de Arthur Kleinman (1980, 1988) no parecen disipar (Young, 1990; Rechtman, 1998). Más recientemente, tras haber trabajado junto a Arthur Kleinman, Lawrence Kirma- yer dirige el Departamento de Psiquiatría Transcultural de la Universidad de McGill de Montreal. Colaborando con los principales antropólogos médicos contemporáneos, como Allan Young y Margaret Lock se dirige hacia una fenomenología clínica transcultural insistiendo en la función metafórica de los procedimientos terapéuticos. Por otra parte, la denominada **antropología médica crítica**, representada por la Escuela de Berkeley, cuyo máximo representante es Nancy Schepper-Hughes, se autodefine como puramente etnológica, rechazando cualquier compromiso con la biomedicina. Su cometido es reconstruir el saber biomédico y denunciar su carácter opresivo, siempre al provecho de los saberes locales (Schepper-Hughes, 1990). La medicina se conceptualiza como una práctica de dominación y la enfermedad (o su interpretación) como manifestación del orden social. La enfermedad deviene por tanto, un acontecimiento que halla su sitio en una categoría más vasta de infortunio, en tanto que experiencia

descrita en términos de sufrimiento, o en tanto que evidencia reveladora de las relaciones de poder (Taussig, 1980 & Schepper- Hughes, 1990).

En Francia, los trabajos de Georges Devereux (1970) son considerados referencias claves de la perspectiva transcultural de interpretación los trastornos mentales. La obra de este autor se asienta sobre dos postulados. El primero consiste en la hipótesis de la continuidad entre lo psicológico y lo social: la imposibilidad de concebir una cultura que no fuera vivida por un psiquismo. El segundo es la tesis del complementarismo: el inconsciente de una cultura puede ser detectado en el consciente de otra cultura. Para Devereux, la psiquiatría transcultural es una teoría etiológico-terapéutica interdisciplinar que permite tratar, de forma conjunta, los conceptos clave y problemas básicos situados en la intersección de las disciplinas de la etnología y la psiquiatría. Según el autor, la psiquiatría debe trascender las diferencias gracias a una comprensión general de la Cultura, en el sentido de una teoría general de la cultura. Este autor concibe la cultura como un fenómeno universal, característica exclusiva de los seres humanos, y se refiere a las categorías generales de la cultura – a no confundir con el contenido eventual de estas categorías en una cultura particular- como fenómenos universales. De ahí que refute con vehemencia las interpretaciones etnizantes o culturalistas de la sicopatología. Sin bien Devereux (1970) admite que en la conformación de la personalidad de las personas interviene un proceso psicológico de reificación de la cultura, este autor se distancia de la línea teórica de Kardiner (1969) al afirmar que la cultura no es una realidad sui-géneris exterior y superior a los individuos, sino que es inextricable de las experiencias subjetivas.¹¹ En consecuencia, Devereux sugiere que la psiquiatría tome como punto de partida una concepción de cultura entendida como experiencia vivida; dejando en un plano ulterior los ítems culturales concretos. Así, el autor apoya su argumentación aduciendo que neurótic@s y psicótic@s reinterpretan o *deculturalizan* los ítems culturales en relación con sus propios conflictos o delirios personales.

¹¹ Al respecto léase también Roger Bastide (1970)

Georges Devereux supone, por tanto, invariantes en la relación binómica normal/anormal, donde lo normal se correspondería a la adaptación creativa, y por ende, sostiene el carácter universalmente patológico de ciertos comportamientos e individuos¹². Este razonamiento teórico lleva a Devereux (1978) a distinguir tres tipos de situaciones terapéuticas: 1) la intracultural: terapeuta y usuari@ pertenecen a la misma cultura, pero el/la terapeuta toma en consideración las dimensiones socio-culturales; 2) la intercultural: aunque usuari@ y terapeuta no comparten la misma cultura, el segund@ conoce bien la identidad socio-cultural del primer@ y utiliza este conocimiento en su terapia y 3) la metacultural (o psiquiatría transcultural): terapeuta y usuari@ pertenecen a dos culturas distintas y aunque el primer@ no conoce la cultura del/la usuari@ comprende, sin embargo, el concepto de Cultura y lo utiliza en la elaboración del diagnóstico y del tratamiento terapéutico. En definitiva para Devereux (1970), el rol del/la psiquiatra en el terreno de la práctica terapéutica transcultural consiste fundamentalmente en la práctica de la neutralidad cultural. La psiquiatría transcultural desde esta línea de razonamiento es, por tanto, un sistema de psicoterapia que no se basa en el contenido de una cultura particular, sino en una aprehensión genérica de la Cultura. Si la cultura influye en la salud mental, esta influencia no se da a través de los particularismos culturales, sino que responde más bien a la expresión de categorías universales (Devereux, 1970:33). Géza Róheim (1967) ilustra este razonamiento de la siguiente manera: un neurótico italiano se asemeja en mayor medida a un neurótico francés que a un italiano 'normal' y, viceversa, del mismo modo que no hay ninguna razón para pensar que un conde húngaro se parece más a un campesino húngaro que a un campesino eslovaco. Todo ser humano funciona en tanto que creador, manipulador y mediador de cultura, en cualquier espacio y siguiendo los mismos procedimientos de apropiación e interiorización.

¹² Por ejemplo, Georges Devereux se esfuerza por demostrar, de forma teórica, el carácter patológico del chamán –sin por ello caer en una psiquiatrización de las prácticas mágico-religiosas, como bien insisten R. Retchman y F.H.M. Raveau (1993).

Como puede constatarse a través de este sucinto recorrido en el campo de reflexión sobre la salud mental, la alteridad enajenada toma una multiplicidad de expresiones en el proceso de identificación de los cuerpos en-ajenados (colon@s/colonizad@s, inmigrantes, minorías étnicas), en función de las teorías etiológicas de la generación de trastornos mentales (esto es, estrategias explicativas de la enajenación de los cuerpos concebidos como extraños) sobre la que se asientan los distintos modelos de interpretación y tratamiento de la alteridad aquí reseñados. Este recorrido sobre la alteridad enajenada aporta dos constataciones de relevancia, ambas fuente de inspiración de la línea argumentativa de esta investigación. Primera observación, frente a la enfermedad y la muerte, los seres humanos son desiguales. Esta constatación fáctica no sólo responde a diferencias genéticas sino, fundamentalmente a las condiciones objetivas de existencia y las formas de vida que influyen en los estados de salud y delimitan las posibilidades de curación. Los modos en que las distinciones sociales se inscriben en los cuerpos humanos, 'la desigualdad social hecha carne', implica interrogarse por los procesos mediante los cuales lo social se convierte en biológico (Fassin, 1996). La incorporación del orden social bajo la forma de disparidades ante la muerte (desigualdad en la esperanza de vida) y ante la enfermedad (desigualdades en la morbilidad) según grupos sociales conlleva intrínsecamente la necesidad de concebir el concepto de salud en términos de construcción socio-cultural y de espacio de pertinencia política.

Segunda observación, en boca de Albert Memmi (1987:8):

« L'idée que le psychiatre est un homme neutre me paraît complètement farfelue. Ce n'est pas vrai, le psychiatre est quelqu'un qui doit tenir compte à la fois des fantasmes et des dimensions socio-culturelles »¹³.

La salud es un espacio de pertinencia política. Incide en el hecho de que la desigualdad social se inscribe en el cuerpo humano y, por tanto, el derecho a una vida en salud es una reivindicación a sostener en el espacio de lo político. Asimismo, pone de relieve la vinculación existente entre la inversión pública en

¹³ Literalmente, "la idea que un psiquiatra es un hombre neutro me parece descabellada. No es cierto, el psiquiatra es alguien que ha de considerar a la vez los fantasmas y las dimensiones socio-culturales" (Traducción propia)

servicios sanitarios y la reproducción de la fuerza de trabajo, así como la medicalización o psicologización de las conductas 'desviadas' como mecanismo de control social y las lógicas comerciales de las empresas farmacéuticas en la inversión en investigación y desarrollo y en la difusión de los fármacos¹⁴.

Definir de este modo la salud implica reconocer las relaciones que se establecen entre el soma (dimensión biológica de la diferencia) y el cuerpo (dimensión socio-política de la desigualdad). Es más, significa concebir la salud como el tropo (lugar común) de la interrelación del ser físico-psíquico y del mundo social y político. Pensada en tales términos, la salud trasciende tanto la noción de ausencia de enfermedad (definición del modelo biomédico), como la idea del estado de bienestar global (definición propia de la OMS (1986), fuente de inspiración de las políticas de promoción de la salud). La salud no es una condición que preexiste en la normalidad de un orden biológico, sino que es construida históricamente y es políticamente significativa, resultado de las luchas entre los agentes sociales que se esfuerzan por imponer sus propias visiones de lo que social y políticamente ha de tratarse como problema de salud (Fassin, 2000). La lucha por la creación de metáforas, el control de su uso y de su interpretación, los esfuerzos realizados para difundirlas son expresiones de poder (Heller & Fehér, 1995). La noción de salud aquí defendida implica un doble distanciamiento: por un lado, el rechazo de los planteamientos del positivismo que asumen la preexistencia de la salud y en consecuencia, se limita a un trabajo de reconocimiento de la Realidad y, por otro lado, la falacia del relativismo absoluto en el que la salud se reduciría a una convención entre agentes independientemente de toda realidad material.

¹⁴ Desde la antropología médica clínica varios autores proponen una lectura política de los usos sociales de la salud, ilustrando cómo la gestión sanitaria del sufrimiento deviene un modo de control de las poblaciones (Kleinman & Lock, 1997; Lindebaum & Lock, 1993). La elaboración de las categorías de stress post-traumático y diversos trastornos disociativos no sólo ha tenido consecuencias sociales, políticas y jurídicas para las víctimas de tortura y violencia organizada, sino que también han sido reforzados en el contexto clínico gracias a la reivindicación de estos diagnósticos por parte de los movimientos sociales contra la tortura y la violencia organizada (Young, 1990).

En este sentido, surge la pertinencia de seguir indagando en la relación entre biología y sociedad, entre naturaleza y cultura, que se inscribe en la manera en que se define la salud y los mecanismos a través de los cuales se atiende el sufrimiento humano. Adoptando una aproximación sociológica, el cometido principal de esta investigación es analizar los discursos sociales (representaciones y prácticas) de la psiquiatría y la psicología sobre la gestión de la alteridad en la salud mental. Tal objetivo no sólo remite a profundizar, de forma comprensiva, en el proceso mediante el cual un colectivo de usuari@s es definido como diferente al resto de la población en los servicios de atención a la salud mental y categorizado como *ajeno* al perfil del 'usuari@ habitual' sino, sobretodo radica en discernir los retos que sostienen las operaciones de construcción de los cuerpos enajenados como problema de orden sanitario: ¿qué es lo que entra en juego en las relaciones de saber y de poder que articulan los diferentes modelos de interpretación y tratamiento de la salud mental de los cuerpos extracomunitarios?

3. La biopolítica y el control social de los cuerpos

a) El cuerpo: instrumento heurístico y campo de indagación sociológica

La adopción del concepto de cuerpos, en lugar de otras expresiones de denominación, deriva del ejercicio de la triple ruptura epistemológica, que acorde con Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron (1993 [1968])¹⁵, toda investigación sociológica ha de realizar en su empeño por afilar las herramientas heurísticas que le faciliten el camino del cuestionamiento metódico de las evidencias y le ayuden a 'desmadejar la densa trama de relaciones en que estamos inmersos sin que nos demos cuenta' (Nievas, 1998:9)¹⁶.

¹⁵ Según Pierre Bourdieu, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron (1993 [1968]) la investigación sociológica a fin de alcanzar un conocimiento objetivado debe proceder a una vigilancia epistemológica basada en: 1) un cuestionamiento de las evidencias del sentido común (ruptura con el dogma del sentido común), 2) explicitar y controlar las prenociones y prejuicios personales y 3) hacer transparente la posición desde la cual investigamos, esto es, las condiciones de producción del conocimiento (ruptura con el dogma de la producción científica).

¹⁶ El término 'persona' implica unas mediaciones sociales previas, es un cuerpo mediado socialmente: una persona tiene una identidad, rasgos característicos constituidos en la interrelación con lo externo, por tanto

En definitiva se trata de afinar los instrumentos lingüísticos disponibles, de forma a distanciarnos de la vaguedad, ambigüedad o polisemia del léxico que empleamos en la cotidianidad de nuestras vidas, esto es, cuando estamos inmers@s en el *mundo dado por descontado* (Berger, 1995) y elaborar las precisiones conceptuales que articulan el marco teórico de toda reflexión sistemática y rigurosamente efectuada en la búsqueda de respuestas objetivas a los interrogantes que guían nuestras indagaciones en el ámbito de las ciencias sociales (Combesie, 2003 [1996]).

En el contexto de esta investigación, la pertinencia del término “cuerpo” radica en que, ‘en máximo grado de abstracción, de generalidad, en mayor descontextualización, [indica] un conjunto sensorio-motor perteneciente al género humano, identificable y diferenciable de otros pares suyos. Un cuerpo reúne tres propiedades: teleonomía, morfogénesis autónoma (capacidad de “auto-construirse” del cuerpo) y capacidad de invariancia reproductiva¹⁷’ (Nievas, 1998:51-52). El cuerpo es una constitución en proceso. No tiene sentido referirse a él como ente acabado, ni en términos de particularidad diferenciable estática. Por el contrario, el cuerpo está en constante mutación. Es más, estas transformaciones significativas del cuerpo a lo largo de la historia no sólo incumben al soma (su dimensión física), sino también a sus sensibilidades, horizontes de acción, habilidades, sensaciones.

Si bien el cuerpo ha sido una ‘presencia ausente’ en la teoría social clásica y contemporánea, en los albores de la década de los noventa se asiste a un creciente reconocimiento del cuerpo como un objeto de estudio con peso propio (Williams & Bendelow, 1998). Al respecto, son dignos de mención, en primera

se trata de un cuerpo portador de determinadas relaciones sociales sobreimpuestas a él, que lo determinan en su acción y realización (Nievas, 1998). El vocablo ‘hombre’ remite a un sexo específico, indicando simultáneamente la supremacía de un sexo por el otro en el contexto de orden patriarcal. Hablar de ‘ser humano’ es referirse a un ‘esencialismo metafísico, a una existencia ahistórica que impide reconocer el desarrollo evolutivo de la especie por cuanto no permite registrar tanto los matices como diferenciaciones más generales’ (Nievas, 1998:53). ‘Individuo’ indica la situación de no divisibilidad, un continuum entre cuerpos y cosas, históricamente sepultada con el advenimiento de las formaciones sociales clasistas’ (Nievas, 1998:53). Por último, ‘sujeto’ denota un cuerpo con estatus jurídico; en palabras de Gilles Deleuze (1990:238) ‘*une instance douée de devoirs, de pouvoir et de savoir*’.

¹⁷ Aquí el autor se refiere al poder de reproducción y transmisión sin variación, a través del ácido desoxirribonucleico (ADN), de la información correspondiente a su propia estructura.

instancia, los legados heredados de una variedad de aportaciones teóricas: la fenomenología de las percepciones de Maurice Merleau-Ponty (1945) que trata de trascender la dualidad cartesiana entre mente y cuerpo centrándose en el cuerpo-sujeto; el ‘cuerpo en interacción’ de Erving Goffman (1959, 1967), autor que enfoca el cuerpo, el *self*, el intercambio carnal y los encuentros rituales de la vida cotidiana; el ‘cuerpo discursivo’ de Michel Foucault (1976), el cuerpo como producto discursivo del poder/conocimiento y situado en un campo político de inversión y de relaciones de poder; y el ‘cuerpo civilizado’ de Norbert Elias (1978 [1939]). Gracias a las reflexiones de Brian S. Turner (1996) sobre el orden corporal y de Arthur Frank (1990, 1991a) respecto a la incorporación de la acción social; al trabajo de síntesis de Chris Schilling (1993) sobre el cuerpo como ausente presencia en la teoría social y de Mike Featherstone (1991) sobre el cuerpo en el contexto de la sociedad de consumo; a los cuerpos de pensamiento de Ian Burkitt (1999) y el cuerpo emocional de Deborah Lupton (1998) – ambas concepciones del cuerpo que tratan de trascender las dualidades mente/soma, racionalidad/irracionalidad, pensamiento/emoción-; a las teorías feministas sobre el cuerpo en la sociedad occidental, entre los que destacaría los lúcidos estudios de Emilie Martin (1987,1994), Judith Butler (1993) y Susan Bordo (1993); a los planteamientos de Pierre Bourdieu (1988) del cuerpo como incorporación de la distinción social; y, finalmente, al concepto de *lived bodies* (cuerpos vivos) de Simon Williams y Gilliam Bendelow (1998) bajo el que se expresa la incorporación y la actualización de las desigualdades del saber/poder a través de los cuerpos en interacción, la sociología del cuerpo constituye hoy día una consolidada área de estudio.

En esta investigación, inspirada en el conjunto de aportaciones anteriormente reseñadas, el cuerpo no se concibe como el vehículo a través del cual la mente actúa en los distintos escenarios sociales. Pensamiento y sentido de ser son inseparables del *cuerpo vivo* en el seno de las relaciones sociales, incluso cuando estas experiencias activas pueden ser abstraídas y expandirse mediante el uso de los símbolos (Williams & Bendelow, 1998; Burkitt, 1999). Por tanto, debe entenderse el cuerpo como un objeto-agente que se cierne *entre* el mundo

de la naturaleza y el mundo de la cultura. En este sentido, el concepto de *embodiment* (proceso de *incorporación*), expresa el proceso de materialización del vínculo biología-sociedad. En palabras de Thomas J. Csordas (2000), *embodiment* es un punto de partida metodológico que niega la idea de la interacción causal entre los polos de las dualidades analíticas soma - mente y que concibe la experiencia corpórea (*bodily experience*) como la base existencial de la cultura y la persona (*self*). Nuestros cuerpos son constructos históricos y sociales: anatomía y biología interactúan con los procesos socio-culturales, de forma que nuestro ser biológico, mediado por procesos sociales de endoculturación, contribuye a delimitar nuestras acciones (Crawford, 1985), a la vez que es modelado por la posición social, la estructura de capitales y la trayectoria socio-biográfica (Bourdieu, 1988). El concepto del cuerpo implica una apertura en el proceso de intelección sociológica hacia una segunda elaboración teórica, la biopolítica, cuyo valor para nuestro objeto de estudio radica en que da cuenta de cómo se inscriben las relaciones desiguales de poder en los cuerpos. No obstante, cabe no caer en una visión unilateral: los cuerpos no son meros constructos de los discursos de poder, sino que son también productivos, comunicativos y están investidos de una poderosa capacidad para el cambio social (Burkitt, 1999).

b) Reflexiones elementales sobre la biopolítica

Preocupado por analizar las modalidades concretas mediante las cuales el poder penetra en los cuerpos y se incorpora en sus formas de vidas, encontramos en la obra del filósofo francés, Michel Foucault, las primeras elaboraciones teóricas sobre el biopoder. A partir de 1977, en sus Cursos en el *Collège de France* (y en algunos artículos en los que retoma algunos elementos de la cuestión), Foucault define la biopolítica como el modo en que la práctica gubernamental se esfuerza por racionalizar los fenómenos planteados por un conjunto de seres vivos constituidos en población. La idea clave de este concepto viene expresada bajo la siguiente proposición:

‘Aquello que podríamos denominar “el umbral de la modernidad biológica” de una sociedad se sitúa en el momento en que la especie humana se convier-

te en reto de las estrategias políticas. El ser humano, durante milenios, ha permanecido lo que era para Aristóteles: un animal vivo y además capaz de una existencia política; el ser humano moderno es un animal en la política cuya vida de ser vivo está puesta en cuestión' (Foucault, 1976: 188).¹⁸

Foucault sitúa la génesis de la biopolítica en las postrimerías del siglo XVIII y la categoriza como una nueva técnica de poder dirigida a la multiplicidad de los seres humanos, que pone bajo control los procesos propios de la vida (nacimiento, muerte, reproducción, enfermedad, producción). La biopolítica despliega un poder masificante (en el sentido de una 'producción del "cuerpo sano" en serie' (Heller & Féher, 1995:79)) que resulta de un doble proceso de intensificación y generalización de los dispositivos normalizantes de la disciplina que animan desde el interior nuestras prácticas cotidianas (Hardt & Negri).

Aquí cabe abrir un paréntesis y detenernos sobre la concepción de Michel Foucault sobre disciplina a fin de hacer más inteligible la novedad que introduce el biopoder. Para este autor, la disciplina es una técnica de poder desarrollada en los siglos XVII y XVIII con la finalidad de gobernar los cuerpos económicos y políticos (esto es, el individuo como mano de obra productiva y como parte del contrato social) de una sociedad en vías de explosión demográfica y de industrialización, y constituyéndose en Estados-Naciones (Foucault, 1991). La disciplina como expresión de poder gobierna estructurando los parámetros y los límites de pensamiento y de práctica, sancionando y/o prescribiendo los comportamientos desviados y/o normales. Para ello, se vale de dispositivos que producen y rigen costumbres, hábitos y prácticas. Michel Foucault (1990) identifica las cinco características constitutivas de la disciplina: 1) es un arte de distribución espacial de los cuerpos¹⁹, 2) no ejerce su control sobre el resultado de una acción sino sobre su desarrollo²⁰, 3) es una técnica de poder

¹⁸ Traducción propia.

¹⁹ 'La disciplina es ante todo un análisis del espacio; es la individualización por el espacio, la colocación de los cuerpos en un espacio individualizado que permita las clasificaciones y combinaciones' (Foucault, 1990:164)

²⁰ El objeto del control no son 'los elementos, o ya no los elementos significantes de la conducta humana o el lenguaje del cuerpo, sino la economía, la eficacia de los movimientos, su organización interna; la coacción sobre las fuerzas más que sobre los signos; la única ceremonia que importa realmente es la del ejercicio. La modalidad en fin: implica una coerción ininterrumpida, constante, que vela sobre los procesos de la

que despliega una vigilancia perpetua y constante de los cuerpos²¹, 4) supone la posibilidad de un registro continuo de los cuerpos y sus acciones²², 5) su aplicación no es inocua, sino que genera resistencias²³.

La biopolítica, gestada en el proceso de modernización, tiene por cometidos la producción y la reproducción de la vida en sí misma desde su propio interior²⁴. M. Hardt y Toni Negri (2002:2) subrayan su carácter inmanente:

‘La sociedad, subsumida bajo un poder que desciende hasta los centros vitales de la estructura social y de sus procesos de desarrollo, reacciona como un cuerpo único. El poder se expresa, de este modo, como un control que invade las profundidades de las conciencias y de los cuerpos de la población – y se extiende, al mismo tiempo, a través de la integridad de las relaciones sociales.’²⁵

Mientras que la técnica disciplinaria toma como objeto de vigilancia y de amaestramiento el cuerpo individual, la biopolítica se centra en el ser humano en tanto que especie, esto es, el ser humano en todas sus funciones vitales. De ahí que Foucault (1991) se valga de las expresiones *anatomía política del cuerpo*

actividad más que sobre su resultado y se ejerce según una codificación que reticula con la mayor aproximación el tiempo, el espacio y los movimientos.’ (Foucault, 1975 : 140-141)

²¹ En su análisis sobre el poder, Foucault (1975) desarrolla la idea del panoptismo inspirándose en el panóptico de J. Bentham (1799), máquina arquitectónica cuya finalidad es hacerlo todo visible, invisibilizando al vigilante. La relevancia del panoptismo no radica en la vigilancia efectiva sino el efecto duradero en el cuerpo vigilado: sentirse permanentemente observado.

²² Esto es, ‘anotaciones sobre el individuo y transferencias de la información en escala ascendente, de suerte que a la cúspide de la pirámide no se le escape ningún detalle, acontecimiento o elemento disciplinario [...]. La disciplina es el conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados. Es el poder de la individualización cuyo instrumento fundamental estriba en el examen. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo.’ (Foucault, 1990:165-6).

²³ La disciplina ‘debe también dominar todas las fuerzas que se forman a partir de la constitución misma de una multiplicidad organizada, debe neutralizar los efectos de contrapoder que nacen de ella y que forman resistencia al poder que quiere dominarla: agitaciones, revueltas, organizaciones espontáneas, coaliciones –todo lo que pueda depender de las conjunciones horizontales’ (Foucault, 1975: 222, traducción propia).

²⁴ Foucault (1976: 186-187, traducción propia) describe el proceso en que la vida humana se convirtió en político, de la siguiente manera: ‘La presión ejercida por lo biológico sobre lo histórico se había mantenido muy fuerte durante miles de años; las epidemias y el hambre eran las dos grandes formas dramáticas de esta relación que estaba siempre dominada por la amenaza de la muerte. Pero a través de un proceso circular, el desarrollo económico (y primordialmente agrícola) del siglo XVIII, y un aumento de la productividad y de los recursos aún más rápidos que el crecimiento demográfico que fomentó, aportaron un cierto respiro frente a estas amenazas profundas: pese a algunos nuevos brotes, el periodo de grandes desastres debidos al hambre y a la peste había llegado a su fin antes de la Revolución Francesa [...] el hombre occidental estaba aprendiendo gradualmente lo que significaba ser una especie viva de un mundo vivo, tener un cuerpo, condiciones de existencias, probabilidades de vida, un bienestar individual y colectivo, fuerzas que podían modificarse y un espacio en el que podían distribuirse de forma óptima.’

²⁵ Traducción propia

humano y biopolítica de la especie humana para enfatizar la diferencia entre estas dos tecnologías de poder. Ambas modalidades de ejercicio de poder están intrínsecamente vinculadas: ‘la puesta en marcha en el transcurso de la edad clásica de esta tecnología de doble cara –anatómica y biológica, cuyo cometido es el individuo y la especie, el cuerpo en acción y los procesos de la vida- caracteriza un poder cuya más alta función no es ya la de matar, sino la de invertir en la vida.’²⁶ (Foucault, 1976: 177-191). La combinación de bio- y anatomo-política conlleva a la estructuración de un tipo de poder general que constituye la denominada sociedad disciplinaria:

‘Se puede [...] hablar en total de la formación de una sociedad en ese movimiento que va de las disciplinas cerradas, especie de ‘cuarentena social’, de disciplina bloqueo, de reclusión por expulsión, ‘hasta el mecanismo indefinidamente generalizable del panoptismo’. No quiere decir esto que la modalidad disciplinaria del poder haya reemplazado a las demás; sino que se ha infiltrado entre las otras, descalificándolas a veces pero sirviéndoles de intermediaria, ligándolas entre sí, prolongándolas, y sobre todo permitiendo conducir los efectos de poder hasta los elementos más sutiles y más lejanos. Garantiza una distribución infinitesimal de las relaciones de poder” (Foucault, 1975: 219)

Bajo esta sociedad disciplinaria se despliegan tanto procesos de totalización objetivas, como las *tecnologías del yo*; esto es, técnicas de individualización a través de las cuales se actualizan los procesos de subjetivación que conduce a los cuerpos a conformar sus propias identidades y, por consiguiente, a vincularse a un poder de control exterior (Foucault, 1988).

En continuidad con el trabajo teórico de Foucault, Gilles Deleuze (1990) afirma que actualmente asistimos a la transición de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control. Ante la constatación de la crisis de las instituciones cerradas (las cárceles, escuelas, hospitales, las fábricas), se despliegan nuevas formas de sanciones, de educación y de cuidados caracterizadas por basarse en formas de control incesante en un medio abierto. En contraposición a las sociedades disciplinarias, las sociedades de control no se fundamentan en el individuo o la masa, sino en la cifra: la cifra es la palabra clave, la que da acceso a la información, al conocimiento-poder. En el contexto de las sociedades disciplina-

²⁶ Traducción propia

rias los individuos se convierten en divisibles y las masas, muestras, datos, mercados o 'bancas' (Deleuze, 1990: 244). Si las soberanías del Antiguo Régimen manejaban máquinas simples (palanca, poleas, relojes) y las sociedades disciplinarias se equiparon de máquinas energéticas, cuyo peligro pasivo es la entropía y peligro activo, el sabotaje; las sociedades de control operan con máquinas informáticas y ordenadores cuyo peligro pasivo es la interferencia, y el activo, el pirateo y la introducción de virus. En la sociedad de control, ya no se trata de *cuerpos encerrados*, sino de *cuerpos endeudados*:

'También es verdad que el capitalismo ha conservado como constante la miseria externa de las tres cuartas partes de la humanidad, demasiado pobres para endeudarse, demasiado numerosas para encerrarlas; el control no deberá afrontar únicamente la disipación de fronteras, sino también las explosiones de suburbios y ghettos' (Deleuze, 1990:246).

c) El control social de los cuerpos

El concepto de control social ha sido ampliamente utilizado en las ciencias sociales para designar aquellos procesos mediante los cuales los comportamientos de individuos y grupos sociales son regulados por medio de una combinación de acatamiento, coerción y compromiso respecto a determinados valores y prácticas sociales a fin de garantizar la perpetuación de un *status quo*. En *The Established and the Outsiders*, Norbert Elias (1965) trata de explicar el escenario de la división social que se produce y reproduce en un suburbio urbano inglés denominado Winston Parva, entre un grupo instalado desde tiempos remotos (*the established*) y un grupo de residentes más recientes (*the outsiders*), etiquetad@s ést@s últim@s como gentes de inferior calaña por carecer de la 'virtud humana superior' que l@s primer@s se atribuyen a sí mism@s. La relevancia del caso de Winston Parva en el esclarecimiento del fenómeno de la enajenación de los cuerpos extraños reside en que ambos grupos no se diferencian ni por clase social, ni por nacionalidad, ni por origen étnico, ni por confesión religiosa, ni por nivel de estudios. Argumentar, por tanto, el diferencial de poder que se establece entre ellos, donde uno ejerce clara dominación sobre el otro, sin

apelar a las desigualdades sociales más objetivas es claramente un reto para la sociología.

Para Norbert Elias (1965), la superioridad de la población autóctona se explica por la fuerte cohesión de las familias que se conocen desde dos, tres o más generaciones –familias que comparten un pasado común y un modo de vida similar-, en contraste con l@s recién llegad@s, l@s cuales no sólo son extranjero@s a los ojos de la población autóctona, sino también entre ell@s mism@s. De este modo, por una parte, la exclusión de l@s intrus@s respecto a los recursos simbólicos de poder se convierte en el instrumento de control social más eficiente para perpetuar la identidad social de l@s *established*, afirmar su superioridad y mantener a l@s *outsiders* en los márgenes. Por otra, la falta de cohesión y anomía entre l@s *outsiders* frente a los *established* deviene el factor causante de su subordinación y mayor vulnerabilidad social. Esta lógica de exclusión se incorpora (en el sentido de que la exclusión deviene corpórea, se vuelve perceptiblemente palpable), al tiempo que se interioriza en la representación social que l@s un@s tienen sobre sí mism@s. Es decir, del mismo modo que l@s *established* perciben naturalmente su valor humano en el poder superior que detentan respecto a l@s recién llegad@s, l@s *outsiders* experimentan emocionalmente su inferioridad de poder como un signo de inferioridad humana.

La aportación de Norbert Elias (1965) se resume, ciertamente, en una reveladora idea: el racismo no tiene necesidad de una diferencia física objetiva para manifestarse, porque simplemente existe la posibilidad de construir esta diferencia. En el estudio sobre la comunidad de Winston Parva, la población autóctona, l@s *established*, proceden a una naturalización descalificante del grupo de l@s ‘outsiders’, denotando el imaginario social de est@s últim@s con nociones de suciedad e incuria. Para el autor, aun en el caso en el que pudiesen distinguirse diferencias físicas objetivas, la sociodinámica de la relación *established-outsiders* está determinada por la *naturaleza* de dicha relación; esto es, por las lógicas de la exclusión basadas en el ejercicio de un fuerte control social impuesto en el sí del propio colectivo de l@s *established* a fin de no caer en la anomía que supuestamente caracteriza la inferioridad de l@s *outsiders*. En el corazón de

este ‘racismo sin razas’, esta xenofobia, la segregación que se produce deriva del sentimiento de amenaza para la conservación de la identidad social –y por ende, el *status quo*- que supone el contacto con un grupo que a los ojos de los *established* es anómico. Estas lógicas de exclusión son las que confieren a uno de los grupos, poderes de dominación; a la vez que impiden a los miembros de los otros grupos, el acceso a los recursos de poder y dificultan el establecimiento de contactos intragrupalmente de intercambio.

Inspirándonos en la obra de Foucault (1975), el control social se produce y reproduce mediante leyes, aparatos e instituciones que instauran relaciones de dominación. Lejos de concebir esta dominación en términos de subyugación sólida, global y aplastante que sobre la gran masa del pueblo ejerce una persona o grupo que centraliza la soberanía, Foucault (1975) defiende que el poder lo ejerce cualquier persona de múltiples formas. El poder circula entre tod@s nosotr@s, l@s dominadores y l@s dominad@s, pudiendo intercambiar estos dos roles según el contexto en el que esta relación se dé. Es más, Foucault afirma que los cuerpos están investidos de poder y no son meros objetos pasivos de control social en su cotidianidad. Esta idea viene recogida en uno de sus conceptos clave, la microfísica del poder.

‘Por tanto, el estudio de esta microfísica supone que el poder que se ejerce no sea concebido como una propiedad, sino como una estrategia, que sus efectos de dominación no sean atribuidos a una ‘apropiación’, sino a disposiciones, maniobras, tácticas, técnicas, funcionamientos; que descifremos en el poder más bien una red de relaciones siempre tensas, siempre en actividad, que un privilegio que pudiésemos detentar; [...] el poder se ejerce más que se posee’ (Foucault, 1975: 35)²⁷.

Cabe mencionar un aspecto importante de la concepción foucaultiana del poder a fin de no incurrir en interpretaciones fallidas de su obra; esto es, su dimensión positiva. El poder no sólo debe ser concebido como coerción, sino que es positivo; es decir produce realidad social. Literalmente,

‘Se debe cesar de describir siempre los efectos del poder en términos negativos: [el poder] ‘excluye’, ‘reprime’, ‘expulsa’, ‘censura’, ‘abstrae’, ‘enmas-

²⁷ Traducción propia.

cara', 'esconde'. De hecho, el poder produce; produce lo real; produce los dominios de los objetos y los rituales de la verdad.' (Foucault, 1975: 227).²⁸

Según el mismo autor, el control social se lleva a cabo a través de una serie de tecnologías de poder (esto es, dispositivos de control social). Entre esta serie de tecnologías de poder se encuentra la disciplina, caracterizada por tres aspectos concretos: la escala, el objeto y la modalidad de la vigilancia que se ejerce. En primer lugar, no se trata de una dominación del cuerpo en masa, sino de desplegar un sistema coercitivo al detalle; esto es, un poder infinitesimal sobre el cuerpo activo (movimiento, gestos, actitudes, etc.). Son objetos de control social, la economía y eficacia de los movimientos y, su organización interna. Sucintamente, la disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo en términos económicos de utilidad y disminuye estas mismas fuerzas en términos políticos de obediencia (Foucault, 1975). Finalmente, la disciplina ejerce un control social en forma de coerción ininterrumpida y constante, dirigida sobre los procesos de la actividad más que sobre su resultado. Así pues,

'Estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la subyugación constante de estas fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, son los que podemos llamar las disciplinas.' (Foucault, 1975: 161).²⁹

Respecto a nuestra línea de investigación, las formaciones sociales ejercen un control social sobre el estado de salud y el comportamiento sanitario de los cuerpos a fin de uniformarlos acorde con la idea de normalidad imperante (Waitzkin, 1991). Desde esta óptica se cuenta con una vasta literatura versada en lo que Ivan Illich (1977) acuñó como *medicalización de la vida cotidiana*. Desde el último tercio del S.XX, numeros@s autor@s han destacado el papel de control social de la medicina, reforzado por la institucionalización de una de las diversas formas de tratar los cuerpos enfermos; esto es, el modelo biomédico, basado en los agentes externos como causantes de la enfermedad y en una noción reduccionista del cuerpo sano entendido como mecanismo fisiológico funcionando sin incapacidades. Aunque este modelo haya sido modificado, especialmente por la mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas y, por los

²⁸ Traducción propia.

²⁹ Traducción propia.

avances producidos en el conocimiento del sistema inmunológico del cuerpo humano, cabe señalar que la lógica del tratamiento médico se ha mantenido prácticamente intacta. Asimismo, ha ido progresivamente calando en la sanidad pública, los discursos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, fundamentados en los factores de riesgos extraídos por las asociaciones estadísticas que la epidemiológica calcula al relacionar comportamientos y características individuales con distintos tipos de enfermedades. A falta de la aplicación de una epidemiología crítica (Breilh, 2000), en tales discursos subyace la ideología de culpabilizar a la propia víctima de la enfermedad que padece (Crawford, 1977; 1990), esto es, culpabilizar al individuo de su precario estado de salud y responsabilizarle de su curación, eludiendo cualquier discusión sobre los factores sociales e institucionales que condicionan la salud, así como sobre el medio en que viven las personas afectadas (Ahmad, 1989; Nazroo, 1997).

En relación con los discursos hegemónicos acerca de promover una vida saludable, diversos estudios sobre la relación médico-enferm@ han destacado el carácter de no reciprocidad de la interacción, en la cual información y obligación se confunden (Cohn, 1997) y donde una serie de prácticas disciplinarias y atributos morales se transmiten (Lupton, 1997 y Williams, 1998). Así pues, los consejos terapéuticos remitidos ya sea vía individual en la consulta médica, o vía masiva en campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, constituyen una tecnología de salud (*technology of health*) que persigue la interiorización del imperativo de salud subyacente a las políticas sanitarias (Lupton, 1997); esto es, disciplinar los individuos a seguir los códigos hegemónicos de 'la vida sana'.

Por último, en el caso de los cuerpos de mayor fragilidad social, el control social se lleva principalmente a cabo a través del escrutinio de los recursos materiales y del estilo de vida por parte de las instancias remisoras de alguna ayuda social. La filosofía subyacente a las Políticas Interdepartamentales de Rentas Mínimas de Inserción (PIRMI) desarrolladas en la última década de los 90's en Cataluña, que asigna a este tipo de prestaciones sociales un doble carácter de asistencia y de inserción (concebida como ocupación remunerada en el

mercado de trabajo), ilustra la parte de control social que estos planes implican puesto que su beneficio requiere el cumplimiento efectivo de unas contraprestaciones y el compromiso de seguimiento de ciertas actividades por parte del beneficiario de prestaciones sociales (por ejemplo, el seguimiento de un programa de desintoxicación en el caso de los solicitantes con adicción a alcohol u otros tipos de drogas) (Adelantado & Noguera, 1999). Bajo esta óptica no se hace difícil imaginar el control social al que están constantemente sometidos los *outsiders*, los cuerpos en-ajenados, de nuestras sociedades. Por proceder de países extracomunitari@s, su permanencia en la Unión Europea está supeditada a la posesión de documentos oficiales que acrediten una residencia regularizada, que en la práctica mayoría de los casos está condicionada a la obtención de un permiso de trabajo en vigencia (adquirido éste tras la obtención de un contrato laboral). En su defecto, las leyes contemplan los procedimientos de expulsiones que se derivan a raíz de un control policial, realizado en cualquier espacio público o privado. El control social en estos cuerpos en-ajenados toma formas más sutiles: la cotidianeidad de sus vidas en una formación social distinta a la de procedencia reiteradamente le recuerda su condición de extranjero@, al tiempo que vigila y sanciona aquellos comportamientos desajustados en exceso al patrón hegemónico del grupo mayoritario. Los distintos tiempos de organización de la vida; las diferentes formas de utilizar los espacios; las diferencias en los códigos de interacción, normas, creencias, valores y metáforas, hacen emerger en los cuerpos enajenados, situaciones de desarraigo, una des-ubicación constante y un continuo extrañamiento del mundo.

4. La enajenación de l@s cuerpos de origen extracomunitario

En la construcción de la problemática sobre la que versa la presente indagación sociológica, la cuestión de la enajenación de l@s otr@s, en su doble vertiente de profundizar en el cuerpo extracomunitario como figura social en la que se encarnan la extranjería y la extrañeza y, de discernir las relaciones de saber-poder que articulan las diferentes metáforas elaboradas sobre la alteridad

enajenada, no trata de estudiar la inmigración o el exilio en sí, ni las características de los inmigrantes y los exiliados políticos. La enajenación de l@s otr@s desplaza su ámbito de reflexión del problema social de l@s inmigrantes y l@s exiliados al problema sociológico de la gestión de la alteridad en las heterogéneas sociedades europeas. Tal como Abdelmalek Sayad (1999) apuntó, centrarse en la cuestión de los problemas sociales de l@s inmigrantes enmascara, en realidad, los problemas de las sociedades de instalación y de sus instituciones frente a l@s inmigrantes. Es en este sentido que hacemos nuestra la insistencia de Enrique Santamaría (2002) de la necesidad de considerar los cuerpos extracomunitarios como un *revelador* social (privilegiado) que pone en perspectiva nuestra configuración sociohistórica: “La figura de la “inmigración no comunitaria” deviene desde esta perspectiva un operador a través del cual las sociedades contemporáneas se piensan a sí mismas” (Santamaría, 2002:180).

De este modo, reflexionar sobre los cuerpos extracomunitarios en relación con los sistemas sanitarios de Francia y de España, tal como es la empresa que acomete la segunda parte de la tesis, contribuye a dilucidar las lógicas de exclusión que producen desigualdades en las oportunidades de acceso y uso de los recursos de la red pública de atención sanitaria. Al mismo tiempo, nos permite discernir distintas estrategias de gestión de la alteridad que se articulan en una formación social determinada; en particular, el contexto socio-político que ha favorecido la instauración de dispositivos de atención médica exclusivamente diseñados para atender los cuerpos extracomunitarios. De igual modo, nos pone sobre la pista de las implicaciones en términos de desigualdades en salud que supone una gestión diferenciada de las necesidades sanitarias de los sujetos que encarnan la alteridad. En definitiva, sumergirnos en la cotidianidad de la actividad clínica de centros de salud mental especializados en atender inmigrantes y exiliad@s nos brinda la oportunidad de identificar las distintas relaciones de poder que se establecen entre heterogeneidades y comprender su configuración. De ello, versa la tercera parte de la tesis. Sin más delación, aportamos en el siguiente capítulo mayores detalles sobre la estrategia de la investigación teórico-empírica.

CAPÍTULO II

LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: EL ESTUDIO DE CASO SOCIOLÓGICO

“Toda investigación es, por definición, un viaje a lo desconocido. Surcar los mares, una mar que es siempre mar de dudas, o que debería serlo, para todos, porque la duda es precisamente lo que mantiene a flote y lo que hace avanzar la nave de la investigación. Investigar es una de las diversas prácticas que están a nuestro alcance para experimentar con alguna intensidad el placer de vivir, el placer de sentirnos vivos. Pensar, como decía Foucault, es siempre cambiar de pensamiento. Y como lo que somos no es independiente de lo que pensamos, pensar es ponernos en trance de cambiarnos nosotros mismos, es adentrarnos en la aventura de devenir constantemente “otro” de lo que somos.” T. Ibáñez, 2001

El esfuerzo por comprender el significado que l@s propi@s actores/as dan a sus experiencias y por hacer inteligible la lógica de las acciones sociales, circunscribiendo la mirada a una serie de contextos micro, emana de la convicción de que esas vidas minúsculas e interacciones singulares participan de la *Gran Historia*. No se trata de oponer un alto y un bajo, los grandes y los pequeños, sino de reconocer que la realidad social se nos presenta de manera distinta según la escala de observación desde la que escogemos situarnos (Revel, 1996). Implica, además, concebir las realidades sociales como construcciones históricas cotidianamente actualizadas por los actores individuales y colectivos.

La noción de la construcción social de la realidad remite, simultáneamente, a los productos, más o menos duraderos en el tiempo, de elaboraciones anteriores y a los procesos en curso de (re)estructuración. Subyace, por tanto, la idea de un proceso de retroalimentación, en perpetuo movimiento, entre estructura y actores sociales. Esta representación elipsoide de la estructuración social, como re-

sultado y proceso de las relaciones entre actores, concuerda con el concepto de *dualidad estructural* propuesto por Anthony Giddens (1984): la estructura impone constreñimientos a la acción social, al tiempo que instaure competencias para su materialización y, se actualiza en la propia acción e interacción social. Al ser producto y co-productores de las realidades sociales, individuos e instituciones contribuyen a la (re)producción del *caos ordenado* que caracterizan las sociedades, al tiempo que engendran cambios en el orden social.

La orientación teórico-metodológica de esta investigación es de inspiración socio-construccionista: localiza el objeto de estudio en las relaciones sociales y los universos objetivados que crean y les sirven de apoyo, en tanto que son elementos constituyentes de los actores sociales y de los fenómenos sociales¹. En consonancia con los planteamientos de Philippe Corcuff (1998) y Kenneth Gerger (1999), cuatro ideas básicas constituyen los pilares teórico-metodológicos de la investigación: 1) los seres humanos tejen su historia singular partiendo de pre-construcciones pasadas: su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad están influenciadas por el medio sociocultural en el que se desenvuelven, la posición que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas que afrontan a diario, 2) en el transcurso de sus vidas cotidianas, los seres humanos reproducen, se apropian, desplazan y transforman los elementos sociales preformados, al tiempo que se inventan otros, puesto que las condiciones heredadas del pasado junto con la interacción social en la vida cotidiana abren el campo de posibilidades para el futuro, 3) el conocimiento nace en la interacción social y se construye en el espacio de la intersubjetividad, con base en las convenciones lingüísticas y 4) los marcos de referencia interpretativos a

¹ Kenneth Gerger (1999: 47-49) resume en cuatro las premisas fundamentales del socio-construccionismo: 1) 'The terms by which we understand our world and our self are neither required nor demanded by 'what there is' [...]. From the constructionist standpoint we are not locked within any convention of understanding'; 2) 'Our modes of description, explanation and/or representation are derived from relationship. Meanings are born of coordinations among persons -agreements, negotiations, affirmations. Nothing exists for us - as an intelligible world of objects and persons - until there are relationships. If we do quest for certainty, something to count on, a sense of grounded reality, it can only be achieved through relationship' 3) 'As we describe, explain or otherwise represent, so we do fashion our future. As our practices of language are bound within relationships, so are relationships bound within broader patterns of practice -rituals, traditions, 'forms of life'; 4) 'Reflection on our forms of understanding is vital to our future well-being.'

partir de los cuales los seres humanos acceden a los significados se configuran acorde a los escenarios socio-culturales e históricos en los que se gestan.

En este proceso histórico, los constructos sociales son, a la vez, objetivados y subjetivados. Por una parte, se produce un proceso de institucionalización que reifica las convenciones sociales, con el objetivo de reducir la incertidumbre y las situaciones de sorpresa, condición necesaria para unos mínimos de convivencia entre los distintos seres humanos. Las inserciones del individuo en diversas categorías sociales y su adscripción a distintos grupos socio-culturales son fuentes de determinación que inciden con fuerza, en la elaboración singular del mundo en que se desenvuelve, generando, mediante la intersubjetividad, visiones compartidas de dicha realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos (Ibáñez, 2001). Aún siendo independientes de la conciencia y la voluntad humana, estas realidades objetivadas sirven para orientar la acción social, al tiempo que estructuran su campo de oportunidades. Por otra parte, la inscripción de las realidades sociales en la subjetividad de los individuos se tipifica en formas de sensibilidad, de percepción, de representación y de conocimiento, gracias a los modos de aprendizaje y los procesos de socialización.

La realidad presenta una serie de propiedades que, aún siendo “realmente” constitutivas de la misma, no dejan de ser, sin embargo, absolutamente subjetivas. Son propiedades que conforman la realidad objetiva pero que resultan de las actividades cognitivas y, en términos generales, de las actividades simbólicas desarrolladas por los individuos. [...] la realidad tal y como es está parcialmente determinada por la realidad tal y como es para nosotros, pasando a ser, en cierta medida el resultado, o el producto de nuestra propia actividad de construcción subjetiva de la misma. (Ibáñez, 2001: 157)

Este proceso dual de objetivación y subjetivación se aproxima al doble movimiento constructivista-estructuralista de Pierre Bourdieu (1973): la interiorización de la exterioridad (la estructura social encarnada en los cuerpos, el *habitus*) y la exteriorización de lo interior (las instituciones concebidas como configuraciones de relaciones entre agentes individuales y colectivos, los *campos*).

El socio-construccionismo que orienta la presente investigación exige de una primera fase de cuestionamiento de la evidencia, de lo que se presenta como dado, natural, atemporal y/o necesario (momento de de-construcción), para indagar, en una fase ulterior, sobre los procesos de construcción de la realidad (mo-

mento de reconstrucción) (Corcuff, 1998; Ibáñez, 2001). Acorde con Kenneth Gergen (1999: 50), se trata de llevar a cabo ‘a celebration of reflexivity’:

‘that is, the attempt to place one’s premises into question, to suspend the “obvious”, to listen to alternative framings of reality, and to grapple with the comparative outcomes of multiple standpoints. For constructionist this means an unrelenting concern with the blinding potential of the “taken-for-granted.”

Con el fin de comprender los modos de gestión de la alteridad en los servicios de atención a la salud mental de inmigrantes y exiliad@s y, de explicar la organización del cuidado del sufrimiento mental en una sociedad heterogénea, se ha optado por una metodología cualitativa basada en el estudio de caso múltiple. Desde una perspectiva sociológica, el estudio de casos permite indagar sobre los discursos sociales; entendidos éstos como el entramado de representaciones/retóricas y prácticas sociales desde el que no sólo se emiten saberes sobre seres y cosas, sino en el que se instituye su existencia y le da sentido (Santamaría, 2002). Acorde con Michel Foucault (1978 [1969]), el discurso no es un mero conjunto de signos o elementos significantes que son la representación de una realidad. Se trata de una práctica social, donde puede definirse sus condiciones de producción:

‘Se renunciará, pues, a ver en el discurso un fenómeno de expresión, la traducción verbal de una síntesis efectuada por otra parte; se buscará en él más bien un campo de regularidad para diversas posiciones de subjetividad. El discurso concebido así, no es la manifestación, majestuosamente desarrollada, de un sujeto que piensa, que conoce y que lo dice: es, por el contrario, un conjunto donde pueden determinarse la dispersión del sujeto y su discontinuidad consigo mismo. Es un espacio de exterioridad donde se despliega una red de ámbitos distintos’

De ahí que el estudio de casos se interese por identificar y analizar los discursos en su doble dimensión simbólica y material². Con tal finalidad, enfoca una serie de espacios particulares seleccionados sobre la base de un criterio de representatividad sociológica y acorde con el límite físico y social que le confiere entidad. En esta investigación, la delimitación de los casos ha correspondido a distintos servicios de salud mental específicamente dirigidos a inmigrantes y exilad@s en París y Barcelona. La selección de la muestra de los casos que componen el tra-

² Efectivamente, el socioconstruccionismo toma como interés prioritario de estudio el discurso *per se*, definido como el vehículo a través del cual se articulan sujeto y mundo, y la manera en que el discurso se gesta en el seno de las relaciones sociales, condicionado por el poder que las estructuras ejercen sobre los actores sociales.

bajo empírico tuvo por cometido abarcar la variedad de modelos de interpretación y tratamiento de la alteridad en salud mental, que hallamos en un primer estudio piloto (Lurbe i Puerto, 2000).

1. Sucinta contextualización histórica del estudio de caso

De acuerdo con Hamel, Dufour y Fortin (1993), entre los precursores del estudio de caso destacan las monografías de familias de trabajadores obreros del sociólogo francés Frédéric Le Play (1855, 1883[1857], 1882 [1862]) y el trabajo antropológico de Bronislaw Malinowski (1953 [1922]) sobre los argonautas de las Islas Trobians, en Malasia; así como la producción sociológica de la Escuela de Chicago durante las primeras tres décadas del siglo XX (Burgess, 1927, 1928; Cooley, 1927; Park, 1921, 1930; Shaw, 1926, Thomas & Znaniecki, 1918). Estudios sobre pobreza, desempleo y, las condiciones de vida y el impacto de la inmigración a los Estados Unidos a principios del siglo pasado, circunscritos a áreas urbanas, se ajustaban a la metodología del estudio de caso (Tellis, 1997). Coincidiendo con la caída de la hegemonía de la Escuela de Chicago, a partir del *Annual Meeting of the American Journal of Sociology 1935*, el estudio de caso fue desvalorizado. Sus refractores alegaban la falta de representatividad y de rigor en la obtención, construcción y análisis de los materiales empíricos. El año 1935 abrió un período de predominio de los diseños de investigación cuantitativa, fuertemente propugnado por la Universidad de Colombia.

A partir de la Segunda Escuela de Chicago, especialmente con los estudios de Howard S. Becker (1953, 1963) sobre los músicos de jazz y fumadores de marihuana, y las investigaciones de Anselm Strauss y Barney Glaser (1967), fundadores de la *Grounded Theory*, se constata un renovado interés por los estudios de caso. En esta nueva época de auge, cabe mencionar también la contribución de los estudios sobre comunidades (*communities studies*) de la que han derivado investigaciones tan brillantes como la de William F. Whyte (1961) y la 'nueva etnografía' cuyos autores claves son Martyn Hammersley y Paul Atkinson (1983) y

James Clifford y George E. Marcus (1986). En la actualidad, esta estrategia de investigación se ha generalizado en los diferentes campos de las ciencias sociales.

El estudio de caso consiste en un examen comprensivo, sistemático y en profundidad de un fenómeno que tiene lugar en un marco espacio-temporal delimitado (Denny, 1978; García, 1991; Hamel et al., 1993; Rodríguez et al., 1996, Yin, 2003). A las cualidades de particularidad y profundidad, Yin (2003) añade una tercera, que esta investigación también cumple: la de la contemporaneidad con respecto al acto de investigación empírica.

Tal como indica Robert Yin (2003), el estudio de caso resulta idóneo para terrenos de campo donde el/la investigador/a tiene un limitado control sobre los eventos, principalmente cuando el objeto de estudio es un fenómeno contemporáneo que acontece en su cotidianeidad. En tales circunstancias se ha de hacer frente a situaciones diversas que implica trabajar con múltiples fuentes de evidencias (documentos, datos registrados en archivos, artefactos, entrevistas, observaciones). Esta estrategia de investigación requiere, por tanto, aplicar mecanismos de triangularización; esto es, utilizar distintos instrumentos técnicos en la obtención de datos y en su posterior análisis. En otras palabras, el estudio de caso es considerado una estrategia de investigación comprensiva (Stoecker, 1991) o método abarcador (*all-encompassing method*) (Yin, 2003): integra una lógica de planificación, técnicas de recogida de información y perspectivas de análisis de datos propias.

2. El estudio de caso como estrategia de investigación sociológica

En ciencias sociales, un número considerable de investigadores sostiene una visión jerárquica de las estrategias de investigación. A modo de ilustración, Merriam (1988) caracteriza el estudio de caso con los siguientes cuatro atributos: particularista, descriptivo, heurístico e inductivo. Del mismo modo, se afirma que las encuestas y las narraciones de historias vitales son apropiadas para la fase descriptiva, siendo los experimentos la única vía para formular argumentos

explicativos (e.g. Shavelson & Twones, 2002). Bajo este punto de vista, el estudio de caso es definido como una estrategia preliminar de investigación, considerada inservible para describir o contrastar proposiciones.

En concreto, tres han sido las razones alegadas para desdeñar la utilización del estudio de caso como estrategia de investigación en ciencias sociales. En primer lugar, se alega la falta de rigor metodológico con la que algunos investigadores han fundamentado sus conclusiones a la luz de los datos empíricos obtenidos. En segundo lugar, se cuestiona la potencia de esta metodología para formular generalizaciones teóricas. Finalmente, se descarta su utilización por el largo tiempo que implica y los masivos documentos, no siempre aprovechables, que genera. Si bien el estudio de caso es ciertamente una estrategia de investigación que implica una dedicación considerable de tiempo y energía, los dos primeros motivos de detracción del estudio de caso son contestables.

Sobre la supuesta falta de rigor metodológico, compartimos el punto de vista de Robert Yin (2003) al señalar la responsabilidad del y la investigador/a. Tal carencia de rigor no viene generada por la estrategia de investigación en sí, sino por la forma de proceder al aplicarla. La falta de rigor en la obtención, construcción y análisis de los materiales empíricos se vincula al sesgo que introduce la subjetividad del investigador y las subjetividades de los agentes sociales entrevistados (Hamel et al., 1993). En la superación de esta dificultad interviene la puesta en práctica de los distintos criterios disponibles, por el investigador/a para garantizar la calidad de la investigación. En este sentido, se ha de considerar, como en toda investigación social, las formas de construcción de validez interna, validez externa y fiabilidad (Tabla 2.1.). Sean cuales sean las decisiones que se adopten para garantizar la calidad de la investigación, ha de explicitarse el modo de producción de los materiales empíricos y el proceso de inferencia mediante el cual se forman las interpretaciones a partir del tratamiento de datos. La presentación del estudio debe permitir al y la lectora distinguir entre el dato, el marco analítico y la interpretación (Mays & Pope, 1996).

Tabla 2.1. Criterios de calidad en la investigación en Ciencias Sociales

Criterios	Procedimientos	Fase de la investigación
<p>Construyendo validez</p> <p>Diseñar medidas operativas para los conceptos a estudiar.</p>	<p>Uso de múltiples fuentes de evidencia. Establecimiento de cadena de evidencia. Informantes claves que revisen el informe.</p> <p>Reflexividad y autocrítica.</p>	<p>Producción de datos. Producción y análisis de datos.</p> <p>Composición – redacción.</p> <p>Todas.</p>
<p>Validez interna (veracidad)</p> <p>(Sólo estudios explicativos o causales)</p> <p>Establecer una línea argumentativa, donde se muestra que determinadas condiciones llevan a otras condiciones, previa distinción de las relaciones espúreas. Se trata de mantener una cadena de evidencia (vínculos explícitos entre la pregunta, el dato y las conclusiones) a fin de aportar credibilidad a los resultados del estudio.</p>	<p>Construir explicaciones. Considerar explicaciones rivales. Diseñar modelos lógicos.</p> <p>Reflexividad y autocrítica en la producción de inferencias.</p>	<p>Análisis de datos. Análisis de datos. Análisis de datos.</p> <p>Análisis de datos.</p>
<p>Validez externa (generalización)</p> <p>Establecer el dominio en que los resultados de un estudio son generalizables o transferibles a otros contextos.</p>	<p>Análisis crítico de la coherencia entre objeto a estudiar y el diseño metodológico. Análisis crítico de las potencialidades y limitaciones de las técnicas de investigación utilizadas.</p> <p>Uso de teorías en estudios de casos simples Replicación literal y teórica en estudios de casos múltiples.</p>	<p>Diseño de la investigación.</p> <p>Diseño de la investigación.</p> <p>Diseño de la investigación.</p> <p>Diseño de la investigación.</p>
<p>Fiabilidad (consistencia)</p> <p>Demostrar que los procedimientos de producción de información y su análisis son repetibles, con resultados similares.</p>	<p>Uso de un protocolo.</p> <p>Desarrollar un registro sistemático de los datos. Explicitar cadena de evidencia.</p>	<p>Producción y análisis de datos. Producción y análisis de datos. Análisis de datos; composición – redacción.</p>

Fuente: Adaptación de COSMOS Corporación (Yin, 2003: 34).

Por otra parte, el cuestionamiento de la capacidad del estudio de caso para generar explicaciones o teorías sociológicas suficientemente generales ha llevado a considerar esta estrategia de investigación como un estudio heurístico de tipo pre-científico, descartándolo como una forma de conocimiento inherentemente válido (Hamel et al., 1993). La distinción de Robert Yin (2003) entre generalización estadística (esto es, enumeración de frecuencias) y generalización analítica (expandir y generalizar teorías) arroja luz sobre esta cuestión: de forma análoga

a los experimentos de laboratorio, los estudios de caso no son generalizables a poblaciones o universos, sino que producen generalizaciones analíticas.

Asimismo, la capacidad de generalización analítica de esta estrategia de investigación se vincula a la representatividad de los casos seleccionados como escenarios empíricos para indagar sobre un fenómeno social determinado. Al respecto, Hamel, Dufour y Fortin (1993: 23, 37-38) señalan la idea de la representatividad sociológica, formulada bajo la expresión '*locating the global in the local*', como uno de los principios constitutivos del estudio de caso. Estos autores evocan la respuesta del matemático René Thom a la entrevista de Jean Petitot (Petitot, 1977:31; citado en Hamel et al. 1993:37) para ilustrar tal idea:

RT: The concept of singularity is important for a very basic reason. It is one of two tools a mathematician can use to go from the local to the global. Any deduction, in fact, requires a move from local to global. These two tools go in the opposite direction. The first, which goes from the local to the global, is that of analytical extension. We must recognize that all existing methods of quantitative prediction are ultimately based on it. The second tool, which goes from the global to the local, is specifically that of singularities. In singularity, a global being is concentrated within a point. It can be reconstructed through deployment or desingularization.[...] Yes, I believe that singularities are the skeletons of phenomena.

La singularidad no es un rasgo particular de un hecho, una especie o una cosa. Por el contrario, constituye la concentración de lo global en lo local. Al fundamentar la representatividad en el criterio sociológico resulta factible derivar explicaciones sobre las propiedades inherentes de los discursos y relaciones sociales producidas en una investigación empírica. De ahí que la decisión más crítica del proceso analítico radique en la selección del terreno de investigación. Por tanto, nuestra posición en la discusión sobre la capacidad heurística del estudio de caso para responder a cualquiera de los interrogantes que orientan la indagación en ciencias sociales (Qué? Quién? Por qué? y Cómo?) se alinea con los planteamientos de Wolcott (1992), suscritos también por otros autores avezados en metodología de la investigación cualitativa (Hamel et al., 1993; Rodríguez et al., 1996, Vallés, 1997; Yin, 2003): el estudio de caso es una estrategia de diseño de la investigación.

3. El estudio de caso múltiple en la atención a la salud mental de los cuerpos enajenados

Al componerse de varios casos únicos a la vez, el diseño de estudio de caso múltiple ofrece mayores garantías de cumplir con los criterios de calidad de la investigación en las ciencias sociales (Tabla 2.1). Tratándose del examen detallado de un ejemplo singular sobre un fenómeno social, el estudio de caso *único* difícilmente puede producir evidencias fiables a partir de las cuales derivar una generalización analítica capaces de aportar una explicación sociológica sobre el fenómeno. No obstante, resulta de gran utilidad en los estadios preliminares de una investigación de orden sociológico, en la medida que proporciona hipótesis a contrastar sistemáticamente con un número más extenso de casos (Abercrombie et al., 1992[1984]). Las informaciones extraídas de un estudio empírico con *múltiples* casos resultan más convincentes por la mayor credibilidad que ofrece la posibilidad de contrastar las evidencias entre casos. Igualmente, las inferencias derivadas de este diseño son consideradas más robustas al basarse en la lógica de la replicación (Yin, 2003). De forma sucinta, la replicación consiste en la contestación y contrastación de las informaciones producidas, con cada caso que se analiza. Se produce *replicación literal* cuando el proceso de contestación y contrastación de los datos se lleva a cabo identificando para cada caso, resultados similares. Por el contrario, si se obtienen datos contrarios por razones predecibles, estamos hablando de *replicación teórica*.

Tabla 2.2. Muestra teórica de los casos seleccionados

Casos	Modelo teórico-terapéutico	Oportunidades de acceso para la investigación
ECB1 Programa específico dirigido a la asistencia en salud mental de la población inmigrante, con o sin tarjeta individual sanitaria, independientemente del tiempo de residencia. Asistencia gratuita.	Aproximación teórico-terapéutica: psicopatológica de orientación transcultural. Equipo: psiquiatras (3), psicóloga (1) y enfermero (1).	Máximas: todas las propuestas por parte de la investigadora fueron aceptadas.
ECB2 Servicio específico dirigido a la asistencia en salud mental de la población inmigrante, con o sin tarjeta individual sanitaria, independientemente del tiempo de residencia. Asistencia gratuita. Unidad de investigación vinculada a un departamento universitario.	Aproximación teórico-terapéutica psicopatológica y psico-social basado en el modelo del 'Síndrome de Ulises'. Equipo: psiquiatras (1), psicóloga (1) y arte-terapeuta(1).	Favorables, aunque sin posibilidad de entrevistar a usuari@s (motivo alegado: falta de tiempo).
ECB3 Centro específico de reparación médico-psico-social para víctimas de violación de los Derechos humanos y de torturas y víctimas de violencia organizada (religiosa, política, étnica) o inhumana (doméstica, violencia con niños). Asistencia gratuita.	Aproximación teórico-terapéutica: Psicoterapia de la tortura y el exilio, de orientación dinámica y sistémica. Equipo: neuro-psiquiatra (1), psicólogas (2) y trabajador social (1).	Máximas: todas las propuestas por parte de la investigadora fueron aceptadas.
ECB4 Servicio de asistencia psicopatológica para exiliad@s. Asistencia gratuita.	Aproximación teórico-terapéutica: Psicoterapia de orientación conductista. Equipo: psicóloga (1), trabajadora social (1).	Favorables, aunque sin posibilidad de entrevistar a usuari@s (motivo alegado: dificultad de que l@s usuari@s acepten participar), ni acceso a memoria de actividades (motivo: despiste del profesional sanitario).
ECP1 Centro universitario de ayuda psicológica dirigida a inmigrantes y minorías étnicas. Unidad de investigación vinculada a una universidad. Asistencia puntual y no gratuita.	Aproximación teórico-terapéutica: etnopsicoterapéutica con objetos activos. Equipo: número fluctuante de psicólog@s (en su mayoría), antropólog@s, expert@s en mediación lingüístico-cultural y psiquiatra (1), además de estudiantes en formación..	Mínimas: centro que ha suscitado gran controversia, no acepta personal externo; pero ofrece documentación detallada de su modelo.
ECP2 Servicio de psicoterapia para niños y adolescentes y de psiquiatría general de un hospital público. Centro universitario de ayuda psicológica dirigida a inmigrantes y minorías étnicas. Asistencia gratuita. Unidad de investigación en universidad.	Aproximación teórico-terapéutica: etnopsicoterapéutica decentrada y complementarista. Equipo: núcleo central de 19 miembros (psiquiatras, psicólogos, antropólogos y traductores) dirigidos por una psiquiatra, más visitantes puntuales (antropólog@s, sociólog@s, psiquiatras y psicólog@s).	Favorable: entrevista con directora y psiquiatra & participación activa en dos consulta con grupo de co-terapeutas.
ECP3 Asociación privada regida por la ley francesa de 1901, que realiza consultaciones de psiquiatría para refugiados y trabajadores inmigrantes no-francófonos, con o sin regularización administrativa. Asistencia gratuita.	Aproximación teórico-terapéutica: médico-psico-social, basada en las comunidades lingüísticas. Equipo: 6 comunidades lingüístico-culturales compuestas por una plantilla de 14 psiquiatras y 9 psicólog@s; 4 trabajadoras sociales, 5 secretarías, 1 contable, 1 director.	Máxima: todas las propuestas por parte de la investigadora fueron aceptadas.
ECP4 Consulta especializada con intérpretes dirigidas a las poblaciones del sur-este asiático en un centro ambulatorio de salud mental para adultos. Asistencia gratuita.	Aproximación teórico-terapéutica: psiquiatría transcultural. Equipo: psiquiatras (2), intérpretes intern@s (2), intérpretes extern@s.	Máxima: todas las propuestas por parte de la investigadora fueron aceptadas.
ECP5 Servicio psicoterapéutico de una asociación de lucha contra la tortura que asesora socio-jurídicamente y ofrece asistencia médico-psicoterapéutica a las víctimas de tortura y violencia política. Asistencia gratuita.	Aproximación teórico-terapéutica: psicoterapia de orientación psicoanalítica. Equipo: psicoanalistas (4), kinesiterapeuta (1), intérpretes extern@s (en función de la demanda).	Muy buena, aunque sin posibilidad de entrevistar a usuari@s (motivo alegado: fragilidad psicológica y vulnerabilidad de su estatus administrativo).

Fuente: elaboración propia, 2004.

Llegados a este punto, la cuestión esencial del diseño con múltiples casos recae en el número y el tipo convenientes de casos a seleccionar.

'The choice is made, assuring variety but not necessarily representativeness, again weighted by considerations of access and by hospitality, for the time is to short and [...] the primary criterion is opportunity to learn.' (Stake, 1994:244)

En este estudio, especialmente por tratarse de una investigación cualitativa, la representatividad de la muestra se basa primordialmente en un criterio de orden teórico. Tras una inmersión preliminar en el terreno a fin de identificar de forma extensiva los distintos dispositivos de atención a la salud mental en las que se trabaja específicamente con poblaciones de origen inmigrante y exiliad@s en París y Barcelona, se llevó a cabo una primera exploración del objeto de estudio. El estudio piloto buscaba familiarizarse con los distintos modelos de interpretación y tratamiento de la alteridad en salud mental, practicados en la actualidad. Igualmente, pretendía verificar la viabilidad de realizar estudio de caso en cada uno de los servicios identificados³. La decisión de trabajar con un diseño de nueve casos responde al interés por abarcar la máxima variedad de modelos teórico-terapéuticos practicados (criterio de representación teórica), dependiendo de 'las oportunidades para aprender' (Stake, 1994:244) brindadas por la dirección de estos centros y sus profesionales, así como por las habilidades y limitaciones de la propia investigadora (criterio práctico). La tabla 2.2 resume la muestra teórica del trabajo de campo.

En el transcurso de la investigación, uno sólo de los servicios escogidos se mostró de difícil acceso. En líneas generales, los profesionales responsables de los distintos programas analizados aceptan con entusiasmo participar en el proyecto de investigación. En cada uno de los centros, el rol de la investigadora fue negociado durante la primera visita y, en la mayoría de los casos, renegociado *a posteriori*. Estas renegociaciones *in situ* han ido siempre a favor de una mayor profundidad en la producción de los datos para investigación. La familiarización de l@s profesionales con la presencia de la investigadora en el centro de salud

³ Los resultados de este primer estudio se recogen en Lurbe i Puerto, K. (2002) *Incursión sociológica sobre la enajenación de l@s otr@s. Estudio sobre el tratamiento de la diferencia étnica en la salud mental*. Tesina. Dept. Sociología Universitat Autònoma de Barcelona. Dir. Dra. Carlota Solé Puig, 314pp.

mental y el creciente interés por el tema objeto de estudio facilitó extender el acceso a otros ámbitos del trabajo que se desarrollaban en estos servicios. A modo de ilustración, mi presencia en las consultas profesional-usuari@ en dos de los casos seleccionados surgió como iniciativa de l@ usuari@ en el ECP4 y de la psiquiatra en el ECP3 (con consentimiento explícito de l@s actores sociales que intervienen en las respectivas relaciones terapéuticas). Asimismo, l@s profesionales de los ECB1 y ECP3 me invitaron a observar sus sesiones de formación desarrolladas fuera del espacio físico de sus respectivos centros.

La autorización para acceder a los centros fue facilitada por una serie de motivos. En primer lugar, mi perfil de socióloga en un centro de salud mental es, de entrada, una garantía para l@s profesionales de la salud, que yo misma explicité al exponer el plan de trabajo, de mi desinterés por juzgar la bondad de las prácticas terapéuticas. En segundo lugar, en Barcelona, la oportunidad que representa la investigación como espacio de conocimiento de los centros de salud entre ellos y de reconocimiento de su actividad en un terreno más público (del campo universitario a la puesta en marcha de políticas sociales) ha contribuido a mi acceso a los centros. En París, el hecho de ser una investigadora que pone en relación dos Estados distintos, España y Francia, constituye un elemento de atracción. En todos los casos, se da un claro interés por dar a conocer el centro y sus actividades a una audiencia distinta y por la posibilidad de establecer relaciones internacionales de intercambio de información y de formación entre profesionales. Finalmente, pude percibir una colaboración de tipo filantrópica de apoyo a la doctoranda en su carrera académica. Al respecto, cabe señalar las numerosas recomendaciones bibliográficas y los artículos entregados por los propios profesionales a fin de enriquecer mi comprensión sobre su práctica terapéutica.

La negociación de la presencia y grado de participación de la investigadora en los distintos casos ha logrado mantener un equilibrio entre los objetivos del estudio, la disponibilidad de l@s profesionales y las posibilidades de l@s usuari@s de ser entrevistad@s. La relevancia de esta fase de preparación del terreno

ha sido esencial para proceder a una producción científica de forma ética. Literalmente,

'Los investigadores cualitativos son huéspedes en los espacios privados del mundo. Deben desplegar buenas maneras y un código ético estricto. Como la mayor parte de los trabajos cualitativos, el estudio de caso comparte un intenso interés en las visiones de las personas y las circunstancias. Aquellos cuyas vidas y expresiones son arriesgadas y pueden llevarles a situaciones embarazosas: pérdida de estatus, empleo o autoestima. Los temas concernientes a la observación y la realización del documental deben discutirse previamente. Deben sugerirse desde el inicio los límites a la accesibilidad y alcanzarse acuerdos.' (Stake, 1994: 244)⁴

Incluso en el estudio de caso donde el acceso fue mínimo (ECP1), la numerosa bibliografía existente sobre la práctica terapéutica allí desarrollada y los documentos disponibles en la página Web del centro enmendaron la situación. Como en cualquier estudio de campo, adaptación y flexibilidad en el diseño de la investigación empírica estuvieron a la orden del día. En consecuencia, el rol de la socióloga en la investigación empírica ha adoptado una modalidad diferente según las características singulares de los servicios ofrecidos. Siguiendo la clasificación de roles en función del grado de implicación en el campo propuesta por Junker (1960), la participación *in situ* de la investigadora ha tomado tres variaciones. En la mayor parte de los casos, la investigadora ha asumido el rol de observadora participante (ECB1, ECB2, ECB3, ECB4, ECP2, ECP5): la investigadora que participa en primera línea de las situaciones y actividades como parte de una estrategia para comprenderlas, es presentada como miembro externo de la institución. Sin embargo, en numerosas circunstancias, la investigadora ha experimentado ser parte de lo que estudia y un miembro de una 'categoría especial' tanto entre l@s profesionales, como de cara a l@s usuari@s. A modo de ilustración, el desempeño de tal rol se ha caracterizado por una movilidad libre por todas las dependencias del centro, el uso de una de sus habitaciones para realizar las entrevistas en profundidad y el continuo intercambio de impresiones con los profesionales y con los usuari@s más asidu@s. De cara a l@s usuari@s, presentarse como investigadora en el centro, si bien acordaba una clase distinta al de terapeuta, y obviamente al de usuaria, me englobaba en la categoría de 'l@s que intentan saber para mejorar la situación de l@s inmigrantes extracomunitari@s'. En dos de los casos (ECP3, ECP4), el rol de la investigadora correspondería

⁴ Traducción propia.

al del participante observador puesto que l@s profesionales de estos centros consideraron mi presencia como miembro de la institución. En el primer caso, la categoría asignada era la de 'stagiaire' vinculada a la consulta de lengua española e, invitada a las sesiones de formación y colaboradora en la organización del congreso europeo que realizaron en noviembre de 2003. En el segundo, mi presencia se definía como '*étudiante en stage*' del psiquiatra responsable de la consulta con pacientes procedentes de las antiguas colonias francesas en Asia. Por último, en los dos casos restantes, el rol de la investigadora se ha restringido al de observador completo: limitándose a observar el centro acompañada por l@s profesionales.

En concreto, cuatro factores moldearon la participación de la investigadora: a) la orientación terapéutica del profesional, b) el momento de trabajo interno de l@s usuari@s y su estado de salud, c) el carácter de atención continuada o provisional del servicio y d) la familiaridad del centro con 'observadores externos'. En primer lugar, l@s profesionales cuya práctica se basa en psicoterapias verbales, expresaron de partida su disconformidad a mi presencia en sus consultas, alegando las distorsiones que podrían ocasionarse en la transferencia terapéutica. Segundo, l@s profesionales participaron activamente en la selección de l@s usuari@s entrevistad@s. Tras conocer los objetivos de la investigación, l@s profesionales que facilitaron acceso a sus usuari@s primaron en su selección, el momento de trabajo interno y el estado de salud en que se encontraban ést@s. En tercer lugar, los servicios que ofrecen una asistencia continuada (seguimiento del desarrollo completo de la descompensación psicológica de l@s usuari@s) se mostraron completamente receptivos a la presencia continuada de la investigadora en las distintas secciones del centro y la interacción con sus usuari@s. Aquellos centros cuya intervención terapéutica se define por su carácter puntual y de emergencia, tal es el caso del ECP5 donde se trabaja exclusivamente las secuelas de la violencia y la tortura con demandantes de asilo político, delimitaron mis intervenciones alegando que era una forma de maximizar la protección a sus usuari@s. En el ECP1, el acceso a usuari@s se descartó al afirmar no hacer seguimiento clínico, sino intervención puntual previa petición de una institución.

Por último, en la mayor parte de los servicios habituados a recibir 'observadores externos' estudiantes en prácticas y profesionales visitantes (por ejemplo, ECB2, ECB3, ECP2, ECP3, ECP4, ECP5), la participación de la investigadora ha sido más desenvuelta, llegando incluso a diluirse como una actividad más dentro del centro. Aquí señalaría como excepción, ECP1 donde mi inmersión en el campo resultó finalmente imposible al no matricularme en el curso de postgrado que me proponían y, más importante, al ser un terreno vetado para investigadores externos a raíz de la gran controversia suscitada por los polémicos planteamientos de su anterior director, publicados en un diario de gran tirada nacional, en contra de las políticas de gestión de la inmigración y diversidad étnica por parte de la *Republique Française*.⁵

3.1. Técnicas de producción de datos empíricos y forma de su registro

A fin de aumentar la veracidad de los datos obtenidos y la fiabilidad de las inferencias, la obtención del material empírico se ha llevado a cabo por triangulación de las siguientes técnicas: a) la lectura analítica de diversas fuentes de documentación no sólo de los centros estudiados, sino también sobre los centros, así como de estudios secundarios y aportes teóricos sobre políticas sanitarias y políticas de inmigración; b) la observación directa y c) entrevistas en profundidad con profesionales y usuari@s. A continuación, se ofrece mayores detalles de cada una de estas estrategias de producción de la información, explicitando los modos de registro.

⁵ Aquí es relevante señalar las severas críticas publicadas por Didier Fassin, co-director de esta tesis, sobre el trabajo realizado en el ECP1 (Fassin, 1999, 2000a). Quisiera puntualizar que mi primer contacto con el ECP1, verano 2002, se realizó un año y medio previo a la firma de la cotutela. Ya en la entrevista con la secretaria de programas del centro eran explícitas las reticencias de aceptar 'observadores externos' por temor a suscitar nuevas controversias. En los sucesivos contactos vía telefónica y por e-mail, jamás se me negó el acceso de forma explícita. En todas ellas se me invitaba a inscribirme en el postgrado del centro y volver a llamar para concertar entrevistas con l@s profesionales. L@s profesionales alegaron siempre su falta de disponibilidad y la actual directora del centro, quien me citó por dos veces para entrevistarla, anuló a última hora los encuentros propuestos.

3.1.1. La investigación documental

Previa inmersión en el terreno fue necesario realizar una búsqueda exhaustiva de los documentos disponibles por Internet sobre los distintos casos seleccionados a fin de familiarizarse con la actividad de los centros y, más importante aún, de transmitir a nuestros *porteros*, desde el primer contacto y de una forma convincente, la relevancia de realizar parte del trabajo de campo en sus respectivos servicios⁶. Esta primera investigación documental facilitó también acceder a las publicaciones (artículos en revistas y libros), comunicaciones presentadas en congresos o conferencias, y escritos varios de l@s profesionales de los centros. Cabe mencionar que durante la inmersión en el terreno, numerosos profesionales han ofrecido sus propios artículos y libros a la investigadora a fin de completar la investigación documental. Este conjunto de documentación ha sido meticulosamente catalogado por cada uno de los casos seleccionados y ordenados en función de sus autores (Véase Anexo núm. 2). Asimismo, se recogieron las memorias de actividad de cada uno de los centros (salvo los casos ECP1 y ECB4). Estas memorias ofrecen información estadística sobre el volumen y tipo de la asistencia, el perfil socio-económico de usuari@s atendid@s, la relación de patologías diagnosticadas, y las distintas funciones que desempeñan los profesionales. El análisis descriptivo de estos datos no sólo permitió comparar la actividad clínica entre cada uno de los centros, sino que contribuyó a sistematizar la observación directa y perfeccionar el guión de las entrevistas en profundidad.

3.1.2. La observación directa

La observación directa es una técnica de generación de datos que resulta muy adecuada cuando se pretende enfatizar el estudio *in vivo* de los comportamientos, prácticas e interacciones sociales; en particular, si se desea estudiar los

⁶ Entendemos por porteros, las personas encargadas de facilitar/impedir el acceso al terreno de estudio de la investigadora. En esta investigación son las primeras personas con las que se ha mantenido contacto antes de la inmersión en el terreno. Sus consejos han sido de gran ayuda en la orientación de la investigación empírica, especialmente en referencia a cómo acceder a los informantes, a identificar quiénes pueden ser informantes-claves y quiénes, colaboradores y en debatir sobre cuestiones de interés para la tesis.

fenómenos en su marco de desarrollo espacial-temporal (estudio directo y contextualizado). Consiste en un:

“Procedimiento encaminado a articular una percepción deliberada de la realidad evidente con su adecuada interpretación, a fin de captarle el significado, de manera que, mediante un registro objetivo, sistemático y específico de la conducta generada de forma espontánea en un contexto determinado y sometimiento de este registro a una adecuada codificación y análisis, se obtengan resultados válidos dentro de un marco específico de conocimiento (Anguera, 1988, 6).

La observación (O) se representa mediante la ecuación $O=P+I$ donde ‘P es el sistema perceptivo del observador, que incluye sus metas, prejuicios, marco de referencia y aptitudes o bien la mediación de un sistema de observación (instrumento o herramienta utilizados para realizar o registrar la observación) e I representa la interpretación que el observador [la observadora] hace de lo observado’ (Rodríguez Gómez et al., 1996:150). Se trata de un procedimiento de recogida de datos orientado, planificado y selectivo en tanto que está guiado por el objeto de estudio, que en última instancia está condicionado por la sensibilidad perceptiva de la investigadora. Con la observación directa salimos de un razonamiento hipotético-deductivo para privilegiar la inducción, esto es, su cometido es la formulación de constataciones contextualizadas (Arborio & Fournier, 1999). Si bien, el uso de esta técnica de investigación presenta serias dificultades para generalizar los resultados obtenidos, su valor reside en que no sólo proporciona descripciones de los acontecimientos, las personas y las interacciones observadas, sino también un conocimiento experiencial (la vivencia, la experiencia y la sensación de la propia persona que observa) (Iñiguez, 2004).

Observar, es vivir con, o por lo menos, estar próxima, a tocar de manos; es mirar de cerca. Salvo si se opta por el disimulo (punto deontológico), es también exponerse (a la mirada, a la atención, a los comentarios, a las interpelaciones o a cualquier otra forma de trato social. [...] debe darse esta atención doble que es, por una parte, atención a la novedad, a lo desconocido (estar dispuest@ a dejarse sorprender por ella) y, por otra parte, atención a sí mism@ en tanto que extranjer@ respecto a dicha novedad [...] (Combessie, 2003 [1996]: 15)⁷

El interés por examinar intensivamente situaciones circunscritas radica en la intención de identificar, de primera mano, las prácticas e interacciones sociales, y de captar el escenario en el cual se desarrollan tales prácticas e interaccio-

⁷ Traducción propia.

nes. Con tal objetivo, se ha optado por practicar una observación participante de tipo moderada (Sparley,1980) puesto que, desde la doble condición de miembro y extraño, permite a la investigadora romper su posición de observadora silenciosa para mantener intercambios verbales con los actores a fin de acceder al significado que éstos mismos dan a su acción. De este modo, las hipótesis e interpretaciones sobre las relaciones de similitud o diferencia, de regularidad o excepción, de simultaneidad o sucesión entre los acontecimientos y las acciones, que la observadora va conformando en el transcurso de la observación, pueden contrastarse al pedir a los mismos actores aclaraciones sobre sus propias acciones o sobre la tipicidad o atipicidad de un acontecimiento o acción respecto a la cotidianidad del centro. De hecho, la observación directa ofrece innumerables ocasiones, dentro y fuera de los espacios escogidos, para formular preguntas sobre los sucesos y acciones percibidas. Toda conversación entre la investigadora y sus interlocutores en cada uno de los casos estudiados se ha considerado como una entrevista conversacional informal (Schatzman & Strauss ,1973)⁸.

Durante el estudio de casos, el perímetro de la observación participante se ha centrado en cuatro espacios de los centros, a distintas horas de la jornada laboral: la entrada principal, la recepción, la sala de espera y los despachos de consultas. Nuestra atención ha enfocado la información escrita referente a la alteridad de l@s usuari@s, difundida en las paredes de estas salas (pósteres, letreros indicativos en diversas lenguas y otros documentos informativos) y, el vaivén tanto de los de l@s usuri@s, como de l@s profesionales. Al utilizar esta técnica de investigación se ha buscado alcanzar una inmersión más profunda en el contexto, con dos propósitos: a) implicarse de forma más directa en las actividades que acontecen en el campo de análisis, observando a fondo dicha situación, b) alcanzar un conocimiento global de las actividades que realizan las personas, c) recoger información que resulta inaccesible para la entrevista y/o que a veces pasa

⁸ M. Q. Patton (1990) define la entrevista conversacional informal como aquella interlocución caracterizada por el surgimiento y formulación de las preguntas *in situ*, en la progresión del proceso de interacción entre entrevistador/a y entrevistad@. Acorde con L. E. Alonso (1998), la persona entrevistadora diseña la expresión y el estilo de las preguntas para cada individuo en particular.

desapercibida y d) potenciar la reflexión y la experiencia directa como fuentes de información que permiten comprender e interpretar la dinámica de lo que pasa.

Igualmente, se procedió a una serie de observaciones abiertas de la consulta profesional-usuari@ en dos centros (ECP2 y ECP4), previo consentimiento explícito de los actores implicados. En el primer de estos dos casos, mi posición de socióloga española diluida en el grupo terapéutico, multidisciplinar, coordinado por una psiquiatra me permitió observar la construcción de dos casos clínicos desde la práctica etnopsicoterapéutica. Si bien permanecí silenciosa durante la consulta, asistir a la reunión del equipo me brindó la oportunidad de contrastar mi lectura sobre los eventos observados con l@s terapeutas del grupo y la psiquiatra jefe. En el segundo caso, la observación de dos consultaciones psiquiátricas de orientación transcultural con dos usuarias de origen vietnamita me aportó información vivencial sobre el rol de la traducción lingüístico-cultural en el intercambio profesional-usuari@ en situaciones donde no se comparte una lengua común.

La información obtenida *in situ* mediante observación directa, se ha registrado en forma de notas observacionales de campo (Schatzman & Strauss, 1973), recogidas a mano en pequeños cuadernos⁹, anotando primordialmente los acontecimientos y acciones que captaban la atención de la investigadora por mostrarse coherentes con las interpretaciones derivadas de las evidencias obtenidas por las otras técnicas utilizadas (documentación, entrevistas en profundidad, entrevistas grupales), por desconcertar al resultar contrarios al esperado (Consúltese anexo num. 6, guía para la observación en los nueve casos estudiados). La observación también se ha planteado con una finalidad de interpretación exploratoria, al captar una serie de discursos que puedan ser posteriormente comprobados por otras técnicas. De la lectura de estas notas condensadas se ha elaborado

⁹ Las notas observacionales de campo son 'exposiciones sobre sucesos presenciados principalmente a través de la observación visual y auditiva. Contienen tan poca interpretación como sea posible, y son lo fiables que el observador pueda construirlos. Cada nota observacional representa un suceso considerado suficientemente importante para incluirlo en el stock de experiencia registrada, como porción de evidencia para alguna proposición no formulada aún o como atributo contextual.' (Schatzman & Strauss, 1973: 104).

el diario de campo¹⁰. Ordenado de forma cronológica por casos estudiados, el diario de campo recoge, junto a una descripción precisa de los acontecimientos, las personas y sus acciones y los contextos físicos, y al registro de las conversaciones informales, las notas de tipo teóricas y metodológicas (Schatzman & Strauss, 1973), así como las impresiones y vivencias de la observadora en forma de auto-análisis¹¹. De este modo, el diario de campo incluye interpretaciones, hipótesis y principios de análisis de lo observado. Mientras que el registro de la información obtenida mediante observación participante en la entrada principal, la recepción, la sala de espera y los despachos de consultas ha seguido el patrón propio de los sistemas de observación descriptivos (Rodríguez et al. 1996: 160-161)¹², el almacenamiento de los datos elaborados a partir de la observación en consultas profesional- usuari@ se ha regido por el modelo de sistemas narrativos (Rodríguez et al., 1996: 161-164)¹³. Sin lugar a dudas, la redacción del diario de campo se ha mostrado de gran utilidad para encauzar y orientar la investigación, así como para interpretar los datos ulteriormente. Mediante su redacción se ha buscado explicitar los acontecimientos, representaciones y sentimientos, así como las preguntas y las hipótesis surgidas en el terreno de campo. Como indica

¹⁰ Las notas condensadas son anotaciones tomadas en el momento o inmediatamente después de una sesión de trabajo de campo (Spardley, 1980).

¹¹ Las notas teóricas representan 'intentos auto-conscientes, controlados de derivar significado a partir de una o varias notas de campo. El observador en tanto que registrador piensa en la experiencia tenida, y hace cualquier declaración privada de significado que siente dará fruto conceptual. Interpreta, infiere, hipotetiza, conjetura; desarrolla nuevos conceptos, enlaza estos con los antiguos, o relaciona cualquier observación a cualquier cosa en este esfuerzo de momento privado de crear ciencia social.' Las notas metodológicas consisten en 'un comunicado que refleja un acto operativo completado o planeado: una instrucción a uno mismo, un recordatorio, una crítica de las tácticas propias (...) podrían considerarse como notas observacionales sobre el investigador y sobre el proceso metodológico mismo.' (Schatzman & Strauss, 1973: 104)

¹² Los sistemas de observación de tipo descriptivo (Rodríguez et al., 1996:161) se basan en la toma de notas breves durante la observación (palabras claves, nombres, frases entrecortadas, dibujos, claves simbólicas, esquemas). Estas notas sirven para la elaboración del diario de campo, donde se describen los hechos introduciendo comentarios e interpretaciones del observador. Estos comentarios e interpretaciones se diferencian de la descripción de los hechos mediante corchetes o paréntesis. Las normas de presentación del diario de campo que se ha seguido en esta investigación son: a) título resumen de una observación, b) con fecha y periodo de la observación, c) márgenes donde se incluyen comentarios del observador y d) párrafos monotemáticos.

¹³ El modelo de sistemas de observación narrativos (Rodríguez et al., 1996: 161-163) tiene por objeto describir detalladamente los fenómenos observados en su ocurrencia, explicar los procesos en curso e identificar y comprender patrones de conductas sin tratar de filtrar lo que ocurre de forma sistemática. En esta investigación, el registro de la información se ha compuesto por cuatro fases: a) el registro de incidentes críticos (información concreta sobre una cuestión de interés), b) el registro de muestra (registro de los acontecimientos en el acto), c) las notas de campo (informaciones, datos, fuentes de información, referencias, expresiones, opiniones, croquis) y d) el diario como documento de reflexión y análisis.

Jean-Claude Combessie (2003 [1996]) explicitar es una de las vías que conduce a la objetivación al permitir tomar los distintos elementos explicitados como objetos de análisis crítico.

3.1.3. La entrevista en profundidad dirigida

La entrevista como técnica de producción de información mediante la interlocución (esto es, siguiendo la lógica reactiva de pregunta-respuesta o estímulo-respuesta) establece una situación artificial de encuentro comunicativo entre entrevistadora e informantes. No consiste en un intercambio natural, espontáneo y libre, sino en una relación profesional de escucha activa y metódica (Bourdieu, 1993). El discurso resultante de esta interacción es una co-producción entre los actores comunicativos implicados, que se desarrolla en un contexto de relaciones de poder asimétrico. Dos elementos constituyen esta asimetría de poder: a) si bien el sujeto de la investigación tiene las respuestas, la dirección de la dinámica pregunta-respuesta está en manos de la entrevistadora puesto que ésta última siempre tiene la potestad de orientar la entrevista en función de sus intereses y b) la estructura social atraviesa el encuentro comunicativo. La entrevista, por tanto, no se da nunca en un contexto neutro y vacío.

En la entrevista de investigación social se recogen las representaciones, imaginarios y esquemas interpretativos de los sujetos interrogados, de forma directa desde estos protagonistas y actores sociales. Tiende a producir una expresión individual, pero precisamente porque esta individualidad es una individualidad socializada permite inferir generalizaciones respecto al objeto de estudio (Alonso, 1994). Evocando a Wright Mills (1981), Luis Enrique Alonso (1998:91) aporta una lúcida argumentación:

'las palabras son portadoras de significados en virtud de las interpretaciones dominantes atribuidas a ellas por la conducta social; las interpretaciones surgen de los modos habituales de conducta que giran en torno a los símbolos y son esos moldes sociales los que constituyen los significados de los símbolos'.

Entre sus diferentes modalidades, se optó por la entrevista en profundidad dirigida. Dos razones justifican esta elección. En primer lugar, la entrevista

en profundidad se fundamenta en dos supuestos que concuerdan con la orientación teórico-metodológica de la investigación: a) cualquier sujeto es portador de un conjunto de culturas y sub-culturas como resultado de sus condiciones objetivas de existencia y su trayectoria socio-biográfica y b) los universos simbólicos y esquemas de percepción del mundo pueden ser inferidos a través del relato de los actores sociales. En palabras de L. E. Alonso (1998: 73), la entrevista en profundidad trata de captar 'el habla desde el lugar social'. Este mismo autor afirma que en la práctica de la entrevista, 'el discurso aparece como respuesta a una interrogación difundida en una situación dual y conversacional, con su presencia y participación, donde cada uno de los interlocutores co-construye en cada instante ese discurso' (Alonso, 1998:78). De ahí que la entrevista sea leída de forma interpretativa: 'la información no es ni verdad ni mentira, es un producto de un individuo en sociedad que hay que localizar, contextualizar y contrastar' (Alonso, 1998:70).

Segundo, se trata de una técnica de interlocución flexible y dinámica, dirigida hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras' (Taylor & Bogdan, 1998:101). Las entrevistas en profundidad buscan escenificar un modelo de conversación entre iguales, en la que la persona entrevistadora trata de disminuir las asimetrías de poder a fin de crear un clima comunicativo de confidencialidad. Se trata de reducir al máximo la violencia simbólica que puede ejercerse a través de ella (Bourdieu, 1993). Con tal objetivo, la entrevistadora ha de manejar no sólo la interacción social de la conversación, sino también la interacción de las miradas, gestos, roles y discursos no verbales que configuran las micronormas de la comunicación (Alonso, 1998).

En la selección de las personas a entrevistar se han combinado los siguientes cuatro criterios: a) tener información relevante para el objeto de la investigación, b) ser accesibles física y socialmente, c) mostrar su disposición a participar en el estudio, y d) entre los interlocutores accesibles y dispuestos, ser los más capaces de comunicar la información con precisión (Gorden, 1975[1969]). En este sentido, ha primado escoger el máximo número del total de profesionales

que atienden a inmigrantes y exiliad@s en cada uno de los centros y un total de cuatro usuari@s, cuyas narraciones ofrecen información directamente relevante a los objetivos de la entrevista. De este modo, se ha realizado un total de 46 entrevistas en profundidad¹⁴.

Las entrevistas en profundidad han seguido una modalidad diferente en función del objetivo que perseguían. Por consiguiente, se optó por efectuar entrevistas de tipo focalizadas a l@s profesionales porque se pretendía captar, con un espacio limitado de tiempo, su orientación terapéutica al atender inmigrantes y exiliad@s, y su vivencia sobre el trabajo psicoterapéutico, de evaluación o de orientación con l@s usuari@s que desempeñan de forma cotidiana en el centro. En aquellos casos en que no se facilitó acceso a l@s usuari@s, l@s profesionales compartieron algunas de sus historias clínicas, dando detalles de la situación familiar y social de l@s usuari@s a l@s que se refieren. Cabe mencionar, finalmente, que con l@s profesionales cuya disponibilidad de tiempo para la práctica de la entrevista era insuficiente, se creyó conveniente complementar la información con una recogida de datos sobre la formación y trayectoria profesional mediante un cuestionario que autorellenaban (Véase Anexo núm. 3).

Por otra parte, con l@s usuari@s de los centros, la entrevista en profundidad tomó la forma de socio-biográfica; esto es, 'biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado' (Alonso, 1998:68), centrada en aprehender el relato del sujeto entrevistado sobre su historia migratoria, su estado de salud y su experiencia como beneficiari@ de los servicios del centro. L@s usuari@s me fueron presentad@s por l@s profesionales, quienes les escogieron en función de su estado actual de salud y, obviamente, a partir de la idea que est@s profesionales se hicieron sobre mi investigación¹⁵. Sin duda, entrevistar a l@s usuari@s de los centros se reveló como el te-

¹⁴ Véase anexo num. 2.

¹⁵ Para proceder con las entrevistas con l@s usuari@s de los centros seleccionados, reflexioné previamente sobre mis propios límites. Solicité a l@s profesionales, elegir las personas cuyas condiciones de salud eran propicias para participar en la investigación. Antes de encontrarme con l@s usuari@s, mantuve una entrevista preliminar con l@s profesionales quienes me exponían algunos de los detalles biográficos y su historial clínico. La lengua ha sido una frontera impasible para entrevistar en profundidad a aquellas personas que no hablaban ninguno de los idiomas que domino. Rechacé, por tanto, entrevistas con usuari@s con los

reno más sensible del trabajo de campo, no sólo por la carga dolorosa que los relatos de estas personas traen consigo, sino por el fuerte control que la investigadora ejerció sobre sí misma en la práctica de tales entrevistas a fin de: 1) dotar al encuentro de una atmósfera de confianza tal que permitiera una apertura de la persona entrevistada sin el sentimiento de estar bajo una mirada enjuiciadora, ni paternalista, sino como un actor social cuyo testimonio es de valor heurístico y 2) tomar distancia en el acto para minimizar los efectos de dolor que causa la escucha de los relatos de sufrimiento y aflicción. A fin de vigilar el impacto de la eclosión de esta carga emocional, con el objetivo de disminuir sus interferencias en la proporción de información, se ha puesto en práctica la segunda de las *ruptures épistémologiques* de Pierre Bourdieu. Esto es, el esfuerzo consciente por identificar nuestras propias prenociones, creencias y sentimientos, cuestionarlos vía deconstrucción y, finalmente, suspenderlos para lograr una mayor empatía y comprensión de la experiencia de las personas entrevistadas. Igualmente, esta *rupture épistémologique* (Bourdieu & Wacquant, 1992) proporciona a la persona investigadora una especie de escudo emocional protector que por un lado, trata de disminuir los efectos de posibles malestares emocionales (estrés, ansiedad) y por otro, evitar a la persona investigadora imponer cualquier juicio moral a las entrevistadas.

Las entrevistas realizadas individualmente con l@s profesionales y l@s usuari@s han seguido un guión temático con preguntas semi-estructuradas (Véase Anexos núm. 4 y 5). Esta modalidad de guión facilita un discurso de tipo estímulo – respuesta, ‘sin esperar la respuesta objetivamente verdadera sino subjetivamente sincera’ en la que a cad@ entrevistad@ se le formula un conjunto de preguntas, cuyo orden y formato se adapta al hilo discursivo del mismo acto de la entrevista y trata de ajustarse al universo lingüístico del entrevistad@ (Ruiz Olabuénaga, 1996:170). La entrevistadora controla el ritmo de la entrevista en función de las respuestas abiertas que ofrecen l@s entrevistad@s. De este modo,

que la comunicación parecía imposible. Estas situaciones representan, en tanto que socióloga, la experiencia en mi propia carne de los obstáculos de la lengua no-compartida. En una entrevista con una de las usuarias del ECP4, en la cual la comunicación era particularmente difícil, se presentó un golpe de suerte: la persona solicitó al doctor si podía presenciar su consulta, pues el hecho de que estuviera la intérprete podría ayudarme a complementar y rectificar mis notas.

se trata de establecer una relación dinámica en que, por la misma lógica comunicativa, los temas vayan generándose acordes con el tipo de sujeto entrevistado, arbitrando un primer estímulo verbal de apertura que inicia la dinámica de la entrevista.

Las entrevistas contaron con el consentimiento informado y explícito de cada una de las personas entrevistadas. Previo a su realización, durante la fase del contrato comunicativo, tras comentar los objetivos de la investigación y enfatizar el interés de su participación, se expone a l@s entrevistad@s que se garantiza el anonimato de las informaciones que comparten con la entrevistadora mediante el uso de códigos y pseudónimos para enmascarar los nombres propios que se citen. Además, se insiste en el carácter voluntario de su participación, esto es, el derecho de poner término a su colaboración en el momento en el que lo consideren oportuno, sin conllevar consecuencia alguna. Con la excepción de d@s usuari@s que tenían dificultades para expresarse en francés, todas las demás entrevistas de investigación fueron registradas mediante grabación magnetofónica¹⁶.

Las entrevistas con l@s usuari@s se han revelado, sin lugar a duda, como el terreno más delicado de la investigación empírica. Al respecto, no sólo apuntamos la cuestión de hacer emerger un sentimiento desagradable que se revive al recordar algunas experiencias evocadas en el momento de la entrevista de investigación, sino también el riesgo de decepcionar las expectativas que pueden hacerse personas muy fragilizadas por sus condiciones de vida y sus estados de salud y escasamente valorizadas como sujetos sociales, al devenir actores con voz y ser escuchados en un centro donde acuden para obtener una mejoría en su estado de salud y condición humana. Al realizar entrevistas en los centros de salud mental donde son tratadas, la confusión con una entrevista terapéutica y

¹⁶ Las personas entrevistadas se mostraron de acuerdo a ser grabadas al comprender que la alternativa de tomar notas suponía una pérdida de detalles y un mayor riesgo de producir información equívoca y tergiversar las respuestas; además de implicar desacelerar el ritmo de la conversación y afectar la espontaneidad y fluidez del relato de la persona entrevistada.

clínica es más que probable¹⁷. Igualmente, la entrevista de investigación puede confundirse con la realizada por l@s trabajadores sociales, cuyo objetivo es valorar la situación socio-económica del sujeto a fin de realizar una demanda para la obtención de una determinada prestación social. Consciente de ello, al inicio de toda entrevista se explicitó el *oficio de socióloga* de la entrevistadora, quien les explicó, además, que la entrevista en profundidad tenía por cometido principal reunir una serie de testimonios para la elaboración de la investigación. Asimismo, se ha tratado de dar a la entrevista un carácter conversacional a fin de enfatizar la diferencia respecto a las entrevistas con sus terapeutas o al tramitar procedimientos administrativos. Esta estrategia representa también un medio de distanciamiento con un tipo de interlocución susceptible de evocar interrogatorios policiales que algun@s entrevistad@s han sufrido¹⁸.

Al finalizar las entrevistas, a micrófono cerrado, l@s usuari@s confían siempre las motivaciones que les han llevado a participar en la investigación: un acto de agradecimiento hacia sus terapeutas, una limitada defensa contra su soledad y, el hecho de aprovechar la oportunidad de charlar y ser escuchado. Igualmente, subyace el rol que juega la doble pertinencia lingüístico-cultural de la entrevistadora a la hora de construir un espacio de significados compartidos entre interlocutores, que, en concomitancia, dota de mayor calidad la práctica de la entrevista. El universo de significados en común, base imprescindible para la comunicación intersubjetiva, se fundamentó en el mínimo común denominador de las *identidades ambivalentes* que surgen al ser simultáneamente partícipes de dos sociedades socio-culturalmente diferenciadas. Además de constituir una

¹⁷ L. E. Alonso (1998: 76) distingue claramente la entrevista terapéutica y la entrevista de investigación social de la siguiente manera: 'la entrevista de investigación pretende, a través de la recogida de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo. La entrevista clínica o terapéutica tiene un propósito casi opuesto, favorece a través de la construcción de un discurso y unas prácticas discursivas -en una serie de juegos relacionales entre paciente y terapeuta, planteados por escuelas tan diferentes como la de Palo Alto, el psicoanálisis, o la psicoterapia basada en el cliente de Carl Rogers, entre otras)- un saber privado capaz de estructurar y estabilizar una determinada acción personal'.

¹⁸ En referencia a los centros de atención a la salud de víctimas de la violencia política, decidí no proceder a ninguna entrevista con personas que no estuvieran en una fase suficientemente avanzada en su elaboración de lo vivido y en su trabajo de toma de confianza respecto al otr@. Aquí, la curiosidad de la socióloga alcanza el límite de intrusión en la vida privada de las personas y topa con las expectativas y los temores de la persona que se abre desvelando vivencias y sentimientos durante largo tiempo enterradas en el silencio.

oportunidad para recoger o detectar algún tipo de información no expuesta durante la entrevista, esta *post-entrevista* (Vallés, 1997) tiene por cometido convidar a la persona entrevistada a charlar amigablemente para aliviar las tensiones que pueden surgir por el acto de dar información sobre una misma y su propia vida, y para que guarde un placentero recuerdo del encuentro. En la investigación, la entrevista se ha revelado como un instrumento de gran utilidad para el aprendizaje sobre acontecimientos y actividades, así como sobre sentimientos y opiniones, que no pueden ser observados directamente. Igualmente, ha permitido una mayor eficiencia en el tiempo dedicado al trabajo empírico.

A parte de estas entrevistas individuales con profesionales y usuari@s, se ha llevado a cabo tres entrevistas en grupo de tipo conversacional: una con el equipo de profesionales del ECB1, y otras dos en el ECP3 con los profesionales de la consulta Magreb y con los de la consulta hispanohablante. Dichas entrevistas grupales han tenido por objetivo la puesta al día por parte de l@s profesionales de la actividad de la investigadora en el centro y el intercambio de opiniones y comentarios sobre los resultados de la investigación en el centro. El registro de estas entrevistas se ha realizado por anotación (notas condensadas).

4. El marco de análisis de los datos generados¹⁹

Por análisis de los datos entendemos el procedimiento de operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre las unidades informativas extraídas del proceso de indagación empírica, con el fin de extraer significado relevante en relación con el objeto de estudio. Es un proceso de examen sistemático de un conjunto de unidades informativas para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo (Rodríguez Gómez et al., 1996). Mediante este procedimiento analítico tratamos de conocer mejor la realidad estudiada a través de su descripción y comprensión avanzando hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos. En concreto, la triangulación de

¹⁹ Véase Anexo num. 7.

las tres técnicas de producción de datos ha generado, por tanto, un conjunto diverso de observaciones y registros sobre la vida cotidiana en cada uno de los servicios, de tres tipos: resúmenes de documentos, anotaciones escritas y entrevistas en profundidad y sociobiográficas transcritas. La información resultante ha sido tratada mediante el análisis de contenido categorial temático. Básicamente, el análisis de los datos cualitativos con el que hemos optado proceder consiste, contando con la participación exclusiva de la persona investigadora, en la organización conceptual de la información extraída a lo largo del trabajo de campo sobre la base de categorías significativas, primando pues el contenido de dichas categorías y su interpretación, y no las frecuencias de los códigos. El procedimiento para obtener análisis integrados a partir de esta variedad de fuentes de información y documentación estuvo apoyado por el programa para análisis cualitativo de texto Atlas.ti versión 4.0.

El análisis de contenido de los datos cualitativos se fundamenta en cuatro acciones concretas, i.e. extraer, identificar, sintetizar y clasificar. En un primer momento, los datos textualmente registrados han sido subdivididos en fragmentos de tal forma que a la pregunta *¿de qué trata el pasaje?* podamos responder mediante una palabra o un título muy breve. Estas palabras o frases identifican las unidades temáticas elementales del texto. Tras aislar las unidades temáticas distinguiendo los temas y subtemas se han clasificado los distintos fragmentos en las carpetas temáticas correspondientes o categorías²⁰, siguiendo el criterio de analogía; es decir, considerando las similitudes y diferencias entre las distintas unidades en función de los códigos/criterios preestablecidos según las dimensiones de los objetivos de la investigación. La tarea analítica ha consistido, por tanto, en aislar las unidades significativas (temas) abstraídas de su contexto original para efectuar un ejercicio comparativo. Aislar y abstraer constituyen pues, la primera etapa de la comparación en tanto que dan pie a discernir diferencias y

²⁰ Cabe mencionar que la elaboración de categorías se ha llevado a cabo siguiendo los siete criterios recomendados por Ruiz Olabuénaga & Ispizua (1989:197): pauta única de clasificación, exhaustividad, delimitación de categorías mutuamente excluyentes, significativas (esto es, capacidad descriptiva y significativa suficiente), claridad (en el sentido de no ambigüedad), replicabilidad y parsimonia (reducción del número de categorías al mínimo necesario).

similitudes; establecer, por tanto, relaciones (Combessie, 2003 [1996]). Al clasificar las distintas unidades temáticas elementales en las categorías, se ha identificado claramente la fuente de cada una de estas unidades. En el caso de los datos obtenidos vía observación se organiza la información según el centro de atención a la salud mental (e.g. ECB1, esto es, estudio de caso en Barcelona número 1). Para la información obtenida vía entrevista en profundidad, se identifica la persona entrevista mediante un código (e.g. *ECB1Psig1* en el caso de la primera persona psiquiatra entrevistada en el estudio de caso en Barcelona número 1). Seguidamente, la puesta en relación de las unidades significativas conlleva un trabajo de síntesis: *"Passer en revue" une pluralité de relations et en dégager quelque ordre, c'est faire, au sens propre du terme, œuvre de théorisation'* (Combessie, [2003] 1996: 54)

El proceso de codificación y análisis de las unidades significativas fue ejecutado de forma consecutiva y recursiva. Es decir, las categorías no quedaron totalmente definidas hasta lograr revisar toda la base de los datos textualmente registrados y darle coherencia con los planteamientos teóricos y hallazgos de la revisión bibliográfica. Este proceso de codificación y análisis se subdivide en las siguientes tres etapas:

- a) Fase de organización del material empírico: La operacionalización del marco teórico-conceptual delimita los ejes analíticos para interpretar los datos y efectuar el análisis.
- b) Fase de codificación: Tras la fragmentación del texto y del establecimiento de unidades con significación semántica, se han catalogado las diferentes unidades de forma contingente para facilitar que la investigadora no pierda el sentido de los diferentes fragmentos.
- c) Fase de categorización: Se han organizado las unidades en base a los temas/criterios elaborados para posteriormente, depurar la información considerando la congruencia de las categorías, la nivelación semántica (principio de equivalencia), la fiabilidad (verificación de la adecuación de las categorías establecidas a los objetivos) y la generatividad (el sistema de categorías da una nueva visión de los datos) (Véase anexos 4, 5, 6).

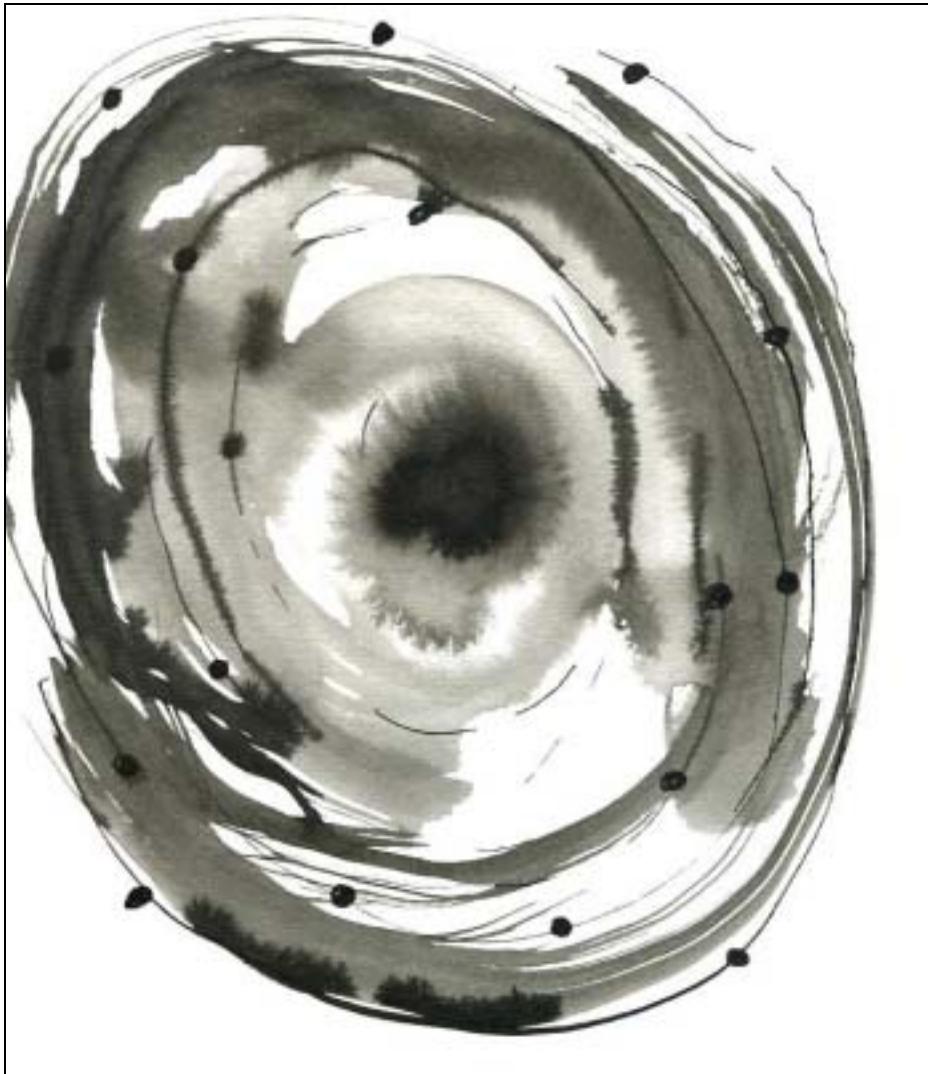
En el transcurso del proceso analítico, se ha realizado una reflexión crítica sobre la situación de generación de la información (Véase anexo núm. 8). En este

sentido, se examinaron: los condicionamientos de la información generada (nivel referencial), el modo en que se gestó (nivel modal) y la dinámica del proceso de investigación empírica (ritmos y movimientos del discurso). Este auto-análisis sobre el contexto del texto ha procedido en base a tres fases: a) el *acto del yo*, o los condicionantes vinculados a la actuación del sujeto investigador; b) *el acto de lo observado/entrevistado/leído*, o los condicionantes que derivan de la fuente de información y c) *el acto de la estructura*, o el contexto social donde se ha producido la información²¹. Respecto a este último *acto*, se ha puesto énfasis en el hecho de que los actores expresan sus opiniones y deseos desde posiciones que implican intereses situacionales. Ello nos ha llevado a examinar las constricciones institucionales, sociales y administrativas que posibilitan u obstruyen la realización de estos actos de habla. Esta tarea responde, asimismo, a uno de los imperativos de la investigación cualitativa en ciencias sociales: analizar las posiciones sociales de las fuentes de información a fin de situar, objetivar el punto de vista a partir del cual se elaboran las informaciones y las representaciones que se hacen de sí mismos como fuente de información (Cicourel, 1964).

²¹ Este proceder analítico está inspirado en los planteamientos teóricos-metodológicos hermenéuticos del sociólogo Rainer Zoll (1991-1992).

SEGUNDA PARTE

**LA GESTIÓN DE LA ALTERIDAD EN LOS
SISTEMAS SANITARIOS FRANCÉS Y ESPAÑOL:
LAS LÓGICAS DE EXCLUSIÓN-INTEGRACIÓN &
LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LOS CUERPOS
ENAJENADOS**



Swirl, 2004. Miles Hall

CAPÍTULO III

LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS CUERPOS EXTRACOMUNITARIOS EN EL SISTEMA SANITARIO: VACIOS LEGALES QUE EXCLUYEN Y DIFERENCIAS QUE DISCRIMINAN

El acceso se ha convertido en la etiqueta o símbolo general para la realización y el avance personal, de forma tan poderosa como la idea de democracia lo fue para generaciones previas. Es una palabra con gran carga simbólica, llena de significación política. Después de todo, el acceso es algo que hace referencia a distinciones y divisiones, que se refiere a quién está incluido y a quién queda excluido. Rifkin, 2000.

La salud es un revelador particularmente sensible del orden social y político de una formación social determinada. Por un lado, las relaciones sociales se inscriben en los cuerpos produciendo desigualdades en salud y, por el otro, las instituciones políticas organizan la protección, prevención y atención sanitaria, esto es, las políticas de salud pública (Fassin, 1997). Al ser la salud, manifestación de las relaciones de poder entre heterogeneidades, cabe analizar los efectos que la estructura social, las prácticas sociales y la legislación ejercen en la salud de los cuerpos de origen extracomunitario y su accesibilidad a los sistemas sanitarios francés y español. La constatación de que la universalización de una política social no es la garantía de igual acceso a los servicios que presta (Adelantado et al., 2002) encuentra aquí un ejemplo paradigmático. Si bien Francia y España han implantado sistemas sanitarios distintos en cuanto al modelo de racionalización de los recursos sanitarios, ambos países han implementado políticas de extensión de la cobertura médica pública. La tabla 1 ofrece una síntesis de los principales elementos caracterizadores de ambos sistemas sanitarios.

TABLA 1. ELEMENTOS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS	MODELO FRANCÉS	MODELO ESPAÑOL
Principios básicos que rigen los distintos modelos	<p>Adaptación del modelo bismarckiano¹ con introducción de cobertura médica universal y ayuda estatal a la enfermedad a personas no aseguradas.</p> <p>Régimen de seguro obligatorio por enfermedad (Seguridad social) basado en la afiliación socio-profesional y en la residencia estable y regular (Cobertura Médica Universal; CMU); y de protección complementaria mutualista</p> <p>Aide Médicale d'Etat (AME): ayuda de duración limitada y renovable de orden asistencial para l@s no cubiert@s por la CMU.</p>	<p>Adaptación del modelo beveridge² con implementación de políticas de privatización de la provisión de la atención sanitaria e incentivación a l@s usuari@s contratar cobertura complementaria, principalmente seguros médicos privados.</p> <p>Sistema Nacional de Salud.</p>
Atribución del derecho al acceso a los recursos sanitarios públicos	<p>- Obtención de la <i>Carte Vitale</i> Asalariad@s y asimilad@s (con derivación de derechos a familiares a cargo del titular); residentes comunitari@s, pensionistas, desemplead@s, beneficiari@s de las prestaciones sociales (API, AAH, RMI); estudiantes, ministros de cultos y miembros de comunidades religiosas, detenidos y doble criterio de la residencia estable y regular en Francia y DOM.</p> <p>-Obtención de la AME: persona extranjera viviendo habitualmente en Francia sin poder demostrar residencia estable y regular.</p>	<p>- Obtención de la Tarjeta Individual Sanitaria: Ciudadanía española y residentes comunitari@s (Derivación de derechos a familiares a cargo del titular: pareja, descendencia, hermanos, ascendencia) y, condición de minoría de edad y empadronamiento para extracomunitarios/as.</p> <p>- Extracomunitari@s no empadronad@s pueden acceder a los servicios de urgencia médica y atención materno-infantil para mujeres en gestación.</p>
Organización en la gestión de los recursos sanitarios públicos	<p>La organización del seguro médico y de la ayuda médica se constituye de forma piramidal desde las cajas departamentales y cajas regionales, a las cajas nacionales de seguro por enfermedad, ubicadas en París.</p>	<p>Descentralización por Comunidades Autónomas, división administrativa en regiones, sectores y áreas básicas de salud.</p> <p>Implantación de los casi-mercados (incorporación de instrumentos de gestión empresarial).</p> <p>Separación de las funciones de financiación y compra de servicios en relación con las funciones de gestión y la provisión de servicios sanitarios.</p>
Mecanismos de financiación de los servicios sanitarios públicos	<p>En su mayor parte por cotizaciones patronales y asalariales y, desde 1991 también mediante la Contribución Social Generalizada (CSG), impuesto sobre los ingresos por la actividad (Funcionari@s, asalariad@s, autónom@s sean activos o jubilad@s) y los reemplazos, las rentas de patrimonio, emplazamiento bursátiles y juegos de azar (cubre el coste de la atención sanitaria de las personas que no cotizan).</p>	<p>Impuestos generales.</p>
Acceso al tratamiento médico de los servicios sanitarios	<p>Libre elección del médico generalista (médecin de ville); desde 2004 restringido a un médico de referencia / Acceso directo y libre al especialista / Libre elección de hospitales públicos y concertados.</p> <p>Pago adelantado de los honorarios por l@s usuari@s, reembolso por la CAM según la tarifa fijada por el Estado. Excepciones cuando el/la usuari@ carece de recursos y/o padece de enfermedades graves o crónicas (CMU complementaria y AME exoneran pago por adelantado y otorga gratuidad de los cuidados).</p> <p>Participación del asegurad@ (ticket moderador): 30% atención ambulatoria, 25% consultas externas en hospitales, 20% cuidados hospitalarios. 4 personas sobre 5 tienen cobertura complementaria, generalmente, mutua.</p>	<p>Libre elección de un/a médico de familia, un/a ginecólog@ y un/a pediatra de entre l@s convenidos (límite del cupo de pacientes por médico) / Acceso a l@s especialistas del servicio público por derivación del médico de familia (excepto ginecología y pediatría) / Imposición del centro hospitalario dependiendo del lugar de empadronamiento.</p> <p>Asistencia médica gratuita en el circuito público de atención sanitaria, pero pago íntegro de los gastos sanitarios de servicios no comprendidos por la sanidad pública.</p> <p>Cobertura complementaria generalmente por seguro médico privado.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MISSOC Sistema de información mutua sobre la protección social en los países miembros de la UE y del EEE, 2004.

¹ Tomando el nombre del canciller alemán Bismarck, la puesta en funcionamiento de este modelo data de 1883 y básicamente, consiste en regímenes obligatorios de seguro de enfermedad fundados sobre la base de una afiliación profesional, y financiados por las cotizaciones patronales y salariales.

² Este modelo, que se instaura en el Reino Unido de la mano de W. Beveridge durante la década de los 40s, se define por el establecimiento de un monopolio de la salud pública. A diferencia del modelo bismarckiano, no se trata de un seguro obligatorio vinculado al empleo, sino de un sistema universal de protección social, sin afiliación, cubriendo los mismos riesgos que la seguridad social bismarckiana: accidentes de trabajo, enfermedad, envejecimiento, invalidez y garantías de recursos a los individuos más desfavorecidos. Su financiamiento parte de los impuestos estatales.

No obstante las diferencias en cuanto a la racionalización de los recursos sanitarios, al igual que el resto de los Estados miembros de la Unión Europea, los gobiernos de Francia y de España actualmente tienden a escoger equilibrios entre la contención del gasto público, la preservación de una cobertura más o menos universal y el principio de igualdad en el acceso de los cuidados. Así, encontramos, a pesar de las variaciones en la cartera de recursos sanitarios ofertados por los distintos sistemas de salud y en la atribución del derecho a acceder a dichos recursos, un mínimo común denominador: la combinación de medidas asistenciales para los sujetos de derecho más desfavorecidos (con diferentes grados de cobertura y accesibilidad según el país), con un seguro para los no desfavorecidos y sistemas de previsión para aquellos que desean garantías más completas y mejor adaptadas a sus necesidades y poder adquisitivo (Lambert, 2000).

Dicho esto, cabe hacer mención del diferencial de gasto público en salud pública entre Francia y España. El estudio comparativo de Navarro y Quiroga (2003) sobre la protección social en la UE-15 muestra que en materia sanitaria (datos del EUROSTAT para el año 2000)³: 1) mientras que en España, el gasto sanitario público como porcentaje del PIB está por debajo del promedio de la UE-15, Francia lo supera en una décima (5,8% para España, 8,2% para Francia *versus* 7,2% para UE-15), 2) el gasto sanitario por habitante en España (medido en unidades de compra) es el más bajo de la UE-15, después de Grecia y Portugal; siendo la diferencia entre España y la UE-15 de 547 unidades de compra; en cambio, Francia supera el promedio europeo en 247,9 y 3) en el transcurso de los años noventa, el gasto sanitario por habitante en España ha crecido más lentamente que en la UE, ocasionando un aumento del gasto diferencial. Es más, insisten los autores, “El problema es incluso mayor puesto que, como consecuencia del gran poder de la industria farmacéutica en España, el 20% del gasto

³ El Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social de EUROSTAT define la protección social en materia sanitaria contemplando las partidas enfermedad y atención sanitaria, incluyendo: prestaciones de mantenimiento de la renta y ayuda en efectivo a causa de una enfermedad física o mental, con la excepción de los casos de invalidez, como así también la atención sanitaria destinada a conservar, restablecer o mejorar el estado de salud de las personas protegidas.

sanitario es en farmacia, con lo cual, si descontamos este 20% del 5.8%, nos resulta que el gasto público no farmacéutico es sólo un 4.64% del PIB, el más bajo, y con mucho de la UE-15” (Navarro & Quiroga, 2003:9).

Una mirada a la atención sanitaria de los cuerpos extracomunitarios evidencia que la materialización del derecho a la salud enunciado por las Naciones Unidas sigue siendo una asignatura pendiente. El Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos manifiesta que todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida tal que garantice un buen estado de salud y bienestar, tanto para sí mismo, como para su familia. Este derecho universal a una vida en salud trasciende una concepción de la salud reducida a la ausencia de enfermedad y al acceso a los sistemas de cuidados hegemónicos y, por tanto, implica, a su vez, poder disfrutar de aquellos elementos que posibilitan una vida en completo bienestar físico, mental y social (por ejemplo, comida, vestido, vivienda, trabajo, educación, formación intelectual, ocio, medio ambiente sano, etc.). Tanto en Francia como en España, los cuerpos extracomunitarios son los primeros en ser sacrificados por las políticas de contención del gasto público y, en concomitancia, ponen de manifiesto la quiebra del principio universal y el principio de igualdad en el acceso de los cuidados.

Tomando como perímetro de observación los sistemas sanitarios francés y español, este capítulo trata de dilucidar las lógicas de exclusión y prácticas de integración que operan respecto a los cuerpos de origen extracomunitarios. En un primer lugar, presenta los distintos regímenes de exclusión en la atención sanitaria para, a continuación, identificar los distintos obstáculos que estructuran las oportunidades de acceso y uso de los recursos sanitarios. Seguidamente, indagamos en las formas en que paulatinamente los sistemas sanitarios han ido extendiendo la cobertura pública sanitaria a los cuerpos extracomunitarios. Tanto en Francia como en España, este proceso integrador se ha regido por una doble lógica: la estatalización del acceso a la atención de la salud de los *cuerpos administrativamente reconocidos como regulares* y la comunitarización de los cuidados a la enfermedad de los *cuerpos exceptuados*.

1. La accesibilidad a los recursos sanitarios públicos

Abordar la cuestión de la accesibilidad requiere dilucidar el proceso de distinción y división que opera en la delimitación de la población a la que se le atribuye un beneficio. En el caso que nos ocupa, este beneficio radica en el derecho a utilizar los recursos sanitarios financiados por el sector estatal. Dada la naturaleza limitada de estos recursos, toda formación social se vale de una serie de criterios de identificación colectiva (lengua, posición social, religión, la identidad étnica, etcétera) para legitimar la restricción del acceso a recursos materiales y oportunidades sociales para los miembros de un determinado grupo social, en detrimento de la exclusión de los que no son identificados como miembros de este grupo (Parkin, 1979). La idea weberiana de '*Tendenz zur monopolistischen Abschließung nach außen*' (Weber, 1969 [1922]) expresa magníficamente las lógicas de integración - exclusión que responden al proceso de cierre monopolizador que *l@s established* ejercen con respecto al exterior, esto es, *l@s outsiders*. La definición de los criterios de acceso al sistema público de atención a la salud actúa como un potente desenmascarador de las relaciones entre heterogeneidades. Acorde con Norbert Elias (1965), este proceso de distinción y división no es un fenómeno abstracto, sin actores, una fatalidad vinculada a la entrada en un mundo regido por una economía mundializada. En el estudio sobre Winston Parva (Elias & Scotson, 1965), un grupo claramente excluye a otro, demostrando por tanto, que la exclusión se inscribe en las relaciones micro-sociales de poder. De este modo, es factible identificar, nombrar *l@s* que integran-excluyen, al tiempo que es posible explicar los mecanismos más estructurales que generan la negación de relaciones simétricas entre heterogeneidades, las cuales originan lógicas exclusógenas.

Como bien argumenta José Manuel Freire (1993) 'La igualdad de acceso es una condición necesaria de equidad pero no es suficiente; en todos los países,

a pesar de la universalización de los servicios sanitarios, se da desigualdad por clases sociales [añadiremos además, género, generación, etnia y origen territorial] en la utilización de los mismos y en los beneficios derivados de su uso.' Por tanto, en un determinado escenario social, la exclusión no sólo atañe un procedimiento directo de rechazo (prohibición de pertenecer a la comunidad de pares), sino una relegación a la periferia o segregación social al no poseer los mismos derechos o no poder participar a las mismas actividades, en las mismas condiciones, que los demás (Grawitz, 1991). Trasladada al campo de la sanidad, la exclusión, expresada en su forma más patente, consiste en la restricción del acceso a los servicios de atención sanitaria. Adoptando formas más sutiles, se manifiesta no sólo por la calidad estructuralmente desigual de la prestación de los cuidados médicos, sino también en la dotación no equitativa de recursos médicos y, tecnología curativa y quirúrgica en los centros sanitarios, en relación con las necesidades de salud de la población.

Acorde con Robert Castel (2004), la exclusión se ha convertido en una noción laxa, principalmente a causa de la inflación y la heterogeneidad de su empleo. A pesar de la excesiva evocación, ambigüedad, multidimensionalidad y elasticidad que ha adquirido el término, compartimos el planteamiento de Serge Paugam (1996):

'Sobre cuestiones tan sensibles social y políticamente como la pobreza y la exclusión, l@s sociólog@s deben ante todo reconocer la imposibilidad de encontrar definiciones exhaustivas. Estos conceptos son relativos, y varían acorde con el tiempo y la circunstancia. No es razonable esperar encontrar una definición justa, objetiva, que sea distinta del debate social, sin caer en la trampa de clasificar poblaciones no claramente definidas en categorías torpemente definidas. Definir el 'pobre' y el 'excluido' de acuerdo con criterios precisos y válidos a largo plazo conduce, a la práctica, a la reificación de nuevos grupos sociales, o de unos que son similares a las actuales categorías, y da la impresión que el estudio de la pobreza y la exclusión es una ciencia exacta que puede desligar a estos grupos de su contexto social y cultural' (Paugam, 1996:4).

Asimismo, coincidimos con Robert Castel (2004) y Saül Karsz (2004) sobre la pertinencia de detenernos a definir los aspectos de la realidad social que se identifican al emplear el término de exclusión⁴.

⁴ En referencia a los conceptos, Saül Karsz (2004:206) afirma que 'No es cuestión de *aplicarlos*, es decir, de adosarlos a las situaciones e infligirlos a las personas, sino de *invertirlos*, ponerlos a prueba, trabajarlos articulándolos a las experiencias modernas'.

Definir la exclusión

Si bien distintas concepciones del término ‘exclusión’ ya fueron desarrolladas en los años 60’s y 70’s en Francia, no es hasta la década de los 90’s que su uso se generaliza en Europa en los ámbitos de la política, la administración pública y, más tardíamente, la teoría social⁵. Durante la década de los 60’s, la noción de ‘exclusión’ se hilvanó de la mano del pensamiento republicano francés como un concepto distinto de pobreza: desacreditado el concepto de pobreza por asociarse a la caridad cristiana, el Antiguo Régimen y el liberalismo utilitarista, la concepción republicana de exclusión se vincula a la existencia de un lazo social (*‘lien social’*) entre el Estado y la población más fragilizada social y económicamente, basado en la idea de solidaridad social (esto es, el Estado asume la responsabilidad de la ayuda social a fin de asegurar la subsistencia de sus ciudadan@s y la participación de ést@s en la vida pública) (Silver, 1994) ⁶.

La efervescencia del concepto de exclusión en la teoría social se origina ante la dificultad de comprender e interpretar los cambios políticos, sociales y económicos del último tercio del S.XX en las sociedades capitalistas post-industriales (especialmente, aquellos que conciernen la reestructuración económica y social, la provisión de recursos públicos de bienestar social, la movilidad demográfica nacional e internacional y la asignación de derechos y obliga-

⁵ Tal como indican varios autores (Tezanos, 1998), se suele atribuir la utilización primigenia de este concepto al francés René Lenoir (1974) *Les exclus, un Français sur dix*. Paris: Édition du Seuil. En dicha obra, el autor identifica bajo la categoría de ‘excluidos’ a una serie de personas de variada trayectoria de vida: los minusválidos físicos y mentales, las personas con tendencia al suicidio, ancianos inválidos, niños víctimas de abusos, toxicómanos, delincuentes, familias mono-parentales, miembros de hogares con problemas múltiples, personas marginales, y asociales y, en resumen, todos los *inadaptados* sociales.

⁶ Según el estudio socio-histórico de Antoni Morell (1996), el concepto moderno de pobreza se define, en términos básicos, por la carencia de los recursos económicos mínimos para vivir dignamente. En el transcurso de la historia, este concepto ha adoptado definiciones diferentes: si en la Edad Media, pobreza y riqueza, lejos de describir situaciones de exclusión y/o integración social, definen las condiciones de vida de los miembros de los tres estamentos en que se divide la sociedad (esto es, pobreza concebida en términos de categoría social), en el contexto de los Estados con régimen de bienestar, la pobreza viene a ser el ‘resultado de causas económicas y circunstancias personales independientes de la voluntad de las personas que la padecen (esto es, pobreza definida como un fenómeno relativo y de gradación). Dado que actualmente asistimos a un desplazamiento desde un régimen de bienes (régimen basado en la idea de propiedad) hacia un régimen de acceso (régimen sustentado en garantizar el uso limitado y a corto plazo de los bienes controlados por redes de proveedores) (Rifkin, 2000), la relevancia de centrarnos en la noción de exclusión radica en la capacidad de acceder al sistema sanitario en el marco de un régimen de Bienestar, siendo la posesión o carencia de recursos económicos, uno de los condicionantes sociales que explican dicha accesibilidad.

ciones sociales) a la luz de los tradicionales modelos explicativos derivados de las teorías de clase y de estratificación social (Littlewood & Herkommer, 1999). El paradigma marxista de la lucha de clase y las categorías neomarxista de clase social, así como las teorías clásicas de estratificación social, por sí solas, no logran dilucidar satisfactoriamente los actuales fenómenos de desigualdad y segmentación social. Perfilando el actual escenario de fragilidad social, Robert Castel (1997: 15) distingue ‘el nuevo dato contemporáneo’:

‘la presencia, se diría que cada vez más insistente, de individuos ubicados como en situación de flotación en la estructura social, que pueblan sus intersticios sin encontrar allí un lugar asignado. Siluetas inseguras, en los márgenes del trabajo y en los límites de las formas de intercambio socialmente consagrados: personas en desempleo prolongado, habitantes de los arrabales desheredados, beneficiarios del salario mínimo de inserción, víctimas de las reconversiones industriales, jóvenes en busca de empleo que se pasean de pasantía en pasantía, ocupados en pequeñas tareas provisionales...’

Así pues, el concepto de exclusión deviene un instrumento heurístico para evocar una dinámica de relegación a posiciones secundarias y prescindibles en el sistema productivo de aquellos cuerpos cuyo valor como trabajadores/consumidores se ha agotado, así como su poder en el intercambio social⁷. La especificidad del concepto radica en que apunta a una concepción holista de la sociedad en la que la cohesión social es socavada por la polarización de la desigualdad (Procacci, 1996). Las formas mediante las cuales opera no constituyen una agregación, estrato o clase *per se*, sino que resulta en un proceso de desintegración social y de ruptura de lazos sociales. En este sentido, la exclusión marca las rupturas en el tejido social que la desigualdad social entraña, evocando la amenaza de descohesión social (Abrahamsson, 1995; Karsz, 2004).

Al respecto, cabe incidir no sólo en la denotación procesual y dinámica de la exclusión, sino también en su dimensión simbólica, esto es, referirnos no sólo al estigma y el prejuicio⁸, sino también a la incapacidad de producir un

⁷ Muy cercana a las personas que Jean Donzelot (1991) denomina ‘normales inútiles’, Robert Castel (2004) denomina ‘supernumerarias’ este conjunto de personas que por las nuevas exigencias de la competitividad, la competencia y la reducción de oportunidades de empleo se ven depuestas de su espacio en el sistema productivo o bien encuentran empleos sumamente inestables y precarios que los fragiliza.

⁸ El estigma se da al producirse un desfase entre lo que se espera que una persona sea y lo que es: ‘Mientras el extranjero@ está presente ante nosotr@s, puede hacerse evidente un atributo suyo que le hace diferente respecto de l@s demás en la categoría de personas disponibles para él/ella y, de un tipo de personas

significado socialmente rentable en las relaciones de intercambio. Según Norbert Elias (1965), las interacciones entre el grupo estigmatizado (*'the outsiders'*) y el dominante (*'the established'*) se definen por una lógica de distanciamiento social fundamentalmente basada en la desviación de los primeros respecto al credo, los valores y los *habitus* hegemónicos. La función del prejuicio en que se basa la estigmatización es la de reforzar la imagen positiva que los *established* se atribuyen, y la imagen negativa que éstos proyectan sobre los *outsiders*. La estigmatización tiene efectos paralizantes sobre los grupos más desheredados socialmente, en tanto que estigmatizar es ejercer una violencia simbólica que *des-capacita* para la movilización de los recursos propios.

Las aportaciones de Pierre Bourdieu concernientes a la estructura social, cuya relevancia respecto al binomio exclusión-estigma radica en la introducción de la dimensión simbólica de la desigualdad y la reproducción social de dicha desigualdad, contribuyen a esclarecer los mecanismos de ruptura producidos en el nivel simbólico de las interacciones sociales. En este sentido, el proceso de exclusión comporta la (re-)producción de etiquetas negativas y categorías que clasifican a las personas que no comparten los sistemas de representación del grupo dominante y cuyo comportamiento y estilo de vida no se rigen por el sistema normativo imperante. Igualmente, Porter (2000:78) afirma que la exclusión se define como 'la oposición negativa a una serie de roles y características positivas que constituyen las personas integradas –por ejemplo, un ciudadano productivo y responsable que gana un sueldo familiar y paga impuestos'⁹.

De acuerdo con Saül Karsz (2004:211), la exclusión lleva intrínsecamente resonancias morales y éticas: 'no sólo están obrando ideologías sino que arriesgamos la hipótesis de que el lazo social es una configuración ideológica-en-acto'. La exclusión entraña un extrañamiento social que 'deslocaliza', enajena y

menos deseadas – en el extremo, una persona que es mala o peligrosa o débil, a conciencia. El extranjero es, por tanto, rebajad@ en nuestras mentes, pasando de ser una persona completa y común a una persona 'contaminada' y reducida. Dicho atributo es un estigma, especialmente cuando sus efectos desacreditadores son muy extendidos; a veces también es denominado un defecto, una deficiencia, un *handicap*. El estigma contribuye a crear una discrepancia especial entre la identidad virtual y la real.' (Goffman, 1967:12,13; traducción propia).

⁹ Traducción propia.

deja a las personas sin vínculos de conexión (de dependencia, protección o pertenencia) con los grupos de referencia (Simmel, 1988[1908]). Esta situación de desligadura tiende a invalidar a las personas que acumulan situaciones de exclusión, como cuerpos legítimos y centro de los intereses en juego en el espacio social. Dicha desligadura revela lo que George Simmel (1988[1908]:122) ha calificado la ‘antinomía de la exclusión’: la exclusión es un tipo particular de acción recíproca puesto que la acción de excluir una unidad, implica necesariamente tejer dicha unidad con el todo. Etimológicamente, la exclusión expresa una relación de poder de naturaleza paradójica que el autor sintetiza bajo la expresión ‘*estar fuera* simplemente es una forma particular del hecho de *estar dentro*’ (Simmel, 1988 [1908]: 141). El prefijo ‘ex’ (‘fuera de’, en latín) se refiere a los individuos que, siendo parte de un grupo son relegados, puestos al margen. Al mismo tiempo, ‘cludere’ significa cerrar en latín y permite extender la significación del término a prohibición; indicando, de este modo, tanto un proceso de reconocimiento de los cuerpos idénticos y la negación de los cuerpos extraños (Lecomte, T. *et.al.*, 1996:7).

Por último, las situaciones de exclusión son multidimensionales y acumulativas. Por un lado, son fruto de una combinación de situaciones de desigualdades sociales que enajenan a los cuerpos como parte activa del intercambio social y los atrapa en un círculo vicioso de difícil salida. Constituyen hechos sociales que conciernen el funcionamiento de la sociedad en su conjunto (Schnapper, 2001). Así, pueden distinguirse múltiples lógicas que se conjugan y se refuerzan, configurando situaciones de exclusión; a saber, las lógicas excludógenas propias del mercado laboral (desempleo sin perspectivas reales de conseguir un nuevo empleo), de la economía (entendida en el sentido de pobreza), de la cultura (la incapacidad de un individuo no perteneciente al grupo social dominante de disfrutar de acervo cultural; es decir, tradiciones, rituales, religión, lengua, etcétera), del aislamiento social (impedimentos en el desarrollo de relaciones sociales y limitación del contacto social), de la ubicación geográfica (confinamiento en un área espacial determinada y limitación de la movilidad geográfica), de las instituciones (restricciones en la facultad de beneficiarse de

programas de bienestar social y obstáculos en el acceso a servicios públicos) y de la política (limitaciones en el reconocimiento de derechos políticos y en la toma de decisiones sobre la *res publica*) (Kronauer, 1997; Roche, 1992). Igualmente, el carácter multidimensional del fenómeno permite no sólo distinguir dinámicas espaciales, en el sentido del concepto de ‘campos’ desarrollado por Pierre Bourdieu (1994)¹⁰, sino también lógicas temporales, esto es, fluctuaciones lo largo de la trayectoria biográfica (Porter, 2000). Por otro lado, las situaciones de exclusión resultan de la acumulación de carencias y privaciones. En este sentido, se habla de exclusión acumulativa de la producción (desempleo e inempleabilidad), del consumo (pobreza relacionada con los ingresos), de las redes sociales (nulo o escaso apoyo procedente de la familia, del vecindario y amistades), de la toma de decisiones (participación política) y de una vida digna¹¹.

Circunscribiendo el análisis en el campo de la sanidad pública, los fenómenos exclusógenos se articulan sobre la base de la dimensión material de los recursos (esto es, la exclusión de los recursos sanitarios en términos de restricción del acceso al sistema de salud y de diferenciales en la calidad de la atención sanitaria) y de la dimensión simbólica (esto es, exclusión simbólica que opera vía estigmatización).

¹⁰ Pierre Bourdieu (1994), inspirándose en la noción de configuración de Norbert Elias, define el campo como una red de relaciones históricas objetivas entre posiciones ancoradas en ciertas formas de poder. Estas posiciones son definidas objetivamente por su misma existencia, por las determinaciones que imponen a los agentes o instituciones que las ocupan, por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de diferentes tipos de poder (o de capital), cuya posesión les otorga acceso a las ventajas específicas que están en juego en el campo y, finalmente, por sus relaciones objetivas con las posiciones (de dominio, subordinación, homología, etc.). Cada campo prescribe los valores particulares y posee sus propios principios de regulación, que definen los límites de un espacio socialmente estructurado en el que los agentes luchan en función de la posición que ocupan, ya sea para modificar o conservar sus fronteras y configuración. En las sociedades diferenciadas, el cosmos social se constituye por el conjunto de estos microcosmos sociales, relativamente autónomos que definen unos espacios de relaciones objetivas. Estos espacios son lugares de lógica y necesidad específicas, irreductibles a las que rigen en otros campos.

¹¹ A través de una serie de historias de vida, Vicent de Gaulejac e Isabel Taboada-Leonetti (1994) muestran las distintas etapas del proceso de des-inserción en las que las personas van acumulando privaciones. Primera etapa: la pérdida del empleo, el divorcio, la enfermedad; segunda etapa: degradación de las relaciones intrafamiliares, deterioro de la salud; tercera etapa: el desenganche, esto es, renuncia a volver al mercado laboral y refugio en estatutos protegidos y, cuarta etapa: desmoronamiento (incluso, conductas autodestructivas).

2. Los procesos exclusógenos que definen la inaccesibilidad a los recursos sanitarios públicos

En el campo de la salud pública pueden discernirse seis escenarios posibles de exclusión en sanidad: la eliminación, el abandono, la segregación, la asistencia, la marginación y la discriminación (Ravaud & Stiker, 2000b). Sin lugar a duda, la forma más extrema de exclusión es el homicidio de las personas consideradas de escaso valor social, siendo, por tanto, sus vidas percibidas socialmente como indignas de ser vividas. Esta primera modalidad de exclusión se ilustraría con el caso del exterminio de doscientos mil personas con una enfermedad mental o malformación congénita bajo el gobierno de la Alemania Nazi (Burleigh, 1994).

En segundo lugar, las prácticas de abandono se diferencian de las anteriormente mencionadas por el matiz de que no entrañan, al menos de forma directa, la muerte. El abandono puede darse de varias maneras: desde la delegación de la tutela parental a un agente social sea individual o institucional, hasta el simple repudio. Abandonar, en el campo que nos concierne, consiste en cesar de ocuparse de las necesidades de salud de una persona enferma y privarla de la atención sanitaria que requiere. Un ejemplo de abandono en sanidad sería la exclusión de las listas para trasplantes de riñón a personas adictas al alcohol.

En tercer lugar, la segregación, una de las formas de exclusión más extendidas en la actualidad, consiste en una exclusión socio-geográfica, delimitando claramente un 'dentro' y un 'fuera' en cuanto a la aplicación de modalidad de atención sanitaria diferenciada. El internamiento de l@s enferm@s mentales contra su voluntad y el encarcelamiento de l@s desviad@s sociales (pres@s, criminales) constituyen ejemplos de segregación, así como el construir hospitales y centros de salud especializados en atender un tipo de población particular (tal fue el caso, por ejemplo, para la *población negra* en el Apartheid Sudafricano). Este escenario de exclusión encierra una noción de integración diferida en el tiempo: 'Esta segregación es generalmente concebida como un rodeo provisio-

nal para mejor reencontrar el medio ordinario, para participar mejor en la sociedad, aún si ocurre que el rodeo sea sin retorno' (Ravaud & Stiker, 2000b:8)¹².

La asistencia consiste en una forma de exclusión más intangible, que define los 'inútiles al orden establecido' e introduce una relación de subordinación entre el receptor de la asistencia y el remitente de la ayuda social. Ello implica la desposesión de la persona asistida de responsabilidades sociales a cambio de su sumisión y un estatus de inferioridad, lo cual margina y cuestiona su propia posición de poder en el sí del Estado de Derecho. Georges Simmel (1988[1908]) ya indicó en su tiempo que la pobreza no reside en el hecho de estar materialmente desposeído, sino en el de estar asistido. Dicha asistencia, puntualiza el autor, es un modo de asegurar el *status quo*¹³. De ahí que se sostenga que las políticas asistenciales no tienen por objetivo eliminar la pobreza, sino integrarla en el sistema de tal forma que el mantenimiento del *status quo* quede garantizado. Así pues, en este escenario de exclusión subyace la idea de integración condicional. Serían paradigmáticas de este régimen las personas que posean una renta mínima de inserción o una asistencia social por invalidez e incapacidad laboral.

En quinto lugar, la marginalización es el proceso de relegar hacia los márgenes aquellos individuos que son trasgresores, contestatarios respecto a los valores y *habitus* compartidos por la comunidad¹⁴. En este contexto, la idea de integración subyacente no es otra que la normalización (proceso de conforma-

¹² Traducción propia.

¹³ Literalmente, Georges Simmel (1988 [1908]) afirma que la asistencia social en la medida en que sustrae a l@s ric@s y da a l@s pobres, no hace referencia a una igualación de estas posiciones individuales. Asimismo no pretende suprimir la diferenciación de la sociedad entre pobres y ric@s. El sentido de la asistencia social consiste en suavizar los fenómenos más extremos de la diferenciación social, de modo que la estructura pueda continuar basándose sobre dicha diferenciación.

¹⁴ Pierre Bourdieu (1988) afirma que se da una correspondencia entre las posiciones sociales y las disposiciones de los agentes que las ocupan. Elemento central de esta correspondencia, el *habitus* consiste en un sistema de disposiciones durables y transferibles –estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes de la acción social- que integran todas las experiencias pasadas y funcionan en cada momento como un matriz que configura las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento (Bourdieu, 1972). El *habitus* es tanto el generador de la acción social, como el factor primordial para la reproducción cultural o simbólica, y, por extensión, el principio productor de las distinciones sociales, al tiempo que es también el producto de la incorporación de la división de posiciones sociales (Bourdieu, 1988).

ción a los valores, prácticas y normas sociales comunes). A modo de ilustración, padecen este régimen de exclusión, personas dedicadas a la industria del sexo en unas condiciones laborales denigrantes y de alto riesgo para su propia salud o aquell@s consumidoras de estupefacientes, normalmente implicad@s también en su comercialización. Por último, el escenario de discriminación es un tipo de exclusión sociocultural y jurídica. Distinguir un grupo social y restringir sus derechos (y, por tanto, limitar su campo de acción) es discriminar. Por discriminación, se entiende la acción de tratar desigualmente l@s iguales. Este escenario de exclusión corresponde al trato desigual por razones de género, edad, clase social, religión y etnia, así como por la condición de extranjería.

Un análisis de la accesibilidad de los recursos sanitarios, adoptando la aproximación de los escenarios posibles de exclusión, evidencia que a pesar de instaurarse sobre la base de los principios de universalidad e igualdad de los cuidados médicos, las políticas de salud pública en Francia y España mantienen oquedades de tipo institucional que discriminan e instauran prácticas asistenciales en relación a los cuerpos enajenados, lo cual incide en una desigual distribución social del beneficio efectivo del derecho a la salud. Si bien estos vacíos y diferencias son de diferente naturaleza, se vinculan directamente a las desiguales relaciones de poder que se establecen entre las heterogeneidades que componen la estructura social en la que los sistemas sanitarios se ponen en funcionamiento.

No acudir a demandar cuidados profesionales de atención a la salud en situaciones de necesidad sería un primer ejemplo de *inaccesibilidad* (Gaviria *et al.*,1995). El no acceso a los servicios sanitarios por no demandar dichos servicios responde generalmente a fenómenos de auto-exclusión, cuya explicación no puede reducirse a decisiones individuales de mantenerse al margen del sistema, sino más bien responde a factores estructurales que llevan a las personas más fragilizadas a interiorizar el sentimiento de no-pertenencia a las redes ordinarias de atención sanitaria. En esta situación encontraríamos, por ejemplo, a aquellos colectivos excluidos del sistema contributivo de la Seguridad Social, especialmente a indigentes que rechazan la propia oferta de los servicios socia-

les, así como a l@s inmigrantes indocumentad@s y exiliad@s cuya solicitud de refugio político ha sido rechazada. Éste fue el caso de uno de l@s usuari@s entrevistad@s en el ECB3, invidente de origen extracomunitario que malvivió durante varios meses bajo un puente, sin apenas sustento, hasta que una intervención de Médicos sin Fronteras lo introduzco en el circuito de servicios socio-sanitarios.

En caso de demandar asistencia sanitaria pública, las lógicas de exclusión operan mediante una serie de factores entre los que destacan principalmente, la carencia del reconocimiento legal-administrativo para practicar el derecho a recibir atención sanitaria pública completa (esto es, posibilidad de beneficiarse de *todos* los servicios médicos ofertados en el sector público); la desafiliación social, particularmente relevante en regímenes de bienestar familiarista como es el caso de España; realizar demandas no acordes con el estándar de la práctica médica hegemónica y con la rutina administrativa de la institución sanitaria; y, finalmente, haber padecido experiencias negativas a causa de ser objeto de estigmatización, vinculada a las lógicas de la distinción social que atraviesan las relaciones desiguales entre heterogeneidades.

2.1. Delimitaciones jurídico-administrativas: las leyes que extranjerizan

La aplicación del derecho fundamental a la salud (Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos), se ciñe, mediante el marco jurídico-legal en materia sanitaria, al acceso a la red de recursos sanitarios financiados a través de los impuestos generales en el caso español y a través de las cotizaciones a la Seguridad Social y los fondos estatales de Ayuda Social en el caso francés. En España, el reconocimiento administrativo para acceder al sistema sanitario público se rige, complementando la legislación sobre salud pública, por dos conjuntos de textos legislativos: las leyes y sus respectivos reglamentos administrativos referentes a la ciudadanía y la inmigración. En este sentido, si bien la frontera de l@s integrad@s en el sistema sanitario español estaba anteriormente delimitada por la participación en el mercado de trabajo, la promulgación de la

Ley General de Sanidad 14/1986 (todavía en vigencia) reconoce la salud como un derecho social, supeditando el acceso a los cuidados médicos públicos a la ciudadanía y a la residencia regular en el caso de las personas extranjeras¹⁵. En Francia, el derecho a recibir atención sanitaria financiada con la *res publica* queda básicamente estipulado por los corpus legislativos sobre salud pública y seguridad social. Aunque el sistema sanitario francés se centra en un régimen obligatorio de seguro a la enfermedad basado en su mayor parte sobre la participación en el mercado laboral (dando entrada a trabajadores que cotizan a la Seguridad Social y su cónyuge o pareja de hecho y descendencia), el gobierno francés habilita un fondo solidario para asumir los gastos sanitarios de las personas que no trabajan, las que aún no han trabajado y las que ya no trabajan (Deschamps, 1990). Tal como se argumenta a continuación, en las dos últimas décadas se ha asistido a una extensión de la cobertura sanitaria pública centrada en la eliminación de determinados obstáculos de tipo jurídico que filtraban el acceso al sistema nacional sanitario de la población extranjera. Ambos países han tendido a quebrantar el bucle administrativo entre permiso de residencia, permiso de trabajo y derecho a asistencia sanitaria en que permanecían atrapad@s numeros@s inmigrantes extracomunitari@s, aunque siguiendo dos estrategias diferenciadas. Mientras el gobierno francés modificó su ley sanitaria 1999 a fin de garantizar una mayor cobertura sanitaria a la población de su territorio, España eligió cambiar el marco jurídico-legal en materia de inmigración (Ley orgánica 4/2000)¹⁶. No obstante este aunamiento en el proceso de universaliza-

¹⁵ La Ley General de Sanidad 14/86 estipula claramente que “Tienen derecho a asistencia sanitaria todos los españoles y extranjeros residentes en España. Aquellos que no tengan residencia se registrarán según las leyes y convenios internacionales.” (Título preliminar, Art. 1; BOE, 26-4-1986).

¹⁶ Situándonos en 1966, año en el que la cobertura pública en materia de atención a la salud se restringía a trabajadores remunerad@s por cuenta propia, asalariad@s y sus beneficiari@s (esto es, el 53,1% de la población total en España), no es hasta 1989 que podemos hablar de un sistema sanitario financiado principalmente a través de los impuestos. Los análisis estadísticos de Temes y Gil (1997) en materia sanitaria señalan que en 1989 se alcanzó una cobertura pública del 97,4% a causa de dos factores: la incorporación de l@s jóvenes que no cotizaban a la Seguridad Social en 1987 y la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la población previamente atendida por el sistema de beneficencia en septiembre de 1989 (Real Decreto 1088/1989; B.O.E. 219, 9-9-1989). Además, la aprobación del Convenio Internacional sobre los Derechos de los Menores (BOE, 1-12-1990) supuso una ampliación de la cobertura sanitaria a todos/as l@s menores de edad (BOE, 1-12-1990, Art. 26), siendo especialmente relevante el derecho a tratamiento especial gratuito a aquellas personas menores de edad con incapacidades físicas o psíquicas (BOE, 1-12-1990, Art. 23). Así pues, desde la aprobación de la Ley General de Sanidad se ha producido una financiación progresiva de la atención sanitaria con cargo a los Presupuestos del Estado, sien-

ción de la asistencia sanitaria, todavía persisten escenarios de inaccesibilidad por razones jurídico-legales. Sigue manteniéndose un requisito burocrático como filtro para acceder a los servicios públicos de salud.

La frontera de la ciudadanía social y las leyes que extranjerizan

T.H. Marshall define en su clásico texto *Citizenship and Social Class* (1949) la ciudadanía social como el estatus concedido a los miembros de pleno derecho de un Estado, cuyos beneficios son iguales en cuanto a los derechos y obligaciones que implica. Establecer los límites de pertenencia a la ciudadanía implica necesariamente hacer referencia, a la vez, a las personas que quedan excluidas de la 'comunidad política' de un Estado. En consecuencia, la historia de la ciudadanía es 'tanto la historia de la extensión de los derechos que conlleva consigo cuanto la historia de exclusión del propio estatus de ciudadanía y del acceso a tales derechos' (Babiano, 1997: 237). Tanto en España, como en Francia, el corpus jurídico-legislativo define la ciudadanía en términos de nacionalidad. Sin embargo, su adquisición sigue vías diferentes. Se accede a la nacionalidad española por ser descendiente de padre o madre español/a (*ius sanguinis*) y por lugar de nacimiento en el caso de las personas nacidas en España cuya filiación no resulte determinada (*ius solis* residual). Si bien Francia ha sido tradicionalmente un Estado cuya nacionalidad se había fundamentado en el *ius solis*¹⁷, desde la ley del 22 julio 1993 (Ley Méhaignerie) se restringe la facultad de los descendientes de residentes extranjeros a adquirir la nacionalidad francesa. Actualmente, ésta se logra por descendencia de una persona ciudadana francesa y, en caso de nacer en Francia, fruto de padres extranjeros, se consigue por manifestación expresa de la propia voluntad de adquirir la nacionalidad francesa, antes de la mayoría de edad y demostrando residencia regular y regularizada

do los presupuestos de 1999 los primeros que, en consonancia con el Pacto de Toledo, estipularon una financiación completa a partir de los impuestos (Pérez Giménez, 1999).

¹⁷ La ley 22 de julio 1993 implicó que las personas nacidas de padres extranjeros nacidos en los territorios de alta mar (*Territoires d'Outre-Mer*) ya no sean francesas de nacimiento; la supresión de la potestad de los padres de las personas nacidas en Francia de reclamar para su descendencia la nacionalidad francesa en el transcurso de su minoría; una vez pasada la mayoría de edad el acceso a la nacionalidad francesa les es vetada si han cometido delitos penales.

durante los 5 años previos a la petición de nacionalidad. Ambos países habilitan, además, trámites de naturalización individuales, estudiados caso por caso, para l@s extranjero@s que deseen obtener la ciudadanía. Se trata de un proceso burocrático que suele ser lento para la mayoría de los dossiers presentados y básicamente consiste en el matrimonio oficialmente reconocido con un/a ciudadan@/a y/o demostrar un mínimo de años ininterrumpidos de residencia regular, sin antecedentes penales por delitos cometidos, el todo acompañado por una declaración de motivos.

El estatus de ciudadanía es un tema clave en la definición de los grupos sociales que son excluidos de los servicios de bienestar social, de la representación política y de los derechos civiles (McGuinness, 1999). Bajo estos términos, excluir hace referencia a los procesos de alejamiento con respecto a las oportunidades vitales que definen una *ciudadanía social plena* (Tezanos, 1998). Cabe incidir en el adjetivo 'plena' puesto que, aunque formalmente tod@s l@s ciudadan@s comparten los mismos derechos sociales y civiles, en la praxis persisten desigualdades en su disfrute. En un Estado donde toda persona es igual ante la ley en tanto que ciudadana, la atribución de ciudadanía en una estructura social desigual y jerarquizada significa necesariamente que el ejercicio práctico de los derechos sociales no es ejercido, del mismo modo, entre todas las personas formalmente reconocidas como ciudadanas (Barbalet, 1988). Por tanto, la cuestión de la ciudadanía se vincula, de forma concomitante, al debate sobre desigualdades sociales y diferencias de poder (Baykan, 1997).

Al equipararse ciudadanía (atributos jurídicos y políticos) con nacionalidad (connotaciones de identidad, como comunidad de individuos que poseen unos mismos caracteres étnicos o identitarios), el fenómeno de la inmigración evidencia los límites de la ciudadanía social. Marca las delimitaciones de la frontera de la comunidad política y revela las diferentes categorías sociales presentes en el Estado-Nación. Ajustando las tipologías de Thomas Hammar (1990) y de Robin Cohen (1991), puede distinguirse entre: 1) ciudadan@s: l@s ciudadan@s nominales con plenos derechos, 2) *denizens*: l@s residentes permanentes o inmigrantes de largo plazo que no siendo ciudadan@s de pleno derecho, tienen atri-

buidos una serie de derechos y 3) los *helots*: personas que han entrado de forma ilegal en un Estado, trabajadores indocumentad@s, solicitantes de asilo no reconocidos y personas que permanecen más allá de lo establecido por su visado de entrada, todas ellas excluidas de la mayor parte de derechos sociales y de la totalidad de los derechos políticos¹⁸. La discriminación legalmente organizada está en el origen de la condición jurídica del extranjero (Fassin & Morice, 2001) y, de forma más marcada en la fabricación de la irregularidad. Como lúcida-mente afirma Hannah Arendt (1982), los pueblos sin Estado (encarnados por l@s exiliad@s) y los individuos sin derechos (encarnados por los 'sin papeles') están relegados a los márgenes de los Estados y en las fronteras del derecho y, desde esta situación de exclusión jurídica ponen a prueba la formación de los Estados Naciones y el modelo de los derechos humanos. Acorde con Didier Fassin & Alain Morice (2001), la condición de irregularidad no es un estado del extranjero sino el resultado de su interacción con la sociedad de instalación y de las variaciones de la tolerancia legal y administrativa. Es una producción política, mediante la cual, un Estado designa una categoría de extranjer@s como indeseables en función de la situación económica y la ideología nacional; al tiempo que estipula la posesión de 'los papeles' como expresión concreta de la identidad para acceder a los derechos sociales, cívicos y laborales. Lejos de constituir una categoría marginal, la figura del inmigrante indocumentado, los 'sin papeles', ha adquirido una presencia central en la vida política francesa y española: moviliza a los medios de comunicación, los diferentes partidos políticos y suscita movilizaciones con una constancia que hace imposible eludirlos.

Al observar los mecanismos jurídico-legislativos que filtran las personas a quienes se les atribuye el derecho a acceder a los servicios sanitarios públicos,

¹⁸ 'Un *helot* es generalmente un inmigrante del Tercer Mundo, un miembro de una minoría estigmatizada, con bajos niveles de ingresos, trabajando en una ocupación donde no se requiere mano de obra cualificada, teniendo un acceso limitado a la vivienda, educación y otros beneficios sociales. Similarmente, un profesional extranjero que ha recibido una educación universitaria, de procedencia urbana, de clase media, recibiendo unos ingresos regulares será normalmente un *denizen*'. (Cohen, R. 1991: 164; traducción propia). Por su parte, un *denizen* sería sinónimo de la nueva categoría de ciudadano inferior 'residente de larga duración no comunitario' que instaura el *Tratado por el que se establece una constitución para Europa*, en vistas de aprobación por los respectivos Estados Miembros de la UE. Actualmente, incluso los *denizen* extracomunitarios tienen vetado los derechos asociación a la construcción política de la comunidad y a la legitimación del poder político (derecho a la representación política y sufragio).

se constata que los criterios que la población autóctona (los *established*) marca al monopolizar los recursos sanitarios con respecto a l@s que son identificad@s como extranjer@s (los *outsiders*) no sólo dependen del marco legislativo concerniente la regulación en materia sanitaria, sino también de las leyes que definen la condición de extranjería y regulan el asentamiento de inmigrantes.

España: De la ciudadanía nacional al reconocimiento de la residencia registrada

En España se distinguen una variedad de casos en cuanto a la cobertura sanitaria pública. En primer lugar, según la Ley General de Sanidad 14/86, las personas nacionales de los países miembros de la Unión Europea con la documentación en regla tienen asignado el derecho a la atención sanitaria en las mismas condiciones que l@s ciudadan@s españoles. Este mismo escenario es aplicable a las personas extranjeras con residencia regularizada que coticen a la Seguridad Social en tanto que autónom@s o dentro del Régimen General de la Seguridad Social. Asimismo, la Ley General de Sanidad 14/86 reconoce a las personas extranjeras con estancia temporal en España el derecho a los cuidados públicos de la salud en caso de tener cobertura sanitaria en su país de origen y habiendo un convenio específico en materia de sanidad entre su país de origen y España. Por el contrario, esta misma ley implica, en términos prácticos, la exclusión del acceso al Sistema Nacional de Salud –salvo los servicios de urgencia- a l@s inmigrantes sin permiso de residencia en vigencia. En suma, los casos de las personas procedentes de la Unión Europea y l@s inmigrantes extracomunitari@s cuya situación administrativa es regular y cotizan a la Seguridad Social compondrían la categoría de los *denizens*, siendo las personas con nacionalidad española ciudadanas de pleno derecho y, l@s inmigrantes extracomunitari@s sin permiso de residencia en vigencia, ni número de afiliación de la Seguridad Social, *helots*. Si bien esta situación es cierta desde el marco de acceso a los servicios sanitarios que estipula la Ley General de Sanidad 14/86, las cuatro leyes orgánicas sobre inmigración desarrolladas y aprobadas durante la segunda mi-

tad de la década de los noventa han ido extendiendo la cobertura sanitaria pública a grupos específicos de la población extracomunitaria.

Elaborada meses previos al ingreso de España en la Unión Europea, la Ley Orgánica de Extranjería de 1985 se caracterizó por un espíritu muy restrictivo a fin de dificultar el asentamiento de una población inmigrante en España y contentar a países miembros que, por el contexto de reestructuración económica que inicia a mediados de los setenta, habían cerrado sus fronteras a la inmigración no comunitaria (véase Alemania, Francia o Bélgica). Consecuentemente, esta primera Ley de Extranjería prácticamente imposibilitaba las vías de entrada legal y dificultaba en gran medida la consecución de permisos de trabajo y residencia. Asimismo, no preveía la reagrupación familiar y en ella, se recortaban los derechos fundamentales a l@s inmigrantes, incluso negándoles las prestaciones sociales a las que contribuían con sus cotizaciones¹⁹.

El segundo Reglamento de Ejecución de la Ley Orgánica de Extranjería 7/1985 (Real Decreto 155/1996), introdujo notables mejoras en torno a los derechos sociales de l@s inmigrantes (véase reconocimiento derechos de asociación, reunión y manifestación y, mecanismos administrativos para reagrupación familiar). Sin embargo, éste continuó restringiendo el acceso a la asistencia sanitaria pública a un importante sector de inmigrantes extracomunitari@s. Al respecto, cabe recordar que la política sanitaria de mediados de los años 90 se caracteriza por la ejecución de iniciativas de racionalización y control de costes en el sistema nacional sanitario. En tal contexto no es de extrañar que la racionalización y control de costes se lleve a cabo excluyendo a aquellos colectivos no reconocidos como ciudadan@s, y por tanto, no beneficiari@s de los recursos sociales del Estado de Bienestar (Giménez, 2002a).

El Reglamento de 1996 estipuló que las autoridades españolas podían exigir a l@s inmigrantes extracomunitari@s un certificado médico para entrar en

¹⁹ Esta primera ley orgánica de extranjería, tras el recurso interpuesto por el entonces Defensor del Pueblo, Joaquín Ruiz-Giménez, fue declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional Español al no reconocer plenamente a l@s extranjer@s, los derechos de reunión, manifestación y asociación. Durante la revisión constitucional de la ley de 1985 no se abordó la cuestión de la accesibilidad de l@s inmigrantes extracomunitari@s a los servicios de salud.

el país, en el que se acreditase la no posesión de enfermedades cuarentenales, drogodependencias, enfermedades mentales de trascendencia para la seguridad u orden público, enfermedades infecciosas o parasitarias (Art. 37).²⁰ Así pues, se basaba en la exigencia de control sanitario sobre la población extracomunitaria y la preocupación por la importación de enfermedades. El Reglamento de 1996 recogía, asimismo, la obligatoriedad del Estado de hacerse cargo de la salud de l@s menores inmigrantes o hij@s de inmigrantes, al margen de su situación de regularidad administrativa²¹. No obstante, tres grupos de inmigrantes extracomunitari@s quedaban exceptuados de la atención sanitaria pública por la normativa de 1996: 1) aquellas personas que aún contando con un permiso residencia en vigor quedaban excluidas por no cotizar a la Seguridad Social; 2) no estaban cubiertas, *de facto*, por la Seguridad Social las necesidades sanitarias de las personas extranjeras en minoría de edad en situación de irregularidad administrativa, a pesar de los convenios internacionales firmados por España en relación con los derechos de infancia²² y 3) las personas en situación de irregularidad administrativa, procedentes de Estados con los que España no tenía firmados convenios de atención sanitaria. Así pues, durante el periodo de vigencia de

²⁰ Así para la tramitación de visado de residencia (Art. 27), permiso de residencia por reagrupamiento familiar (Art. 56.2.f) y permiso de trabajo (Art. 85.1.c) es requerido un certificado sanitario expedido en el país de procedencia por los servicios médicos que designe la Misión Diplomática u Oficina Consular española, o someterse a reconocimiento médico por parte de los servicios sanitarios competentes a su llegada, en la frontera, con el fin de acreditar que no padecen alguna de las siguientes alteraciones: 'a) enfermedades cuarentenales contempladas en el Reglamento Sanitario Internacional adoptado en la 22 Asamblea Mundial de la Salud de 1969, Tercera Edición anotada, 1983, de la Organización Mundial de la Salud; b) Drogadicción, alteraciones psíquicas importantes, estados manifiestos de enfermedad psicopática con agitación, 'delirium', alucinaciones o psicosis de confusión, cuando pongan en peligro el orden público o la seguridad pública en los términos previstos por la legislación vigente; c) Enfermedades infecciosas o parasitarias designadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Decreto 155/1996; Art. 37).

²¹ Con anterioridad a la aprobación del Real Decreto 155/1996, l@s menores naci@s en España cuy@s progenitores o tutores legales fuesen residentes regulares con cobertura sanitaria (al menos uno de l@s progenitores o tutores legales) en el momento de registrarlo tras su nacimiento eran dad@s de alta provisionalmente en la Seguridad Social hasta la obtención de la residencia legal, siendo el momento de la consecución de la alta definitiva. El Real Decreto 155/1996 no sólo facilitó este proceso estipulando la alta en la Seguridad Social de forma automática tras el nacimiento, sino también se ajustó en mayor medida –que no totalmente– al Convenio sobre los Derechos de los/as Menores firmado por España en noviembre de 1989 (BOE, 1-12-1990) No obstante, cabe destacar que se producía *de facto* una desigualdad de trato en la atención de la salud de los/as menores, dependiendo de la posesión o no de uno de los progenitores o tutores legales de la cartilla sanitaria (Maluquer Margalef, 1997: 560).

²² Entre los meses de enero y febrero 1999, la prensa española sacó a relucir numerosos casos de bebés y menores de 18 años inmigrantes extracomunitari@s a los que el Insalud les negaba la asistencia sanitaria (*El País*, 21/01/99, 28; *El Periódico*, 21/01/99,23; *El País*, 31/01/99; *El País*, 4/02/99, 26-27, *El País*, 8/02/99,35).

la Ley de Extranjería de 1985 y su respectivo Reglamento, el marco jurídico normativo regulador de la inmigración hizo depender la cobertura sanitaria pública de la concesión de los permisos de residencia, dificultando de este modo el desarrollo de una política sanitaria independiente de la política de extranjería.

Quince años más tarde, la aprobación de la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social (B.O.E., 10, 12 enero 2000) supuso la ampliación de la cobertura sanitaria pública a l@s inmigrantes extracomunitari@s empadronad@s, menores de 18 años y mujeres embarazadas, independientemente de su estatus de regularidad administrativa. Esta ley, más cercana a las leyes vigentes en la mayoría de los países comunitarios, tenía por objetivo frenar la entrada de nuevos inmigrantes, al tiempo que reconocía amplios derechos a quienes llevan varios años residiendo y trabajando en el país. Esta ley promovía la transición de un marco jurídico-legislativo de restricción y control de la inmigración extracomunitaria (concebida ésta en términos de transitoriedad) y basado en el control policial, a un modelo de inmigración centrado en prever y canalizar la llegada de l@s trabajadores/as extracomunitari@s y sus familias y, procurar su integración social. De acuerdo con el Art. 12 de la Ley Orgánica 4/2000, se asigna a las personas extranjeras inscritas en el padrón del municipio en que residen habitualmente y aquellas menores de 18 años con independencia de su situación administrativa legal, el derecho a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que l@s españolas. Asimismo, se estipula la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto a todas las extranjeras embarazadas. Por último, se explicita que toda persona extranjera en España tiene derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea la causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. Por consiguiente, el acceso a la asistencia sanitaria es mediado por tres vías: el empadronamiento en el municipio de residencia, proceso en el que se consigue la Tarjeta Individual Sanitaria de la Seguridad Social, la minoría de edad y el estado de gestación para las mujeres. A las personas inmigrantes en situación

de irregularidad y no empadronadas se les asigna el derecho a la asistencia de urgencia, siempre sujeto a que la causa del problema de la salud sea definida 'urgente' en términos médicos²³. Asimismo, el Reglamento de Ejecución de la Ley Orgánica 4/2000 menciona la necesidad de un seguro sanitario privado a l@s inmigrantes extracomunitari@s durante el periodo de solicitud de la Tarjeta Individual Sanitaria y, plantea como requisito de entrada, un certificado médico que garantice que la salud de la población autóctona no se verá amenazada por los posibles procesos infecciosos del inmigrante extracomunitari@.

Tras la holgada mayoría absoluta del Partido Popular en las elecciones estatales, en marzo del 2000, se inició un proceso de reforma de la Ley Orgánica 4/2000.²⁴ Esta Reforma de Ley (Ley Orgánica 8/2000) no modificó los derechos formales de las personas inmigrantes en materia sanitaria respecto de la anterior ley de extranjería. El Plan GRECO, documento aprobado el 28 de diciembre de 2000 que define las medidas a tomar en los próximos tres años para 'afrentar los problemas de la inmigración' menciona, sin mayor concreción, tanto las prestaciones de la asistencia sanitaria, con especial atención a inmigrantes extracomunitari@s menores y mujeres, así como los programas de educación para la vida en salud y los de prevención de enfermedades.

Sin embargo, cabe señalar un cambio notable que la Ley Orgánica 8/2000 introduce: la expulsión del inmigrante extracomunitari@ por hallarse en situación de irregularidad administrativa, por carecer de permiso o tenerlo caducado por

²³ Cabe remarcar la ambigüedad que encierra la atención de urgencia en los textos jurídicos, así como en la visión de la medicina y desde la institución sanitaria.

²⁴ En consecuencia, la reforma de Ley Orgánica 8/2000 se llevó a cabo sin una previa evaluación de la anterior ley puesto que ni siquiera se aprobó su reglamento de desarrollo, ni se consultó a las comunidades autónomas. Es más, dicha reforma de ley no se originó a raíz de un informe que justificase la idoneidad de proceder con ella. En concreto, la motivación de la reforma de la LO 4/2000 se basó en el objetivo de evitar convertir a España en 'un coladero para los inmigrantes que supuestamente llegarían de forma masiva debido al "efecto llamada" de la ley', una especie de canto de sirenas audibles, especialmente en el corazón de África, que supuestamente estaba atrayendo a l@s inmigrantes extracomunitari@s hacia España como tierra de promisión y, sobre todo, de documentación (El País, 27 de noviembre 2000, p.25). La mayor visibilización de los flujos de entrada ilegal de inmigrantes a través de la amplia cobertura mediática de las pateras tratando de llegar a nuestras costas reforzó, sin duda, el argumento reiterado por el Gobierno del presidente J.M. Aznar, "no podemos tener una ley que aliente a un cada vez mayor número de inmigrantes a venir a nuestro país" (El País, 15 junio 2000, p.19). Por lo tanto, no es sorprendente el que orden y control sean las premisas de las que partió la iniciativa de reforma Ley Orgánica 8/2000.

más de tres meses, o por trabajar sin la correspondiente autorización.²⁵ Por consiguiente, el temor a la expulsión dificulta el empadronamiento de l@s inmigrantes sin documentación en regla, que incide perversamente en la accesibilidad de l@s inmigrantes indocumentad@s a los servicios profesionales de salud. Esta situación se agravó con la aprobación de la segunda reforma de la Ley Orgánica 4/2000, la Ley Orgánica 12/2003, que abre la vía a que los registros del padrón municipales puedan ser consultados por las administraciones del Ministerio de Interior, situación que se contradice con la reglamentación sobre los Padrones Municipales (Resolución del 21-07-1997).

La posibilidad de adquirir la TIS vía el registro en el Padrón Municipal, ha facilitado en gran medida el acceso a los servicios de salud de l@s inmigrantes extracomunitari@s en situación de irregularidad administrativa. No obstante, el empadronamiento conlleva una serie de filtros como: la posesión de documentos de identidad (pasaporte), convivir en un domicilio fijo (excluyéndose transeúntes, personas sin techo, inmigrantes alojad@s en pensiones o en casa de familiares o amistades, de forma temporal), documentación acreditativa del lugar de residencia (recibo de suministros en general a su nombre, contrato de arrendamiento o escritos de propiedad) y limitación de personas empadronables en un mismo domicilio²⁶. Teniendo en cuenta las condiciones de hacinamiento en las que suelen residir l@s inmigrantes extracomunitari@s, así como su gran movilidad geográfica -que crea grandes dificultades para demostrar el lugar de residencia-, ayuntamientos como el de Barcelona han flexibilizado los trámites de empadronamiento adoptando medidas tales como registrar el/la demandante en la dirección de una ONG o, incluso, en la dirección mencionada sin documentación acreditativa de la ocupación de la vivienda. Sin embargo, por otra parte, se han constatado trabas de orden administrativo que ciertos ayunta-

²⁵ Recuérdese que en la Ley Orgánica 4/2000 estas situaciones sólo se sancionaban con una multa puesto que no eran consideradas legalmente delitos, sino faltas administrativas.

²⁶ Respecto a la limitación de personas empadronables en un mismo domicilio, son las propias oficinas municipales de empadronamiento que restringen el número. La gran movilidad territorial de l@s inmigrantes recién llegad@s origina que, en numerosas ocasiones, las personas empadronadas en un domicilio pero que ya no residen en ese domicilio, al no darse de baja en el padrón municipal, impiden el empadronamiento de los nuev@s inquilin@s.

mientos imponen en cuanto al empadronamiento de inmigrantes extracomunitari@s: según un estudio de la Diputación de Barcelona (2001:55) de un total de 132 municipios visitados de la región de Barcelona, 90 requerían el permiso de residencia aún cuando la Resolución del 21-07-1997 del Ministerio de la Presidencia establece que la posesión o no del permiso de residencia no es requisito para el registro en el Padrón municipal²⁷.

Francia: El trabajo como vía de derecho común, el potencial universalizador de la residencia estable-regular y la persistencia de una asistencia residual

Con la aprobación de la Ley del 27 de julio de 1999 concernientes a la cobertura a la enfermedad universal (*Couverture Maladie Universelle, CMU*), la afiliación al Seguro por Enfermedad se rige por dos modalidades diferenciadas: 1) por el derecho común: vía las cotizaciones patronales y salariales a la Seguridad Social (trabajadores/as asalariad@s, titulares de rentas, personas cumpliendo con el servicio militar, los detenidos, l@s solicitantes de asilo, l@s estudiantes y l@s trabajadores temporales (*travailleurs saisonniers*), así como los *ayant droits* de estas categorías socio-profesionales)²⁸ y 2) por la CMU, cuya puerta de entrada como asegurad@ social al régimen general de la Seguridad Social se realiza bajo criterio de residencia estable y regular, sin vinculación con el derecho de trabajo y a título individual (Art. R.380-1 Código de la Seguridad Social, CSS)²⁹. En este modelo de organización de los recursos sanitarios públicos, el estatuto de ciu-

²⁷ 'El ayuntamiento ni interviene en la concesión de los permisos de residencia ni es competente para controlarlos. Su obligación es reflejar en un registro, el Padrón, el domicilio y las circunstancias de todas las personas que habitan en su término municipal. Y de la misma manera que no debe controlar a través del Padrón la legalidad o ilegalidad de la ocupación de la vivienda, tampoco debe realizar ningún control sobre la legalidad o ilegalidad de la residencia en el territorio español de ninguno de sus vecinos. Una vez más debe reiterarse que la misión del Padrón es constatar el hecho de la residencia, y no controlar los derechos de los residentes. Y justamente porque ésta es la finalidad del Padrón, el artículo 18.2 de la Ley de Régimen Local determina que la inscripción no es un acto administrativo idóneo para que de él se extraigan consecuencias jurídicas ajenas a su función' (Instrucciones técnicas sobre actualización del Padrón Municipal de Habitantes, BOE 25-7-1997, Pág.22.875) .

²⁸ Este seguro se rige por los siguientes textos legislativos: artículos L. 117-6, L. 161-25-1, L. 161-25-2, L. 161-16-1 y, Artículos D. 115-1, D. 161-14, D. 161-2-1 y D. 161-15 del Código de la Seguridad Social .

²⁹ La CMU queda regulada por los siguientes textos legislativos: Artículos L. 380-1 y L. 861-1, Artículos R. 380-1 y R. 861-1 del Código de la Seguridad Social; la circular nº 99-701 del 17 de diciembre de 1999 y la circular nº 2000/239 del 3 de mayo de 2000 sobre la condición de la residencia.

dadanía interviene, por tanto, de forma indirecta, en tanto que media el acceso directo al mercado laboral francés, al tiempo que delimita las categorías sociales cuya permanencia en Francia se supedita al marco jurídico-legislativo en materia de extranjería para la obtención del permiso de residencia. A fin de beneficiarse de la CMU, la condición de estabilidad de la residencia se define para l@s ciudadan@s frances@s y la población extranjera, mediante la justificación de residir en la Francia metropolitana o en un DOM (*Domaine d'Outre Mer*) de manera ininterrumpida desde más de tres meses. La condición de regularidad de la residencia concierne sobre todo a la población extracomunitaria y está sujeta a la aportación de una prueba que demuestre la residencia habitual en Francia (permiso de residencia independientemente de su duración, resguardo de una primera solicitud de permiso de residencia o de asilo, una convocatoria a una cita a la prefectura). Quedan exonerados de la obligación de la regularidad de la residencia: l@s ciudadan@s de países con los cuales Francia tiene firmados convenios internacionales que así lo estipulan, la población extracomunitaria en minoría de edad, las personas encarceladas, las personas que han padecido un accidente laboral o han contraído una enfermedad ocupacional en Francia y, l@s de origen extracomunitario que han perdido su derecho residencia en Francia, durante un periodo de cuatro años³⁰. La exoneración de la parte de los gastos de asistencia sanitaria y prescripción farmacéutica a cargo de l@s asegurad@s bajo el régimen general de la Seguridad Social puede obtenerse por dos vías: 1) en caso de enfermedad grave o crónicas, y 2) a través de la obtención de la cobertura complementaria en materia de salud, válida durante un año, que estable la CMU, bajo la condición de insuficiencia de recursos económicos.

Para aquellas personas que no cumplen con la doble condición de residencia estable y regular, Francia ha dispuesto de una prestación de ayuda social, financiada por fondos estatales, denominada Ayuda Médica del Estado (*Aide Médicale d'Etat*, AME) que, *de facto*, instaura un circuito secundario de asistencia médica gratuita especial para l@s inmigrantes indocumentad@s,

³⁰ Véanse los artículos L 161-8 del Código de la Seguridad Social y el Decreto n° 99-1049 del 15 de diciembre de 1999.

anualmente renovable³¹. Cabe señalar que anteriormente ya existía una ayuda médica gratuita, donde los costes sanitarios de las personas no pudiendo pagar un seguro de protección médica corrían a cargo de fondos públicos. En principio, los promotores de la reforma de julio de 1999 habían anunciado la desaparición de este tipo de ayuda médica, que sería sustituida por la afiliación a la Seguridad Social bajo criterio de residencia. Sin embargo, se optó finalmente por su continuidad. Las prestaciones médicas cubiertas por la AME se restringen a los cuidados médicos proveídos en las instituciones hospitalarias (incluyéndose las consultas externas y las prescripciones farmacéuticas) y a la atención primaria y secundaria (*soins de ville*) bajo condición de justificar una residencia ininterrumpida en Francia desde al menos tres años³².

Según el marco legal en materia sanitaria, toda persona extranjera viviendo en Francia, independientemente de su situación de regularidad administrativa y de su participación en el mercado laboral, tiene derecho a una cobertura médica, aunque con prestaciones distintas, estando ésta enmarcada en la Seguridad Social o en la AME. En su defecto, es posible acceder a cuidados gratuitos a la salud acudiendo a los hospitales públicos (en concreto, a las *Permanences d'Accès aux Soins de Santé PASS*), aunque solamente en caso de urgencia médica y teniendo una justificación válida por carecer de un seguro médico³³. Cabe añadir que, paradójicamente, las políticas sanitarias también pueden generar efectos exclusógenos en tanto que pueden contribuir a la estigmatización de las personas que se benefician de determinadas prestaciones sociales y acelerar tendencias de polarización y segregación al discriminar grupos sociales con escaso poder (Herkrommer & Koch, 1999). El estigma asociado al hecho de percibir una ayuda social radica en las lógicas de dependencia e inferioridad que

³¹ Cabe matizar, a modo de excepción, que la AME toma a su cargo las personas de nacionalidad francesa repatriadas desde hace menos de tres meses (y sin seguro médico privado), la interrupción voluntaria del embarazo y los casos de admisión excepcional señalados en el Art. 187-1 del código de la familia y de la ayuda social.

³² La regulación de la AME depende de los siguientes textos normativos: Art. 186, 187-1 y 188 *alinéa* 2 del código de la familia y de la ayuda social; Decreto nº 94-294 del 15 de abril de 1994 y la circular nº 2000-14 del 10 de enero de 2000.

³³ Ni la urgencia, ni la validez de la demanda quedan claramente especificadas.

derivan de la relación entre el agente remitidor (el que asiste) y el receptor (el que es asistido)³⁴. Aquí, el estigma puede concebirse como el precio moral a pagar por el acceso a determinadas prestaciones sociales. Desde esta perspectiva, los derechos sociales llevan intrínsecamente una paradoja difícilmente superable dentro del actual *status quo*: 'Un precio moral (el estigma) es concebido como uno de los factores necesarios de las políticas sociales para preservar los ordenes morales y normativos de la mercantilización del trabajo (junto con otras sanciones y coerciones)' (Herkrommer & Koch, 1999: 167)³⁵. Siendo la AME un sistema residual para cubrir los gastos sanitarios de las personas extracomunitarias sin pruebas válidas de residencia estable y residual pero que demuestren carecer de recursos económicos suficientes, esta prestación consiste en un mecanismo paliativo de los efectos perversos de la discriminación legal subyacente a la doble condición de extranjería e irregularidad, en pro del mantenimiento del *estatus quo*. En este sentido, contribuyen a la reproducción de un régimen de bienestar social fundamentalmente vinculado al mercado de trabajo y la equiparación de la ciudadanía a la nacionalidad. En síntesis, los casos de las personas procedentes de la Unión Europea y l@s inmigrantes extracomunitari@s con residencia regular y estable compondrían la categoría de los *denizens*, siendo las personas con nacionalidad francesa ciudadanas de pleno derecho y, l@s inmigrantes extracomunitari@s sin demostrar residencia estable y regular en el territorio francés, *helots*.

2.2. La trasgresión de los códigos oficiales sanitarios y médicos

La accesibilidad de los servicios sanitarios está mediada por la estructura organizativa de la administración sanitaria que impone una serie de pasos bu-

³⁴ Aquí no se afirma que todas las prestaciones sociales son estigmatizadoras. Más bien, se incide en que ciertas prestaciones sociales pueden estigmatizar: en concreto, todas aquellas que, para la continuidad de su recepción, requieren la realización de unas contraprestaciones (por ejemplo, asistencia a cursos formativos) y de la comprobación de que el estilo de vida y comportamiento del individuo beneficiario se ajusta a los criterios establecidos (por ejemplo, seguimiento de un programa de desintoxicación). En este sentido, las Rentas Mínimas de Inserción constituyen un ejemplo claro de prestación social estigmatizadora.

³⁵ Traducción propia.

rocráticos a fin de obtener la llave de entrada a los servicios de salud (esto es, la TIS en España y la Carte Vitale o la AME, en Francia) y de requisitos administrativos para conseguir una prestaciones médicas y farmacéuticas especiales. Respecto a la TIS cabe señalar que su obtención no sólo depende del certificado de empadronamiento, sino que en algunos centros de atención primaria se requiere también el número de afiliación a la Seguridad Social. En su defecto, el uso de los servicios públicos se restringe a los servicios de urgencia. Al respecto, la Asociación Salud y Familia denunciaba en Abril del año 2002 cuatro situaciones en los que aún contando con un certificado de empadronamiento, l@s inmigrantes extracomunitari@s no son atendid@s en los centros de asistencia primaria de salud de la ciudad de Barcelona: a) la mayor parte de los centros de atención primaria niegan la asistencia sanitaria a inmigrantes con certificados de empadronamiento 'sin domicilio' (o con la dirección del *Departament d'Estadística* de Barcelona); b) algunos centros de salud en los que se solicita la TIS no se concede una tarjeta provisional que permita el acceso inmediato a la asistencia sanitaria; c) en algunos centros en los que se entrega una tarjeta sanitaria, ésta no incluye reconocimiento a beneficiarse de la prestación farmacéutica con la cofinanciación del 40% a cargo del usuari@ y; d) en algunos centros se entrega la TIS sin la asignación de un profesional médico durante un periodo que puede alcanzar los tres o cuatro meses³⁶.

En referencia a la obtención de la AME, en Francia, la ley prevé que pueda ser recibida en los centros de la Seguridad Social, lo cual limita el efecto estigmatizante de la AME y por tanto, desciende el efecto disuasorio. Sin embargo, algunos de estos centros se han negado ha instruir las peticiones de AME y obligan al solicitante a dirigirse a los centros comunales de la acción social (CCAS), dependientes de la administración local o, en el caso de París, de los hospitales públicos³⁷. El solicitante ha de justificar su identidad, domicilio, duración de su residencia en Francia, sus recursos económicos y la lista de las per-

³⁶ Informe 'Accesibilitat dels immigrants amb insuficient documentació al sistema sanitari públic', (Barcelona, Abril 2002), manuscrito.

³⁷ Así se ha recogido en el trabajo empírico realizado en el ECP5.

sonas a su cargo. Tal como denuncia la asociación GISTI (2002), algunas de los centros de la Seguridad Social exigen documentos no estipulados por ley, esto es, un visado en curso y los recursos de las personas que hospedan al solicitante, asimismo distribuyen 'etiquetas' canjeables por una consultación en lugar de la notificación de validez anual, práctica que no es reglamentaria.

La percepción muy extendida de que l@s inmigrantes extracomunitari@s son una población 'sin derechos' fomenta que el personal de los centros sanitarios entienda que no tiene la obligación laboral y legal de atenderl@s y, que si lo hace, es desde la opción del humanitarismo. En España, no poder registrar como intervención médica la atención sanitaria a l@s usuari@s sin TIS contribuye a que se interprete esta atención sanitaria como la realización de un 'trabajo extra' puesto que en estos casos no consigue reconocimiento alguno desde los organismos gestores, ni económico, ni de otra índole. Cabe enunciar, también, los factores propios de las condiciones laborales del personal sanitario que inciden negativamente en la accesibilidad de los colectivos de inmigrantes con condiciones precarias de vida. Estos son básicamente, la sobrecarga laboral de l@s profesionales de salud, particularmente aquell@s que ejercen su profesión en centros de salud localizados en barrios pobres y con elevados índices de marginación social; el déficit de personal sanitario para satisfacer las demandas en cuidados de salud de la población en general; la limitación del tiempo de consulta a fin de atender el máximo número de demandas de cuidado médico y; los escasos incentivos y motivación personal para la realización de formación continua a fin de obtener un mayor conocimiento sobre la población que tratan.

Asimismo, la atención sanitaria proveída actualmente en los servicios públicos se enmarca fundamentalmente en el paradigma biomédico de atención a la salud y sigue un modelo de medicina reparadora y preventiva basado en la medicalización de la vida cotidiana (Illich, 1977) y en reprobar al individuo de su propio estado de mala salud (Crawford, 1977, 1990)³⁸. Queda asimismo rele-

³⁸ El modelo hegemónico de interpretación de la salud y curación de la enfermedad actualmente imperante es la biomedicina. Este modelo se asienta en cinco proposiciones: 1) la materialidad (soma) e inmaterialidad del cuerpo (mente) son tratadas separadamente; 2) el cuerpo puede ser curado siguiendo la analogía

gada al uso estrictamente privado cualquier otra forma de cuidado a la enfermedad y atención a la salud que no se ciña al modelo biomédico, imperante en el sistema público de salud. De ahí que opciones más holísticas tales como la homeopatía o las denominadas terapias complementarias (Sharma, 1992), por ejemplo, la acupuntura, la reflexología, el Reiki, la aromaterapia, entre otras, se practiquen fuera de la red pública de atención sanitaria (con la excepción de la homeopatía en Francia, por estar incluida en el paquete de servicios objeto de reembolso por la Seguridad Social).

En relación con los discursos hegemónicos acerca de promover una vida saludable, diversos estudios sobre la relación médico-enferm@ han destacado el carácter de no reciprocidad de la interacción, en la cual información y obligación se confunden (Cohn, 1997) y donde una serie de prácticas disciplinarias y atributos morales se transmiten (Lupton, 1997 y Williams, 1998). Así pues, los consejos terapéuticos remitidos ya sea vía individual en la consulta médica, o vía masiva en campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, constituyen una tecnología de salud (*'technology of health'*) que persigue la interiorización del imperativo de salud subyacente a las políticas sanitarias (Lupton, 1997); esto es, disciplinar los individuos a seguir los códigos hegemónicos de 'la vida sana'.

Sobre su función social, las reflexiones de Michel Foucault no pueden ser más oportunas:

"La medicina no debe ser sólo el corpus de técnicas de la curación y del saber que estas requieren, sino también engloba un conocimiento del hombre no enfermo, y una definición del hombre modelo. En la gestión de la existencia humana la medicina toma una posición normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir los consejos de una vida sabia sino también la engendra para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad donde vive. La medicina sitúa al hombre en esta zona fronteriza, pero que para el hombre moderno es soberana, donde una cierta felicidad orgánica, llana, sin pasión y musculosa, se vincula de pleno derecho con el orden de una nación, la fuerza

del proceso de reparación de una máquina; por tanto, la biomedicina adopta una metáfora mecánica asumiendo que l@s médicos pueden proceder como ingenier@s que arreglan las disfunciones del cuerpo; 3) en consecuencia, se sobredimensionan los méritos de la tecnología, que resulta de la adopción del imperativo tecnológico en el tratamiento médico; 4) la biomedicina reduce la etiología de la enfermedad enfocando en los cambios biológicos, eludiendo los factores psicosociales y; 5) este reduccionismo se acentuó con el desarrollo de la 'teoría del germen' en el S. XIX, que asumía que las enfermedades son causadas por un agente específico, identificable (parásito, bacteria o virus). Léase Nettleton (1995) y Look & Gordon (1981) para mayor profundidad en el tema.

de los ejércitos, la fecundidad de su pueblo y la paciente marcha de su trabajo' (Foucault, 1963:35) ³⁹

La función curativa e higienizante de los servicios públicos de salud es atravesada por un dispositivo de control social que, en pro de la consecución del tipo ideal de sociedad sana, trata de uniformar los cuerpos acorde con la idea de normalidad imperante (Waitzkin, 1991), al tiempo que tiende a segregar y discriminar a l@s que no se ajustan a dicha normalidad. Aquí, cabe destacar la atención vigilante sobre las conductas consideradas de riesgo para la salud pública que se desarrolla a través de las instituciones sanitarias. El consumo de drogas (tanto las catalogadas de blandas, como las duras), la sexualidad – primordialmente, la femenina-, la atención materno-infantil, la dieta, e incluso la decisión sobre la propia muerte son aspectos de la vida cotidiana que caen bajo dominio del ojo clínico y la práctica médica. Asimismo, la concesión de bajas laborales por enfermedad o incapacidad física y sus renovaciones dependen, en última instancia, de la decisión de los cuerpos médicos. Esta medicalización de la vida no es compartida por la totalidad de la población. Entre las resistencias expresadas, las de usuari@s de origen extracomunitario, aunque no son l@s únic@s, parecen llamar más la atención de la institución sanitaria. Siguiendo esta línea argumentativa, la mayor visibilidad de su anormalidad se explicaría principalmente por ser residentes, aún regulares, pero no ciudadanos de pleno derecho y, por tanto, encarnando la figura de “l@s asistidos desagradicid@s”.

Por otra parte, la carencia de información o un conocimiento imperfecto sobre los recursos sanitarios públicos generan situaciones en las que l@s usuari@s formulan demandas que no concuerdan con el estándar de la práctica médica dominante y con la rutina administrativa de la institución sanitaria, escenario que se agrava en la medida que éstos ignoran sus derechos sociales, además de desconocer la organización del complejo entramado de las prestaciones referentes a los cuidados de la salud (Bada Ainsa & Bada Jaime, 1996; Schumacher et. al, 1997). Estos casos suelen responder a un fallo en el diseño de los re-

³⁹ Traducción propia.

cursos de bienestar social o su administración (Blomberg & Petersson, 1999). L@s profesionales entrevistad@s concuerdan al señalar una desinformación respecto a los derechos de salud y la organización sanitaria entre la población que atienden, debido principalmente a que no se dan unas políticas de acogida dirigida a l@s inmigrantes, ni hay establecido un protocolo de acogida en los centros de salud en el momento del primer contacto. Incluso, Antonio Ugalde (1995) constata, para el caso español, que el mismo sistema sanitario es deficitario a la hora de proveer servicios de atención a la salud de los cuerpos extracomunitarios por falta de información sobre la distribución de las competencias en materia de inmigración entre el personal adscrito a órganos competentes de la Administración Sanitaria. Sin duda, la estructura de los servicios sanitarios y su división profesional genera una serie de trabas para el acceso a los servicios públicos de salud por parte de ciertos colectivos. Acorde con Blomberg y Petersson (1999:168),

‘Las rutinas administrativas pueden consciente o inconscientemente servir como filtro de entrada. Ello implica procesos de rechazo de las personas que están en los márgenes. En época de recortes presupuestarios, una explicación es la doble lealtad del personal administrativo, quienes sirviendo, por una parte los clientes y siendo, por el otro lado, conscientes de los costes, se decantan por lo último’.⁴⁰

En este sentido, aspectos organizativos como la cita previa, las franjas horarias de los centros de salud y las largas listas de espera, así como la mediación de los servicios de medicina general en la atención médica especializada, el desplazamiento al centro de salud y la separación temporal (algunas veces distancia espacial) entre realización de pruebas clínicas y visitas de diagnóstico y tratamiento, desalientan el uso de los servicios de salud, en mayor medida por parte de ciertos sectores de la población, como por ejemplo, trabajadores en condiciones laborales precarias, con alta inseguridad en el mantenimiento de su empleo que temen perder su puesto de trabajo en caso de absentismo por motivo de enfermedad⁴¹. En el caso de l@s usuari@s entrevistad@s, la mayor crítica

⁴⁰ Traducción propia.

⁴¹ Cabe matizar que si bien el sistema sanitario francés autoriza el acceso a la atención especializada sin mediación previa del médico de familia, desde 1998 la administración ha introducido una nueva opción concertada abierta a los médicos de familia que lo desee, la figura del ‘médico de referencia’: compromiso

respecto a la organización de la institución sanitaria recaía en la incompatibilidad horaria entre las visitas médicas y el trabajo.

2.3. Los condicionantes socio-económicos

Uno de los rasgos característicos de las sociedades capitalistas postindustriales es la extensión de modelos productivos de acumulación basada en la flexibilización, nuevas formas de organización económica en mercados cada vez más globalizados y una creciente aplicación de robots industriales y sistemas automáticos en el sector servicios, donde el sector terciario adquiere mayor preeminencia (Tezanos, 1998; Sennet, 2000). En esta nueva fase del orden capitalista se asiste a elevadas tasas de desempleo, cada vez más endémicas; un continuo aumento de empleo precario y carente de seguridad laboral; una mayor concentración del poder económico privado, la pérdida de poder para la intervención económica y social por parte de los Estados-Naciones y la reducción de los programas de bienestar social. Literalmente,

'(...) la situación actual está marcada por una conmoción que recientemente ha afectado la condición salarial: el desempleo masivo y la precarización de la situación de trabajo, la inadecuación de los sistemas clásicos de protección para cubrir estos estados, la multiplicación de los individuos que ocupan en la sociedad una posición de supernumerarios, 'inempleables', desempleados o empleados de manera precaria, intermitente. Para muchos, el futuro tiene el sello de lo aleatorio.' (Castel, 1997: 13).

Estos efectos de la reestructuración económica contribuyen, por ende, a acrecentar la distancia social, económica y política que separa los colectivos más pudientes de los menos, así como estos últimos de las personas marginadas. Así, la exclusión social implica intrínsecamente una creciente tendencia a la polarización de la propia desigualdad social. En términos de Félix Tezanos (1998:31), 'se está estrechando la brecha existente entre los sectores que disfrutan de los beneficios y las oportunidades de la dinámica generada por una nue-

a tratar una lista de usuarios abonados, que sólo deberán pagar los costes no reembolsados por la Seguridad Social ni la mutua complementaria y a los que se les aplica unas tarifas convenidas previamente con la administración. Asimismo, el médico de familia actuará de filtro para el acceso a los especialistas. (Lambert, 2000). Desde 2004, estas medidas están sido implementadas a tod@ usuari@ del sistema sanitario público.

va forma de crecimiento económico que no genera empleo ni difunde el bienestar social, y entre un número creciente de personas que van quedando arrojadas a la cuneta, que ven alargarse los períodos en que no encuentran empleo, o que sólo acceden a trabajos precarios, al tiempo parcial y poco remunerados’.

En las últimas décadas los mercados laborales de Francia y España están experimentando una creciente precarización del empleo por medio de la proliferación de contratos de trabajo a tiempo limitado, de la facilitación de los despidos y de la extensión de la economía informal. Esta informalidad en el mercado de trabajo -característica de la Europa del Sur aunque no exclusiva- encaja muy bien con un tipo de empleo de bajo salario y altamente flexible, y se mantiene en parte a causa de la situación de irregularidad en que se encuentra un gran número de inmigrantes. Los efectos exclusógenos de la reestructuración económica no sólo tienen repercusiones sobre el estado de salud de los cuerpos (Nettleton, 1995; Annandale, 1998), sino también en el uso que hacen de los recursos sanitarios.

Unas condiciones precarias de trabajo, una elevada inseguridad en el mantenimiento del puesto de trabajo, así como una jornada laboral superior a ocho horas diarias dificultan la posibilidad de ausentarse del puesto de trabajo para asistir a la consulta médica en el momento de necesidad. Por tanto, la explotación laboral, y las contrataciones ilegales, no favorecen precisamente la demanda de permisos para una visita médica, ni la baja por enfermedad. En estos casos, puede darse también el temor del enferm@ a mostrar síntomas de mala salud por el riesgo a que la empresa prescinda de la fuerza de trabajo que aporta, al no estar en las condiciones físicas óptimas para desempeñar su función. A fin de entender en toda su magnitud el valor del trabajo para los cuerpos extracomunitarios no sólo es menester remitirnos al contexto de reestructuración económica y social, sino también a la posición de supeditación a un contrato laboral que es requerido para la renovación de su permiso de residencia⁴². Igual-

⁴² Al respecto, obsérvese que el vínculo político se construye sobre la comunidad nacional, y sobre el trabajo formal y para toda la vida (modelo ni siquiera válido para l@s ciudadan@s españoles y franceses), en su doble consideración de nexo social primordial y de aportación a la comunidad.

mente, la movilidad geográfica que caracteriza a un colectivo pendiente de la oferta laboral –especialmente, el caso del trabajo temporal- no sólo condiciona el estado de salud, sino también dificulta la obtención, vía correo postal, de la TIS en España y de la Carte Vitale en Francia, en el caso en que les haya sido concedida, y complica el seguimiento y cumplimiento de las prescripciones médicas⁴³. Por último, bien es conocido que en situaciones de escasos recursos económicos, el gasto médico-farmacéutico puede no constituir una prioridad en el presupuesto individual o familiar. Aquí cabe señalar la forzada y no deseada interrupción del envío de remesas a la familia que permanece en la sociedad de origen, con todo lo que conlleva de compromiso moral y de imagen de éxito del proyecto migratorio. Sin duda, para las personas aseguradas por la Seguridad Social francesa, las dificultades financieras son un obstáculo para el avance de los gastos sanitarios (el ticket moderador).

2.4. Los efectos de la *desafiliación social*

La desafiliación social no sólo hace referencia a los procesos de desvinculación con respecto a la familia, las redes sociales de amistad y el sistema de interdependencia fundadas en la pertenencia comunitaria, sino sobre todo a la ausencia de inscripción de los cuerpos en estructuras productoras y portadoras de sentido y significación social. Siguiendo a Robert Castel (1997: 36), ‘hay riesgos de desafiliación cuando el conjunto de las relaciones de proximidad que mantiene un individuo sobre la base de su inscripción territorial, que es también su inscripción familiar y social, tiene una falla que le impide reproducir su existencia y asegurar su protección.’ El aislamiento relacional, así como la ausencia de participación en alguna actividad productiva, conjugan sus efectos negativos para marginar aquellas personas que no se ajustan a la idea normativa de ciudadan@ y excluirlas de los recursos de bienestar social (por

⁴³ Pascale Deschamps (1990) acertadamente insiste en la relevancia de la vivienda para obtener la llave de entrada a los recursos sanitarios, incluso para la AME. Al respecto, señala que entre las personas ‘sin domicilios fijos’ (SDF) se dan, con mucha frecuencia, casos de pérdida o robo de documentación.

ejemplo, los servicios sanitarios) a pesar de ser la población que más los necesite (Castel, 1997; Maisondieu, 1997).

Por tanto, a la precariedad del trabajo y la consideración de un segmento de la fuerza laboral como inempleable se añade, en la configuración de zonas de gran vulnerabilidad social, la fragilidad de los soportes de proximidad, es decir, la carencia de apoyo por parte de la familia y amistades. Siguiendo a Robert Castel (1997: 15, cursiva nuestra), '(...) la precariedad de las condiciones de trabajo es a menudo compensada por la densidad de las redes de protección cercana generadas por la vecindad (...). Si se produce por ejemplo una crisis económica, con ascenso del desempleo y generalización del subempleo, la zona de vulnerabilidad se dilata, gana terreno sobre la integración y alimenta la *desafiliación*⁴⁴.' El problema central que evidencian los procesos de exclusión no se asienta únicamente en las pésimas condiciones laborales o las escasas oportunidades laborales, sino también en la inconsistencia de las redes sociales en que se encuentran muchos de l@s desemplead@s, los inempleables o l@s emplead@s de manera eventual y precaria (Tezanos, 1998).

En los cuidados de la salud, el papel de la familia en tanto que paliativa de las quedades del sistema nacional de salud es muy importante, aunque har- to invisibilizado (Durán, 2002). La importancia de la familia como 'colchón co- ntra la adversidad, dique contra el infortunio y resguardo contra el desarraigo' (Flaquer, 2003) es aún más elevada en un Estado de Bienestar que responde a la definición de Gøsta Esping-Andersen (1999) de régimen de bienestar familiaris- ta –esto es, aquel régimen de bienestar en que las administraciones públicas dan por supuesto el hecho de que las familias y los hogares asumen la responsabili- dad principal a la hora de garantizar el bienestar de sus miembros. De acuerdo con Lluís Flaquer (2003), España se basa en el familiarismo, en la medida en que el proceso de individualización afecta en menor grado las vidas de su población y la familia se ha mantenido como una unidad fundamental en el proceso de

⁴⁴ Castel (1997) define la *desafiliación* como el proceso de desvinculación de las redes sociales de apoyo, que conduce a modelos de sociedad donde se quiebra la idea de 'sociedad de semejantes' e impugna la noción moderna de ciudadanía social.

reproducción social⁴⁵. Para este autor, en España se ha sostenido el tradicionalismo familiar:

‘La familia española es tradicional en al menos dos sentidos. Su carácter multifuncional ha subsistido más que en otros países, ya que no es tan sólo entendida como una unidad reproductiva encargada de la crianza y socialización de los hijos, sino como una agencia de provisión de bienestar responsable de la prestación de servicios de cuidados y de la protección económica de sus miembros. Por otra parte, también presenta rasgos tradicionales en lo que respecta a la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres: una parte importante de las familias españolas, en especial las pertenecientes a las generaciones de mayor edad, todavía obedecen al modelo del proveedor económico masculino cuya esposa es ama de casa’ (Flaquer, 2003)

En referencia al cuidado de la enfermedad, especialmente en las situaciones agudas y crónicas, se propaga una ideología que apela a los valores de solidaridad y reciprocidad de las redes sociales, pero por otro se elude la situación de cambio en la estructura familiar (Pérez, 1999; Kellerhalls, 1987; Izquierdo et al., 1988). Paradójicamente, se responsabiliza a las familias que no asumen a sus familiares enfermos, apuntando más severamente a la mujer (bien por ser hija, madre, esposo o nuera), y no se desarrollan redes públicas de soporte que cubran las nuevas necesidades (Pérez, 1999).

Acorde con el estudio de Vicenç Navarro y Águeda Quiroga (2003), España dedica menos gasto social en protección a la familia que cualquier otro país de la UE-15. Según los datos del EUROSTAT para el año 2000, el gobierno español sólo dedicó el 0.5% del PIB en comparación con el 2.1% de promedio europeo. Al respecto, Francia superó ligeramente el promedio europeo (2.7% del PIB). Además, España es el país con el gasto por habitante en protección a la familia más bajo de la UE-15. Los datos de EUROSTAT para el año 2000, muestran que, resumiéndose el promedio de unidades de ayudas a las familias por habitantes en 484,8 unidades de compra, el gobierno español sólo dedicó 97,7 unidades, mientras que Francia llegó hasta 617,6 unidades. Comparando el gasto

⁴⁵ Lluís Flaquer (2003) define el proceso de individualización como el proceso de disminución de las dependencias tradicionales de las personas con respecto a los grupos primordiales (comunidades, linajes, familias, redes de parentescos, etc.) y del aumento de su supeditación a nuevas instancias propias de la sociedad moderna (mercados formalizados, leyes y reglamentos, administraciones públicas, prestaciones sociales).

pro-familia de los años comprendidos entre 1993 y 2000, observamos un importante crecimiento del déficit español en relación con el promedio de la UE-15.⁴⁶

La reflexión sobre la importancia de la familia como colchón amortiguador en situaciones de desprotección social evidencia la magnitud de la vulnerabilidad social en que se encuentran l@s inmigrantes y exiliad@s que no pueden contar con el apoyo social de su familia en la cotidianidad de su vida. Éste es el caso de dos tercios de l@s usuari@s entrevistad@s en esta investigación. Con todo, cabe señalar junto a la familia, el creciente protagonismo de las organizaciones del sector voluntario en tratar de cubrir las necesidades más básicas en salud de los individuos socialmente más desfavorecidos⁴⁷. El rol subsidiario de este sector voluntario deviene primordial precisamente en el caso de inmigrantes y exiliad@s cuyo núcleo familiar reside en la sociedad de procedencia.

2.5. Las barreras culturales sobre la representación social de los cuidados de la salud y la enfermedad

El desconocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios, bien sea por poseer nula información sobre la red pública de atención a la salud, bien sea por un conocimiento deficiente del sistema sanitario, constituye una importante barrera para l@s usuari@s que proceden de un país cuyo sistema sanitario es distinto al establecido en la sociedad de instalación. El conocimiento deficiente sobre los servicios sanitarios puede intervenir negativamente en la accesibilidad de l@s inmigrantes extracomunitari@s a los cuidados profesionales de salud, al no concordar sus demandas de atención sanitaria con el estándar de la práctica médica dominante o con la rutina administrativa de la institución sanitaria. Cabe mencionar que las expectativas que l@s usuari@s inmigrantes se hacen acerca de los servicios de salud dispuestos en la sociedad de recepción --

⁴⁶ Según los datos del EUROSTAT, la diferencia aumenta de 289,7 unidades de compra en 1993 a 387,1 en el año 2000.

⁴⁷ De acuerdo con el modelo analítico propuesto por Adelantado et al. (2000) sobre la relación entre estructura social y política social, el sector voluntario engloba los recursos de bienestar que suministran las ONG's, fundaciones como la ONCE, religiosas como Cáritas u organizaciones como la Cruz Roja.

especialmente en el caso de inmigrantes procedentes de Estados en los que no se ha desarrollado un régimen de bienestar, y en consecuencia, no se ha articulado un sistema sanitario público— afectan en gran medida sus demandas sanitarias y actitud en la interacción entre el personal médico y la persona enferma a la hora de recibir atención médica profesional. Aquí intervienen las barreras culturales que derivan de las diferencias en la concepción sobre la relación profesional médico-usuari@, así como las representaciones sociales sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad y, los cuidados de la salud (Herzlich, 1992[1969]).

En la consulta médica, la interacción entre el cuerpo médico y el cuerpo enfermo está mediada por sus posiciones sociales (estructura y volumen de capitales económico, social, cultural) y sus respectivas trayectorias biográficas⁴⁸. En los micro-encuentros de la vida cotidiana operan complejos mecanismos de distinción social que contribuyen a la elaboración de las estructuras cognitivas que permiten a los agentes sociales elaborar conocimientos pragmáticos sobre el mundo en el que se desenvuelven. Estas estructuras cognitivas consisten, pues, en esquemas históricos de percepción y apreciación, producto de la división objetiva en posiciones sociales que estructuran la acción de los cuerpos⁴⁹.

En sociedades desiguales, las distinciones sociales no sólo moldean las pautas de interacción entre agentes, en las que se generan prácticas exclusógenas cuya sutilidad en su manifestación en la vida cotidiana contribuye a su invisibi-

⁴⁸ En una sociedad de recursos limitados y desigualmente distribuidos, tres principios constituyen las desigualdades sociales, siguiendo el marco conceptual teórico de Pierre Bourdieu (1988): el volumen del capital, la estructura del capital y la evolución en el tiempo de estas dos propiedades (esto es, la trayectoria biográfica pasada y la estructura de oportunidades posibles en el espacio social). El concepto 'capital' hace referencia al conjunto de recursos y poderes efectivamente utilizables y se distingue fundamentalmente en capital económico, capital cultural y capital social. El volumen y la estructura de los distintos capitales que posee un agente operan en todos los dominios de la práctica social y en el transcurso de su trayectoria biográfica. Literalmente, '(...) al ser el capital una relación social, es decir, una energía social que ni existe ni produce sus efectos si no es en el campo en la que se produce y se reproduce, cada una de las propiedades agregadas a la clase recibe su valor y su eficacia de las leyes específicas de cada campo: en la práctica, esto es, en un campo particular, todas las propiedades incorporadas (disposiciones) u objetivadas (bienes económicos o culturales) vinculadas a los agentes no siempre son simultáneamente eficientes; la lógica específica de cada campo determina aquellas que tienen valor en ese mercado, que son pertinentes y eficientes en el juego considerado, que, en relación con ese campo, funcionan como capital específico y, en consecuencia, como factor explicativo de las prácticas.' (Bourdieu, 1988: 112).

⁴⁹ Es relevante puntualizar que en ningún momento se apuesta por un esquema inmovilista y determinista, sino, por el contrario, dinámico dentro de las limitaciones derivadas de los condicionantes sociales, que no son sino el producto de la cristalización o sedimentación de prácticas sociales cronológicamente anteriores. Por tanto, se da una recursividad entre estos esquemas cognitivos y la acción social.

lidad.⁵⁰ Igualmente, hace emerger problemas derivados del contexto social del usuari@ en la consulta médica. Al buscar atención médica, el usuari@ llega a la consulta no sólo con un problema físico, sino también con un contexto social determinado (por ejemplo, unas relaciones familiares, comunitarias y laborales particulares) (Calnan, 1988)⁵¹. De hecho, la experiencia de la enfermedad es inseparable del contexto social más amplio en el que ésta se produce (Waitzkin, 1991)⁵². En la medida en que las necesidades vitales de l@s cuerpos extracomunitari@s y sus demandas sociales y sanitarias suelen ser bastante acusadas, los profesionales de la salud pueden sentirse desbordad@s por la conciencia de tal necesidad y, en concomitancia, se vean incapacitad@s para darles una respuesta adecuada⁵³.

Al respecto, cabe referirnos a los diferenciales en modalidades de cuidados médicos y la calidad de la atención sanitaria habida cuenta de la distribución desigual de los recursos sanitarios a nivel territorial. Esta situación se reproduce claramente en los niveles más locales de asignación de los recursos sanitarios: en el caso de Barcelona y París es patente la disimetría en la distribución geográfica de los centros que mayormente atienden a inmigrantes. Ello responde, sin duda, a la mayor concentración de la población de origen extra-

⁵⁰ No obstante, ello no consigue oscurecer totalmente sus efectos pues la desigualdad en el trato, en el marco de una interacción social, se hace sentir en el cuerpo tomando varias modalidades: irritación, insatisfacción, recelo o conformismo.

⁵¹ En España, la extensión de la cobertura sanitaria a la población extranjera empadronada ha supuesto, sin duda, una mejora cualitativa en la relación profesional-usuaria de los servicios sanitarios. La limitación del derecho a la asistencia sanitaria pública favorecía el temor de la persona inmigrante a acudir a la consulta médica por la posibilidad de que le negasen atención médica; la falta de confianza entre ambos agentes sociales debido, por una parte, al uso de estrategias de omisión o deformación de la información, así como al recurso de la mentira por parte del y la inmigrante a fin de acceder a servicios a los que legalmente no tiene reconocido el derecho de utilizarlos y, por otra, al recelo del y la profesional ya predispuesto a considerar bajo sospecha, las demandas por parte de este colectivo de usuari@s.

⁵² 'Los encuentros médicos son procesos de nivel micro que implican la interacción de individuos. Estos procesos interpersonales, ocurren, sin embargo, en un contexto social que es conformado por estructuras macro. Por ejemplo, cuando l@s usuari@s y profesionales médicos discuten sus problemas laborales, evocan la organización del trabajo en la sociedad, sus expectativas sociales sobre el trabajo, las relaciones sociales de clase que pertenecen al mundo laboral, etc. L@s usuari@s también hacen relucir otros tipos de problemas sociales cuando hablan con sus médicos, y las estructuras macro en la sociedad condicionan también el contexto de estos problemas' (Waitzkin, 1991:11-12; traducción propia).

⁵³ Este sentimiento de 'desbordamiento' en el desempeño de sus profesiones fue un tema recurrente en las *Jornades d'intercanvi d'experiències en atenció sanitària de persones immigrades* organizadas por el Institut Català de la Salut (Barcelona, 15 Mayo 2002). Asimismo, l@s profesionales entrevistad@s en el estudio de Ramos et al. (2001) insistían en la frustración que sienten ante las numerosas dificultades para proceder a un diagnóstico fiable cuando atienden a cuerpos extracomunitarios.

comunitario en unas zonas concretas, vinculada básicamente a la mayor accesibilidad a viviendas relativamente más económicas, en su mayoría con elevado nivel de insalubridad, y a las redes de asentamiento de inmigrantes (téngase en cuenta la importancia del apoyo social entre connacionales para el bienestar de estos colectivos (Martínez García et al., 2001))⁵⁴. Teniendo en cuenta la correlación existente entre las condiciones materiales de existencia y los estados de salud (Annandale, 1998), la concentración geográfica de la miseria contribuye en gran medida a la saturación endémica de los servicios sanitarios que atienden las áreas territoriales donde se ubican los colectivos sociales de mayor fragilidad 'psico-y-somática' y a la perpetuación de 'la ley de la asistencia inversa', es decir, aquell@s que más necesitan de asistencia sanitaria son precisamente l@s que menos probabilidades tienen de recibirla (Ashton & Seymour, 1988; Tudor Hardt, 1971).

2.6. El desencuentro de los universos lingüístico-simbólicos

Por último, mencionar las barreras idiomáticas que se interponen entre el personal sanitario y el usuari@, especialmente cuando ésta última procede de un país donde la(s) lengua(s) hablada(s) en la sociedad de instalación no corresponde con la(s) de la sociedad de procedencia. Sin embargo, cabe puntualizar que aún compartiendo la misma lengua, se dan barreras idiomáticas vinculadas sobre todo a variaciones en cuanto al mercado de los bienes lingüísticos y

⁵⁴ La concentración de los distintos colectivos de inmigrantes no se desarrolla arbitrariamente sino que obedece a una compleja serie de procesos micro y macrosociales. Complementando las teorías push-pull, basadas en que una demanda de mano de obra en la sociedad de instalación incentiva la emigración de personas que ven limitadas y coartadas sus posibilidades laborales en su país de origen, la teoría de las redes dan cuenta de la llegada de inmigrantes en Catalunya y su asentamiento en zonas específicas de su territorio. *'Migrant networks are sets of interpersonal ties that connect migrants, former migrants and non-migrants in origin and destination areas as through ties of kinship, friendship and shared community origin. They increase the likelihood of international movement because they lower the costs and risks of movement and increase the expected net returns to migration.'* (Massey et al., 1997:264). Por tanto, las conexiones de redes constituyen un capital social de las que pueden valerse las personas inmigrantes para obtener una serie de recursos materiales y simbólicos en Catalunya (vivienda, trabajo, documentación, educación, atención a la salud) y establecerse en dicha comunidad. Asimismo, la colateral consolidación de toda una red de recursos institucionales dirigidos a la población inmigrante en las sociedades de instalación puede también ser un factor incentivador de la concentración de inmigrantes en determinadas áreas geográficas.

simbólicos, esto es, el uso del vocabulario y los significados de las palabras (Bourdieu, 1993). Este uso diferencial de la lengua responde no sólo a los distintos usos que derivan de la apropiación particular que, por ejemplo, los países de habla hispánica hacen del castellano, sino principalmente a diferencias de capital cultural. Ello explicaría, igualmente, por qué se dan barreras idiomáticas entre la misma población autóctona. Aquí cobra importancia la cuestión de la comunicación en la consulta médica; más concretamente, el tema de la dificultad que supone la jerga médica para la población no avezada en el universo simbólico de la medicina.

Luc Boltanski (1971) ha evidenciado el condicionamiento social de clase que favorecen la adquisición de una ‘competencia médica’: son las clases más favorecidas socio-económicamente que interiorizan en mayor medida las categorías conceptuales del saber médico. Encuentra como factores explicativos el hecho de que consultan con más frecuencia el profesional médico; al ser próximos al origen social del médico, comparten su cosmovisión y comunican fácilmente con él; por último, su elevado nivel de educación facilita la transmisión de conocimientos del profesional al enferm@.

En términos de Mishler (1984), en todo encuentro entre médico y enferm@ se produce un diálogo entre ‘la voz de la medicina’ (*‘the voice of medicine’*), que expresa la lengua profesional del conocimiento médico y la práctica de la medicina, y ‘la voz del mundo de la vida’ (*‘the voice of lifeworld’*), referida a las narrativas sobre la enfermedad de l@s propi@s enferm@s.⁵⁵ Para la autora, la comunicación entre médico y usuari@ de los servicios de salud es de naturaleza conflictiva: *la voz de la medicina y la voz del mundo de la vida* luchan por el control del discurso, a pesar de que, salvo raras ocasiones, la primera detenta una posición dominante. El profesional médico controla la entrevista clínica organizando el turno de palabra y dirigiendo el contenido de lo que ha de ser discutido a través de atender y responder selectivamente determinadas partes de la exposición del

⁵⁵ Inspirada en el concepto de voz de Silverman y Tarode, Mishler utiliza este término para referirse a una ‘particular assumption about the relationship between appearance, reality and language, or more generally a ‘voice’ represents a specific normative order’ (Mishler, 1990: 297).

usuari@; asimismo interrumpe la narrativa del usuari@, selecciona la información que requiere para obtener un diagnóstico y, finalmente, es el agente legitimado para decidir tanto sobre la necesidad de realizar examen físico u otras pruebas complementarias y en caso afirmativo, la extensión de este examen y pruebas clínicas (Freund & McGuire, 1991). La experiencia de una de las usuarias entrevistadas en ECB3 resulta un caso paradigmático del abismo que se produce entre el lenguaje de la medicina y la voz del mundo de la vida.

Llegada a España huyendo de la persecución a la que es sometida por el régimen dictatorial del general Pinochet, esta mujer sufre años más tarde un desencanto amoroso que la sumerge dramáticamente en un profundo estado de depresión. La visita al psiquiatra al que le asignan la traslada al escenario de los temidos interrogatorios del pasado, pues la dinámica de la relación entre el profesional y ella se resume a formulación de preguntas de respuesta binaria por parte del primero y contestación monosilábica por parte suya. Ninguna referencia a su contexto sociobiográfico es mencionado; el profesional en la fase de recogida de información para el diagnóstico y tratamiento no va más allá de la vivencia de síntomas y centra el tratamiento en una fuerte medicación antidepresiva.

Usuaría: No hubo buena comunicación con él. Y sobre todo, yo me sentía interrogada y para nosotros [las personas víctimas de violencia política], es un freno, es algo que te pone alerta.

K: ¿Pero él sabía de tu historia?

Usuaría: Relativamente, porque yo se lo había contado a la persona que me entrevistó la primera vez y él leyó aquello. Pero yo creo que no lo comprendió porque es una persona joven y entonces no sabe... [...] Y entonces, pues mira, me sentí cada vez peor, cada vez peor. Me dio una medicación. Me aumentó la medicación; los efectos secundarios me ponían fatal. Me dio una especie de alergia: me salieron manchas en la cara [K: las manchas en la cara.] Claro estas manchas en la cara, un sueño espantoso, espantoso. Yo me levantaba en la mañana, me duchaba y a veces, no tenía ganas de vestirme. Me ponía el camisón de dormir otra vez, me metía en la cama y estaba el día entero en la cama. He perdido 10 kilos.

K: ¿Y cuánto tiempo has estado con este psiquiatra?

U1: Con este psiquiatra estoy desde Enero. Todavía no he terminado la relación con él porque es de la Seguridad Social y entonces, tengo todavía una relación más o menos con él, lo que pasa es que además él está recargado de pacientes y, nos vemos una vez al mes, 20 minutos una vez cada 30 o 40 días. Yo tengo un amigo que trabaja en el [cita un hospital público de Barcelona] y me llevó a un psiquiatra amigo suyo que tenía un sistema muy parecido al de aquí [se refiere a ECB3], y me sentí de maravillas con él. Es decir, en primer lugar, nos sentamos juntos, no había un

escritorio de por medio, con su actitud así de comprensión y de cariño me incitaba a hablar. Yo empecé a abrirme mucho con él, pero desgraciadamente, este hombre tenía la agenda completa hasta mucho tiempo en adelante y yo necesitaba una atención inmediata.

Como se aprecia en el fragmento anterior, esta mujer siguió con las visitas del psiquiatra por una cuestión pragmática, no perder la baja laboral hasta encontrarse en mejor salud, al tiempo que buscó ayuda entre su red de apoyo social, en concreto su médico de familia quien le remite, provisionalmente y de forma extraoficial, a otro psiquiatra colega suyo. Éste último no pudo efectuar el seguimiento médico por saturación de su lista de visitas. No obstante, la usuaria consiguió atención psicológica gratuita, continuada y regular, por recomendación de una amistad, en unos de los centros de atención sanitaria exclusivamente dedicada a atender a exiliad@s en Barcelona, que financiada por la ONU, funciona fuera de la red ordinaria del sistema sanitario. Tal caso conecta directamente con el objeto de estudio del siguiente capítulo: las tácticas que insertan y las estrategias que integran.

CAPÍTULO IV

LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS CUERPOS EXTRACOMUNITARIOS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS FRANCÉS Y ESPAÑOL: TÁCTICAS QUE INSERTAN Y ESTRATEGIAS QUE INTEGRAN

El capítulo precedente ha evidenciado tanto las diferenciaciones socio-culturales, como las oquedades de orden jurídico-administrativo en el seno de los sistemas de salud en Francia y España que discriminan la población extracomunitaria con respecto a l@s ciudadan@s de un país miembro de la UE en el acceso a la totalidad de los recursos sanitarios públicos y los excluye del pleno disfrute del derecho fundamental de salud. Detener aquí la indagación sobre la accesibilidad a la atención sanitaria pública significaría no tomar en consideración las tácticas de inserción desplegadas por l@s usuari@s desposeíd@s del reconocimiento administrativo del derecho a una atención sanitaria íntegra o con dificultades para satisfacer sus necesidades de cuidados profesionales, así como las estrategias de integración que agentes sociales que intervienen en el sistema sanitario han ideado. De este cometido se ocupan las páginas siguientes. Sin embargo, cabe detenernos previamente en uno de los conceptos que más ríos de tinta ha utilizado en la sociología de las migraciones a fin de delimitar el significado que toma en esta investigación: la integración.

Breve reflexión teórico-conceptual sobre la integración

La exclusión social se define en sentido negativo puesto que hace referencia a las personas que se encuentran *fuera* de las oportunidades vitales que

definen una ciudadanía social plena (Tezanos, 1998). Por tanto, comprender su significado íntegro es sólo posible en función de la otra parte de la polaridad conceptual de la que forma parte, a saber, la idea de integración social.¹

En teoría social, el concepto de integración social ha ido desarrollándose fundamentalmente a partir de las aportaciones teóricas de los paradigmas clásicos del funcionalismo estructural y del conflictivismo². El primero de estos paradigmas se ha preocupado primordialmente por la cuestión del orden y por el modo en que la sociedad se mantiene unida; el segundo, por la tensión y las fuerzas que conducen a la integración de las distintas partes que componen una sociedad (miembros, instituciones, etc.). Destacan, por tanto, antagonismos significativos entre ambos paradigmas: mientras los funcionalistas estructurales sostienen que los valores y normas comunes mantienen el orden social, los teóricos del conflicto defienden que la sociedad se mantiene unida por la coerción que deriva de la distribución desigual de autoridad en una asociación imperativamente coordinada (*'Herrschaftsverband'*, Dahrendorf, 1974 [1959])³.

Empezando con el primero de estos paradigmas, uno de los principales objetos de estudio del funcionalismo estructural son los prerequisites funcionales que requiere un sistema social para su reproducción. Siguiendo el análisis de D.F. Aberle (1950), para quienes la unidad social se asienta en el consenso de sus miembros, destacan una serie de condiciones básicas cuyo incumplimiento perturba el orden social. El primer factor se refiere a las características demográficas de la sociedad vinculada, a la pérdida de población (por ejemplo, los fenómenos de extinción o dispersión). En segundo lugar, el mantenimiento de la

¹ Siendo el vocablo 'inclusión' sinónimo de simple presencia, simple admisión, simple tolerancia, este significante no comprende necesariamente la noción de incorporación mediante negociación e interpenetración. Contrariamente, 'Ser reconocido plenamente como un igual, un compañero, un participante con la misma dignidad y calidad que cualquier otro, no se denomina inclusión sino integración (Ravaud & Stiker, 2000a:16, traducción propia)

² Aunque las presentes reflexiones en torno al concepto de integración social se basen en la contribución de los paradigmas funcionalista y conflictivista, cabe mencionar que como bien señala Natalia Ribas (1996), los primeros científicos sociales que utilizaron el concepto de integración fueron Durkheim (1897), Summer (1906) y Benedict (1934). Estos autores emplearon este concepto desde una perspectiva que proponía un modelo de funcionamiento societal a través del cual las partes de la sociedad debían interrelacionarse de forma armónica al todo. A fin de centrar nuestras reflexiones se ha creído oportuno tomar como punto de referencia estos dos paradigmas teóricos.

³ Concepto que Ralf Dahrendorf toma de Max Weber ([1922] 1968).

cohesión social requiere el control efectivo de las conductas desviadas. Dicho control se consigue mediante la socialización, que permite la interiorización de los valores comunes, y la existencia de agentes de control social que puedan intervenir en situaciones de conflicto interno. En contextos de conflicto social explícito, abierto y violento, la fuerza puede ser el recurso utilizado para dar término al desorden social. Un tercer requisito funcional de todo sistema social es la existencia de un sistema de comunicación adecuado. Al referirse sobre la comunicación, los funcionalistas estructurales incluyen los sistemas simbólicos compartidos que las personas aprenden durante el proceso de socialización y que posibilitan la existencia de un sistema de valores, elemento clave para el mantenimiento de la cohesión social. Aparte de este sistema de valores culturales compartidos, los funcionalistas estructurales resaltan la exigencia de un sistema de valores comunes en el nivel individual. Es decir, afirman la necesidad de una visión del mundo compartida por cada uno de los individuos que componen el sistema social. Este prerrequisito confiere a las situaciones sociales, estabilidad, significado y posibilidad de predicción. Finalmente, a fin de garantizar el orden social se requiere un conjunto compartido y articulado de metas, así como un sistema normativo común que regule los medios para alcanzar estas metas.

En 1951, Talcott Parsons (1988[1951]), autor más relevante del funcionalismo estructural, definió la integración como el tercer de los cuatro imperativos funcionales necesarios de todo sistema de acción. Por integración este autor entendía, en el marco de su teoría sobre el sistema social, la regulación de la interrelación de las partes constituyentes mediante procesos de interiorización de los valores y normas y, socialización de las pautas de conductas.⁴ De acuerdo con la interpretación de Jeffrey Alexander (1989) sobre la obra de Talcott Parsons (1988[1951]), la integración representa las fuerzas que afloran del impulso in-

⁴ Los restantes imperativos funcionales del sistema que componen el esquema AGIL son Adaptación, Capacidad para alcanzar metas (*Goal attainment*) y Latencia (esto es, mantenimiento de patrones de acción).

herente hacia la solidaridad, entendida ésta última como el sentimiento de pertenencia conjunta que se desarrolla dentro de los grupos.

Desde la teoría parsoniana, la integración constituye uno de los procesos fundamentales y necesarios para el estado de equilibrio de un sistema social⁵. Siguiendo la noción de equilibrio de este autor, los sistemas tienden hacia el auto-mantenimiento, lo cual implica el mantenimiento de las relaciones de las partes y el todo; el control de las variaciones del entorno y; el control de las tendencias de cambio desde su interior. Así, la integración se alcanza fundamentalmente mediante la interiorización en las conciencias de los individuos, de los intereses generales del conjunto del sistema social. En este proceso de interiorización, la cultura es entendida como la principal fuerza que vincula entre sí a los diversos elementos del sistema de acción, en tanto que media en la interacción entre los individuos, al tiempo que integra la personalidad y los sistemas sociales. La cultura es, según Talcott Parsons (1988[1951]), un sistema pautado y ordenado de símbolos que siendo interiorizados por los individuos e institucionalizados en forma de pautas, orienta la acción social.

No obstante esta concepción culturalmente determinista de la socialización, Talcot Parsons (1988[1951]) reconoce la existencia de una gran cantidad de variación individual en el sistema, cuyo exceso va en detrimento de la conformidad requerida para la cohesión social. Si bien los patrones culturales conforman las interacciones sociales y las disposiciones de necesidad, la desviación social se da al producirse resquicios entre la distribución de obligaciones (roles) y, las disposiciones de necesidad y los valores socializados. Ante el riesgo de desorden social que emerge de estas brechas, el funcionalismo estructural admite la intervención de mecanismos de control social, al tiempo que afirma la idoneidad de cierta flexibilidad en el sistema social para tolerar ciertos grados de desviación. Al respecto, el autor sostiene que el sistema social ha de proporcio-

⁵ Talcott Parsons (1988 [1951]:5-6) define el sistema social como 'una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tiene, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a 'obtener un mínimo de gratificación' y cuyas relaciones con sus situaciones -incluyendo a los demás actores- están mediadas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos.'

nar una amplia serie de oportunidades de rol que permita la expresión de las diferentes personalidades sin amenazar la integridad del sistema.

Del reconocimiento de variación individual en el sistema deriva la definición de integración como proceso subsiguiente al proceso de diferenciación de las partes constitutivas de un sistema, que Talcott Parsons desarrolló a mediados de la década de los sesenta (1974[1966]). Dicha diferenciación responde al incremento cuantitativo de la magnitud) en dimensión y complejidad del sistema (por ejemplo, el crecimiento de la población). El proceso de diferenciación va intrínsecamente vinculado a la necesidad de una creciente especialización de las funciones que realiza una unidad o un sistema social. A medida que las estructuras sociales y las funciones se diversifican, el sistema de valores de la sociedad varía a fin de ajustarse a una sociedad más diversificada. En concreto, el autor menciona una progresiva variación en la naturaleza y función de los valores, a saber, una generalización y abstracción de los valores sobre los cuales existe consenso. Esta variación en los valores produce una serie de problemas de integración que no conducen a la desorganización del sistema social. Contrariamente, la necesidad de complementariedad de las nuevas partes del sistema social para el propio funcionamiento y mantenimiento del mismo, revierte en un grado de interdependencia o integración mucho más elevado entre las distintas partes del sistema.

En consecuencia, *diferenciación e integración* se entienden, en el paradigma funcionalista estructural, como procesos que se desarrollan íntimamente vinculados. Si bien, el desarrollo de estos dos procesos desencadena, a su vez, respuestas y reacciones del entorno social, que acarrearán riesgos de desorden social, estos problemas del funcionamiento y mantenimiento del sistema son resueltos por el propio sistema. Desde el paradigma funcionalista, el sistema social se halla generalmente en estado de equilibrio dinámico, manteniéndose estable mediante mecanismos internos de ajuste y control social. Así, la tendencia hacia la estabilidad es inherente al sistema social, más que hacia el cambio. Asumiendo un modelo societal sin antagonismos y unitario (es decir, las sociedades son concebidas holísticamente como sistemas compuestos por partes interrelacio-

nadas e interdependientes), los desequilibrios del sistema son percibidos en términos de desviación social –siendo, viceversa, lo integrado entendido como apromblemático e invisibilizado. Desde esta línea de razonamiento, la integración se define, por tanto, en clave de cohesión social, lograda fundamentalmente a través de mecanismos endógenos de reequilibrio, que se legitima sobre la base de un consenso acerca de los valores, las normas y las instituciones que constituye el sistema social. En este sentido, la fuente de integración se manifiesta en términos de imperativo moral: el sistema de valores garantiza y legitima la subsiguiente adaptación de cualquier elemento distorsionador o provocador de tensión, a una nueva situación de equilibrio.

Si para el paradigma funcionalista estructural, las normas y valores comunes son fundamentales para la cohesión social en tanto que presupone que el orden social se basa en mecanismos endógenos de reequilibrio, las teorías conflictivistas destacan el modelo de coerción que constituye una sociedad. Desde la perspectiva conflictivista, las partes (miembros, instituciones, etcétera) de la sociedad interactúan, estableciendo relaciones que son tensas o conflictivas *per se*. Contrariamente al funcionalismo, el conflicto es inherente a la interacción social y se manifiesta de forma ubicua siendo, a la larga, un elemento cohesionador al inducir coercitivamente la interacción entre los componentes de lo que Ralf Dahrendorf ha denominado asociaciones imperativamente coordinadas (*'Herrschaftsverband'*), esto es, cuerpos organizados de personas sujetos a relaciones de coerción y coacción en virtud de un orden prevalente (Dahrendorf, 1974[1959]:168)⁶.

Asimismo, el conflicto es un elemento dinamizador de la sociedad puesto que estimula la creatividad, la innovación; y en última instancia, el cambio social. Por tanto, desde las perspectivas conflictivistas, el conflicto se asocia con el *status quo* (Coser, 1956) y conduce al cambio social (Dahrendorf, 1990). En

⁶ Según R. Dahrendorf (1959), las diversas posiciones que existen en la sociedad tienen diferentes grados de autoridad. De ahí que el autor insista en que la autoridad no reside en los individuos sino en las posiciones que éstos ocupan.

relación con la potencialidad cohesionadora del conflicto, Lewis Coser (1956: 180) matiza:

‘Sin embargo, constatamos que, no cualquier tipo de conflicto contribuye al mantenimiento de la estructura grupal, así como tampoco, un conflicto puede tener estas funciones sobre todo tipo de grupos. Si una forma concreta de conflicto social puede mantener y reforzar la adaptación interna del grupo, depende del tipo de desacuerdo y debate interno, y del tipo de estructura social que aparece en el grupo’.

Por último, según Ralf Dahrendorf (1974[1959]), la sociedad se mantiene unida por medio de una constricción forzada; esto es, unas posiciones de la sociedad tienen poder y ejercen autoridad⁷ sobre las otras. En suma, las perspectivas conflictivistas sostienen que: a) el conflicto es inherente a las relaciones sociales, y ubicuo en toda sociedad y b) la integración, entendida en el marco de una constante interacción conflictiva, no es un proceso lineal con un resultado definido.

Partiendo de la constatación de que las sociedades europeas contemporáneas son culturalmente heterogéneas y su estructura social se constituye sobre la base de las desigualdades sociales, la integración, a nuestro entender, no puede ser conceptuada sino en términos de interpenetración en un contexto de heterogeneidades (Solé, 1981). Siguiendo una línea teórica más afín al paradigma conflictivista, la integración social se fundamenta en un proceso continuo de negociación entre grupos sociales, a través del cual se establece la co-presencia de estos grupos en el espacio público. Este proceso de negociación entraña, por ende, el reconocimiento mutuo de los sistemas normativos y de valores propios de cada uno de los grupos en interacción a fin de posibilitar unos mínimos de convivencia compartidos. Aquí se enfatiza sobre todo la participación de los colectivos minoritarios en la definición de dichos mínimos (Delgado, 1998). Así pues, la relevancia de la idea de negociación continua en un contexto de constante interacción conflictiva radica en que implica una mecánica de resolución hacia un equilibrio social que no es sino dinámico y, por tanto, potencialmente

⁷ Según Ralf Dahrendorf (1959, 1974[1959]), el concepto de autoridad, definido en términos de Max Weber (probabilidad de que una orden con un contenido específico dado, sea obedecida por un grupo determinado de personas) se halla en el centro de la relación legítima de dominación y sujeción, prevalente en las asociaciones imperativamente coordinadas, es decir, grupos de personas controladas por una jerarquía de posiciones de autoridad.

inestable. Siendo las sociedades aquí consideradas, sociedades cuya estructura social es desigual, la negociación que se establece entre los diferentes agentes sociales (por ejemplo, entre grupos socioculturalmente diferenciados) es de naturaleza conflictiva y asimétrica respecto a las relaciones de poder y de dominación que se producen. En este escenario no se niega la actuación (*agency*) de los grupos minoritarios a fin de negociar acciones y alcanzar mayores cuotas de poder en la toma de decisiones para lograr, así, niveles más altos de integración social (CEDIME, 2002). De igual modo, la integración no implica necesariamente la superación de todos los conflictos, sino que se materializa en situaciones donde los diferentes grupos sociales involucrados co-producen sinergias en cuanto a la dirección a tomar para posibilitar una convivencia armónica en el marco de la diversidad (Schermerhorn, 1970).

De acuerdo con Natalia Ribas (1996), la integración social engloba tanto un proceso dinámico y heterogéneo, como escenarios concretos de relaciones entre grupos diferenciados, en los que la se comparten valores y formas de hacer, al tiempo que se conservan identidades diferenciadas de grupo. El proceso de integración es de carácter multidimensional en tanto que comprende a la vez una dimensión estructural que se compondría, según esta autora, por el contexto socio-económico y el marco jurídico-legal, y una dimensión superestructural, referente al universo simbólico⁸. El proceso de integración es de carácter multidimensional en tanto que comprende a la vez una dimensión estructural que se compondría, según esta autora, por el contexto socio-económico y el marco jurídico-legal, y una dimensión superestructural, referente al universo cultural. Este planteamiento nos remite a la obra de Manuel Delgado (1998), que sostiene que la integración se vincula primordialmente al ejercicio del derecho a la diferencia (referida a la dimensión cultural) y del derecho a la igualdad

⁸ Respecto al carácter multifactorial de la integración social, cabe destacar la obra de Carlota Solé (1981), que distingue en el proceso de integración social los siguientes subprocesos imbricados: a) la integración ocupacional (referente al tipo de ocupación y las condiciones laborales), b) la integración urbana (relativa a la forma de vida en la ciudad), c) la integración política (vinculada a la relación con las instituciones sociales y políticas de la sociedad en la que se asientan) y d) la integración socio-cultural (relacionada con las normas, costumbres y valores, así como otros elementos culturales como, por ejemplo, el uso de la lengua o lenguas propias de la sociedad de destino).

(referida a la dimensión estructural), al tiempo que implica asumir unas normas que permitan la convivencia en unos marcos unitarios ineludibles. Por un lado, la integración cultural debe entenderse como un proceso por el que las identidades colectivas negocian constantemente las relaciones que mantienen las unas con las otras, relaciones que vienen atravesadas por intereses de clase⁹. Por otra parte, la integración estructural no conduce necesariamente, de manera unívoca, a la integración cultural aunque ésta última resulta inalcanzable sin unos niveles mínimos de integración socio-económica.

De ahí que, en el marco de las sociedades desiguales, la integración social entrañe necesariamente un proceso de eliminación de los factores exclusógenos que fracturan el tejido social –en cuyo núcleo principal está la desigualdad social-. Subyacente a este proceso de integración reside la aplicación del principio de justicia social a fin de hacer factible una distribución equitativa de los recursos materiales y simbólicos. Además, tratar la cuestión de la integración social en el contexto de las sociedades europeas contemporáneas remite directamente a la ciudadanía social y política, noción que define, en el marco de los Estados Sociales y de Derecho, los estándares mínimos de pertenencia integrada.

1. Las tácticas de inserción

Por tácticas de inserción entendemos las acciones emprendidas desde la periferia – esto es, desde posiciones minoritarias de poder— con la finalidad de entrar en el circuito público de provisión de recursos sanitarios¹⁰. Gran parte de estas tácticas se asientan sobre la base de una solidaridad entre las minorías a fin de subvertir, aunque de forma puntual, la suerte a la que se ven inmersas y se materializan no sólo bajo la forma las acciones de resistencia, sino también mediante la condescendencia de los actores sociales que intervienen cotidianamente en la provisión de los recursos sanitarios públicos. El trabajo de campo

⁹ Creemos oportuno matizar que la distinción entre diferencia y desigualdad deviene, en el contexto de sociedades estructuradas sobre la base de la desigualdad, en su práctica totalidad analítica. En la realidad social, diferencia y desigualdad están tan íntimamente entrelazadas que se confunden.

¹⁰ Aquí, la noción de inserción denota el proceso de formar parte de algo sin la constricción de comportarse acorde con la norma imperante, ni la necesidad de negociar los términos de participación en el espacio público.

ha permitido recoger una modesta selección de estas tácticas. Al requerir un tratamiento médico continuado o una visita a un especialista, la opción de la mayor parte de l@s enferm@s que carecen de TIS o *Carte Vitale* es la utilización de la tarjeta de un/a connacional, quien se la presta o la alquila. Igualmente, entre la población extracomunitaria corre la voz sobre los centros sanitarios más proclives a hacer la vista gorda a las situaciones de indocumentación, identificando incluso l@s profesionales del sistema público que muestran una mayor sensibilidad a sus necesidades, son conocedores de la realidad de la inmigración y no muestran comportamientos racistas. Allí tenderá a concentrarse, pues, la población en clandestinidad. La automedicación, basada en el intercambio de consejos-recetas entre compatriotas, o el recurso a los consejos en las farmacias son prácticas muy frecuentes a fin de evitar personarse en los centros de atención primaria, marcadamente cuando puede disponerse de un compatriota con TIS o *Carte Vitale* que pueda beneficiarse de la cobertura farmacológica de la Seguridad Social. En París y Barcelona, se está extendiendo la constitución de pequeños *grupos informales de palabra*, normalmente entre compatriotas, en los que se instaura una dinámica de narración de vivencias y, de escucha activa que actúa tanto de contención emocional como de lugares de intercambio de información. En su mayoría, estos *grupos informales de palabra* son fruto de sinergias entre personas que van encontrándose en las redes que conforman las asociaciones y ONGs de ayuda a l@s más desfavorecid@s, aunque también encontramos iniciativas más institucionalizadas organizadas por asociaciones de inmigrantes (Por ejemplo, 'la rueda del mate' del Casal Argentino en Barcelona).¹¹

Una vez en la consulta médica, la mala comunicación es un aspecto crucial de la baja calidad de la atención sanitaria recibida por l@s inmigrantes y exiliad@s extracomunitari@s, así como de la ineficiencia en la utilización de los recursos sanitarios por parte de l@s profesionales. Ante la ausencia de puentes de comunicación lingüísticos entre enferm@ y profesional sanitario, l@s prime-

¹¹ Los *grupos informales de palabra* podrían considerarse Grupos de Ayuda Mutua, siguiendo la definición propuesta por Josep Canals (2003) en tanto que se da en ellos una reciprocidad en el intercambio: la persona que ayuda y la que recibe esa ayuda comparten, entre 'similares', una historia del mismo problema.

ros suelen recurrir a sus hij@s, cónyuge u otras personas no profesionales que hacen de traductores lingüísticos y mediadores informativos. Aunque tal práctica es recurrente entre l@s enferm@s no hispanohablantes o francófon@s, es considerada como táctica de último recurso pues suele generar efectos indeseados en la relación de l@s enferm@s con sus acompañantes. Dos claros ejemplos son, por una parte, el trasvase de roles familiares que genera cuando las madres/padres requieren de la ayuda de sus hij@s de edades tempranas, así como la incomodidad que supone una visita ginecológica o al urólogo de una pareja endoculturizada en sociedades donde la frontera entre el mundo del hombre y el mundo de la mujer es prácticamente impermeable y, por tanto, los aspectos concernientes a la sexualidad de un@ mism@, si no son considerados propiamente como tabú, no son compartidos con la pareja. Destaca, asimismo, una evidencia compartida por l@s usuari@s: la consideración del encuentro con el profesional médico como una relación íntima, y por ende, preferentemente, restringida a los mínimos participantes posibles. De poder prescindir de otras personas que ejerzan de puente de comunicación, ésta es la opción deseada.

Por último, cabe remarcar la mayor verbalización del nivel de exigencia de un@ usuari@ en situación de regularidad administrativa, con respecto a l@s enferm@s irregulares pero con tarjeta sanitaria. Al no estar bajo la amenaza de la expulsión, l@s primer@s se valen del uso de la voz como mecanismo de respuesta ante un trato vejatorio o una mala práctica médica (Hirschman, 1970), aunque sea expresada mediante simple queja verbal, donde frecuentemente subyace la denuncia de un contenido racista contra sus orígenes. Contrariamente, l@s indocumentad@s son más proclives a expresar su opinión sobre la atención sanitaria en Francia y España para ensalzar la buena voluntad y generosidad de l@s profesionales que les atendieron, incluso mostrar agradecimiento por la hospitalidad del país de destino.

2. Las estrategias integradoras

Consideramos estrategias de integración, las prácticas desarrolladas desde las posiciones de centralidad, esto es, ejercidas por actores sociales con poder para incidir en las reglas de juego que rigen la provisión de recursos públicos de salud: no sólo se refiere a profesionales de salud o trabajadores sociales, sino también a organizaciones del sector voluntario (inclúyanse asociaciones de inmigrantes). Estas estrategias favorecen la integración de la población extracomunitaria en la medida en que se originan desde la concepción de la atención sanitaria como un derecho común y dan una mayor cuota de poder a l@s usuari@s en la gestión de su salud. Aquí, destacan cuatro estrategias de integración: 1) la comunitarización del cuidado, 2) la incorporación de técnicas de mediación lingüística y socio-cultural, 3) la práctica de terapias basadas en comunicación no verbal y 4) la especialización de recursos de salud para la población inmigrante y exiliada.

2.1. La comunitarización del cuidado de la población desprotegida

El actual marco jurídico-legal en materia de sanidad y de inmigración hace factible una ruptura con la tradicional exigencia de una vinculación laboral legal para acceder a la salud, y en concomitancia, se avanza en el proceso de convertir a la salud en un derecho social. Sin embargo, tal como demostramos siguen existiendo relevantes casos de enferm@s extracomunitari@s a l@s cuales o bien les es vetado el acceso a los recursos públicos de salud, o bien sus condiciones materiales de vida supone un desincentivo. En Francia, el marco normativo sobre la sanidad pública instaura una dualidad en el sistema sanitario: por un lado, aúna el proceso de estatalización de la atención sanitaria extendiendo la cobertura de protección a la salud a la población considerada de derecho en tanto que cotiza a la Seguridad Social o en su defecto que puede dejar constancia de una residencia estable y regular, al tiempo que establece un circuito residual, de carácter asistencialista dirigida a la población sin pruebas de residencia

estable y regular y, sin recursos suficientes para costearse un seguro de enfermedad. Desde el marco normativo en materia de inmigración, España ha extendido el acceso a la población extracomunitaria empadronada al sistema nacional de salud (extensión de la estatalización de la atención sanitaria), sin embargo deja espacios de exclusión legal para aquellas personas mayores de edad, que no están ni en periodo de gestación, ni pueden empadronarse.

Si bien es cierto que las dificultades para acceder a la red pública de recursos sanitarios afecta a una minoría de la población, es la población que por sus condiciones objetivas de vida sufre una peor salud. Ante las situaciones de desprotección sanitaria, tanto en Francia como en España, se han ido formando redes locales de asociaciones humanitarias proveedoras de orientación médica y ayuda psicológica por las que la población inmigrante excluida de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social encuentra una vía de acceso a los cuidados profesionales (destacan la Cruz Roja¹² y Médicos sin Fronteras¹³). De hecho, con la excepción de ECP2 y ECP4, los centros en los que se ha realizado el trabajo de campo forman parte de este circuito subsidiario, formado para atender las aflicciones de los cuerpos enajenados. Estos centros investigados han tejido una red de profesionales socios-colaboradores, la mayor parte de ellos proveedores de la red sanitaria pública, que les ayuda gratuitamente a precisar diagnósticos (especialmente, para análisis clínicos y radiológicos, electroencefalogramas y fibroscopias, dermatología y psiquiatría).

En España, la desaparición del sistema de beneficencia entrañó ciertos cambios en la accesibilidad a los servicios de salud de las personas socialmente

¹² La Cruz Roja ha venido proporcionando asistencia sanitaria a exiliad@s a través de la financiación del gobierno y a partir de 1990, comenzó también a ofrecer servicios de atención primaria a trabajadores/as inmigrantes con subvención del Ministerio de Asuntos Sociales.

¹³ Médicos sin Fronteras implementa un proyecto cuyo cometido es hacer de puente entre los servicios públicos y aquellos sectores de población excluidos de la asistencia sanitaria por no acudir a demandar dichos servicios; en caso de hacerlo, por no realizar las demandas oportunas; por carecer del reconocimiento administrativo para practicar el derecho a recibir atención sanitaria pública o por haber padecido experiencias negativas por razones culturales. A fin de conseguir su objetivo, Médicos sin Fronteras se sirve de un autobús adaptado como furgón sanitario que recorre los barrios más marginados del Baix Llobregat, Barcelona y Hospitalet. En el proyecto colabora también Farmacéuticos sin Fronteras suministrando gratuitamente medicamentos.

más desprotegidas¹⁴. La promulgación del Real Decreto 1088/1989 (BOE, 219, 9-9-1989) supuso la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos suficientes. Con anterioridad al Real Decreto 1088/1989, la administración pública proveía una cobertura sanitaria reglada para las personas excluidas del Sistema Nacional de Salud, enmarcada en el sistema de Beneficencia¹⁵. En concreto, la Beneficencia era competencia de la administración municipal, que asumía sus costes y proveía la atención sanitaria a través de sus centros hospitalarios y ambulatorios a personas sin recursos económicos suficientes, excluidas del mercado laboral y, en concomitancia, excluidas de la Seguridad Social. Con la desaparición del sistema de Beneficencia¹⁶, el acceso a la asistencia sanitaria para estas personas quedó reducido a los servicios de urgencias de los hospitales públicos. No obstante, parece haber persistido, en los gobiernos municipales donde se habían consolidado las redes municipales públicas de asistencia benéfica, el sentimiento de ‘responsabilidad hacia los excluidos del sistema’ que había caracterizado al propio sistema de Beneficencia (caso de Barcelona ciudad, por ejemplo¹⁷). Sin duda, la posición

¹⁴ En Cataluña, a partir de la mitad de la década de los noventa se asignó, por decisión política de la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social, la competencia de gestionar los gastos de atención sanitaria a personas extranjeras sin cobertura sanitaria pública a la Oficina de Cooperació Sanitària Internacional (OCSI, ubicada en el Gabinet de la Concelleria de Sanitat). A raíz de esta decisión política, las personas excluidas de la atención sanitaria pública precisan de la obtención, o bien de un informe social de los servicios municipales o de los hospitales o de las Áreas Básicas de Salud que confirmase la falta de recursos y de cobertura sanitaria, o bien del aval de una organización no gubernamental, cada vez que reclamasen atención ambulatoria u hospitalaria. Es relevante señalar que los gastos derivados de la atención sanitaria a personas extranjeras carentes de recursos y de cobertura sanitaria (includ@s l@s menores saharauis y refugiad@s bosni@s) van a cargo del presupuesto de la Generalitat destinado a cooperación internacional.

¹⁵ El estudio de Juan Manuel Freire (1993:122) muestra que la primera Ley Orgánica de Beneficencia de 1822 tuvo una duración de un trienio. En 1836 entró en vigor de nuevo y fue reemplazada por la Ley General de Beneficencia de 1849, desarrollada por tres Reales Decretos (Mayo 1852, Marzo 1899 y Febrero 1925). En 1944 se aprobó la Ley de Bases de Sanidad Nacional que ha regulado hasta 1989 la asistencia que las Diputaciones y los Ayuntamientos deben prestar a las familias y personas en situación de pobreza.

¹⁶ De acuerdo con Juan Manuel Freire (1993:122), tras la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 el sistema de Beneficencia representaba un anacronismo y contradicción con el principio fundamental del Estado de Bienestar, esto es, ‘el tratamiento al ciudadano por parte de los poderes públicos como sujeto de derechos sociales y el carácter universal de los servicios públicos como la sanidad, a los que se debe acceder sin el estigma de la identificación previa como necesitado.’

¹⁷ La política local del municipio de Barcelona se ha caracterizado por la relativa vanguardia de sus actuaciones: un año antes de la aprobación del primer *Pla de Salut de Catalunya 1993-1995*, el *Institut Municipal d’Assistència Sanitària* (IMAS) ya disponía de un dispensario de atención primaria para inmigrantes adult@s sin cobertura sanitaria, que además de atención, proporcionaba tratamiento farmacológico gratuito. Desde este dispensario de atención primaria se realizaban derivaciones médicas a otros centros del consorcio del IMAS, tales como el Hospital del Mar, el Centro de Planificación Familiar Erasme Janer y el Centro de Perecamps en caso de servicios de urgencia, lo cual indica la integración de este servicio sanita-

más cercana de las autoridades locales respecto a los problemas de salud de sus habitantes hace más difícil eludir las demandas sanitarias concretas de su población, así como ignorar las necesidades de l@s propi@s profesionales de salud pertenecientes a su perímetro de acción. Es relevante señalar que la intervención de las autoridades locales en materia sanitaria suele limitarse a ayudas económicas a proyectos de educación para la salud presentados por grupos de profesionales sanitarios, así como a determinadas ONGs para proveer la asistencia médica a enferm@s de origen extracomunitario. Esto último contribuye al establecimiento de redes gratuitas de atención sanitaria, reconocidas por la Administración pero localizadas fuera de la red ordinaria del sistema nacional de salud¹⁸.

En cuanto a Francia, las autoridades locales siguen disponiendo de centros comunal de acción social donde se proveen cuidados a la enfermedad de la población más pobre que han ido sustituyendo los dispensarios parroquiales que antaño proveían atención a la salud. Estos dispensarios consistían en pequeños locales donde las monjas organizaban una enfermería aprovisionada por los médicos y los farmacéuticos del barrio. Asimismo, una serie de asociaciones han habilitado centros de cuidados médicos y psicológicos como Médecin sans Frontières, Remède (cuyas siglas traducen explícitamente su función: ‘relevo médico de los abandonados’ es una asociación que abrió el primer centro de cuidados gratuitos en París en 1984, disponiendo igualmente de un dispositivo móvil) y Comède (comité médico para l@s exiliad@s, asociación que gestiona un

rio específico en la red oficial de los servicios de salud. Siguiendo el estudio realizado por Elisabeth Maluquer (1997), las políticas locales en materia de sanidad dirigidas a la población de origen extracomunitario se han basado generalmente en la asistencia farmacéutica y campañas de prevención de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, generalmente dirigidas a los hombres. Asimismo, se han desarrollado una serie de programas de educación a la vida en salud en el ámbito de la atención materno-infantil, orientados a mujeres embarazadas, en los que se proporciona información de carácter general, tanto sobre la atención materno-infantil, como sobre las diversas ayudas públicas en relación con la adquisición de alimentos para bebés y guarderías municipales. Además, se ha llevado a cabo el seguimiento de las vacunaciones y sesiones de orientación a las madres sobre cuestiones higiénicas y dietéticas, y se han editado folletos en diversos idiomas (catalán, castellano, inglés, francés y árabe clásico, añadiéndose posteriormente la variante dialectal marroquí del árabe y el urdu) sobre el funcionamiento del sistema sanitario español.

¹⁸ Aquí mencionaremos la colaboración existente entre Médicos sin Fronteras y el área de Asuntos Sociales del ayuntamiento de Barcelona de intercambio de información entre los respectivos equipos de intervención social, así como la participación activa de Médicos sin Fronteras en la operación “Acogida invernal” destinada a personas sin techo (Maluquer Margalef, 1997).

centro de cuidados destinado a encargarse de los solicitantes de asilo) que se ocupan de l@s enferm@s poco rentables (Deschamps, 1990). Estas asociaciones conciertan ciertas actividades en conjunto con las autoridades locales por medio de convenios puntuales o renovables cada cierto tiempo. Sin embargo, la mayor parte de sus actividades clínicas son financiadas, a modo de convenios renovables a corto plazo, a través de concursos estatales o internacionales.

En consecuencia, puede constatarse que en los sistemas de atención sanitaria en Francia y en España subyace una lógica mixta de estatalización y comunitarización¹⁹: estatalización del *acceso* a los cuidados profesionales de salud de la población inmigrante en situación de demostrar una residencia regular y estable en el caso francés, o una residencia registrada en un padrón municipal (manteniendo, sin embargo, una zona de exclusión compuesta por una población minoritaria que no puede aportar prueba alguna de residencia o que ha interiorizado el sentimiento de no pertenencia a los circuitos ordinarios de atención médica) y, comunitarización de la *atención* sanitaria dirigida *específicamente* a la población residual, la más desfavorecida tanto socialmente como en términos de salud.

2.2. Los puentes de la comunicación: La incorporación de técnicas de mediación lingüística y socio-cultural

Como bellamente rememora uno de los psiquiatras del ECP3, Walter Benjamin señaló que la dificultad decisiva, en el aprendizaje de las lenguas no era tanto adquirir una nueva, sino de abandonar la antigua. Complementando esta afirmación, Bertold Brecht manifestó que la persona exiliada debe aprender a callarse en dos lenguas. Inevitablemente, cuando la persona exiliada o inmigrante habla en una de las lenguas, se calla en la otra. En su caso, una lengua habla en el silencio de la otra, y una lengua escucha la otra en su palabra propia.

¹⁹ Esta lógica de comunitarización y estatalización es propia de un régimen de *welfare mixt*, esto es, la organización o división del bienestar social que se caracteriza por proveer servicios de bienestar de forma que no sólo interviene el Estado sino también los sectores mercantil, informal y voluntario (Adelantado et al., 2000)

Para este psiquiatra, la inmigración en un contexto lingüístico distinto entraña para el/la inmigrante un diálogo de lenguas teñido por la tensión que impone el proceso de traducción íntima – una de las características esenciales de la prueba del extranjero: “El inmigrante o el exiliado que se dice y se calle en dos lenguas, que habla en una callándose en la otra, teje y desteje la trama de su vida psíquica en el vaivén incesante de un proceso de traducción interminable, inacabada” (psiquiatra, ECP3). En la clínica cotidiana, las situaciones de entredos lenguas pueden observarse en figuras concretas, una de ellas, el *lapsus* bilingüe. El siguiente ejemplo narrado por uno de los psiquiatras del ECP3, ilustra una de estas situaciones:

Un hispanohablante se refiere a su relación con su padre, a los esfuerzos que hacía para llamar su atención y despertar en él admiración. Dice: “Estaba fiero de mí”. Fier en francés equivale a orgulloso en español, pero fiero viene también de furia y fiera significa animal salvaje. El lapsus desvela el fantasma siguiente: hacer que el padre estuviera orgulloso (fier) de él, era al mismo tiempo hacer que se volviera fiero, furioso, amenazador y devorador como una fiera.

En los centros etnopsicoterapéuticos (ECP1 y ECP2), el uso de la lengua del enferm@ como sistema de referencia comunicativa es fundamental para la fase de diagnóstico, puesto que al no verse constreñido por las lógicas de la lengua de la sociedad de instalación, otorga al enferm@ un rol activo en la psicoterapia (Moro, 1998). En este sentido, no se trata sólo de hablar el idioma del usuari@, sino también *de* la lengua. En el transcurso de la narración sobre el malestar, se produce una fluctuación en el uso de las lenguas conocidas por el usuari@ que contribuye a reconstruir la evolución de la elaboración de los conflictos. Por otra parte, discutir abiertamente la traducción de las palabras del usuari@ y su familia convierte al mism@ enferm@ en expert@, colega aliad@ en la exploración de la etiología del trastorno psicológico (Nathan, 1998a, 2000).

‘Discutir seriamente con un Zaireño o con un Congoleño sobre un ataque de brujería le conduce inmediatamente a plantearse los medios de lucha con la brujería –y estos están siempre codificados culturalmente-, le lleva a plantearse el encuentro con los profesionales sobre este tipo de lucha, a reestructurar sus lazos familiares, buscando las alianzas y los medios de protegerse’ (Nathan, 2000: 137).²⁰

Como se constata del fragmento reseñado, l@s profesionales de orientación etnopsicoterapéutica suponen un conocimiento bastante profundo de las diferen-

²⁰ Traducción propia.

tes teorías etiologías-terapéuticas tradicionales. El origen de dicho conocimiento se explicaría por el axioma de que estos sistemas de pensamientos habitan literalmente la psique de los individuos, afirmación que ha alimentado muchos detractores respecto esta orientación (Rechtman, 1995). Igualmente, conciben no sólo al enferm@ y su familia como co-terapeutas, sino también a la traductora, lo cual no es compartido por l@s profesionales de los otros siete centros estudiados.

Ciertamente, la traducción es una actividad esencial para la supervivencia y la transmisión de las culturas (Gómez, 1991a). En la asistencia sanitaria con enferm@s no francófonos ni hispanohablantes, la traducción es una actividad imprescindible para acceder al estado del/la enferm@ a fin de llevar a cabo un diagnóstico adecuado y explicarle el tratamiento aconsejado y convencerlo de la eficacia del mismo. Más aún, los centros observados coinciden en destacar la necesidad de tender puentes de comunicación verbal entre profesional y usuari@ debido a la eficacia de la palabra, escuchada en varias sesiones de psicoterapia, para el alivio del sufrimiento psíquico. Siguiendo las constataciones filosóficas de Ludwig Wittgenstein (1988), las lenguas no sólo consisten en sistemas de códigos, sistematizados por normas gramaticales y de sintaxis, cuya finalidad es la transmisión de una información, sino que conforman asimismo la experiencia subjetiva de la realidad social. En este sentido, las lenguas ejercen una doble función: posibilitan la percepción cognitiva, al tiempo que la constriñen. Por ende, la variedad de lenguas implica variaciones en la intelección del mundo en que estamos insertos. De ahí que la traducción conlleve necesariamente un trabajo de mediación entre las distintas cosmovisiones que subyacen en las diferencias lingüísticas. En esta línea de razonamiento, la intérprete turca del ECP5 define su rol como algo más que descodificar lo lingüístico, es decir, “hacer pasar las experiencias vividas”.

La mediación en la provisión de los recursos sanitarios se ha ido perfilando como una estrategia de intervención social que trata de construir puentes para superar las barreras lingüístico-culturales que afectan a la calidad, eficacia y equidad de los cuidados sanitarios, así como al impacto del cuidado sobre la

salud de los colectivos de extranjeros a la que va dirigido (Verrept, 1995; Muynck, 2000). De ahí que tenga por cometido participar tanto en la atención clínica, como en las actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud. Pretende facilitar un entendimiento holístico del enfermo puesto que trata aspectos de la atención sanitaria, al tiempo que incorpora una perspectiva social a la experiencia de la enfermedad y su forma de curación o alivio y, una sensibilidad a las representaciones culturales. Respecto a la persona que demanda cuidados profesionales de salud, la mediación está pensada para disminuir la tensión generada por la falta de competencia lingüística, facilitar una educación sanitaria más informada y posibilitar una utilización eficiente de los recursos sanitarios, además de ejercer de garante del derecho a la salud. De cara al profesional, la mediación significa tanto dotarse de un acervo de conocimientos de tipo etnológico sobre representaciones sociales de la enfermedad y su tratamiento, como introducir un método de trabajo basado en una concepción multifactorial de la etiología de los problemas de salud y sus cuidados. La mediación tiene como propósito evitar que los profesionales de la salud caigan en lecturas prejuiciosas sobre el comportamiento de la población extranjera tal como se produce en el caso que Adriana Kaplan (1997:156) denuncia:

‘ [...] Estos cambios que conllevan la incorporación aparentemente poco problemática de nuevas tecnologías contraceptivas, y digo aparentemente poco problemática o poco traumáticas en términos psicológicos, en cambio, sí que tienen dificultades en seguir los tratamientos. Sin embargo, muchas veces tienen dudas, aunque el personal sanitario lo puede llegar a interpretar como comportamientos erráticos que se expresa en términos “no saben lo que quieren”. Creo que realmente las mujeres saben lo que quieren y como mujeres evidentemente experimentan y como muchas de las mujeres que están aquí “pues vamos a ver cómo funciona”; nos ponemos el DIU y resulta que no nos gusta y entonces volvemos a las pastillas o usamos otro tipo de método. Entonces entiendo que es más fácil decir: “no saben lo que quieren” y medirlo en términos de comportamientos erráticos que realmente hablar de personas de mujeres que al igual que otras mujeres están experimentando.’

Del mismo modo, Andreas Geiger (1997:276) ilustra perfectamente estas situaciones de incomprensión entre usuarios y médicos que no comparten el mismo universo simbólico-cultural con el siguiente ejemplo:

‘Un médico dice al padre de un paciente magrebí “... su hijo no está bien interiormente” y el padre le dice a su hijo “el médico dice que no estás bien por dentro, cosa que no me extraña, como estás siempre con chicas has tenido que pillar alguna

enfermedad sucia”. De hecho el médico quería decir simplemente que el paciente tiene problemas psíquicos.

La tendencia a percibir a l@s usuari@s de origen extracomunitario como “muy diferentes” y sostener justificaciones en clave cultural en la descripción de su estado de salud y sus modos de afrontamiento de la enfermedad contribuye a engendrar lecturas, valoraciones o interpretaciones basadas en causalidades reduccionistas, marcadamente etnocéntricas. Contrariamente a una percepción socialmente muy difundida, la mediación no radica en introducir lo cultural en la práctica terapéutica, sino en adoptar un modo de hacer que otorgue su justo peso a la dimensión cultural: ¿de qué forma y en qué grado influyen los bagajes culturales en la configuración del malestar? Uno de los cometidos de la mediación es mostrar que en ocasiones se está exagerando o confundiendo tal influencia.

Carlos Giménez (2002) propone aplicar una perspectiva de aplicación metodológica basada en un planteamiento multifactorial del tratamiento de la diversidad socio-cultural en el terreno de la intervención y la acción mediadora. Ideada para la superación del culturalismo, esta perspectiva trata de prevenir la exageración de las diferencias, así como la exacerbación del peso de lo cultural mediante la identificación, clasificación, análisis y manejo adecuado de tres conjuntos de factores y variables: los idiosincrásicos, los socio-situacionales y los culturales. Mientras que los factores idiosincrásicos recogen los elementos del temperamento o carácter de la persona, los situacionales conciernen el conjunto interrelacionado y complejo de procesos, contextos y posiciones en los que las personas están envueltas en la sociedad de instalación: “desde los más inmediatos a los más lejanos, desde la familia y el entorno urbano hasta la estructura social, la arena política y el debate ideológico en la sociedad, desde el contexto regional y nacional al internacional, desde lo local a lo global” (Giménez, 2002:635). Por último, los factores culturales engloban las pautas de conducta y modos de significación de la realidad (normas, valores, creencias) que el individuo ha adquirido mediante aprendizaje en su proceso de socialización y que comparte con los miembros de su grupo cultural de referencia. En este sentido,

los factores situacionales remiten al eje de las desigualdades mientras que los culturales se ubican en el de la similitud y diferencia: “La interrelación entre diferencia y desigualdad es clara: el tratamiento de las diferencias lingüísticas, religiosas y culturales está condicionado de forma intensa por los contextos de distribución desigual de la riqueza económica, del poder político y mediático y de las escalas de prestigio y estratificación social” (Giménez, 2002:638). En los procesos de mediación están presentes multitud de aspectos y circunstancias, inmersos en contextos complejos, de ahí la necesidad de sistematizar la influencia de los múltiples factores y relacionar y ponderar los elementos culturales con el conjunto de fenómenos y procesos de la realidad humana.

En líneas generales, l@s profesionales y enferm@s entrevistad@s convergen en que la mediación debería ser una competencia adquirida por l@s profesionales sanitari@s y aplicada en su práctica asistencial diaria. No obstante, ante la imposibilidad de dominar las múltiples y distintas lenguas con las se encuentran en la provisión de cuidados, l@s profesionales optan por dos vías: la demanda de traducción lingüística o externalizar el rol de mediación a un agente de salud. Mientras que la primera de las estrategias es la más seguida entre l@s profesionales de los centros observados en Francia, quienes en su mayoría han complementado sus estudios de medicina o de psicología con una licenciatura o maestría en ciencias sociales (mayoritariamente, Antropología), España aboga por la segunda de las estrategias. Los cinco centros objeto de estudio en París integran habitualmente en el trabajo clínico, traductores profesionales. En los casos del ECP4 y ECP5 forman parte de la plantilla, demandando los servicios de una empresa de traductores formados para trabajar en el campo sanitario, para las lenguas más minoritarias entre l@s usuari@s. En el ECP3, el personal clínico y social tiene competencias lingüísticas en los distintos idiomas hablados por la mayor parte de sus usuri@s y, por tanto, contrata puntualmente a traductores en los casos en que l@s profesionales no dominen la lengua de la persona que atienden. En cambio, el ECP1 y el ECP2, de orientación etnopsicoterapeuta, l@s traductores suelen formar parte del grupo terapéutico, habiendo realizado previamente o estando cursando el postgrado sobre etnopsicoterapia organiza-

do por los respectivos centros. En España, ninguno de los centros disponía de traductores contratad@s. Al contar con mínimos recursos, estos centros hacen generalmente uso de las lenguas dominadas por sus profesionales, mayoritariamente, lenguas puente (inglés o francés). Recurren frecuentemente al servicio de traducción telefónica que ofrece *Sanitat Respon* y, utilizados con cierta parsimonia por el incremento de coste que supone, contratan los servicios puntuales de traductores profesionales. Con la excepción de la psicóloga del ECB4, todos los centros en Barcelona expresaron su deseo de contar con un ‘mediador intercultural’, figura muy en boga actualmente, de la que no sólo se espera una decodificación lingüística, sino que también aporte conocimientos etnológicos. En los últimos años, se asiste a un crecimiento del número de formaciones en mediación intercultural, generalmente organizados por ONGs con financiación pública, que atrae gran número de inmigrantes por ser un tipo de ocupación laboral considerada de mayor prestigio social y físicamente menos exigente con respecto a los empleos en los que se concentra la mano de obra inmigrante (servicios de proximidad, restauración, construcción). De este modo, personas, en su práctica totalidad, originarias de países extracomunitarios han ido insertándose en proyectos de educación para una vida en salud y, de forma menos generalizada, en las consultas médicas²¹.

La preferencia por una colaboración entre un profesional sanitario con conocimientos sobre la influencia de los elementos socio-culturales en la etiología y el cuidado a la salud, y una traductora quedó nítidamente ejemplificada en el transcurso de la entrevista con el psiquiatra del ECP4. En tal entrevista aparece una cuestión de relevancia mayor: el riesgo que entraña adoptar en la clínica, un enfoque culturalista y excesivamente centrado en lo lingüístico. La fascinación por los elementos culturales que impregnan las narraciones de personas

²¹ Desde 1994, en Barcelona, la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas del Centro de Atención Primaria Drassanes, en colaboración con ACSAR, desarrolla un programa de salud comunitaria en la que intervienen agentes de mediación intercultural procedentes de Pakistán, Colombia, Gambia, Guinea y Marruecos cuyo cometido principal es realizar programas de prevención de enfermedades (especialmente SIDA y VHI) en los grupos de su misma afinidad étnica. Este programa es financiado por la Unión Europea y en él colaboran diferentes asociaciones de inmigrantes extracomunitari@s. Actualmente existe también un proyecto de dotar al Hospital de Vall d’Hebrón con agentes de mediación intercultural.

procedentes de orígenes exóticos (como es el mundo sino-indio, por ejemplo) o sobrevivientes de la *Gran Historia* de la cual han sido partícipes, puede silenciar la trayectoria singular expresada mediante la utilización de una lengua, culturalmente codificada a la vez que subjetivamente apropiada. En el siguiente caso clínico que el mismo psiquiatra me relató, la cuestión de desenmarañar lo patológico de lo cultural pasó por una estrecha colaboración entre la traductora, que palabra por palabra transmitió la narración del malestar, y el psiquiatra, cuya función aquí, fue la de sacar la historia singular inmersa en el caudal lingüístico-cultural.

Una mujer camboyana de unos 30 años, establecida en Francia desde los 80s tras un complicado periplo para huir de los Khmer Rojos y abandonar luego, el campo de refugiad@s tailandés, llega a la consulta del psiquiatra muy angustiada porque, según ella, su hija menor no se alimenta y teme por su vida. Esta insistencia de la madre sorprende tanto a l@s profesionales del PMI²², como al psiquiatra, pues la niña presentaba un crecimiento normal, sin constancia de una ralentización en la curvatura estaturponderal, y más sorprendentemente aún, comisqueaba incesantemente pasteles, caramelos, patatas fritas. Durante la consulta, la niña permanece sentada junto a su madre, sin decir palabra pero teniendo la boca siempre obstruida por un alimento o el chupete. Sorprendido por estar frente a una niña que obviamente no rechaza alimentarse, el psiquiatra decide indagar junto con la traductora en las palabras precisas con las que la madre verbaliza su preocupación. Entre las múltiples formas que ofrece la lengua Khmer para designar la acción de alimentarse, la madre eligió la expresión más utilizada «niam bay», que literalmente significa comer arroz. Cabe puntualizar que la alimentación camboyana se divide en dos categorías, los nutrientes y los condimentos y considera al arroz como el único alimento con valor nutritivo, siendo los demás productos condimentos. Así, la expresión «niam bay» significa exactamente alimentarse para vivir y se opone a consumir alimentos sin valor nutricional. En su forma negativa es «meun niam bay te», esto es, no come. De haber deseado incidir en que su hija no come arroz la negación hubiera recaído en el arroz: «niam meun bay te». En este sentido, la lengua Khmer incorpora la bipartición del universo alimenticio entre el arroz y los condimentos, al tiempo que permite expresar la historia subjetiva de la hablante. La niña se negaba a consumir arroz, provocando gran preocupación en la madre, aún cuando era consciente que su hija ingería otros productos. Aquí cabe hacer un inciso: no tod@s l@s camboyan@s se sitúan de la misma forma al utilizar la expresión «niam bay»; igualmente, la mayor parte de ell@s han modificado sus hábitos y concepciones alimenticias aceptando que un filete de carne tiene valor nutricional. De hecho, la misma madre afirmó alimentarse frecuentemente “a la francesa”. Aquí la lectura es errónea si la interpretación se queda en el plano culturalista o en el plano estrictamente lingüístico. Esta madre otorgaba una gran importancia a su función de aseguradora de la subsistencia, de ahí que se alarma ante el rechazo del arroz, en particular cuando ella misma fue víctima de muchas privaciones durante su infancia y en el periodo de dominio de los Khmer Rojos, en el cual las tropas de Pol Pot planificaron una hambruna como forma de genocidio. Al igual que sus compatriotas debía contentarse del agua de arroz, ante la

²² Programa de atención materno-infantil financiado por la seguridad social francesa.

prohibición de ingerir arroz. Del mismo modo que much@s de ell@s, presenció la muerte de l@s que no lo resistieron. Es cierto que esta madre se quejaba de que su hija no comía pues rechazaba alimentarse con arroz, pero su angustia no radicaba en una cuestión de arroz, ni del valor cultural de este alimento, sino del lugar que «niam bay» tenía en su historia personal. (Reconstrucción de este caso a partir de la entrevista con psiquiatra ECP4).

Por otra parte, la mediación con las familias inmigrantes se revela necesaria para el esclarecimiento cultural de situaciones o comportamientos cuyo significado escapa a l@s profesionales. Una ilustración de tales situaciones o comportamientos corresponde al caso de que ciertas prácticas culturales (como las mutilaciones genitales realizadas como ritos de paso o la educación a base de castigo físico) o accidentes domésticos de personas con un acervo cultural muy alejado al de la sociedad de destino pueden llegar a ser interpretados como maltrato infantil y por ende, criminalizados. Al respecto, la población africana procedente de las zonas rurales de los tres países ribereños del río Senegal (Malí, Mauritania y Senegal) ha sido objeto de mira. Aquí, la clave de la labor profesional reside en discernir entre lo que remite a la cultura y lo que concierne a la patología. Tal como defienden l@s profesionales de la consulta especializada en África Negra del ECP3, si bien los conocimientos etnológicos son de gran incumbencia, se muestran insuficientes si no se acompaña con un trabajo de diálogo y negociación entre los equipos socio-sanitarios (inclúyanse también l@s profesionales de la educación) y las familias, por tratarse de una estrategia doblemente eficaz: está encaminada a resolver los conflictos intrafamiliares y los originados entre profesionales y padres, al tiempo que previene la desintegración de las familias y la descompensación psicológica de sus miembros. De hecho, el ECP3 es permanentemente solicitado por otros equipos médico-psicosocial o judicial para esclarecer la compleja cuestión de la frontera entre la educación tradicional y los malos tratos. Un ejemplo nos servirá de apoyo para el hilo argumentativo.

En las regiones rurales que bordean el río Senegal la aplicación de castigos corporales por desobediencia está muy extendida. No obstante, existen formas de protección a los abusos de la autoridad paterna o materna basada no sólo en

la vigilancia social que ejercen los ancianos del poblado²³, sino en unas normas sociales que delimitan el uso del castigo (M'Barga, 1993). De acuerdo con la experiencia de l@s profesionales del ECP3, al detectarse algún signo físico de violencia en el menor, se distinguen tres escenarios posibles: el maltrato evidente, los casos límite que entrañan un riesgo de maltrato, voluntario o involuntario, hacia el menor y las prácticas vinculadas a la integración social en sus sociedades de origen. El maltrato evidente, que puede llegar hasta el infanticidio, suele ser producto de conflictos intrafamiliares entre las coesposas de un marido polígamo o de la agresión ejercida por un padre sobre su mujer y sus hij@s. Los casos límites, de mayor ambigüedad, se resumen en dos: 1) cuando se percibe al/la niñ@ como poseíd@ por un espíritu maligno o como un brujo potencial, lo cual no siempre es producto de un delirio –por tanto, susceptible de tratamiento psiquiátrico-, sino que concierne las representaciones sociales e incumbe un trabajo de orden simbólico y 2) los accidentes domésticos, favorecidos por la exigüidad y la incomodidad de las viviendas (quemaduras con agua hirviendo, caídas con fracturas, intoxicación con productos de limpieza o medicamentos). Por último, entre las prácticas vinculadas a la integración social en sus sociedades de origen destacan, por una parte, el uso del chicote, las restricciones alimenticias y la obligación de realizar ciertas tareas domésticas como las principales estrategias utilizadas en la reconducción de la conducta desobediente y, por otro, la circuncisión y la mutilación genital femenina²⁴. En todos estos casos, un trabajo de entendimiento mutuo entre las partes, a través del diálogo y la negociación, se revela eficaz para el esclarecimiento de los distintos elementos que moldean las situaciones en que asoma la duda de un abuso de autoridad y, en los más extremos, la criminalidad. Y, pasando de la reflexión compartida a la intervención, la mediación familiar llevada a cabo con métodos dialógicos de

²³ Cabe puntualizar a fin que la ignorancia no nos lleve a caer en estereotipos perversos, que en las zonas urbanas, véase a modo de ejemplo Dakar y Bamako, la sociedad asiste a un proceso de individualización donde la vigilancia comunitaria deja paso a los procedimientos judiciales de protección al menor, más común en las sociedades europeas.

²⁴ Respecto a la cuestión de la práctica de la mutilación genital femenina destaca el trabajo de reflexión e intervención social emprendido por la antropóloga Adriana Kaplan Marcusan. Léase Franjou & Gillette (1995); Bourdin (1992, 1993, 1998), Kaplan (1998, 2001), Kaplan et al. (2002), Kaplan & Martínez (coord., 2004), Amnistía Internacional (1999).

comunicación, genera mecanismos intrafamiliares capaces de enriquecer y armonizar las relaciones entre sus miembros, al tiempo que tejen relaciones de confianza entre 'las familias bajo sospecha' y las instituciones de la sociedad de instalación, unidas ambas partes en una causa común: el bienestar social.

Por último, en su vertiente de captar lo glocal, esto es, integrar en su enfoque lo local y lo global, la mediación entraña analizar la posición de las partes en su situación actual, discerniendo las posiciones de dominio y subordinación, de cooperación o competencia, de horizontalidad y verticalidad, de cierre o apertura (Giménez, 2002). Al adoptar una perspectiva holística (trayectoria biográfica, posición social, universo simbólico), la mediación conlleva también una actividad de dinamización comunitaria, en la que se teje una relación de colaboración entre profesionales sanitarios y los sectores del voluntariado y comunitario. Dicha dinamización comunitaria tiene la potencialidad de engendrar sinergias en relación a prácticas que mejoran la salud y promueven mayor calidad de vida entre la población usuaria así como acciones democratizadoras de la praxis médica. En última instancia, se trata de tejer espacios de trabajo comunitario en salud donde las entidades y asociaciones del ámbito social, así como el vecindario en general, tengan un rol activo en un terreno bajo monopolio de la profesión médica²⁵.

2.3. Prácticas de comunicación no verbal: el soma parlante y el arte sanador

Si la mediación pertenece al orden de lo verbal, cabe indagar sobre otras formas de comunicación que trascienda la centralidad de la palabra e incumban en nuestro esfuerzo por recoger estrategias de integración sanitaria. Así, de los nueve centros estudiados, el ECP5 y el ECB2 incorporan de manera regular métodos terapéuticos no basados en la expresión verbal del malestar emocional. El

²⁵ A modo de ilustración, la mediación comunitaria se revelaría particularmente útil para indagar propuestas para resolver conflictos generados por las *discordancias socioculturales* como las que se dan en situaciones como las de un usuario que se niega a ser atendido por una médica por razones de género (o viceversa, una usuaria que no desea ser auscultada por un médico varón), o las de un familiar varón que rechaza, por motivos de práctica religiosa, que su familiar ingresada en un hospital comparta la habitación con un usuario o una usuaria que recibe visitas de varones.

primero ofrece sesiones de quinesioterapia dirigida a personas que han sido objeto de violencia organizada y tortura, el segundo pone a disposición de sus usuari@s el arte-terapia.

La quinesioterapia consiste en un método terapéutico basado en la aplicación de movimientos activos o pasivos en todo el cuerpo, o alguna de sus partes, con el propósito de aliviar los sufrimientos que se encarnan en la memoria física del ser humano. Este tipo de terapia se revela particularmente beneficioso para tratar el traumatismo que la tortura u otro tipo de violencia activa en forma de dolores físicos. Al haber sido torturado, manipulado y objeto de vejaciones varias en manos de otro ser humano, la persona desarrolla una relación patológica con su propia corporeidad. Ésta es vivida en tensión permanente, fruto de insoportables dolencias físicas que inmovilizan, desvitalizan y anclan la persona al evento traumático. En este sentido, la quinesioterapia facilita una reconciliación con la parte fisiológica del cuerpo.

En la primera sesión, la kinesiterapeuta escucha las huellas de la angustia que por inexpresada e indecible, no encuentra más salida que huir de lo simbólico y manifestarse en un registro más carnal. Se trata de una observación metódica de la persona en sufrimiento que se compone de seis etapas distintas: 1) la evaluación del caminar: el modo de desplazamiento, 2) la evaluación estática: los puntos de apoyo físicos, 3) la evaluación de la piel, que por sus pliegues revelan los topes de tensión, 4) la evaluación de las articulaciones y los músculos, 5) la evaluación de la respiración, inspeccionando la zona del tórax y el órgano del olfato y 6) la evaluación sensorial, considerando especialmente vista y oído. Tal observación se realiza con imperativa prudencia, pues a pesar de su voluntad terapéutica, el contacto entre el cuerpo dolorido y el cuerpo sanador puede conllevar un sufrimiento añadido. La kinesiterapeuta del ECP5 es tajante al respecto: toda relación kinesiterapéutica, independientemente de las representaciones socioculturales en juego, se asienta sobre una transmisión de confianza intencionalmente vivida de la persona que confía su cuerpo a la persona que manipulará dicho cuerpo. Esta entrega no puede eludirse en el contexto clínico que involucra personas cuyo daño fue causado por las agresiones y violaciones produci-

das por unos seres humanos concretos. En consecuencia, un segundo aporte de la quinesioterapia radica en apaciguar sentimientos de gran desconfianza por el otro, para así proceder a la reconstitución de vínculos de confianza y amor y, desbloquear determinadas dificultades relacionales con el mundo exterior.

La reeducación del cuerpo a través de sesiones de manipulación táctil, suave y apaciguantes, contribuye a generar desbloqueos en la memoria corporal que intrínsecamente despiertan cicatrices invisibles, del orden de lo inefable mediante el verbo. La quinesioterapia suele levantar reticencias a determinadas situaciones, a saber, desvestirse parcial o completamente, permanecer en una posición determinada (acostada, sentada, de pie), estar en camilla o en el suelo. De ahí la importancia de que, previa a la realización de cualquier ejercicio, la terapeuta no sólo informe sobre la manipulación que desea aplicar al cuerpo de la persona y el efecto buscado, sino que interroge a la persona sobre sus preferencias. A fin de que la quinesioterapia permita realizar, además, un trabajo sobre la toma de decisión y la recuperación de la autonomía y responsabilidad de la persona torturada, la terapeuta siempre ha de adaptar su técnica a la voluntad de la persona. Por último, el despertar – que se quiere pautado y controlado – de las cicatrices invisibles generalmente desencadena un proceso de verbalización que permitirá vincular el síntoma con el evento traumático, externo y contingente, y elaborar de este modo, una imagen más soportable de su corporeidad. Por tanto, la quinesioterapia puede propiciar que empiece a tejerse un vínculo comprensivo entre el habla de la biología propia y la experiencia socio-biográfica.

Acorde con la explicación del arte-terapeuta del ECB2, en comparación con las distintas formas terapéuticas verbales, el arte-terapia ofrece una serie de ventajas al trabajar el sufrimiento psíquico de las personas inmigrantes²⁶. En primer lugar, el arte-terapia centra su modo de tratamiento en la práctica de las artes plásticas. Al facilitar una comunicación sin palabras, este tipo de terapia resulta particularmente beneficiosa para las personas que no dominan el idioma

²⁶ A fin de alcanzar una mayor comprensión del arte-terapia en el tratamiento de los malestares emocionales de las personas inmigrantes, de gran valor son los artículos de Eva Marxen (2004a; 2004b)

del país de instalación, pues reduce el desasosiego que genera el experimentar-se un@ mism@ como un ser con limitaciones comunicativas. Si bien en el proceso de creación artística se dé momentos de intercambio verbal entre terapeuta y usuari@, el arte-terapia relega a una posición secundaria la dimensión oral de la comunicación, al proveer un tratamiento en el que las imágenes constituyen los recursos fundamentales de la expresión de los sentimientos, emociones y experiencias. En segundo lugar, se le brinda a la persona, la oportunidad de trabajar en su bienestar emocional siguiendo su propio ritmo y valiéndose de su lenguaje y su simbolismo, sin verse forzada a adaptarse a la dinámica temporal, ni al lenguaje, propios del terapeuta o del país de origen (Marxen, 2004a). Igualmente, la producción artística proporciona un enfoque externo que confiere un grado de seguridad adecuado a fin de explorar los aspectos positivos y negativos tanto de la sociedad de origen, como de la de instalación (Cooper, 1999). Esta tercera ventaja se manifiesta con mayor vigor en las sesiones grupales de arte-terapia pues el encuentro de personas distintas en un mismo espacio terapéutico fomenta el intercambio de experiencias e información. Un cuarto punto fuerte de una terapia basada en la creación artística es que la misma práctica incide en un fortalecimiento de la identidad socio-cultural, de gran relevancia en personas inmersas en una relación de conflicto respecto a elementos culturales y de organización socio-económica de la sociedad de origen y de la sociedad de instalación (Dokter, 1998; Freire, 1991) y en situaciones en que parte de los determinismos que conforman dicha identidad, vinculados al universo cultural de la sociedad de origen, es infravalorada por la sociedad de instalación. De ahí que se recomiende el arte-terapia para trabajar con adolescentes (Tibbetts & Stone, 1990; Marxen, 2004b).

Otra de las potencialidades del arte-terapia es el hecho que facilita un proceso de regresión, de particular importancia para el trabajo terapéutico con adult@s. En este sentido, favorece que el/la usuari@ pueda reelaborar elementos de su experiencia pasada, revivificados en su memoria activa, que le generen malestar y, más importante aún, se enfrente a este proceso de reelaboración

desde un espacio de mayor seguridad²⁷. Asimismo, la producción artística ofrece al/la usuari@ la oportunidad de hacer emerger asociaciones de distinta naturaleza y de visibilizar los aspectos más dolorosos de las pérdidas múltiples intrínsecas a la experiencia migratoria. Por último, al ejercitar la potencialidad creativa, el arte-terapia contribuye a revalorizar la autoestima y fortalecer la confianza en un@ mism@. El caso de Fátima²⁸ nos brinda una clara ilustración de la pertinencia de esta técnica terapéutica.

Al iniciar las sesiones semanales de arte-terapia en el ECB2, Fátima es una mujer de 44 años de edad, originaria de Marruecos, que aunque lleva trece años residiendo en España, tiene un dominio muy escaso de la lengua castellana. Casada en matrimonio no deseado y concertado por la familia con un primo marroquí que reside en Marruecos, teme viajar a su país de origen por miedo que allí la retengan en contra su voluntad. Sin estudios primarios finalizados y con gran dificultad para mantener un puesto de trabajo, vive de la ayuda de tipo económico y para el alojamiento que le presta una asociación no gubernamental vinculada a la Iglesia Católica. Para Fátima, el arte-terapia se reveló un método terapéutico de menor carga estigmatizadora que las consultas psicológicas y psiquiátricas, que le permitió expresarse en relación con los problemas que la hacen sufrir cotidianamente (la experiencia diaria de la inestabilidad socio-económica, la carencia de una red apoyo afectiva y objetivamente efectiva y, la soledad). Igualmente, ofreció un contexto material para canalizar ansiedades y frustraciones, siguiendo un ritmo autogestionado de creación artística (un proceso productivo muy lento al principio, que acelera a partir del noveno mes de tratamiento) y utilizando un lenguaje simbólico cercano a su acervo cultural y trayectoria biográfica (dibujos con ornamentaciones geométricas islámicas). El arte-terapia facilitó un proceso de desprendimiento de las inhibiciones que la limitaban como actor social y de autoafirmación al redescubrir su propio potencial creativo. En el caso de Fátima la recurrencia del tema ornamental expresa una conexión con su infancia y juventud: “Después de mucho tiempo, yo le pregunté si tenía algún referente y dijo que tenía unos referentes en la mente de los dibujos con los que hacía alfombras con su madre cuando era pequeña, en el campo, que vendía a turistas, entonces. Era su manera de mostrar algo de su infancia.” (Entrevista a arte-terapeuta, ECB2). En el transcurso de los veinte meses de tratamiento, Fátima se dedicó de forma prácticamente exclusiva, a decorar una serie de marcos para fotografías con motivos geométricos islámicos de gran formalismo y diligentemente planificado, dinámica que rompió en el último mes al fabricar en pocos minutos un brazalete con alambre (cambio brusco de material, ritmo y forma) y realizar un dibujo de un nadador en una piscina con un estilo pictórico menos formal y enteramente figurativo. Tal como se desprende de la entrevista con la arte-terapeuta, esta ruptura en el proceso creativo pone de manifiesto cambios en el estilo de vida de Fátima y su nuevo proyecto formativo para una posible inserción laboral: “Seguí hablando muy poco pero se veía que se desbloqueaba de alguna manera. Después de muchos meses se apuntaba a más actividades. Se apuntó a un grupo de piscina. No sabía nadar, el grupo era para aprender. Eso nos sorprendió muchísimo,

²⁷ Acorde con Margaret Klein (1978) los procesos terapéuticos basados en representaciones simbólicas causan menos ansiedad que los que trabajan con la expresión verbal. Esta idea es recogida en el modelo terapéutico de la arte-terapeuta Eva Marxen (2004a, 2004b).

²⁸ Pseudónimo. Testimonio recogido mediante la entrevista a la arte-terapeuta del ECB2 (ECB1ENT2, 5 mayo 2004).

primero que se apuntara a una actividad cualquiera, ella misma, por propia iniciativa. Después ella es, por la indumentaria que llevaba, una mujer muy tradicional... además ponerse un bañador. Y después hacía excursiones a la playa, que antes nunca hacía. Luego se apuntó a otros cursos de idioma. Al final incluso se apuntó a un programa de inserción laboral porque antes, en sus peores momentos, la asistente social tenía que limpiar su habitación, hacerle la compra, es que no, con lo de trabajar lo tenía clarísimo : 'trabajar yo no'. Entonces al final se apuntó a este programa diciendo que todavía no era el momento pero que se apuntaba de cualquier forma porque eso iba a tardar mucho hasta que le encontraran algo y así ella ya podía irse mentalizando. Sí, fue bastante impresionante. "(Entrevista a Arte-terapeuta, ECB2)

2.4. La especialización de recursos de salud para la población inmigrante y exiliada

Aunque la mayor parte de los procesos exclusógenos en el seno del sistema sanitario no afecta exclusivamente a la población extracomunitaria, existen particularidades propias, vinculadas no sólo al hecho que el reconocimiento de su acceso a la red ordinaria de atención sanitaria es mediado por el marco jurídico-legislativo en materia de extranjería, sino también por el hecho de ser originari@s de países no francófonos o hispanohablante, de tener un universo simbólico distinto del universo simbólico dominante en la sociedad de instalación, de practicar una religión distinta a la hegemónica en la sociedad de destino o, de la propia experiencia de la migración. Así, este conjunto heterogéneo de usuari@s es susceptible de requerir ciertos mecanismos compensatorios a fin de garantizar el uso de los servicios sanitarios en igualdad de condiciones que sus homólog@s en posición social, pertenecientes a la población autóctona. Entre estos mecanismos compensatorios se ubicarían a parte de las distintas modalidades de mediación que hemos expuesto anteriormente; una información clara sobre sus derechos sociales y la organización del sistema sanitario de la sociedad de instalación y su funcionamiento, así como unos espacios socio-sanitarios con profesionales avezados en las condiciones económicas, sociales y políticas de los colectivos de inmigrantes y exiliados y sus trayectorias inmigratorias o de exilio, que sepan manejar un enfoque holístico y multifactorial.

La necesidad de una atención sanitaria realizada desde la sensibilidad a la realidad inmigratoria y de exilio es particularmente relevante en los primeros

tiempos posteriores a su llegada a la sociedad de instalación –aunque no exclusivo—en tanto que es una época en la que los estresores son muy elevados y potenciales generadores de conflicto, muchas veces originados por la imposibilidad de vehicular y canalizar la frustración que emerge en los intentos de construir un espacio propio en ‘un mundo aún por descubrir’ que, en reiteradas ocasiones y con demasiada frecuencia, les recuerda su condición foránea. La instauración de servicios especializados en la provisión de cuidados a estos colectivos no sólo emerge ante la toma de conciencia por parte de l@s profesionales sobre los escenarios de inaccesibilidad que les afecta, sino también por adaptar en la mayor forma posible los servicios sanitarios a las características y necesidades de est@s usuari@s.

Tomando como punto de referencia el estudio de casos múltiples realizado, los centros objeto de análisis fundamentan su especialización en base a dos elementos: una acogida más expansiva en el tiempo y el trato y, un marcado interés por conocer la población que atiende. Respecto a la actitud de acogida, tanto en la relación terapéutica como su política general, los centros tratan de permitir al/la usuari@, darse el tiempo necesario para abordar la experiencia psíquica del dolor. El disponer de tiempo para escuchar activamente al/la usuari@ es sin duda un elemento caracterizador de la mayor parte de estos centros (ECP2, ECP4, ECP5, ECB1, ECB3 y ECB4). Aquí cabe tener en cuenta que la introducción de un/a mediador/a lingüístic@ y/o sociocultural ralentiza la interlocución en el encuentro profesional de la salud y enferm@. En un intento de distanciarse de los espacios administrativos, los centros ECB3, ECP1, ECP5 y ECP3 abandonan la sobriedad que suele caracterizar los ambientes médicos y optan por embellecer sus dependencias con objetos de decoración, y de estética étnica en el caso particular de ECP1. En estos mismos centros es común poner a disposición del usuari@ la posibilidad de consumir gratuitamente alguna bebida o un tentempié.

En cuanto a la provisión de un trato acogedor destaca la aplicación de formas de interlocución en la relación terapéutica basadas en la prudencia de distanciarse de los desencarnados cuestionarios médicos y, sobre todo, de los

interrogatorios administrativos y policiales. En efecto, para definir de forma sistematizada y eficiente los orígenes de su sufrimiento (secuelas de un traumatismo craneal pasado desapercibido o un síndrome ansioso-depresivo) el/la profesional suele recurrir a una serie de cuestiones simples tales como: ¿desde cuando sufre de dolores de cabeza? ¿Con cuánta frecuencia? Esta única sesión es susceptible de revivificar en las víctimas de tortura recuerdos de interrogatorios policiales y la angustia asociada a estos interrogatorios. De hecho tal es el caso vivido en carnes propias que relató una de las usuarias entrevistadas en el ECB3. Del mismo modo, desvestirse es un acto que conlleva un conjunto de significado difícilmente soportable. El contacto de las manos para auscultar el cuerpo, ciertas pruebas tales como la fibroscopia o la rectoscopia pueden vivirse como amplificador del traumatismo. La estrategia de los médicos de familia del ECB5 es tomar todas las precauciones necesarias para informar permanentemente sobre los motivos de sus gestos, las razones que le llevan a auscultar ciertas partes del cuerpo. También cabe destacar aquí la relevancia de distanciarse de los procedimientos jurídico-administrativos de obtención de permiso de residencia, especialmente los de reconocimiento del estatus de refugiado político pues pasa por aportar pruebas materiales de haber sido perseguid@ y víctima de tortura. Por tanto, estos procedimientos se asientan en la sospecha más que en la confianza en la palabra del sujeto. En el peor de los casos, este procedimiento judicial puede ser vivido como una violación del secreto del pensamiento y reavivar así la vergüenza sentida por la violencia experimentada, el desgarrero de su intimidad ejercida por sus verdugos (Gómez Mango, 1995).

En las entrevistas realizadas en los centros objeto de estudio prevalece un interés por parte de l@s profesionales por conocer en la heterogénea población de usuari@s que atienden. No obstante, se distinguen modalidades distintas de captación de sus necesidades de salud. En primer lugar, la gran parte de l@s profesionales de la salud de los centros parisinos ha complementado sus estudios en medicina o psicología realizando una formación universitaria en antropología o ciencias sociales aplicadas o postgrados especializados (psiquiatría transcultural, etnopsicoterapia) cuyos contenidos intentan integrar en el día a

día de su práctica clínica. En los centros barceloneses, la *expertise* se ha ido adquiriendo de forma más autodidacta, basándose en un método de trabajo en equipo (ECB1 y ECB3), en un proceder de autoanálisis de la propia práctica (ECB1, ECB3, ECB4) o en la investigación aplicada (ECB2). Entre l@s profesionales también es común la participación en seminarios, conferencias o congresos entorno al tema de la atención sanitaria a inmigrantes y la psiquiatría transcultural. Incluyendo al ECB2, l@s profesionales de los centros franceses emprenden actividades de investigación, aprovechando su experiencia terapéutica además de los registros de actividad clínica de sus respectivos centros. Por último, cabe destacar la labor de toma de contacto con los distintos actores sociales que trabajan con poblaciones de origen inmigrante y en el exilio de los sectores del voluntariado y comunitario realizada por ECB3, ECP4 y ECP5, cuyo cometido no sólo apunta hacia dar a conocer las actividades del centro, sino también a establecer canales de mediación comunitaria.

Llegados a este punto es menester mencionar que la instauración de estos servicios especializados en la atención a un sector poblacional concreto se da en un contexto político donde en materia sanitaria, en Francia y en España, prevalece el discurso proclive a la disposición de unos servicios universales de salud que velen al mismo tiempo por las situaciones específicas de necesidad de las personas inmigradas extranjeras. Aquí cabe objetar que si el objetivo es la integración de l@s '*outsiders*' en el sistema sanitario, la existencia de centros de referencia *per se* es una condición necesaria pero netamente insuficiente. Siguiendo a R.M. Titmus (1968: 159), la clave reside en diferenciar sin discriminar, ni marginar. Literalmente,

'el desafío al que nos enfrentamos no es la elección entre servicios sociales universalistas o selectivos. El desafío real está en la pregunta: ¿qué infraestructura particular de servicios universalistas se necesita para ofertar un esquema de principios selectivos socialmente aceptables, dirigidos a discriminar positivamente, con el mínimo riesgo de estigma, a favor de aquellos cuyas necesidades son más grandes?'

Actualmente, en ambos países se perfila un escenario de política sanitaria en materia de inmigración poco propicia para la instauración de servicios universales de salud sensibles a las situaciones específicas, sin que se produzca discriminación, ni marginalización. La población extracomunitaria más desprote-

gida en cuanto a cobertura sanitaria, al demandar cuidados profesionales tiende a acudir a los lugares específicos de atención sanitaria no sólo porque sabe que allí el personal sanitario tiene una mayor sensibilidad a su situación, sino porque frecuentemente son derivad@s por profesionales de la red ordinaria de salud con tiempos de consulta muy parcos y/o con exigua motivación por indagar en la situación extra-biomédica de sus usuari@s y, en especial, de l@s de origen extracomunitario.

3. A modo de conclusión: el poder de la vida y el reconocimiento político del cuerpo enfermo

La dualidad '*outsiders-established*' de Norbert Elias (1965) contribuye a esclarecer el escenario dual de la distribución de los recursos sanitarios: la cuestión de la salud de la población extracomunitaria aparece en la agenda de la política sanitaria desde la percepción de la diferencia que inviste al extranjero@ de origen extracomunitario como un/a *outsider*. En este sentido, es relegado a su condición de alteridad étnico-nacional, cuya presencia, si no del todo transitoria, siempre se encuentra supeditada a la situación coyuntural del mercado laboral. Esta dualidad '*established-outsider*' es la que propicia que las relaciones entre heterogeneidades que se establecen en el campo de la atención sanitaria sean bipolares; netamente más institucionalizado en España por marcar la distinción entre l@s usuari@s cuya accesibilidad a la red pública de atención sanitaria se define en el marco jurídico-institucional en materia sanitaria *versus* l@s usuari@s cuyo acceso a los servicios sanitarios públicos depende directa o indirectamente de la legislación en materia de extranjería.

En consecuencia, se constatan dos escenarios posibles que dependen de la relación dicotómica ciudadanía-extranjería. Por una parte, el reconocimiento del derecho a los cuidados médicos se vincula a la salud en el caso de los miembros del grupo dominante, l@s *established* (primordialmente, la población autóctona y l@s inmigrantes comunitari@s). Para esta población de usuari@s, la salud constituye un derecho social. Por otra parte, en el caso de los miembros del grupo de

los *outsiders* (básicamente, la población extracomunitaria), la enfermedad (principalmente, aquella susceptible de transmitirse) representa la dimensión desde la que se confiere el reconocimiento del derecho a la asistencia. El cuerpo extracomunitario enfermo se inscribe, por tanto, en el orden social desde la alteridad que le define como *outsider*, y no como resultado de un contrato social en el que se le reconoce su membresía en el espacio socio-político de la sociedad en que vive. El reconocimiento del derecho a acceder a los recursos sanitarios de la *res publica* es conferido, por l@s *established*, no siguiendo la lógica de un derecho social inherente a su condición de miembro de la comunidad, sino desde el humanitarismo que emerge al intentar resolver las situaciones de injusticia que genera el propio marco legislativo (Fassin, 2001a).

Es más, el tratamiento de la salud de los '*outsiders*' por parte de la política sanitaria en Francia y en España se ha basado en gran medida en la subsidiariedad del sector voluntario; es decir, ha propiciado un proceso de comunitarización de los cuidados de salud de los *cuerpos exceptuados*. Financiando proyectos concretos de acción contra la exclusión de los sectores poblacionales más desprovistos socio-económicamente, las autoridades sanitarias locales han delegado gran parte de la responsabilidad en la materia a asociaciones y ONGs²⁹. Al derivar la atención específica al sector voluntario, se constata que el carácter monocultural, sociocéntrico y etnocéntrico del sistema sanitario queda incuestionado, aún cuando las oquedades de su cobertura se vuelven más y más visibles por la denuncia mediática de los informes anuales de organizaciones como Cáritas, Cruz Roja y Médicos sin Fronteras³⁰, así como las reivindicaciones de determinad@s profesionales de la salud que han de dar respuesta día a día a las

²⁹ Cabe recordar que los servicios específicos dirigidos a l@s inmigrantes extracomunitari@s han sido fruto de iniciativas nacidas de las redes no oficiales de cuidados profesionales de la salud que dependían de la voluntad del personal sanitario de determinados centros de salud y de las redes informales de atención sanitaria organizadas por diversas organizaciones no gubernamentales.

³⁰ Cabe incidir en que estos informes no se centran únicamente en las desigualdades de salud de la población inmigrante extranjera, sino que evidencian los déficits del sistema sanitario respecto a las poblaciones autóctonas que por su gran vulnerabilidad social resultan excluidas de los cuidados públicos de salud.

necesidades de salud de una población de gran vulnerabilidad social, en un contexto de racionalización y restricción del gasto sanitario.

La apertura de consultas selectivas y gratuitas manifiesta la toma en consideración de las organizaciones humanitarias de la pauperización de extensos segmentos de la sociedad. Estas consultas han sido progresivamente frecuentadas por los colectivos de inmigrantes extracomunitari@s y, de forma prácticamente exclusiva por l@s que están en situación de irregularidad administrativa. El hecho a destacar aquí es la manera mediante la cual el humanitarismo de las organizaciones del sector voluntario, en vistas de los factores exclusógenos de un sistema de bienestar en retroceso, se han apropiado del ‘registro de la compasión’ para imponerse sobre el terreno político. Apoyándose en el reconocimiento del cuerpo enfermo y del cuerpo en sufrimiento, sea cual sea su color y forma (pero especialmente tomando como baluarte el cuerpo de las personas socialmente desheredadas), ciertas ONGs han presionado –y continúan presionando- a los gobiernos no sólo para extender el acceso a los cuidados médicos públicos a las personas extranjeras, independientemente de su situación administrativa, sino para abanderar el principio de la equidad en la gestión de los recursos sanitarios. Siguiendo la línea argumental de Dider Fassin (1999), la biolegitimidad – esto es, el valor *per se* de todo ser humano en vida en el mercado de los recursos sociales—, aporta argumentos en defensa del principio fundamental del Estado de Bienestar: el derecho social a acceder a cuidados médicos para todo ser humano, sin ningún tipo de discriminación y sin que pese sobre él/ella, el estigma de la identificación previa como necesidad@.

CAPÍTULO V

LA GESTIÓN DE LOS CUERPOS ENAJENADOS COMO GRUPO DE RIESGO SANITARIO

Segons la noció que s'afirma avui, l'ésser humà que té necessitat de salut és considerat com un subsistema de la biosfera, un sistema in-munitari que cal controlar, regular, optimitzar, com una "vida". Ja no es tracta de treure a la llum el que constitueix l'experiència "d'ésser viu". En ser reduït a una vida, el subjecte cau en un buit que l'ofega. Quan la salut és concebuda com l'optimització d'un risc es presenta "desencarnada" per tant no hi ha lloc per a la metàfora, "Com es pot donar cos a la por quan se'ns priva de la carn?" I. Illich, 1999¹

‘**V**ivimos en una sociedad de riesgo’ proclama el sociólogo Ulrich Beck (1992), ante la constatación de que a pesar de las mejoras en las condiciones materiales de vida, asistimos a una mayor aprehensión del riesgo. Al respecto, el autor argumenta que estamos moviéndonos hacia una nueva era marcada por el hecho de que las consecuencias negativas, colaterales al proceso de modernización, se han extendido a toda la humanidad, independientemente de la posición social. Siguiendo la definición de Carlota Solé (1998), la modernización es el proceso de cambio que consiste en la aplicación de la innovación científico-tecnológica a la totalidad de las esferas de la vida cotidiana, en el cual la *intelligentsia indígena* actúa como agente modernizador². La transición a la época del riesgo, según Ulrich Beck

¹ Traducción de Eva Fernández.

² En contraposición a la concepción de la modernización propia del modelo transicional de la dualidad ‘antes-y-después’ de Reinhardt Bendix (1966-67), que implica la idea de una *continuum* entre las polaridades ‘tradición’ y ‘modernidad’, Carlota Solé (1998) propone entender la modernización, no en términos de transición a un estadio final o un objetivo a alcanzar, sino como un objetivo móvil y variante, una rampa o espiral inacabable. Además, la autora restringe su uso al tiempo que lo dota de contenido sustantivo: la modernización es un proceso de cambio que consiste en la incorporación de la ciencia y la tecnología a los asuntos humanos, cuyo agente modernizador es la *intelligentsia indígena* de una sociedad (esto es, un grupo de individuos de

(1992) y Anthony Giddens (1990), ni ocurre intencionalmente, ni es perceptible, sino que se desarrolla de forma inmanente, en el transcurso de una dinámica de modernización, que se ha convertido en autónoma e impasible a las siniestras consecuencias que produce y a los peligros y amenazas que desata para el status quo. La sociedad de riesgo hace referencia a la creciente penetración en las estructuras sociales, instituciones y relaciones sociales del fenómeno que ambos autores denominan *manufactured uncertainty* (incertidumbre fabricada, Beck, 1992; Giddens, 1995). Bajo tal expresión se resumen los profundos temores sobre el *lado oscuro* que entrañan los actuales sistemas de producción industrial, el progreso científico y la innovación tecnológica, especialmente al incorporar mayor complejidad, contingencia y fragmentación. La universalización de los efectos colaterales de la modernización en la cotidianidad de nuestras sociedades no procede, sin embargo, de manera igualitaria. La clave de concebir las sociedades occidentales contemporáneas bajo la óptica del riesgo radica en la producción de un nuevo eje de organización social: la distribución de las posiciones de riesgo³.

la sociedad en la que viven que desarrollan una actividad primordialmente intelectual, o parcialmente manual o técnica, en la que es necesaria un cierto grado de formación y que son muy receptivos a incorporar modelos exógenos). La *intelligentsia indígena* se vale de la educación para llevar a cabo su proyecto modernizador, fuertemente enraizado en la racionalización y secularización de la vida humana. Según la autora, el inicio del proceso de modernización se ubicaría a finales de la época colonial y la extensión de los movimientos de liberación nacional en los países coloniales, siendo hoy día un proceso aún inconcluso.

³ Ulrich Beck (1992) llega a considerar la distribución de las posiciones riesgo frente a las posiciones socio-económicas como el principal eje organizador de la desigualdad, aunque deja sin argumentar tal aserción. Aquí, desearía apuntar mi rechazo ante tal afirmación, fundamentado por el hecho de que en mi aproximación empírica y de documentación bibliográfica en el terreno de lo que podríamos denominar riesgos sanitarios, la distribución de las posiciones de riesgo tiende a coincidir con la distribución de las posiciones socio-económicas. Aquí digna es de mención la encuesta del médico de familia en el área central de Liverpool en 1830, Dr. William Henry Duncan, que demuestra el desenfreno de las fiebres epidémicas y de las enfermedades como la tuberculosis, la neumonía, la tos ferina, el sarampión y la viruela bajo las condiciones de hacinamiento y la insalubridad de las viviendas de los trabajadores industriales que encuestó (Fraser, 1947). Las epidemias de sífilis y de plaga bubónica, así como las enfermedades transoceánicas ciertamente dan fe de que los parásitos que acarrean enfermedades bacteriológicas se distribuyeron globalmente, pero cabe introducir un matiz importante: sucedió como consecuencia de la expansión del comercio durante la Edad Media y del Colonialismo. Incluso, al considerar las consecuencias de las catástrofes nucleares y de polución medioambiental, es evidente que, si bien no entienden de fronteras, los seres humanos no estamos en igualdad de condiciones a la hora de seleccionar opciones a fin de salvaguardarnos de epidemias y desastres me-

Si bien Ulrich Beck centra su reflexión en los riesgos generados por las consecuencias incontroladas del desarrollo científico y la innovación tecnológica que se vuelven contra la naturaleza y el medio, Robert Castel (2003) indaga en los riesgos sociales (denominados 'clásicos' a fin de distinguirlos de los anteriores) que parecían haber sido yugulados, al menos en su mayor parte, por el Estado de Derecho y el Estado Social. Los riesgos sociales a los que Robert Castel (2003) se refiere son fundamentalmente los accidentes, la enfermedad, la desocupación y la incapacidad de trabajar por la edad o por una invalidez física o mental. De acuerdo con este autor, actualmente asistimos a la erosión de las protecciones civiles y sociales que se instauraron en *las sociedades salariales* sobre la base de condiciones de trabajo estables⁴. Paradójicamente, en las sociedades europeas contemporáneas, las cuales constituyen una de las sociedades más protegidas que hayan podido existir, las preocupaciones sobre la seguridad permanecen omnipresentes. Para Robert Castel (2003:7), el quid de la cuestión radica en que estamos viviendo en 'sociedades de individuos que no encuentran, ni en ellos mismos, ni en su entorno más inmediato, la capacidad de asegurar su propia protección'.⁵ La exacerbada sensibilidad hacia los riesgos deriva de la percepción social que la seguridad es una meta inalcanzable: la aspiración a estar protegido de todo riesgo se desplaza como un cursor y hace nacer nuevas exigencias en la medida que los objetivos anteriores van cumpliéndose. Robert Castel (2003) plantea que esta creciente aprehensión del riesgo se enraíza en dos fenómenos paradoxales. En primer lugar, la *seguridad civil* en el Estado de Derecho se instituye en la tensa e irresoluble contradicción, vivida cotidianamente, entre una demanda absoluta de protecciones y un legalismo que toma la forma de apelación al derecho para solucionar cualquier conflicto, siendo este

dioambientales, ni en el momento de responder y enfrentarnos a estos eventos una vez acaecidos.

⁴ Robert Castel (2003:5) distingue claramente entre las protecciones civiles y las protecciones sociales. Las primeras son las que garantizan las libertades fundamentales y salvaguardan la seguridad de los bienes y las personas en el marco de un Estado de Derecho. Las segundas son las que ofrecen una cobertura contra los principales riesgos susceptibles de entrañar una degradación de la situación de los individuos tal como la enfermedad, los accidentes, la vejez insolvente, las vicisitudes de la existencia que pueden llevar a la degradación social.

⁵ Traducción propia.

proceder aplicable en todas las esferas de la vida. En segundo lugar, la *seguridad social* en el Estado de Bienestar opera básicamente como reductora de los riesgos de degradación del estatus social del individuo que se ve incapacitado para hacerse cargo de su propia existencia a partir de la venta de su fuerza de trabajo, situación que en concomitancia cuestiona su pertenencia social. No obstante, en el desempeño de tal empresa el Estado Social produce un efecto perverso: actúa como un potente factor de individualización. En contraposición a “la protección de proximidad” propia de las sociedades preindustriales europeas, basada en los vínculos tejidos alrededor de grupos sociales de pertenencia tales como la familia, el linaje y los grupos de proximidad (grupos territoriales, el vecindario, gremios ocupacionales), los sistemas de protección estatales se han caracterizado por la tendencia a la de-colectivización o de-socialización de los sujetos y por reducir la protección a una ayuda asistencial, a menudo, de calidad mediocre, reservada a los más desprovistos socialmente. Este proceder ha revertido, por tanto, en: 1) una mayor vulnerabilidad del sujeto ante los efectos de los cambios estructurales de orden económico (esto es, ante la precarización y segmentación del mercado laboral y la incorporación de modelos productivos de acumulación basados en la flexibilidad) y 2) el menoscabo del poder del individuo de proteger y protegerse.

En el transcurso de la primera mitad del siglo XX, la idea del riesgo se ha erigido en el campo de la política sanitaria como un concepto clave en el diseño y la implementación de los programas de prevención de enfermedades y de promoción de una vida en salud. Utilizado en su acepción técnica (esto es, en forma de probabilidades agregadas), ha propiciado una lectura de la salud y la enfermedad basada en asociaciones estadísticas entre síntomas o condiciones de mortalidad y, factores de estilo de vida (Nettleton, 1995). En concreto, la investigación sobre los riesgos para la salud y la percepción del riesgo en la salud pública se han centrado fundamentalmente en cuatro ámbitos determinados: los hábitos de consumo ‘insanos’, las enfermedades genéticamente transmisibles, la reproducción sexual y la accidentalidad (Ward et al., 2000).

En el ámbito de la planificación sanitaria en Francia y en España, a falta de estudios epistemológicos que ilustren diferenciales de salud (en términos de mortalidad y morbilidad) según nacionalidad o grupos étnicamente diferenciados o, de investigaciones sociológicas que vinculen desigualdades en salud a la adscripción étnica, ‘el problema de la inmigración’ parece ser fruto de la proyección del ‘discurso sonoro’ sobre la inmigración extracomunitaria en la Unión Europea (Mernissi, 1990) ⁶. En este sentido, los cuerpos extracomunitari@s han sido investid@s como ‘grupo de riesgo’ basándose en: a) el apriorismo de que provienen de países con altas tasas de enfermedades parasitarias e infecciosas (algunas de ellas conocidas bajo el término de ‘enfermedades tropicales’) y b) en la diferencia cultural de estilos de vida, higiene, concepción de la salud y cuidados de la enfermedad entre esta población y los demás grupos sociales de la sociedad de instalación. Los discursos sociales de la política sanitaria han categorizado *a priori* este colectivo heterogéneo de cuerpos en clave de alteridad, al tiempo que su presencia en el sistema sanitario y en las consultas médicas está introduciendo la cuestión del ‘nuevo marco de diversidad’ en la agenda de la provisión de asistencia sanitaria. En la atención a la salud mental, hablar en términos de riesgo para la salud forma parte de los discursos de l@s profesionales de la salud y de las narraciones de l@s usuari@s sobre la etiología de sus descompensaciones y trastornos psíquicos. No obstante, los resultados extraídos del trabajo de campo realizado sobre la atención a la salud mental de inmigrantes y exiliad@s en París y en Barcelona evidencian que su identificación sigue más la modalidad de *procesos destructivos* para la salud mental, que de factor de riesgo epidémico; aplicando, por tanto, un modelo etiológico más complejo que el de la epidemiología clínica.

En el transcurso de este capítulo nos proponemos cumplir con dos cometidos: 1) analizar las distintas definiciones recogidas sobre riesgos para la salud mental que se asocian a l@s inmigrantes y exiliad@s y 2) discernir los principa-

⁶ Fatima Mernissi (1990:16-17) denomina como *discurso sonoro* al discurso que se hace oír en las esferas legal-jurídica y en los medios de comunicación, esferas dotadas de medio de difusión de ideas que hacen factible la reproducción y amplificación de los contenidos y formas del discurso en la sociedad en general.

les intereses que subyacen en la definición de l@s inmigrantes y exiliad@s como grupos de riesgo en la atención a la salud mental. A fin de contextualizar la problemática, cabe realizar, primero, un breve recorrido socio-histórico sobre el concepto de riesgo, lo cual nos conduce necesariamente al campo de la biopolítica. Según nuestro entender, es en la implantación de esta estrategia de poder que hallamos la génesis de los mecanismos de gestión del riesgo sanitario y su consolidación en la salud pública. Finalmente, la gestión de los recursos sanitarios se ha valido de la estrategia de construir grupos de riesgo alegando la voluntad de proporcionar una atención más adaptada a las necesidades de los grupos más desfavorecidos. Cabe, por tanto, tratar de desenmarañar qué implicaciones tiene la construcción de grupos de riesgo en la gestión de las desigualdades sociales en salud desde la salud pública. De este modo, el capítulo concluye ofreciendo una valoración de la biopolítica del riesgo en el campo de la atención a la salud mental de l@s inmigrantes y exiliad@s, haciendo especial hincapié en las repercusiones que conlleva respecto a su inserción en el sistema sanitario y la consecución de una vida más saludable.

1. Sobre el concepto de riesgo y su aplicación en la salud pública

Actualmente contamos con una amplia y variada producción de estudios especializados, que desde las distintas disciplinas en la que se enmarcan, abordan el tema del riesgo⁷. La noción del riesgo ha traspasado la frontera discipli-

⁷ Niklas Luhmann (1993:1) menciona la obra de Frank Knight (1921), titulada *Risk, Uncertainty and Profit*, como uno de los más brillantes trabajos realizados en el área de la economía para explicar el beneficio empresarial en función de la absorción de la incertidumbre. A parte de la aplicación del riesgo en el cálculo de los beneficios empresariales, los economistas se han valido de esta noción para teorizar sobre el proceso de toma de decisiones y enriquecer el modelo analítico de las teorías del juego. Desde una perspectiva económica, el riesgo se expresa en función de utilidad individual, previo examen comparativo entre costes y beneficios de una acción. Aquí, el vocablo riesgo denota un coste posible, cuya incidencia es sopesada en términos de probabilidad (Renn, 1992:62). Las aportaciones más relevantes realizadas desde la psicología y la psicología social contribuyen a esclarecer el proceso de toma de decisiones en contextos de la vida cotidiana. Desde estas disciplinas se ha demostrado que la gente, en su cotidianidad, emplea una racionalidad distinta a la de los expertos estadísticos a la hora de tomar decisiones. Los estudios sobre riesgo producidos desde la antropología se interrogan sobre los factores que

naria de lo que podríamos denominar su ámbito tradicional de conocimiento, el tratamiento estadístico del cálculo del riesgo, para devenir objeto de la investigación económica y, posteriormente, de la psicología, la psicología social, la antropología, la politología y la sociología.

La incertidumbre por el futuro es una preocupación cuyo origen se remonta al nacimiento mismo del *homo sapiens sapiens*. A lo largo de la historia de la humanidad, hombres y mujeres se han valido de una variedad de herramientas de protección y guía a fin de obtener mayor seguridad en el transcurso de sus vidas (Luhmann, 1993; Golding, 1992). Sin embargo, el término *risicum* aparece por primera vez, en Europa durante las postrimerías de la Edad Media, vinculada al arte de la navegación y el comercio. De acuerdo con la investigación realizada por Niklas Luhmann (1993) sobre sus primeros usos, este vocablo denota originariamente una doble acepción: denota la exposición a un peligro físico o la pérdida de un objeto valioso, al tiempo que hace referencia a una decisión que promete conllevar unas determinadas ventajas, pero de la que uno puede arrepentirse en el caso que las pérdidas que puede acarrear (pérdidas potencialmente previstas) se cumplan. Desde esta aproximación etimológica, la noción de riesgo indica una toma de decisión que sirve para unir presente y futuro (entendidos respectivamente en términos de realidad y potencialidad) y se realiza desde la conciencia de la imposibilidad de obtenerse suficiente cono-

intervienen en la selección de un riesgo como un problema de orden social, esto es, se dedican a la percepción social del riesgo, la evaluación del riesgo (*risk assessment*) y la aceptación del riesgo (*risk acceptance*). Al respecto cabe destacar las aportaciones de Mary Douglas & Aaron Wildavsky (1982); Mary Douglas (1985); Branden B. Johnson and Vicent T. Covello (1987). En el campo de la sociología, el problema del riesgo aparece en el contexto de la sociología de la modernidad, iniciándose con los primeros estudios que describen la peligrosa naturaleza de la tecnología moderna o previenen los daños irreparables que la humanidad ejerce actualmente sobre el medio ambiente. Desde un enfoque socioconstruccionista, los riesgos y sus manifestaciones son artefactos sociales fabricados por grupos sociales e instituciones. Se trata de constructos sociales determinados por fuerzas estructurales en la sociedad. La fabricación de estas construcciones refleja los intereses y los valores de cada grupo o instituciones. Las políticas de gestión de riesgo resultan de una lucha constante entre todos los agentes participantes a fin de introducir su definición en la agenda pública e imponerla a los demás agentes (Renn, 1992:71). Desde la teoría crítica, las políticas de gestión de los riesgos sufren una crisis de legitimación porque se basan en la imposición de los riesgos por parte un de grupo social sobre el otro (reproducción de la estructura de clase) y frecuentemente, no van en interés de los que han de acarrear sus consecuencias (falta de integración social). El riesgo experimentado por los diferentes grupos sociales refleja la estructura de clase de una sociedad e indica las desigualdades en la distribución de poder y la influencia social (Renn, 1992:180).

cimiento sobre el futuro, ni siquiera el futuro que las propias acciones generan (Luhmann, 1993)⁸. En un contexto de incertidumbre, la decisión busca alcanzar el punto óptimo entre la probabilidad del beneficio y la posibilidad de la pérdida.

El riesgo aparece en nuestro vocabulario en el momento en que crece la confianza en la factibilidad del ser humano para generar circunstancias que posibiliten la máxima disminución de las pérdidas, hasta alcanzar la plenitud de su desarrollo en la sociedad capitalista postindustrial. A partir de las numerosas y valiosas aportaciones sobre la cuestión del riesgo en la teoría social contemporánea puede elaborarse un cuadro sinóptico de los cambios sociales más relevantes que han incidido en la generalización de la percepción social del riesgo: 1) el mayor nivel de inseguridad que la creciente dislocación socio-tecnológica engendra en el ser humano (Beck, 1992; Giddens, 1990, 1991); 2) el incremento de la reflexividad individual, que incide en erosionar la confianza que los individuos depositan en el conocimiento experto (Wynne, 1996); 3) el paulatino abandono de la creencia en la predestinación por la convicción de que el futuro de las sociedades depende cada vez más de procesos de toma de decisiones humanas, de ahí que la innovación tecnológica y la confianza en la capacidad de la acción humana vayan conquistando el terreno de las fuerzas naturales como principales moldeadoras de los escenarios presentes (Luhmann, 1993; Renn, 1993); 4) la radicalización de las dinámicas de individualización, que definen al ser humano como la unidad centro de la acción y el responsable último de la planificación de su propia trayectoria biográfica (Beck, 1992; Beck-Gernsheim, 2000), 5) la expansión de las posibilidades de la investigación y del conocimiento mismo que paralelamente, acrecienta la conciencia sobre la propia

⁸ Niklas Luhmann (1993) matiza tres elementos importantes respecto al hecho que cualquier toma de decisión acarrea riesgos. En primer lugar, destaca la distinción entre el agente que toma la decisión y la parte afectada por la decisión. En segundo lugar, advierte que no hay comportamientos sin riesgos (*risk-free behaviours*) puesto que es imposible alcanzar una seguridad absoluta y ni siquiera el no-decidir (que en última instancia es una forma de decisión) puede evitar los riesgos. Por último, afirma que hay situaciones que conllevan pérdidas y daños considerables sin que sean atribuidas directamente a decisiones. No obstante, sin decisiones previamente tomadas tales efectos no hubieran ocurrido. El riesgo evoca, por tanto, una decisión sin la cual la pérdida no podría haber ocurrido.

ignorancia humana (Luhmann, 1993)⁹, 6) la naturaleza *glocal* (es decir, local a la vez que global) de los peligros medioambientales, los cuales se propagan por el aire, el viento, el agua y las cadenas alimenticias (Robertson, 1992)¹⁰ y, 7) las limitaciones de los mecanismos de protección social por parte del Estado de Derecho y del Estado Social como respuesta colectiva frente a las adversidades, especialmente para garantizar un grado suficiente de seguridad material (Taylor-Gooby, 2000; Castel, 2003).

La singularidad de la noción de riesgo radica en la toma de conciencia de que las decisiones que se toman en el presente contribuyen a configurar el futuro y sobre todo, en que las pérdidas que las decisiones son susceptibles de ocasionar son contingentes, y por ende, evitables. Acorde con Beck (2000:213) el concepto de riesgo expresa el peculiar estatus de realidad del 'ya-no-pero-aún-no' (*not-longer-but-not-yet*), integra en sí mismo una realidad virtual y una virtualidad real (*virtual reality, real virtuality*). De ahí que defina la sociología del riesgo como una ciencia de potencialidades y de juicios sobre probabilidades. La definición de riesgo que impera en la teoría social contemporánea es la de la probabilidad que una decisión acarree un hecho no deseado (una pérdida o un daño) y la magnitud de las consecuencias de éste, en un espacio-tiempo determinado (Luhmann, 1992; Beck, 1992; Adams, 1995; Esplugas, 2004).

⁹ 'Cuanto más conocemos, mejor sabemos lo que no conocemos y más elaborada deviene nuestra conciencia sobre el riesgo. Cuanto más racionalmente calculamos y cuanto más complejos son nuestros cálculos, más aspectos aparecen que impliquen incertidumbre sobre el futuro, y por tanto, riesgo. Desde este punto de vista, no es casual que la perspectiva del riesgo se haya desarrollado en paralelo al crecimiento de la especialización científica.' (Luhmann, 1993:28, traducción propia).

¹⁰ A pesar de su creciente apogeo en los discursos de la cotidianidad, en el ámbito de la política y en la reflexión teórica en ciencias sociales, el riesgo forma parte de los términos cuya conceptualización teórica queda con gran frecuencia desatendida. De entre la extensa literatura sobre riesgos, Niklas Luhmann (1993:21-22) es uno de los pocos autores que se ha esforzado a afinar la elaboración analítica de sus herramientas conceptuales. El autor distingue claramente el riesgo del peligro: aunque ambos conceptos se refieran a una incertidumbre que existe en relación con una pérdida en el futuro, el riesgo implica que tal potencial pérdida es consecuencia de la decisión, mientras que el peligro se refiere a una pérdida generada por causas externas, atribuidas al medio. La preocupación por la gestión del riesgo revela, por tanto, un esfuerzo por optimizar la estructura de oportunidades, en un contexto de toma de decisión. La decisión se centra en alcanzar el óptimo entre la probabilidad del beneficio y la posibilidad de la pérdida.

El riesgo es un instrumento conceptual que establece conexiones causales probables entre acciones (o eventos y atributos) y sus efectos. Siendo una de las funciones más esenciales de los sistemas sociales, la reducción de la complejidad y la distribución selectiva de los recursos escasos, las estimaciones del riesgo, en particular las basadas en el cálculo probabilístico, proveen un método sistemático para plantear prioridades y asignar medios en el proceso de diseño de políticas sociales, en el marco de un Estado social y de derecho (Renn, 1992; Krimsky & Golding, 1992). El riesgo constituye una herramienta económica y eficiente (aunque no siempre eficaz) para optimizar los recursos según una estructura de posibilidades. El raciocinio por introducir el concepto riesgo en la gestión de los recursos es primordialmente administrativo: desarrolla una métrica común que promueve continuidad e introduce mayor transparencia y capacidad de justificación (*accountability*) en los procesos de toma de decisión, al tiempo que permite diseñar advertencias computadas, revestidas de un objetivismo tecnológico, a la población en general (Jasanoff, 1986).

Valiéndose del cálculo de probabilidades y de la tecnología informática aplicada a la intervención sanitaria, la estadística social permite una descripción tecnificada de las especificidades que diferencian internamente el conjunto de la población en función de diferentes tipos y grados de riesgo sanitario (Aben-haïm, 1999). Mediante este procedimiento estadístico, la epidemiología clínica ha procedido a identificar factores de riesgo y construir los perfiles humanos que constituyen los grupos de riesgo, dos instrumentos conceptuales hoy día imperantes en la planificación en salud pública.

1.1. El riesgo en la salud pública: la matriz disciplinar de la epidemiología

Acorde con John Ashton y Howard Seymour (1988), en Europa y en América pueden distinguirse cuatro fases diferenciadas de desarrollo de la salud pública. La primera de ellas inicia en los años treinta del siglo XIX, en las ciudades industriales del norte de Europa como respuesta a la elevada mortalidad y morbilidad entre la clase trabajadora más pobre. El enfoque de este primer movimiento de salud pública, denominado como higienismo y salubrismo,

se centró en el cambio ambiental, en particular en la mejora de los estándares de vivienda e higiene y en el aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros como medidas para luchar contra el contagio de enfermedades¹¹. A partir de 1870 se impone un planteamiento más individualista introducido por el desarrollo de la teoría microbiológica de la enfermedad y las posibilidades ofrecidas por la inmunización y la vacunación. La acción sanitaria se traslada a los servicios de medicina preventiva individual (e.g., inmunización y planificación familiar) y, posteriormente, a otras iniciativas como la enfermería comunitaria, la enfermería escolar y los servicios de salud escolar. En esta segunda fase, incrementa la participación del Estado en el bienestar médico y social mediante el abastecimiento de servicios de hospitales y consultorios. Con el advenimiento de la insulina y de las sulfamidas, inicia alrededor de 1930 una tercera fase: la denominada 'era terapéutica', que marca un debilitamiento de los departamentos de salud pública y su consecuente trasvase de poder y recursos a los servicios hospitalarios (en particular, a los grandes hospitales especializados). La escalada de los costes de la asistencia sanitaria, cuyas consecuencias principales son las innovaciones tecnológicas en los métodos terapéuticos y de intervención quirúrgica, la creciente demanda de asistencia médica, sin límite aparente y, el envejecimiento de la pirámide poblacional, desencadena un movimiento crítico respecto a la era terapéutica¹². Bajo la expresión de 'nueva salud pública' se resume un planteamiento que integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas paliativas. El enfoque de esta nueva corriente comprende no sólo la biología humana, sino reconoce la importancia de los condicionamientos sociales en la generación de una buena o

¹¹ Uno de los ejemplos de intervención sanitaria fue el establecimiento de uno de los primeros lavaderos municipales en Liverpool en 1842 (Ashton & Seymour, 1988).

¹² El análisis de Thomas McKeown (1976) sobre la reducción de la mortalidad en los S.XVIII y S.XX, que demuestra el reducido efecto de las intervenciones médicas y quirúrgicas en comparación con la efectividad y eficacia de las medidas de salud pública tanto ambientales como políticas, económicas o sociales en la reducción de enfermedades infecciosas, y las críticas a las prácticas médicas de Ivan Illich (1975), estas son básicamente, que la medicina ha despojado a la población del control de su propio cuerpo y salud (medicalización) y es la responsable directa de gran parte de las enfermedades iatrogénicas, hicieron mella en el replanteamiento de las prioridades en salud pública.

mala salud. Desde la publicación del informe ‘*una nueva perspectiva en la salud de los canadienses*’, comisionado por el ministro de salud Marc Lahonde en 1974, se han publicado documentos similares orientados a la prevención y se ha originado un creciente interés por la medicina preventiva y la promoción de la salud, abanderado actualmente por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1978, 1981, 1985, 1986, 1999)¹³.

La emergencia del riesgo en salud pública y su paulatina generalización va de la mano del desarrollo de la epidemiología como campo de investigación disciplinar. Ricardo Ayres (1997) sitúa el período constitutivo de la epidemiología entre el nacimiento de la *American Public Health Association* hasta el inicio de los años de Depresión en 1929, coincidiendo con el desarrollo hegemónico de la tercera fase de la salud pública. En esta primera etapa de la epidemiología destacan tres corrientes distintas de sanitarización: a) la ambientalista, promovida por la Universidad de Harvard, se basa en el saneamiento del ‘medio externo’; b) la socio-política, vinculada a la Universidad de Colombia, propugna propuestas de reforma legislativa y cambio de los modos de vida y c) la biomédica, ligada a la Universidad de Johns Hopkins, se centra en la aplicación de la biometría y los modelos estadísticos más rigurosos a fin de analizar la influencia del medio en el proceso de contagio de una enfermedad¹⁴. Es esta última corriente, más acorde con la teoría microbiológica de la enfermedad, que acabó por imponerse¹⁵. En la década de los 20s, el concepto de ‘riesgo’ ocupaba una posición marginal, de carácter básicamente descriptivo, que no designaba ni probabilidad ni gradación, sino que estaba vinculado a la noción de “amenaza” o “peligro”. Entre 1930 y 1945, época del *New Deal*, Ricardo Ayres (1997) delimita una segunda etapa de la epidemiología (denominada ‘epidemiología de la exposición’), donde el concepto riesgo adquiere una dimensión más analítica,

¹³ Destaca el siguiente documento: ‘*La estrategia global de salud para todos en el año 2000*’ de la OMS.

¹⁴ En los inicios de la epidemiología, la noción de contagio se refería al miedo impreciso de transmisión de enfermedades vinculada principalmente a los sentidos de tacto y olfato.

¹⁵ Cabe mencionar la influencia económica de la Fundación Rockefeller en la implantación hegemónica de la corriente biomédica. Esta poderosa fundación llega incluso a formar la Escuela de Higiene y Salud Pública.

aportando un enfoque más atomista de los distintos elementos que interviene en la etiología. Asimismo, va desplazando la importancia del medio en la explicación de la morbilidad y la mortalidad. El riesgo denota entonces, ‘las condiciones de susceptibilidad individual que determinan el comportamiento epidémico de las enfermedades infecciosas; [...] ya no califica una condición poblacional sino que indica una relación entre fenómenos individuales y colectivos’ (Breilh, 2003:199). Finalmente, la tercera etapa de ‘la epidemiología del riesgo’ (1946-1965) toma como concepto clave la concepción estadística del riesgo, que ahora pasa a designar ‘las probabilidades de susceptibilidad atribuibles a un individuo cualquiera de un grupo particularizado de acuerdo con su grado de exposición a agentes de interés técnico o científico’ (Breilh, 2003:199). En este sentido, compartimos los planteamientos de Naomar Almeida (1992) al afirmar que a mediados del S.XX acaba imponiéndose en el campo de la epidemiología biomédica, la racionalidad del causalismo de base biológica en la que impera una noción probabilística de la causalidad, traducida por una noción tecnificada del riesgo.

El concepto de riesgo que impera en la epidemiología biomédica se basa en el supuesto de que ‘cuanto más precisas sean las mediciones del riesgo, más claramente se apreciará la necesidad de ayuda y mejor (o más eficaz) será la respuesta’ (Breilh, 2003:201). Su cálculo estadístico trata de identificar las causas que la acción sanitaria ha de combatir y de graduar las respuestas acorde a la contingencia cuantificada de esos factores de riesgo. Los factores de riesgo consisten en las fuentes de deterioro de la salud, esto es, los elementos susceptibles de enfermar o ocasionar la muerte, que se identifican a partir de correlaciones estadísticas entre criterios de orden médico y criterios de orden esencialmente individuales (biológicas, genéticas, ambientales psico-sociales). Así, la epidemiología biomédica se dedica a identificar y cuantificar la relación entre un agente portador de un riesgo potencial y el daño físico observado en humanos. Ejecuta, efectivamente, un análisis técnico del riesgo: anticipa un daño físico potencial en seres humanos o ecosistemas, promedia estos eventos en el tiempo y espacio y, utiliza frecuencias relativas (observadas o esperadas) a fin de espe-

cificar probabilidades. No obstante, subyace en el cálculo estadístico del riesgo una implicación normativa obvia: al percibirse el daño físico como un efecto indeseado, la utilidad de los análisis técnicos del riesgo en el ámbito de la ingeniería social radica en desvelar, evitar, modificar las causas que conducen a tales efectos indeseados (Renn, 1992). Aquí se apela lógicamente a la necesidad de hacer una discriminación positiva, en el sentido de dar más asistencia a las necesidades con más alta probabilidad. De ahí que Jaime Breilh (2003:33) nos recuerde que 'la epidemiología ha sido utilizada como instrumento para la toma de decisiones en la focalización; el cálculo de paquetes, pisos o planes de atención básica; el estudio de las medidas de reducción del gasto en salud; los cálculos de subsidio a la demanda; la reducción a la óptica de las enfermedades evitables para calcular el famoso umbral global de la enfermedad¹⁶ (*global burden of disease*).

Los grupos de riesgo son los perfiles humanos a los que se les atribuye una mayor probabilidad de contraer enfermedades o de morir prematuramente, en comparación con la población en general. Su identificación es el resultado de una criba selectiva, realizada mediante un proceso informático, de los individuos de una muestra poblacional en los que se ha observado que poseen una serie de datos generales e impersonales (factores), previamente seleccionados en función de un objetivo definido en el marco de una programación administrativa, cuya desviación cifrada en relación con unas normas medias (que marcan la normalidad en términos de regularidad estadística), señala una mayor o menor probabilidad de advenimiento de comportamientos insanos.

Acorde con Robert Castel (1981), en el análisis técnico del riesgo subyace una concepción de la humanidad como un sistema *input-output*, que posibilita establecer protocolos precisos de intervención sobre grupos poblacionales concretos, cuyos efectos pueden ser mesurables. Como lúcidamente argumenta

¹⁶ La crítica de Jaime Breilh (2003:202) al establecimiento de niveles o umbrales aceptables o de tolerancia, bajo el análisis técnico del riesgo es contundente y acertada. Calculados a partir de índices ponderadores cuantitativos, los umbrales contribuyen a objetivar los límites de descarga permitidos.

el mismo autor, el objetivismo tecnológico, justificado en nombre de la eficiencia, guía la aplicación de las tecnologías informáticas a la acción socio-sanitaria: el interés está en disponer de un conjunto de información técnicamente verificable, a fin de modificar una situación definida a partir de elementos susceptibles de ser institucionalizados. La determinación de los factores de riesgo permite planificar con antelación las operaciones dirigidas sobre un grupo concreto de individuos (los grupos de riesgo) y se fundamenta en un procedimiento de orden técnico, de apariencia ideológicamente neutra.

1.2. La función del riesgo en la vigilancia epidemiológica

Una primera consecuencia de la aplicación de la gestión del riesgo en la salud pública es el nuevo rol que se le atribuye a la medicina. Siguiendo con los planteamientos de Robert Castel (1981), el saber médico deviene instrumento de una política de gestión diferencial de las poblaciones, que ya no se asienta en la segregación espacial (instituciones totalitarias), sino en unas tecnologías altamente sofisticadas (como la informática) y en una administración de la acción social reorientadas hacia la prevención sistemática de las potenciales pérdidas o daños. Prevenir es en primera instancia vigilar; es decir, se trata de anticipar la emergencia de eventos indeseables (enfermedades, anomalías, comportamientos desviados, delitos) en el seno de poblaciones estadísticas detectadas como portadoras de riesgo¹⁷. La construcción de los grupos de riesgo es un instrumento de ejecución del principio de precaución y se trata, por tanto, de un tipo de intervención que atañe más la vigilancia epidemiológica, que la reparación de disfunciones (modelo clínico)¹⁸.

La vigilancia epidemiológica realizada mediante la determinación estadística de factores de riesgo y la construcción de grupos de riesgo presenta una

¹⁷ Acorde con Niklas Luhmann (1992) la lógica de la acción preventiva es convincente *per se*: es mejor prevenir pérdidas que tratar de reparar las consecuencias una vez que ha ocurrido el desastre.

¹⁸ Siguiendo a Robert Castel (2003:60), en el principio de precaución es la incertidumbre que manda a la decisión: 'hay que determinarse hoy sobre la base de una posibilidad de riesgo donde la existencia no está verificada en el momento presente pero que podría revelarse mañana'.

serie de características de gran atractivo para los modelos de gerencia neoliberal de unos recursos sanitarios limitados y, constituye en palabras de Jaime Breihl (2003: 205) ‘un instrumento estratégico del causalismo positivista, claramente orientado a la instrumentalización de un programa de salud ligado a la gobernabilidad’. En primer lugar, al cribar los individuos en función de criterios itemizados, descontextualiza el riesgo de su relación con el medio y descuida la comprensión de los procesos económicos, sociales y culturales que inciden en la salud. Esta abstracción del riesgo economiza la acción preventiva y se muestra *a priori* muy acorde con el principio de eficiencia en el que se basa la gestión administrativa.

En segundo lugar, la operacionalización de los factores de riesgo sanitario permite constituir un fichero de anomalías, es decir, una lista de problemas concretos, que siendo identificados con precisión y verificados técnicamente, pueden inmediatamente traducirse en un lenguaje administrativo, como los objetivos concretos en los que intervenir políticamente. Calza perfectamente en la línea de los programas de gestión racional de las poblaciones desarrollados por las actuales políticas sanitarias, puesto que del fenómeno objetivado por la medición epidemiológica subyace el supuesto de que la epidemiología se limita a nombrar la realidad que la sociedad ha producido. En este sentido, ejerce el rol de administrar la prueba (Fassin, 2001). Asimismo, produce una distorsión de las políticas hacia los estilos de vida personales, al reducir la etiología de una enfermedad a una contingencia o asociación empírica demostrable entre unos riesgos y unas variables relacionadas con la salud. Como brillantemente constata Jaime Breilh (2003:51) ‘la salud no es primordialmente “individual-subjetiva-contingente”, ni es primordialmente “colectiva-objetiva-determinada”, es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente’.

Finalmente, ofrece una concepción atomista de la generación de la mala salud, que a su vez, conduce a atribuir a los individuos portadores del síntoma o de la anomalía, la culpa de su enfermedad o de sus estilos de vida no saluda-

bles. Es un buen ejemplo de la ideología de la culpabilización de la víctima (*Victim Blaming*), brillantemente planteada por Richard Crawford (1977; 1990). Tanto la responsabilidad por una mala salud, como su curación recae en la persona enferma, eludiendo de este modo, una discusión rigurosa del impacto de los factores estructurales de desigualdad social en la salud. No cabe duda que prevalece en las políticas sanitarias una tendencia a explicar los problemas de salud en relación con determinados estilos de vida, comportamientos individuales y dinámicas intrafamiliares (Nettleton, 1996, Annandale, 1998; Turner, 1995). La culpabilización de la víctima es un efecto de la individualización, vinculada intrínsecamente a la modernización que se gesta en el curso de las sociedades capitalistas postindustriales. Siguiendo la constatación de Elisabeth Beck-Gernsheim (2000), la responsabilidad hoy día significa más autonomía, forjar su propio destino, pero al mismo tiempo implica que aquel individuo que no tome parte activa en este tipo de responsabilidad sea etiquetado como irresponsable. Su comportamiento es categorizado como un fallo y es motivo de reprobación social. En última instancia, esta aproximación reduccionista sobre la salud y la enfermedad permite desresponsabilizar a las administraciones públicas en la lucha contra las desigualdades sociales – la principal fuente de desigualdad en la salud, tal como demostró, con gran perspicacia y rigurosidad, el estudio de Richard G. Wilkinson (1996)— y deja intocada la estructura insalubre (Breilh, 2003). Resulta de mayor coste político y económico que los gobiernos se dediquen a combatir los procesos que generan desigualdad social en comparación a: 1) definir factores de riesgo con el objetivo de introducir paliativos y atenuar los índices epidemiológicos hasta niveles tolerables y 2) identificar estadísticamente poblaciones bajo sospecha, para someterlas a una vigilancia específica.

La falacia del objetivismo técnico

Ortwin Reen (1992) cuestiona la neutralidad del análisis técnico del riesgo que se aplica en los dispositivos hegemónicos de vigilancia epidemiológica, fundamentándose en cuatro críticas: 1) la relación entre las actividades huma-

nas y los efectos generados es más compleja y singular de lo que el cálculo de probabilidades puede sintetizar, 2) no toma en consideración que la identificación de las causas del daño o pérdida y la magnitud de sus consecuencias están mediadas por la experiencia y la interacción social, 3) la estructura institucional de gestión del riesgo es susceptible de fallos y déficits organizacionales que pueden incidir en un aumento de la magnitud del riesgo y 4) al proporcionar sólo datos agregados para un amplio segmento de la población, la combinación numérica de probabilidades de incidencia y su magnitud no tiene en cuenta que cada individuo puede experimentar diferentes grados de riesgo¹⁹. Estas cuatro críticas nos remiten a la idea de la fabricación del riesgo, en la que interviene tanto la forma en que se aplican las tecnologías, como el proceso de dotación de significado en las diferentes fases del procedimiento de estimaciones de riesgos (Adam & Van Loon, 2000). Todo conocimiento sobre el riesgo está mediado puesto que depende de interpretaciones. Toda interpretación forma parte inherente de una perspectiva y por tanto, tiene contenido político. Como Donna Haraway (1988) señala, el conocimiento se vincula inevitablemente al lugar concreto en el que habitamos, estam@s comprometid@s a un conocimiento situado.

Acorde con los planteamientos de Mary Douglas (1992), la misma noción del riesgo constituye una mediación entre naturaleza y cultura. Diferentes grupos sociales otorgan una importancia distinta a diferentes riesgos y desarrollan actitudes y comportamientos que se corresponden con estas formas de entender los riesgos. La selección de lo que se considera riesgo sobre el cual intervenir depende de la adhesión a determinadas normas sociales y valores culturales de referencia. Los comportamientos, acontecimientos o aspectos que más pueden afectar o poner en peligro la manera de entender y de vivir las relaciones sociales que comparten un grupo social concreto son motivo de mayor preocupación social y la diana de la ingeniería social. Los grupos sociales utilizan los riesgos

¹⁹ Brian Wynne (1996, traducción propia) afirma, de forma similar, que 'la ciencia obtiene su imagen de universalidad intelectual al tratar de controlar la estandarización de lo que son situaciones diferentes'.

para controlar la incertidumbre de la conducta humana, al tiempo que contribuyen a reforzar las normas y facilitar la coordinación interna del grupo, lo cual permite el mantenimiento de unos modelos de relaciones sociales hegemónicos (Douglas, 1996). Los riesgos son construidos socialmente acorde con el grado de amenaza percibida para las relaciones sociales y prácticas cotidianas y no en función de las magnitudes de daños físicos, ni de unos atributos universales de riesgo (Wynne, 1992). Uno de los factores esenciales que influyen en la percepción social del riesgo es la voluntad de las personas de (re)producir un determinado tejido de relaciones sociales, unas afiliaciones a determinados grupos sociales y, en definitiva, unas identidades sociales (Esplugas, 2004).

Por estas razones, el riesgo es un concepto a la vez descriptivo y normativo. Incluye un análisis de relaciones causa-efecto (Douglas, 1996), al tiempo que conlleva un mensaje implícito de reducción de los efectos indeseables modificando oportunamente las causas o, al menos, mitigando las consecuencias (Renn, 1992). La definición de riesgo comprende, por tanto, cuatro elementos: la decisión que se toma a fin de conseguir un beneficio, los resultados indeseados de la decisión, la posibilidad de ocurrencia de los resultados indeseados y el contexto socio-cultural y político en la que se enmarca el proceso de toma de decisión. En recientes aportaciones sobre la cuestión del riesgo, Ulrich Beck (2000) hace referencia a la dimensión normativa de los riesgos al afirmar que “los riesgos son al mismo tiempo o algo intermedio a una afirmación fáctica y una afirmación de valor, consisten en ‘una moralidad matemática’” (Beck, 2000: 215). Los cálculos matemáticos de medición de riesgos (cómputo de probabilidades o escenarios de accidentes) se vinculan directamente o indirectamente a las definiciones culturales y a los estándares de una vida tolerable o intolerable²⁰.

²⁰ Los estudios socio-culturales sobre riesgo consideran la información desencarnada (*disembodied*) como una farsa y afirman que: a) todo conocimiento está encarnado, es experimentado contextual y situacionalmente y b) posicionarse entraña inevitablemente una cuestión de ética (Adam & Van Loon, 2000).

Si bien los estudios epidemiológicos aportan objetivaciones de patologías, la emergencia en el espacio público de estas patologías objetivadas y su introducción en la agenda política responde principalmente a la movilización de agentes a fin de atribuirle existencia social (Fassin, 2000). La idea es clara: no basta que la patología exista para que constituya un problema de salud. La identificación y calificación de los problemas sanitarios derivan de los juegos de poder que se despliegan en la lucha por imponer una visión sobre las demás, sobre lo que social y políticamente ha de tratarse como problema de salud. Sin lugar a dudas, existen múltiples maneras de definir un problema y, en concomitancia, de abordarlo. La diversidad de programas en materia de promoción de una vida en salud y de prevención de enfermedades, así como las diferencias entre los distintos sistemas sanitarios implantados y las políticas sanitarias que se llevan a cabo son realidades que varían en el tiempo y el espacio²¹.

Esta línea argumentativa conduce a sostener que la identificación de grupos de riesgo en salud pública es una estrategia de lo que Fassin (2001) ha denominado *higienismo contemporáneo*, es decir, la intersección entre una tecnología de intervención sobre las poblaciones, basada en la estadística social, y una conciencia enfocada sobre la cuestión social. En su doble vertiente de método y política, en el *higienismo* subyace tanto una ambición científica, como un proyecto moral para aliviar el sufrimiento y corregir las desviaciones. De este modo se explica que las enfermedades detectadas, vinculadas a unos grupos poblacionales determinados, no destacan simplemente por su incidencia o su gravedad en términos epidemiológicos, sino porque sobrepasa el 'umbral de

²¹ La salud del ser humano se inscribe en el orden natural (por ejemplo, nadie parece rechazar que el cáncer sea una realidad histológicamente verificable), sin embargo, no escapa de la intervención de la política. Tal como demuestra Thébaud-Mony (1991), el reconocimiento del cáncer como 'enfermedad profesional', alegando su vinculación a la actividad humana (en el estudio en cuestión, a la exposición prolongada de amianto), es fruto de luchas sociales que demuestra la naturaleza política de la definición de los problemas de salud. Agnès Heller & Ferenc Féher (1995) ofrecen un segundo ejemplo de cambio de significado de la enfermedad: 'La metáfora de la tuberculosis, la enfermedad elitista de la era democrática, destaca la existencia transitoria y vulnerable de una aristocracia cultural en una era "vulgar". En un segundo significado denota la vía de escape de la pasión no correspondida en un mundo material' (Heller & Fehér, 1995:69). Hoy día, se la asocia a unas desfavorecidas condiciones de vida y forma parte de las denominadas 'enfermedades de la pobreza'.

desastre' que en el campo de la salud pública se les acuerda²². El principio de precaución que anima el *higienismo contemporáneo* es, además, manifestación del humanitarismo que emerge a partir de la percepción social de un incremento de las desigualdades sociales (Fassin, 1996), especialmente en el contexto de unas sociedades en las que prevalece la percepción de que el riesgo tiende a universalizarse (Beck, 1992). En este sentido, la salud parece ser, hoy día, motivo de consenso social: se interviene para aliviar el cuerpo que sufre y prevenir las disfunciones (discurso de la compasión). Aunque las intervenciones realizadas en nombre de la salud aparezcan justificadas como un asunto restringido al dominio técnico (alegación de que se dan soluciones técnicas a unos problemas objetivos), ninguna forma de gestión sanitaria es independientemente de una posición ideológica. La aplicación de la noción de riesgo en el campo de la política sanitaria ha de entenderse, por tanto, en términos de inclusión del cuerpo biológico en el mundo social y político. Como demostramos seguidamente, esta forma de gestión de los recursos sanitarios enraíza en una estrategia de poder desarrollada a nivel más macrosocial, la biopolítica.

2. La biopolítica: génesis y desarrollo de la gestión del riesgo

Michel Foucault (1976) define la biopolítica como el modo en que la práctica gubernamental se esfuerza por racionalizar los procesos propios de la vida (nacimiento, muerte, reproducción, enfermedad, producción) de un conjunto de seres vivos constituidos en población. La biopolítica implica la extensión del poder soberano sobre la vida y la muerte. Si bien, uno de los fundamentos de la soberanía propia del Antiguo Régimen consistió en el ejercicio de dos poderes sobre la vida y la muerte de sus súbditos: 'el poder de hacer morir' y 'el poder

²² Niklas Luhmann (1993), define 'el umbral de desastre' como el índice que convierte la experiencia de un infortunio en desastre. Aquí es evidente que 'el umbral de desastre' se ubicará en un nivel diferente en función de la posición de implicación con respecto al riesgo, por ejemplo, dependiendo de si la valoración parte de la toma de decisiones o de la experiencia de las personas afectadas por las decisiones que conllevaron riesgo.

de dejar vivir', la biopolítica, lejos de anular ambos poderes, los penetra, invirtiendo sus lógicas y ampliando su perímetro de actuación (Foucault, 1991). De ahí que uno de los atributos fundamentales del derecho político del siglo XIX sea el doble poder de 'hacer vivir' y 'dejar morir'. En este sentido, la natalidad, la mortalidad, la fecundidad y la longevidad se convierten en los primeros ámbitos de saber y de intervención de la biopolítica.

La morbilidad constituye el segundo ámbito de vigilancia en la agenda biopolítica. La preocupación gubernamental por el control sobre la enfermedad, ya no concierne exclusivamente las mortíferas epidemias, sino que, a fines del S.XVIII, incorpora, también y sobre todo, las endemias²³. En los albores del capitalismo industrial, la demografía y la econometría comenzaron a registrar la morbilidad y mortalidad y, a cuantificar la relación entre los fenómenos económicos y sociales conexos a la fuerza de trabajo con los eventos de enfermar y morir (Breihl, 2002). El establecimiento de los sistemas nacionales de salud responde en gran medida a la institucionalización de una medicina estatalizada que ejerce, como funciones principales, la curación del cuerpo enfermo mediante la medicalización de la población y la higiene pública. Bien conocida es la concepción de Michel Foucault (1991) sobre la medicina como un saber-poder hegemónico y una técnica política de intervención, con efectos de poder autónomo, que se cierne a la vez sobre el cuerpo y sobre la población. Para Robert Castel (1981) tomar lo social como un gran cuerpo enfermo cuyos trastornos dependen de soluciones médicas evidencia un proceso de medicalización de los problemas sociales²⁴. De ahí que apunte que la medicina mental se está convirtiendo en un modo generalizado de resolución de conflictos, una policía de la

²³ Michel Foucault (1991:78) define las endemias como 'la forma, la naturaleza, la extensión, la duración, la intensidad de las enfermedades reinantes de una población. Enfermedades más o menos difíciles de extirpar, que no se aprecian [...] en tanto que causas más frecuentes de muerte, sino como factores permanentes de sustracción de fuerzas, de costes económicos, tanto por lo que deja de producirse, como por los cuidados que pueden acarrear. Por decirlo brevemente, la enfermedad como fenómeno poblacional, no ya como la muerte que se abate brutalmente sobre la vida –eso es la epidemia– sino como la muerte permanente, que se desliza en la vida, la carcome sin pausa, la disminuye y la debilita.'

²⁴ Por medicalización entendemos el proceso mediante el cual la medicina se convierte en una poderosa institución de control social, cuyo conocimiento y práctica penetra en las esferas de la vida humana de forma hegemónica (Zola, 1972; Illich, 1976).

desviación social. El médico se convierte, por ende, en parte activa en el mantenimiento del orden público, del inventario y del control de las poblaciones marginales.

Con la extensión del proceso de industrialización, la biopolítica incorpora un tercer ámbito de actuación, éste es, el conjunto de fenómenos, universales o accidentales, que excluyen al individuo del sistema productivo capitalista, y por tanto, dificultan su reproducción (la vejez, la incapacidad y los accidentes que inhabilitan a los cuerpos como fuerza de trabajo). Al respecto, la biopolítica no sólo establece instituciones de asistencia, sino también introduce mecanismos de racionalidad económica como los sistemas de seguros y de ahorro individual y colectivo (Foucault, 1991). Asimismo, se comienza a racionalizar los efectos del entorno, esto es, las relaciones entre los seres humanos como especie y su medio de existencia (en términos geográficos, climáticos, hidrográficos y atmosféricos). A raíz del crecimiento del proceso de urbanización, la ciudad se convierte en uno de los focos de reflexión y de acción más relevantes de la biopolítica.

En su ejercicio de poder, la biopolítica perfecciona instrumentos para medir las determinaciones de los fenómenos colectivos, y regular los acontecimientos aleatorios que se producen en una población, dentro de un límite espacio-tiempo. Los indicadores poblacionales, las estimaciones estadísticas y las predicciones se establecen con la finalidad de optimizar la vida, valiéndose primordialmente de la identificación de regularidades y de estados globales de equilibrio. En la ejecución del poder 'hacer vivir', la biopolítica emprende la regulación de los procesos biológicos del ser humano en tanto que especie. En resumen, 'la vida' y 'lo viviente' se convierten en uno de los retos de la lucha política y de las nuevas estrategias económicas que se gestan en el curso del capitalismo (Lazzarato, 2000).

De la exposición anterior prevalece la siguiente constatación: en el transcurso del S. XIX se consolida el proceso que Michel Foucault (1976) ha denominado 'la estatalización de lo biológico', esto es, la gobernabilidad de los seres

humanos en tanto que ser vivo²⁵. A tal efecto, la población adquiere una nueva connotación: se convierte en cuerpo múltiple ('cuerpo con múltiples cabezas' Foucault (1991)) y como tal, deviene en un problema biológico y de poder. El gobierno centra su política de regulación de la población priorizando la anticipación o la prevención del conjunto de eventos no deseados (comportamientos desviados, anormalidades físicas, enfermedades). Robert Castel (1981) amplía esta idea afirmando que, con la finalidad de intensificar su acción, los sistemas de gobierno de los cuerpos disuelven la noción de sujeto o del individuo en su singularidad para remplazarlo por una combinación de factores de riesgo. A similar conclusión llega Gilles Deleuze (1990) al utilizar el neologismo de '*dividuales*' ('*dividuels*' (1990:244)) para expresar que los individuos se convierten en divisibles y las masas, en muestras, datos, mercados o 'bancas'.

La biopolítica aplicada al campo de la intervención en salud mental encuentra un ejemplo paradigmático en el análisis socio-histórico que Robert Castel (1981) realiza sobre la transición del sistema de atención a la enfermedad mental centrado en el hospital psiquiátrico, a la implantación de centros de salud mental en la comunidad, promovida por el movimiento antipsiquiátrico²⁶. De gran relevancia para el tema de este capítulo son las dos estrategias de las

²⁵El concepto de gobernabilidad es central en la obra de Michel Foucault. Bajo este concepto el autor se refiere a la forma de poder que tiene por cometido principal la población, en el sentido de mejorar su suerte, aumentar sus riquezas, su longevidad y salud. Para ello se vale primordialmente del saber de la economía política y de los dispositivos de seguridad como instrumento técnico, así como del conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que posibilitan el ejercicio de este tipo de poder (Foucault, 2001:635-657).

²⁶ Este desplazamiento del centro de gravedad de las prácticas psiquiátricas del hospital a una pluralidad de instituciones ubicadas en la ciudad, es denominado por el autor 'el paso de la institución totalitaria del psiquiátrico al totalitarismo psicológico desarrollado por las psicotecnologías' (Castel, 1981:43). Si bien no constituye el centro de interés de nuestra investigación cabe mencionar que Robert Castel (1981) cuestiona la tesis de que la transición a un orden antipsiquiátrico haya sido promovida por los ideales político-social de liberación de los años sesenta. Sin negar la influencia de estos ideales, enfatiza la implicación de formas de gestión económicas neoliberales en el proceso (no completado) de desinstitucionalización de la enfermedad mental. Robert Castel (1981) señala dos elementos a tener en cuenta sobre este proceso. En primer lugar, la comunidad terapéutica y la psiquiatría comunitaria, la reforma de la estructura hospitalaria y la 'psiquiatría de extensión' los cuidados y la prevención, el rol del terapeuta y el del consejero no son ni absolutamente antagónicos, ni directamente complementarios. En segundo lugar, el sistema de financiación de los gastos extrahospitalarios (visitas a domicilio y intervenciones en la comunidad) bajo la etiqueta de actividades de prevención no siempre está a cargo de la Seguridad Social.

que se vale la 'psiquiatría de extensión' que impera en este nuevo orden (Castel, 1981:43) de gestión de las singularidades de los individuos: la gestión de los riesgos sociales y la gestión de las fragilidades individuales. Mientras la primera estrategia se centra en la identificación de perfiles de individuos considerados susceptibles de padecer trastornos mentales (esto es, la construcción de los grupos de riesgo), la segunda desarrolla y difunde ejercicios para la intensificación del potencial humano y técnicas de desarrollo del capital relacional que trasciende la dualidad normalidad-patología, produciendo, de este modo, una cultura psicológica de masa. Robert Castel (1981) afirma, por tanto, que estas psico-tecnologías, principalmente regidas por el principio de la prevención, subordinan la actividad de curación de la enfermedad y del trastorno mental a una gestión administrativa de las poblaciones definidas como grupos de riesgo. Al mismo tiempo, añade el autor, estas psico-tecnologías promueven un trabajo psicológico sobre un@ mism@, en la que se considera la movilización del propio individuo como la panacea para afrontar los problemas de la vida en sociedad. La cuestión, por tanto, ya no radica en mantener solamente el orden psicológico y social al corregir las desviaciones, sino de construir un mundo psicológico o social ordenado, trabajando el material humano con el fin de reparar los defectos y programar la eficiencia.

A modo de síntesis, la biopolítica es el marco analítico apropiado para dar cuenta de la aplicación del riesgo en la salud pública, principalmente porque articula los siguientes tres aspectos esenciales: 1) el desplazamiento del ámbito de intervención del poder a la especie humana, disgregada ésta en conjuntos de poblaciones distinguidos en función de distintos tipos y magnitud de riesgo sanitario; 2) la incorporación de la lógica de los umbrales de tolerancia y las pruebas epidemiológicas en su acción de objetivación de las patologías como mecanismo de justificación de las políticas sanitarias e intervención social en general, especialmente para someter bajo vigilancia grupos poblacionales concretos, sobre los cuales tratar de modificar creencias y comportamientos a los que se atribuye un efecto perjudicial para una saludable convivencia social y 3) la emergencia de reivindicaciones nuevas, irreductibles a la afirmación de anti-

guos derechos, que cimientan la razón de ser de los movimientos de ayuda humanitaria.

3. Los generadores de riesgos para la salud mental de los cuerpos enajenados

La constatación de Mary Douglas y Aaron Wildavsky (1992) de que la percepción social de los riesgos depende de las características de la estructura social y es funcional a los objetivos culturales de una determinada sociedad, encuentra un ejemplo paradigmático en el caso de los cuerpos enajenados, esto es, los que encarnan las cualidades de intruso, extraño y portador de peligros. Según estos autores, la gente está más atenta a los riesgos de mayor discordancia con los valores de su afiliación institucional primaria. Resulta ilusorio definir el estatus ontológico del riesgo decantándose por una de las dos opciones expresadas en la pregunta ¿se trata de una medida objetiva de una pérdida o daño o es un valor subjetivo que varía acorde con el contexto? Aunque el riesgo tiene raíces en la naturaleza, está inevitablemente sujeto a procesos socioculturales (Krimsky, 1993) y a las luchas políticas por la creación de metáforas, el control de su uso y de su interpretación (Heller y Fehér, 1995). De hecho, la identificación de los cuerpos extracomunitari@s como un grupo de riesgo en salud mental no ha resultado, ni en Francia ni en España, de estudios epidemiológicos. La inquietud por la enajenación mental de los cuerpos extracomunitarios responde fundamentalmente a tres razones: por mantener una fuerza de trabajo sana, por salvaguardar el orden público y por sensibilidad a las desgracias ajenas.

Centrándonos en los discursos sociales expresados en el estudio sociológico de caso múltiple, nos proponemos examinar la manera en que el trabajo de la objetivación es indisociable de un proceso simultáneo de subjetivación. El objetivo radica en discernir los retos que sostienen las operaciones de definición y de construcción: ¿qué entra en juego en las relaciones de saber y de poder que articulan las definiciones y sus construcciones?

3.1. Convergencias y divergencias entre los cuerpos profesionales

En el campo de la salud mental, existe una interesante literatura que vincula la experiencia de la migración con una mayor predisposición a padecer descompensaciones psicopatológicas y trastornos mentales. Siguiendo el trabajo de investigación coordinado por Jorge L. Tizón (Tizón et al., 1993), las teorías de la sicopatología del inmigrante pueden sintetizarse en: a) la teoría de la patología previa o teoría de la selección: las características personales o incluso la sicopatología del emigrante impulsa a emigrar y, por tanto, la migración selecciona personas psicopatológicamente predispuestas; b) la teoría del 'choque cultural': cuanto mayores sean las diferencias entre el contexto socio-cultural de origen y el contexto socio-cultural de instalación, mayores son las probabilidades de descompensación psicopatológica y; c) la teoría de la migración como un proceso psicosocial de duelo: la inmigración es un proceso de pérdida y de cambio que, por tanto, entraña la elaboración de un duelo por todo lo que se abandona al emigrar (relaciones familiares y amistades, paisajes, costumbres, etc.). Al reflexionar sobre las determinaciones del sufrimiento psíquico de los cuerpos extracomunitarios, los cuerpos profesionales entrevistad@s identifican los siguientes procesos deteriorantes²⁷: la experiencia del proceso migratorio y la elaboración de su significado en la trayectoria de vida, el proceso de endoculturación que acompaña el asentamiento en una sociedad de códigos socio-culturales distintos y las condiciones de vida de esta población en la sociedad de instalación.

Si bien se admite la influencia que, ante una adversidad, ejerce la estructura psicológica de los diferentes sujetos en la mayor o menor predisposición a padecer un tipo de trastorno o descompensación, l@s entrevistad@s suelen aso-

²⁷ Como bien advierte Jaime Breilh (2003) no debe confundirse determinación y determinismo. Al explicar la génesis de los procesos, la determinación alude al modo de devenir, esto es, al acto o proceso en que un objeto adquiere sus propiedades. Acorde con Mario Bunge (1972:25), 'la determinación (...) es admitir la siguiente hipótesis: que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas) que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales y que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes'.

ciar la imagen del y la 'inmigrante' con personas de fuerte estructura psicológica. Tal constatación coincidiría con las teorías de la inmigración selectiva que afirman que aquell@s que emigran suelen ser la población de la sociedad de origen más sana y más resistente psicológicamente al infortunio. No obstante, no podemos obviar el hecho de que entre la población de origen inmigrante y exiliada se den casos de trastornos psiquiátricos. Sin embargo, la aparición de tales trastornos no responde al hecho migratorio *per se*, sino que son manifestaciones de naturaleza neurofisiológicas. El estudio de caso ECP4, donde la mayor parte de la clínica la componían cuerpos psicóticos y esquizofrénicos de origen inmigrante ilustra esta situación. Los cuerpos profesionales de la salud no suelen incluir las secuelas de una inadecuada elaboración psicológica de las pérdidas y eventos traumáticos anterior al viaje migratorio (problemas psicológicos previos a la emigración, que se derivan de síntomas de conflictos, temores y necesidades emocionales que estaban latentes) entre los riesgos para la salud mental propios de cuerpos extracomunitarios. Al respecto, alegan que si bien influye en la manera en que reaccionan frente a adversidades posteriores, no puede ser considerado una especificidad de la condición de inmigrante.

Salvo en los centros que atienden exclusivamente refugiad@s políticos (ECB3, ECP4 y ECP5), los cuerpos profesionales coinciden al afirmar que la especificidad de sus centros no radica en un tipo de patologías atribuidas exclusivamente a la población de origen extracomunitario, sino que de su condición de emigrante se deriva una mayor propensión a descompensaciones psicológicas y una dificultad añadida a la hora de tratar los síntomas. Es menester hacer notar que est@s profesionales reconocen que la experiencia de la migración *amplifica* las posibilidades de padecer un trastorno mental. Por tanto, la migración *per se* no constituye la etiología de estos trastornos, sino que actúa como un factor catalizador de éstos. Esto se da en la medida en que la emigración conlleva la pérdida de una serie de objetos significativos. En primer lugar, la distancia con respecto a familiares y amigos supone la privación de la red de apoyo social con la que poder contar en caso de adversidad. De la separación entre padres e hij@s (en particular, cuando l@s hij@s pequeñ@s se quedan bajo la tutoría de

familiares o amistades en la sociedad de origen o cuando se produce una distancia respecto a unos padres/madres ancian@s y enferm@s) y del distanciamiento respecto al grupo familiar extenso (abuel@s, prim@s) con el que, anteriormente a la emigración, existía un vínculo intenso de relaciones sociales, emana el sentimiento de aislamiento social y lejanía de los seres queridos, lo cual entraña ansiedad, soledad y temor a un futuro incierto. En segundo lugar, la emigración implica también distanciarse de la lengua, los códigos culturales y los referentes geográficos que constituyeron el embrión de la identidad social de la persona. En tercer lugar, ser inmigrante implica un cambio en el estatus social de la persona, así como en su propia configuración identitaria, al serle recordado de manera constante su condición de foráneo.

Si bien todos los cuerpos profesionales entrevistados mencionan el asentamiento en una sociedad de códigos socio-culturales distintos como un factor potencialmente generador de trastornos o descompensaciones psicopatológicas, esta cuestión recibe un tratamiento diferente según los modelos teórico-terapéuticos con los que trabajan. La práctica totalidad de los estudios de caso realizados apuntan hacia el sufrimiento que provoca la constante des-ubicación y extrañamiento que los cuerpos extracomunitarios experimentan en relación con las normas propias de la sociedad en la que se desenvuelven en el día a día. El punto de divergencia lo encontramos en el caso ECP1 (centro que practica la etnopsiquiatría clínica) donde prevalece un discurso patologizante del encuentro entre culturas: la cultura se concibe en términos de cierre social hereditario, siendo por lo tanto, el mestizaje cultural un peligro para la desintegración social y el origen primordial de los desórdenes psíquicos de l@s inmigrantes.

Finalmente, las precarias e insalubres condiciones materiales de existencia constituyen los procesos destructivos para la propia salud e integridad física y emocional de los cuerpos extracomunitarios que resultan más citados y mencionados con mayor énfasis por la práctica totalidad de l@s profesionales (ECP1 sería la excepción). Los elementos que configuran el riesgo de sufrir descompensaciones y trastornos mentales son: el estatus de regularidad administrativa; la accidentalidad laboral y las enfermedades ocupacionales derivadas de unas

condiciones de trabajo precarias, desregularizadas y extenuantes; la falta de una vivienda digna (en caso de tener una residencia, de especial importancia son el hacinamiento y la carencia de condiciones higiénicas necesarias en la vivienda); la carencia de un soporte social efectivo; la inadecuada alimentación y la vulnerabilidad social que les hace susceptibles de padecer en mayor medida violencia (abusos sexuales, agresiones físicas favorecidas por las condiciones de hacinamiento y marginalidad en las que viven, y acciones racistas).

El tema de l@s refugiad@s polític@s requiere una mención aparte. Los cuerpos profesionales de los estudios de caso ECP6, ECP3 y ECP4 afirman que la experiencia de la violencia en la diversidad de sus formas (tortura, persecución física, hostigamiento moral) por razones de divergencia con el *establishment* político del gobierno de sus países de origen incide en la generación de secuelas psicológicas que pueden derivar en trastornos mentales. Insisten en que el proceso de reelaboración de la experiencia traumática de la tortura y de la violencia política se ve dificultado por la inhospitalidad de las políticas de acogida en España y Francia (léase, el procedimiento burocrático requerido hasta la consecución del estatus de asilo político y la escasa infraestructura de acogida implantada) y por las condiciones materiales de existencia en la que malviven estas personas, una vez, supuestamente a salvo, en un país democrático.

Por último, específico de los estudios de caso ECP1 y ECP2, la revelación de un significado mágico-religioso (por ejemplo, la posesión de un genio, el embrujamiento, el mal de ojo) es considerada como elemento etiológico del sufrimiento psíquico. A pesar de que en ambos centros se practica la etnopsiquiatría clínica como método terapéutico, se da una diferencia clave en el tratamiento: mientras que en ECP1 los cuerpos profesionales se valen de la magia para ‘curar’ tal sufrimiento, los profesionales de ECP2 trabajan las manifestaciones de orden mágico-religioso como elementos reveladores de conflictos familiares. Si bien es cierto que en los casos ECB1, ECP4 y ECP3, algunos de sus profesionales afirmaron encontrarse con la verbalización de elementos esotéricos en las narraciones etiológicas de los cuerpos extracomunitarios que atienden, matizaron que no se trataba de una situación generalizada en sus consultas. Al respec-

to, mencionaron que, al aparecer elementos de esta naturaleza no suele ser difícil poder diferenciar si desvela un trastorno psiquiátrico de mayor importancia (e.g. una psicosis de tipo paranoico) o si se trata de un *idiom of distress* (Kleinman, 1988).²⁸

3.2. Los riesgos para la salud mental a partir de las narraciones sobre el propio sufrimiento

En los relatos recogidos sobre la propia experiencia del sufrimiento, la explicación de su génesis y desarrollo se construye a partir de la combinación de una variedad de procesos deteriorantes de la salud, que se dan en todos los casos de manera acumulativa: su situación de inestabilidad legal-administrativa por estar su permanencia en la UE supeditada a la posesión de documentos de residencia regularizada y permiso de trabajo en vigencia; el bajo nivel socioeconómico derivado principalmente por ocupar los estratos más bajos de la estructura ocupacional, no acordes con sus respectivas competencias laborales y nivel de formación; el aislamiento social al carecer de sus redes sólidas de apoyos familiares y de amistades; el desequilibrio entre las expectativas del proyecto migratorio y las restringidas oportunidades que ofrece el contexto de segregación, etnoestratificación y precariedad laboral que caracteriza el mercado de trabajo en España y Francia y, por último, los conflictos intrafamiliares.

Los testimonios de los cuerpos extracomunitarios entrevistados evidencian claramente la centralidad del trabajo en el malestar que padecen. El discurso suele expresarse señalando la frustración que sufren al haber emigrado con la expectativa de lograr mayores oportunidades laborales y ofrecer a sus hijos perspectivas de futuro más alentadoras en comparación a la sociedad de proce-

²⁸ Acorde con la definición de Arthur Kleinman (1988) los *Idioms of distress* son básicamente, formulaciones metafóricas, generalmente somáticas, por las que se exterioriza un sufrimiento psicológico que no sabría expresarse a través de un lenguaje psicológico. La forma que adopta estas formulaciones idiomáticas del malestar es determinada culturalmente. De ahí que *los idioms of distress* puedan ser definidos como expresiones culturales del sufrimiento psicológico.

dencia. Las expresiones más intensas de esta frustración las encontramos en las mujeres latinoamericanas entrevistadas en ECP3 y ECB1 que contando con un nivel educativo alto y con una anterior experiencia profesional en la administración pública o en el sistema de enseñanza en sus países de origen, ven restringido su acceso al mercado laboral a los servicios de proximidad (servicio doméstico, tareas de limpieza y cuidados de ancianos en una residencia). A la experiencia de un desclasamiento socio-profesional notable y el sentimiento de desprotección por no poder contar con el soporte de 'l@s suy@s', se añade el hecho de atender a una familia ajena a la suya, mientras hij@s, marido, madre y padre están al otro lado del océano. La centralidad del trabajo como fuente de realización personal y satisfacción emocional es también expresada, con vehemencia, por l@s entrevistad@s en el estudio de caso ECP4, tod@s ell@s con trastornos mentales severos.

Un segundo tema de gran recurrencia en los discursos de los cuerpos extracomunitarios es la situación de desarraigo, de des-ubicación constante y de extrañamiento del mundo que les acompaña en la cotidianidad de sus vidas. Más que experiencia de racismo, l@s entrevistad@s mencionan la discriminación que perciben diariamente: reiteradamente se les recuerda su condición de extranjer@ en la sociedad en la que se han instalado. Expresan un intenso dolor ante el propio proceso de enajenación por la que la sociedad de instalación les conduce. Aquí mencionan las largas colas que han de hacer para solucionar cuestiones administrativas, las desiguales oportunidades laborales y las discriminaciones de las que son objetos a la hora de acceder a una vivienda, así como la práctica imposibilidad de diluirse en la masa y adquirir una cómoda invisibilidad, cuando deambulan por los espacios públicos de la gran ciudad. Sobre esto último, no sólo evocan la *indiscrecionalidad* o *anormalidad* de sus rasgos fenotípicos, sino también la diferencia idiomática y de acento.

Específico de las mujeres entrevistadas, los conflictos intrafamiliares aparecen como una fuente intensa de preocupación y malestar emocional. Dos son los factores que señalan: por una parte, el efecto desintegrador y de desgaste de las relaciones amorosas que entraña las separaciones-reagrupaciones que expe-

rimenta la unidad familiar y, por la otra, los cambios de las formas de estructuración de la familia que comporta la endoculturación al modo de organización de los tiempos y los espacios propios de la sociedad de instalación o, su reverso, la inflexibilidad en la redistribución de los roles de género propios de la sociedad de origen que dificulta la conciliación de la vida laboral con la familiar. De las mujeres entrevistadas, aquellas con responsabilidades familiares coinciden al identificar las fuertes constricciones de la política estatal de inmigración sobre la reagrupación familiar de l@s trabajadores inmigrantes como principales responsables del sufrimiento que padecen por la desmembración de las relaciones familiares y los tiempos de separación y de distancia.

3.3. La tensa articulación entre especializar la atención sanitaria y segregar-estigmatizar-discriminar los cuerpos portadores de riesgo

El trabajo de campo realizado en los centros específicamente dedicados a atender la salud mental de los cuerpos extracomunitarios revela que la instauración de estos dispositivos no radica en un tipo de patología que les pueda ser atribuida, de forma exclusiva. La mayor parte de estos servicios surgen y se desarrollan tras una toma de conciencia por parte de determinados grupos de profesionales de la existencia de necesidades sanitarias que no son cubiertas por el sistema sanitario, debido principalmente a las restricciones en la utilización de los recursos sanitarios públicos que el marco jurídico-administrativo impone a los que no considera parte de la comunidad de usuari@s por derecho, pero también como una forma de réplica al etnocentrismo y sociocentrismo que impera en los sistemas sanitarios francés y español. En concreto, la crítica del etnocentrismo presente en los discursos sobre la atención sanitaria a los cuerpos enajenados señala dos obstáculos en la atención sanitaria a l@s usuari@s de origen extracomunitario: las barreras lingüísticas de poblaciones que no dominan las lenguas oficiales y las diferencias culturales vinculadas a la percepción del cuerpo, las concepciones de la salud y el tratamiento de la enfermedad. El in-

tento de ofrecer una aproximación alternativa a la clínica psicológica y psiquiátrica hegemónica, se encuentra en los dos casos de estudio donde se practica la etnopsiquiatría clínica, y de forma más contundente en ECP1, cuya clínica se basa en la reivindicación del diferencialismo cultural.

Dedicarse al cuidado de la salud de los cuerpos enajenados desvela asimismo una tercera razón de ser de los centros específicos estudiados, no explicitada en los discursos de los cuerpos profesionales: labrarse su propio espacio de poder en el mercado de la atención sanitaria y en el reparto de los recursos, tanto público como privados, destinados a cuestiones sanitarias. Aquí téngase en cuenta que la práctica totalidad de estos centros se financian mediante subvenciones privadas renovables anualmente. No obstante, aún en el caso de los servicios especializados que forman parte de la red sanitaria ordinaria (tal es el caso de ECP4 y ECP2), el hecho de esta especialidad ha contribuido a dotar de prestigio profesional, con la consiguiente etiqueta de ‘experto en salud mental e inmigración’ a l@s responsables principales de los centros estudiados.

En referencia a la atención a las víctimas de tortura y violencia política, los cuerpos profesionales sanitarios defienden la singularidad de la naturaleza del sufrimiento psíquico que acarrea las experiencias traumáticas del exilio político y, por ende, reivindican la especialidad de su actividad clínica. La justificación de la especificidad de sus centros radica en un criterio clínico y se concibe como un dispositivo de carácter transitorio, sin la finalidad de sustituir la red ordinaria de atención a la salud mental.

En las entrevistas realizadas a los cuerpos enajenados, la percepción de acudir a centros ‘sólo para inmigrantes’ es valorada generalmente como positiva. Comparado con las anteriores experiencias que han experimentado en la red ordinaria de atención sanitaria, el trato que se les brinda es definido como de mayor calidad humana. Resaltan un mayor tiempo de escucha y de consejo, un trato más respetuoso por parte de los cuerpos profesionales que trabajan en tales centros y la comodidad de poder expresarse en su lengua propia. Específico a España, señalan el menor tiempo de espera para acceder a una primera

visita psicológica y psicoterapéutica y la mayor regularidad en el seguimiento del tratamiento. No obstante, coinciden en que la condición de extranjero, de inmigrante extracomunitari@, no es razón suficiente para crear servicios de atención a la salud paralelos que sustituyan la red ordinaria de los recursos sanitarios públicos. Afirman que deberían poder ser atendid@s en el centro de salud mental más próximo a su domicilio familiar o puesto de trabajo, de la misma manera en que se les atiende en los servicios específicos a los que acuden. Si bien la mayor parte de los cuerpos extracomunitarios entrevistados perciben una cierta lógica de segregación y se sienten estigmatizados por el hecho de ser aprehendidos bajo el ángulo de su alteridad, reconocen en última instancia el efecto sanador de haber hallado un escenario más acogedor, del que hay menos probabilidades que salga rebotado a causa de la doble enajenación que encarnan.

La existencia de un malestar no implica automáticamente el reconocimiento de éste por parte de la institución sanitaria en forma de síntomas ya que se dan claras diferencias socioculturales en la percepción de la enfermedad y en el valor y significado que se le otorga (Rodríguez, 1987; Esplugas, 2002). Extrapolando estas reflexiones al creciente reconocimiento institucional de los centros de atención a la salud mental dirigidos a los cuerpos extracomunitarios, puede constatarse la convergencia de intereses entre: a) el conocimiento experto, en este caso, el poder de curar que otorga la legitimación de los grupos reconocidos competentes para intervenir sobre un ámbito específico, b) la estrategia política de salud pública basada en la gobernabilidad, el control y la regulación de los cuerpos extraños y c) el saber lego de unos cuerpos que hallan en la enajenación de la que son objeto una brecha a través de la cual dar mayor visibilidad a su sufrimiento y adquirir cuidados sanitarios.

4. La biopolítica del riesgo: del control de los cuerpos extracomunitarios a la zoé-legitimidad de los cuerpos enajenados

La salud actúa como reveladora de las relaciones sociales propias de una formación social determinada. Delimitar el acceso a la atención sanitaria seleccionando cualquier criterio de criba supone una ruptura entre quien merece vivir y a quien se puede dejar morir. Es una forma de fragmentar el campo de lo biológico que el poder ha tomado a su cargo. Se trata de una manera de introducir en el interior de una población, desfases entre unos grupos y otros. Para Michel Foucault (1991), poder establecer una censura de tipo biológico mediante el establecimiento de subgrupos es precisamente lo que llama crear razas. La primera función del racismo es fragmentar, hacer cortes dentro de este *continuum* biológico al cual se dirige la biopolítica. Se trata de un racismo de tipo evolucionista, el racismo biológico (hacia los enfermos mentales, criminales, adversarios políticos).

Al trasladar la cuestión de la fragmentación del campo de lo biológico a los cuerpos enajenados se superpone un segundo elemento: la continuidad entre nacimiento y ciudadanía como fundamento del Estado Nación se plantea sobre la base de un aislamiento previo de 'la vida desnuda'. Sin embargo, a nadie se le escapa que es al mismo tiempo portadora de dos excepciones: las figuras del exiliad@ y del inmigrante extracomunitari@. Si estas figuras son tan importantes hoy día es porque evidencian el carácter ilusorio de esta identidad entre nacimiento y nacionalidad en el marco del Estado Nación. Sobre estas dos figuras recae actualmente la decisión sobre 'la vida que no merece ser vivida', una vida considerada como legítimamente suprimible (Aspe & Combes, 2000).

Aquí, es pertinente apelar a la obra *Homo Sacer* del filósofo italiano Giorgio Agamben (1997), lúcido trabajo por discernir la manera en que el poder se manifiesta en los cuerpos, esto es, cómo la existencia cívica y la vida desnuda se articulan entre sí. El autor se inspira en la distinción entre los dos términos del griego clásico que designan la vida, esto es, *zoé* (el simple hecho de vivir común a todos los seres vivos) y *bios* (el estilo de vida propio de un grupo so-

cial), a fin de delimitar los confines entre la vida desnuda y la existencia política y, ulteriormente, discernir la vinculación entre el ser humano como simple viviente, cuyo lugar de manifestación es el *oikos* (el espacio doméstico), y el ser humano como sujeto político, cuyo lugar de expresión es la *polis* (el espacio público). *Zoé*, el espacio de la vida desnuda, paulatinamente deviene uno de los retos de las estrategias de gobierno, incorporándose, en concomitancia, al espacio político. Con el desarrollo de la biopolítica asistimos, por tanto, a un desplazamiento de la frontera entre *zoé* y *bios*, en favor de la extensión de las biológicas, esto es, las lógicas sociales que articulan lo viviente y la vida bajo la óptica de la política.

El trabajo de campo en centros de atención a la salud mental específicamente dirigida a los cuerpos enajenados demuestra que 'la vida desnuda' tiene un poder en sí misma, de ahí que sea oportuno hablar de *zoé*-legitimidad. El cuerpo, y más concretamente el sometido a un sufrimiento, se convierte en el lugar del reconocimiento supremo del individuo en la *polis*. El cuerpo enfermo, necesitado de cuidados profesionales, se impone en el espacio público como justificación última para la acción humanitaria. En efecto, la introducción de la vida en la historia es interpretado positivamente por Michel Foucault como una posibilidad de concebir una antología alternativa del cuerpo y de su potencial para pensar el sujeto político también como un sujeto ético, contra la tradición del pensamiento occidental que lo piensa exclusivamente bajo la forma de sujeto de derecho (Lazzareto, 2000).

El estudio de Fassin (2001) sobre la gestión sanitaria de los casos de saturnismo infantil²⁹ que afectaron varias familias de origen extracomunitario en Francia en 1985, es una clara ilustración de la sanitización de lo social, esto es, la traducción sanitaria de un problema social (en este caso, las condiciones de la vivienda de l@s inmigrantes). Siendo víctimas sin derechos civiles, *zoé* (en tanto que supervivencia) se impone como justificación última de la intervención polí-

²⁹ El saturnismo es una enfermedad crónica producida por la intoxicación ocasionada por las sales de plomo. Uno de los medios de intoxicación más frecuentes es por la ingesta de pinturas elaboradas con plomo.

tica. De ahí, la reivindicación de medidas de mejora de las condiciones de vivienda de l@s inmigrantes más desfavorecid@s, como la política de prevención más efectiva y eficaz contra el saturnismo infantil. Bajo esta perspectiva, no se evoca el derecho de l@s ciudadan@s, sino se apela al derecho del ser humano vivo, al reconocimiento de la integridad del cuerpo alterado o sufriendo.

En la gestión de los cuerpos enajenados como de grupo de riesgo y por ende, como población requeridora de un trato especial, este capítulo ha evidenciado la carga de dominación y regulación que las instituciones sociales ejercen a fin de garantizar el mantenimiento del status quo. La biopolítica somete la población sobre la que ejerce su poder al doble mecanismo de vigilancia de las desviaciones sociales y de perfeccionamiento del material humano. En tal empresa el riesgo puede constituir una pieza clave: en su naturaleza dual, descriptiva a la vez que normativa, conlleva intrínsecamente la asunción de que los efectos indeseados de cualquier decisión son contingentes y, por lo tanto, evitables. Contando con la certificación de la técnica estadística, ofrece una prueba valiosa para plantear prioridades de intervención social y asignar medios para generar circunstancias que minimicen las pérdidas o los daños que la decisión conlleva.

Detenerse en la dimensión de dominación por parte del *stablishment* político social de los grupos sociales cuyas características se distancian de la normalidad (los grupos de riesgo) es perderse la otra parte de la historia. Beck (2000:215) afirma que 'la dramatización pública del riesgo por medio de los medios de comunicación es en un sentido un antídoto, pues al concebir a la sociedad como una sociedad de riesgo, utilizando la metáfora católica, adopta la posición del pecador que confiesa sus pecados a fin de ser capaz de contemplar la posibilidad y la deseabilidad de una mejor vida en armonía con la naturaleza y la experiencia de la conciencia del mundo.' De modo similar, el riesgo sanitario puede ser utilizado como un potente instrumento que aporte fuerza argumentativa a los discursos de la biolegitimidad y, en concomitancia, contribuya a armar la acción social en su lucha contra las diferenciaciones que discriminan y

las desigualdades que se encarnan (desigualdades de salud). El lenguaje del riesgo puede ser un potente instrumento para la justicia social.

No obstante, para posibilitar concebir esta brecha que confiere un poder trasgresor (el contrapoder) es menester distinguir entre las relaciones de poder como juegos estratégicos entre libertades y los estados de dominación y, repensar la acción ética a la luz de las aportaciones de Maurizio Lazzarato (2000). En primer lugar, cabe partir de una definición del poder como la capacidad de estructurar el campo de acción del otro y de intervenir en el dominio de sus acciones posibles. Considerar que los cuerpos son libres significa que tienen siempre la posibilidad de cambiar la situación en la que se encuentran. Los estados de dominación se caracterizan por el hecho que la relación estratégica se ha estabilizado en las instituciones y que la movilidad, la reversibilidad y la inestabilidad de la acción sobre otra acción se hallan limitadas. A través de las tecnologías gubernamentales, los juegos estratégicos se fijan en relaciones asimétricas institucionalizadas (estados de dominación) o en las relaciones fluidas y reversibles, abiertas a la creación de subjetivaciones. La acción ética se preocupa, por tanto, por la relación entre relaciones estratégicas y tecnológicas de gobierno. Tiene dos finalidades máximas: 1) permitir que las relaciones estratégicas se desenvuelvan con el mínimo posible de dominación al establecerse reglas de derecho, técnicas de gestión de las relaciones hacia los otros y también con uno mismo y 2) aumentar la libertad, la movilidad y la reversibilidad de los juegos de poder, siendo éstas las condiciones de la resistencia y de la creación (Lazzarato, 2000). Los riesgos objetivados que atañen a la salud de las poblaciones más desfavorecidas social, económica y políticamente constituyen un catalizador para alcanzar mejoras en las condiciones de vida de estas poblaciones. El paso previo consiste, sin embargo, *empoderarse* y *apoderarse* de la carta ganadora en el juego de poder que se despliega por definir social y políticamente qué ha de tratarse como problema de salud.

Asimismo, difícilmente podrá revertirse el estigma de pertenecer a un grupo de riesgo y la consecuente intromisión de la medicina a la vida cotidiana de las poblaciones marginales y bajo sospecha de quebrantar el orden social

imperante, con el modelo de determinación del sufrimiento humano propugnado por la epidemiología biomédica. Basándose en un análisis técnico del riesgo, centrado en el factorialismo y su noción objetivada de vínculo externo entre factores de salud, y en una visión estática y fragmentada de la generación de la salud, la epidemiología biomédica se rige por una definición negativa de la salud, que por ende únicamente puede aportar a la intervención en salud pública mediciones para controlar las desviaciones y poner bajo vigilancia sanitaria los individuos que constituyen los grupos de riesgo. Este enfoque corresponde a la lógica de los mínimos tolerables, que acorde con Jaime Breihl (2003:33) ‘comparte la lógica que suplanta las aspiraciones máximas para la salud integral de un pueblo, por la lógica de los mínimos tolerables en el marco de la gobernabilidad’. Siendo la estructura de poder la base de la desigual distribución de los bienes, soportes o protectores que promocionan la salud y en su inversa, de las agresiones y procesos destructivos que deterioran la salud, no cabe focalizar las explicaciones e intervenciones en los problemas de orden individual.

Por esta razón, nos alineamos con la propuesta de epidemiología crítica, emancipadora e intercultural de Jaime Breihl (2003). La investigación en epidemiología ha de partir de una concepción de la salud que no se reduzca a la enfermedad empírica (eventos generados de orden fisiológico, fisiopatológico, signos y síntomas) sino que articule las tres dimensiones de la salud: a) la salud empírica o directamente evidente (aspectos singulares empíricamente observables, como los síntomas); b) la salud actual (los procesos determinantes particulares que se dan en las condiciones de vida de los grupos de pertenencia) y c) la salud real (los procesos determinantes macroestructurales, donde se incluye los procesos del pasado que son determinantes pretéritos que siguen influyendo en la salud actual). De ahí, la preferencia por discernir perfiles epidemiológicos en contraposición a construir grupos de riesgo. La categoría de perfil epidemiológico es:

‘una construcción que permite estudiar las contradicciones que determinan el modo de devenir de la salud, tanto en las dimensiones de la socie-

dad en general; los modos de vida particulares de los grupos situados en distintas posiciones de la estructura de poder; los estilos de vida personales, y los procesos contradictorios que se expresan en las personas (procesos fisiológicos, sensaciones de bienestar y decisión positiva, por un lado y su negación, que son los procesos fisiopatológicos, las sensaciones de malestar y fracaso que ocurren en las personas)' (Breilh, 2003:38).

Siguiendo esta línea argumentativa, el raciocinio de las investigaciones epidemiológicas debe integrar en la comprensión de la producción de la salud, condicionantes estructurales, procesos generativos y procesos específicos. Son de incumbencia tanto los procesos destructivos o deteriorantes de la calidad de vida, como los procesos protectores o benéficos que contribuyen favorablemente al desarrollo y perfeccionamiento de la salud. Asimismo, es menester discernir

Los procesos críticos de exposición que son característicos para cada espacio social concreto y que se caracterizan por distintos mecanismos como los de exposición eventual (que son las exposiciones de tipo causal no ligadas a un estilo de vida), los de exposición crónica (ligada a patrones estables inscritos en los modos de vida o en los estilos cotidianos) y los de exposición permanente, que más que "ex"posición serían una "im"posición (actuación continua del proceso destructivo impuesta por una situación permanente). (Breilh, 2003:72)

Desde esta perspectiva, en el análisis de las determinaciones del movimiento y las relaciones generativas de salud no se prescinde de la selección, medición y correlación entre variables, ni de modelos matemáticos sino que se aboga por la triangulación de los procesos metodológicos, de los razonamientos y estrategias de explicación y de los recursos para la intervención social.³⁰

³⁰ Jaime Breilh (2003:80, 265-268) insiste en que una teoría general de la salud ha de articular las dimensiones ontológicas (análisis de los conceptos, nociones y explicaciones del modo de ser de una realidad), epistemológicas (análisis de los procesos, de la lógica, operaciones y prácticas ligadas a la construcción del saber en una formación social) y praxiológicas (análisis de las formas de práctica y su importancia para la vida económica, social, política, del saber y las relaciones con la naturaleza).

TERCERA PARTE

LA ALTERIDAD EN LA SALUD MENTAL



Frontière molle, 2004. Miles Hall

CAPÍTULO VI

LOS DISCURSOS SOBRE LA ALTERIDAD ENAJENADA: METÁFORAS, INTERESES Y PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS

'Se trata de 'saberes especiales' que indagan sobre comportamientos humanos que resultan desconocidos y que, en su diferencia ponen en entredicho las condiciones de estabilidad, unicidad, universalidad y realidad de las propias convenciones sociales [...] Racionalizaciones sobre la diferenciación social'

A. Martínez, G. Orogitz, J.M. Comelles, 2000

Recientes estudios sobre el impacto de los servicios específicos dirigidos a minorías poblacionales sostienen que al tomar la diferencia cultural como condición de criba en el acceso a los recursos socio-sanitarios, se substancializa la estigmatización de las minorías, contribuyendo asimismo a una desvalorización en su capacidad de intercambio (Creen, 2000). En contraste, no es menos cierta la afirmación de Didier Fassin (2000b) que los intentos por establecer un esquema estratégico universal basado en servicios generales de cuidados a la salud no han mostrado, a la praxis, ser suficientemente sensible a las historias y las realidades particulares. De hecho, esta falta de sensibilidad hacia los particularismos de ciertos grupos sociales ha sido motivo de vehementes críticas hacia unos servicios sanitarios tildados de monoculturales, etnocéntricos y sociocéntricos (Véase en el caso del sistema sanitario español el texto de Pereda et al.,1997:43).

A tenor de este vigente debate, este capítulo tiene por cometido profundizar sobre la construcción social de la relación de alteridad que engendra y se engendra en la instauración de servicios de asistencia a la salud mental específicamente dirigidos a la población de origen extracomunitario. A tal efecto, se procede a deconstruir críticamente nueve dispositivos de interpretación y tra-

tamiento sobre la aflicción, pensados y diseñados para las minorías extracomunitarias, haciendo hincapié en los discursos sobre la alteridad enajenada que en ellos subyacen. A modo de síntesis, los modelos explicativos y psicoterapéuticos pueden agruparse en tres: la psiquiatría transcultural contemporánea, las etnopsicoterapias y la atención especializada en las secuelas de la violencia organizada y del exilio.

1. La psiquiatría transcultural contemporánea

Bajo el término de *psiquiatría transcultural* se clasifican los dispositivos de interpretación y tratamiento en salud mental que tratan de formular modelos explicativos y métodos terapéuticos para proveer a las personas endoculturadas en universos simbólicos no occidentales, una atención más adaptada a sus contextos socio-culturales actuales, permaneciendo deliberadamente en el marco de una práctica estrictamente psiquiátrica (Rechtman, 1999). En el seno del campo de las ciencias de la salud mental, aunque ocupando una posición minoritaria, la psiquiatría transcultural ejerce de lobby contra la elusión de las variaciones culturales y la negligencia de la influencia de los fenómenos sociales en la expresión y elaboración de las anomalías del funcionamiento psíquico, que engendra el desarrollo cada vez más técnico de la psiquiatría biomédica, con sus avances en las neurociencias y la neuro-psico-farmacología.

La psiquiatría transcultural persigue fundamentar su corpus teórico-práctico a partir de la colaboración entre la semiología psiquiátrica y la contribuciones teóricas y metodológicas de la antropología y la sociología. Hoy día, tal colaboración sigue siendo un proyecto teórico-metodológico inconcluso. Acorde con los argumentos desarrollados por Richard Rechtman (2003), hasta la fecha, el trabajado realizado desde las corrientes transculturales de la psiquiatría no ha sido fecundo a la hora de instaurar la dinámica dialógica planteada. Se ha limitado a una solicitud de la antropología, reducida a tomar prestados determinados estudios etnográficos para ilustrar una representación de la en-

fermedad, un *idiom of illness* y *culture bounds syndroms*, o una técnica terapéutica tradicional, enfatizando así el carácter exótico de los universos simbólicos no occidentales en el que se inscriben determinadas manifestaciones del sufrimiento. La utilización de materiales etnológicos por parte del psiquiatra se revela como una vía nada desdeñable para descubrir la existencia de variaciones culturales en la expresión, el cuidado y la nosografía del sufrimiento. No obstante, cabe controlar la fascinación por el exotismo que estos estudios suelen despertar, pues ésta es susceptible de engendrar una ofuscación culturalista: la reificación del hecho diferenciador (esto es, la diferencia esencializada, ahistórica e inamovible) pasando por la negación de la adherencia subjetiva a un sistema de creencias y prácticas colectivas y por la elusión de la apropiación subjetiva de ítems pertenecientes a universos simbólico-culturales distintos al de origen. Si el propósito es aplicar una perspectiva transcultural, la introducción de una sensibilidad cultural en la práctica clínica no debe ignorar la diversidad intragrupal, ni olvidar que los sistemas simbólicos se conforman en interdependencia con otros sistemas simbólicos. Menos aún, significa asumir que la diferencia percibida a nivel antropológico tiene necesariamente su corolario a nivel psicológico: una cosa es reconocer que todos los grupos étnicos poseen sistemas simbólicos homogéneos compuestos por un sistema etiológico-terapéutico, modelos de explicación e *idioms of distress*; otra es deducir que estos sistemas simbólicos han de incidir en la clínica terapéutica (Rechtman, 2000). De lo contrario, nos situamos en el terreno de la *multiculturalidad*.

A tenor de contrarrestar el relativismo cultural fundamentado en el discurso de la irreductibilidad de las culturas en el tratamiento del sufrimiento, queda en efecto pendiente la elaboración de una teoría general de la influencia de la cultura y los fenómenos sociales en la clínica psiquiátrica¹. En síntesis, el

¹ El crecimiento de las medicinas complementarias en Occidente es una prueba de la incongruencia de las corrientes culturalistas, pues evidencia la competencia universal de las prácticas terapéuticas no occidentales. Es más, los terapeutas tradicionales no tienen por misión la curación exclusiva de l@s miembr@s de su mismo universo cultural, sino del conjunto de seres humanos susceptibles de padecer una patología o malestar que conocen. El recurso a la medicina tradicional china por parte de personas de origen no chino se hace porque las que apelan a ella para aliviar su sufrimiento y curar sus enfermedades están convencidas de su eficacia terapéutica *per se*.

reto del enfoque transcultural en psiquiatría, no reside en constatar que efectivamente existe una variedad de creencias y aceptar que éstas poseen una incontestable racionalidad (insisto, el cometido de la multiculturalidad), sino en evaluar si las creencias y prácticas que un individuo comparte con el conjunto de su(s) grupo(s) de afinidad sociocultural, se adhieren plenamente, de forma parcial o de ningún modo al caso clínico. Este reto remite inmediatamente a la idea de Michel Wieviorka (2001) acerca de la inestabilidad de la relación entre sujeto e identidad, en tanto que la describe como una relación permanentemente susceptible de dar lugar a movimientos infinitos de descomposición y de recomposición. Se da una tensión estructural entre la lógica de la identidad, que nos empuja hacia la estabilidad y la lógica del sujeto, que exige la virtualidad permanente del distanciamiento.

Dicho esto, destacan dos aportaciones mayores derivadas de la psiquiatría transcultural. Inspirada por la antropología médica clínica², la psiquiatría transcultural trata de practicar una aproximación psiquiátrica y psicopatológica que tome en consideración las estrategias utilizadas por l@s usuari@s y sus familias, sus itinerarios terapéuticos y las narraciones de la enfermedad (*illness narratives*, (Kleinman, 1988)). De igual modo, haciéndose eco de las aportaciones del campo de la sociología de la enfermedad y la salud (Lupton, 1994; Mishler, 1984; Waitzkin, 1991) busca facilitar una comprensión recíproca entre profesional médico y usuari@ con el fin de garantizar la calidad en la provisión de la atención médica. El primer paso para una adecuada comunicación entre usuari@ y personal médico consiste en superar las barreras idiomáticas, que constituyen un severo obstáculo para ciertos colectivos de inmigrantes (véase capítulo 3). Con tal propósito, la psiquiatría transcultural integra en la consulta clínica una serie de mecanismos que hace inteligible la información verbal transmitida (principalmente, mediación lingüístico y/o cultural y el consentimiento informado).

² Destacan al respecto, los antropólogos médicos de mayor renombre internacional, Arthur Kleinman, Byrond Good, Horacio Fabrega o Lawrence Kirmayer.

Por otra parte, la corriente transcultural británica ha proporcionado varias claves para dar cuenta de la etiología del sufrimiento psíquico de las personas de origen inmigrante. En lugar de buscar las respuestas en los universos culturales de sus sociedades de procedencia, defiende que es más fructífero centrarse en las condiciones sociales y económicas, las discriminaciones de las que son víctimas y las deficiencias en la accesibilidad a los recursos sanitarios para explicar la fuerte incidencia y los diagnósticos erróneos de la patología mental en estos colectivos de usuari@s (Littlewood & Lipsedge, 1997). Abanderando la incorporación del elemento socio-cultural en la dimensión bio-psicológica de la patogénesis, esta corriente de la psiquiatría transcultural propugna una concepción de la persona desde una óptica integral y holista: tomar en consideración las representaciones culturales de la enfermedad y su cuidado, así como las condiciones materiales de existencia, el estatus de regularidad administrativa en el caso de l@s inmigrantes extracomunitari@s, el soporte social, la trayectoria biográfica, la experiencia de cualquier tipo de discriminación en la anamnesia y el tratamiento clínico.

De los nueve estudios de caso, cuatro se inscriben dentro del círculo de influencia de la psiquiatría transcultural, aunque con diferencias notables en cuanto al tipo de abordaje terapéutico y dispositivo terapéutico ideado, así como la consolidación teórica de sus modelos de interpretación. No obstante la mayor trayectoria histórica de los dos primeros, los servicios ECP4, ECP3, ECB1 y ECB2 comparten un trabajo clínico centrado en la semiología psiquiátrica y las técnicas psicoterapéuticas. La singularidad del ECP4 radica en que es un programa de atención especializada para tratar los trastornos psiquiátricos agudos de las personas originarias del Sureste asiático. Inserto en un sector de psiquiatría pública, dedica dos medias jornadas semanales a atender usuari@s con la ayuda de intérpretes profesionales. Desde este servicio se articula toda una red de inserción hacia la red pública de recursos socio-sanitarios de la Seguridad Social francesa³. Organizado en base a siete comunidades lingüísticas, el ECP3

³ En Francia, desde el año 1960 la provisión de servicios de atención a la salud mental financiada por la Seguridad Social se organiza territorialmente por sectores de psiquiatría pública, cuya gestión y provisión

ofrece de manera continuada, no sólo atención psiquiátrica sino también apoyo psicológico y orientación social, gracias a la financiación del gobierno francés. De orientación casi-estrictamente médica, el ECB1 y el ECB2 configuran servicios privados, en paralelo a la red pública de atención sanitaria (esto es, los Centros de Salud Mental, CSM). Éste último se distingue de los tres casos estudiados por la concepción *sui generis* de la transculturalidad que defiende su psiquiatra-fundador, quien ha construido un modelo de interpretación etiológica sobre la psicopatología del inmigrante, acuñado bajo el nombre el 'Síndrome de Ulises'. Por el contrario, l@s profesionales del ECB1, ECP3 y ECP4 refutan la idea de una patología exclusiva o típica a la vida psíquica de la persona que inmigra.

1.1. ECP4: Convergiendo clínica psiquiátrica y práctica transcultural

Gestionado por una asociación privada con fines no lucrativos, el sector de psiquiatría pública en el que se inscribe el ECP4 conforma una de las estructuras más completas: se compone de un hospital general, una policlínica psiquiátrica, un hospital de día para adult@s y otro para niñ@s y un centro de consulta y cuidados ambulatorios para adult@s y otro para niñ@s y adolescentes, un taller terapéutico, un centro de psicoanálisis y psicoterapias, una residencia para enferm@s mentales y un servicio de alojamiento terapéutico en pisos y en familias de acogida. Además de la actividad clínica, este sector organiza una serie de coloquios y numerosos seminarios de reflexión y de formación, dirigidos a estudiantes y profesionales en torno al estudio crítico de la clínica y las terapéuticas practicadas en sus distintos centros. Localizado en el centro de consultas y cuidados ambulatorios para adult@s, el ECP4 constituye uno de los servicios especializados dentro de este sector⁴: el programa específico de aten-

de servicios es concedida por la Direction Départementale de la Action Sociale et Sanitaire. De forma suscita, cada sector se compone de recursos terapéuticos extrahospitalario diversificados (policlínica, hospital de día, consultas y cuidados ambulatorios para adultos y para niñ@s y adolescentes, talleres terapéuticos, centro de psicoanálisis y psicoterapias, alojamiento terapéutico en pisos etc.) puesto a disposición de la población lo más próximo posible de su lugar de residencia.

⁴ Los otros dos son: 1) el equipo de apoyo a adolescentes en riesgo, compuesto por dos psiquiatras, uno, especializado en atender a adolescentes con VHI y sida y el otro, en la atención a toxicomanías y 2) un

ción psicopatológica gratuita dirigida a la población originaria del sureste asiático residente en el *arrondissement* de París perímetro de intervención del sector al que pertenece. El ECP4 surge como iniciativa de un par de psiquiatras de la asociación para adaptar los recursos terapéuticos del sector a la población a la que va dirigida. Aquí, digno de mención son l@s más de 15.000 residentes procedentes mayoritariamente de Camboya (khmer, sino-khmer y chinos de Camboya) que utilizan regularmente, desde 1976, las estructuras públicas sanitarias.

Con la colaboración de dos traductores profesionales contratadas por la asociación a fin de posibilitar una consulta en camboyano, mandarín, cantonés, vietnamita y laosiano, dos psiquiatras atienden semanalmente a personas de origen asiático con trastornos mentales graves, con dificultades lingüísticas con el francés, cuya familia o ell@s mism@s demandan directamente ser atendid@s en el servicio especializado o son derivados por la red asociativa de la comunidad camboyana⁵. Si bien la mayor parte de la población atendida en el ECP4 son exiliad@s que huyeron de la Camboya bajo dominio de los Khmer Rojos, pasando much@s de ell@s varios meses en los campos de refugiad@s tailandeses, este dispositivo terapéutico no fue concebido exclusivamente para tratar las psicopatologías vinculadas a las secuelas de la violencia organizada. Provee atención psicofarmacológica, psicoterapia de orientación analítica y asesoramiento médico-social, puestos a disposición del usuari@ a lo largo de toda su vida, siempre que presente una psicopatología aguda, tenga o no vinculación con la experiencia que motivó el exilio.

La incorporación de la herramienta de la traducción en la clínica supone una serie de ajustes técnicos en la organización de la consulta clínica. De hecho, concentrar las horas laborales de las traductoras refuerza la especificidad del ECP4. La entrevista clínica es relativamente estandarizada, pretendiendo acercarse a las condiciones habituales del ejercicio de la psiquiatría. El psiquiatra se

servicios de asistencia social y psiquiátrica para la tercera edad y personas sin domicilio fijo. (Entrevista directora del centro ECP4, octubre 2003)

⁵ En sus inicios los psiquiatras fundadores del ECP4 realizaron toda tarea de recogida de información sobre la comunidad del sureste asiático en colaboración con las organizaciones camboyanas, a las que se les presentó el programa.

dirige directamente al usuari@, como si hablase en la misma lengua; mientras que la traductora traduce las palabras del usuari@, secuencialmente, en primera persona del singular. La relevancia de la traducción en primera persona radica en disminuir al máximo la distancia que se produce en el encuentro comunicativo entre dos personas de universos lingüísticos distintos al tiempo que evita que la traductora caiga en las dos *tentaciones* de la interpretación: o bien marque su diferencia con respecto al usuari@, generalmente compatriota suya, y adopte la función de pseudo co-terapeuta; o bien se aproxime instaurando una especie de complicidad de la que se excluya el psiquiatra.

El enfoque terapéutico del ECP4 se enmarca en una práctica estrictamente psiquiátrica y psicoterapeuta, sensible a la historia colectiva de la que forma parte la persona que atiende, pero sobre todo a su experiencia singular. La práctica clínica se interesa por las expresiones culturales del sufrimiento y la narración sobre la propia aflicción puesto que influencia no sólo la experiencia subjetiva del trastorno, sino también las explicaciones colectivamente compartidas de su etiología.

Psiquiatra : La fonction n'est pas de savoir est-ce que c'est culturel ou pas culturel, mais plutôt de savoir dans le cadre culturel qui se présente y a t'il des éléments pathologiques sur le quel il faut passer du temps ou il y a des éléments non pathologiques sur lesquels je n'ai pas besoin d'intervenir. [...] Là je suis très proche de Devereux. La personne qui commence à avoir une certaine représentation de ce qu'est la Culture dans le champ de la psychiatrie, est en mesure de soigner qu'il soit. S'il y a quelque chose, il y a quelque chose.

Asimismo, trata de comprender el modelo tradicional de organización familiar e informarse sobre su composición y dinámica actual en la sociedad de instalación, a fin de observar posibles disfunciones intrafamiliares, susceptibles de estar en la raíz del problema.

Psiquiatra : [...] Donc les représentations de la maladie existent-ils mais ce n'est pas là-dessus que je vais me fonder pour faire mon travail et ni sur ça pour... travailler suivant ce concept là, ce système. En revanche, comprendre comment dans une famille un jeune et un moins jeune accuse un problème de santé mentale va à avoir des conséquences sur les relations de la famille, sur les relations que la famille entretient avec les autres membres de la communauté, sur l'ensemble de la communauté dans sa stratégie de se montrer comme un ensemble historique et culturel.

Sin embargo, invierte el orden de preferencia propio de la etnología, pues busca re-inscribir la posición singular de cada persona en el discurso socio-culturalmente codificado.

Psiquiatra: [...] ce que je te disais tout à l'heure sur les idioms de distress. [...] C'est une configuration plus souple et c'est une représentation attachée à une certaine modalité d'explication du trouble, ça a une fonction sociale à un moment, mais on ne sait pas si les gens y croient, on ne sait pas ce que les gens pensent quand ils nous disent, par exemple, 'j'ai mal à la tête' en Khmer avec un idiom of distress, qui relie de la nostalgie, la perte du pays, le retour du fantôme, ça na rien à voir avec une céphalée. [...] Ce qui va m'intéresser c'est de savoir qu'elle est leur adhésion à ça. Qu'est-ce qu'ils veulent dire à travers de ce truc là. Très souvent on rencontre que, précisément comme c'est une fonction de l'idiom of distress, chacun va pouvoir dire quelque chose qui lui est propre à travers un idiom of distress. [...] Ce qui m'intéresse comme clinicien, c'est de savoir pourquoi lui, dans son histoire, c'est cet idiom of distress là qui s'est présenté pour exprimer sa souffrance ou sa difficulté. Ce que je vais chercher une foi que j'ai compris la phase de l'idiom of distress, c'est quelle est sa souffrance et de retrouver notre travail de clinicien. Or, l'anthropologie n'étant pas clinique, ce que fit Kleinman à un certain moment n'est plus clinique, ça s'arrête à ce niveau là.

Aquí, se parte del axioma que aunque la noción del 'yo' difiera de cultura a cultura –o simplemente esté ausente– se da un espacio entre el pensamiento del que habla y el significado cultural de la afirmación.

1.2. ECP3: El modelo de organización por comunidades lingüísticas

Creado en 1962 por una *Asociación Ley 1901* fundada por dos psiquiatras-psicoanalistas de origen polonés, el ECP3 es un centro médico-psico-social para responder, de forma gratuita, a las demandas psiquiátricas y psicológicas de l@s extranjer@s no francófon@s, sean inmigrantes o refugiad@s polític@s, adult@s o niño@s⁶. La Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS) del Ministerio de la Salud francés financia y tutela la actividad del centro, aunque no está sectoriali-

⁶ En su origen, la asociación se dedicó a l@s exiliad@s judí@s poloneses, abriendo unos años más tarde sus puertas a los procedentes de toda Europa del Este, para desde finales de la década de los 70s, extender sus servicios a inmigrantes y refugiados originarios de América, África y Asia. Sin duda, los equipos que mayor variación de orden geopolítico han detectado entre la población que atienden son el equipo de hispanohablantes y de Europa Central y del Este. Centrándonos en el primero, observamos que la composición de la fila activa de su actividad clínica se ajusta a la situación sociopolítica a escala mundial. A finales de la década de los 70s y durante la de los 80s, el equipo atendía en su mayoría a inmigrantes españoles y a numeros@s exiliad@s latinoamerican@s, procedentes en general del Cono Sur de América Latina (Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay), huyendo de los regímenes dictatoriales y militares. Hoy día, la situación ha cambiado: la práctica totalidad de l@s usuari@s llegan de América andina (Colombia, Ecuador y Perú y Bolivia), en los que coexisten regímenes democráticos y una violencia política y social difusa, difícilmente definible, producto de conflictos intensos e intrincados. Un 70% son mujeres que llegan en solitario o con uno o varios de sus hij@s a su cargo, a quienes en su mayoría se les ha rechazado el estatus de refugiada. Por otra parte, el equipo de Europa Central y del Este, actualmente está experimentado un notable aumento de usuari@s que solicitan ser atendid@s, asistiendo actualmente a un incremento de inmigrantes procedentes de la antigua Unión Soviética. La mayor parte de l@s usuari@s son derivad@s por el sector público de psiquiatría, los médicos de familia y los servicios sociales, así como de asociaciones no gubernamentales de ayuda al inmigrante o al refugiado político, instituciones escolares e instancias judiciales.

zado. Además de consultas de psiquiatría general, con psicoterapias individuales, familiares o de pareja, y psicodramas, este centro realiza asesoramiento a otr@s profesionales respecto a diagnósticos; co-terapias con equipos externos; orientaciones y psicometría, principalmente para las instituciones escolares y de justicia y, al definirse como centro de referencia para la atención médico-social de extranjero@s, mediación con otros interlocutores sociales (servicios sociales y diversas organizaciones no gubernamentales). De forma casi-residual, el centro desempeña también, desde 1998, una función de formación e investigación. Además de ser uno de los únicos centros de atención médico-psicológica no sectorializado en Francia⁷, el ECP3 cuenta con la particularidad de que las consultas psiquiátricas y psicológicas se organizan por comunidades lingüísticas.⁸ Ello responde a una voluntad de l@s fundadores del centro a ofrecer una atención clínica y asistencia social con la posibilidad de utilizar las lenguas maternas.

En opinión del ECP3, la inmigración extracomunitaria implica precisamente *vivir-entre-dos-lenguas*, lo cual engendra dificultades no sólo de adaptación socio-laboral, sino también un malestar en la identidad del/la inmigrante. L@s psiquiatras del centro afirman encontrarse con frecuencia situaciones de endoculturación que han generado expresiones defensivas en relación con la lengua francesa, yendo desde una fuerte inhibición en su aprendizaje, hasta un rechazo por expresarse en tal lengua. De su experiencia profesional constatan que en la lengua se inscribe la identidad en sufrimiento de l@s inmigrantes⁹. La

⁷ Cabe mencionar que la no sectorialización del ECP3 supone dos importantes inconvenientes. Primeramente, la dificultad que entraña derivar uno de sus usuari@s a atención terciaria, pues no existen convenios de aceptación de ingreso directa, sino que se procede caso por caso. En segundo lugar, vuelve prácticamente imposible un trabajo comunitario.

⁸ Actualmente, el centro se divide en siete equipos de profesionales, cada uno de ellos compuestos por uno o dos psiquiatras, un psicólogo@, una asistente social y una secretaria medical, entre paréntesis las lenguas habladas por l@s profesionales: 1) el equipo del Magreb (árabe, cabil, inglés), 2) el equipo de Asia (vietnamita y, posibilidad de traductor en khmer, urdu, hindi, tamul y mandarín), 3) el equipo de África Negra (Baoulé, Wolof y Serene, con posibilidad de traductor en peul, soninké, malinké, lingala y bámbara), 4) el equipo de Turquía (turco), 5) el equipo de América Latina y España (castellano), 6) el equipo de Portugal y los países lusófonos (portugués) y 7) el equipo de Europa Central y del Este (serbo-croata, húngaro, macedonio, ruso, polonés, checo, eslovaco y esloveno, con posibilidad de traductor en rumano).

⁹ Léanse los artículos publicados por Rachid Bennegadi (1989) y Edmundo Gómez (1981,1991).

relevancia de realizar, total o parcialmente, según el agrado del usuari@, la consulta terapéutica en la lengua materna del usuari@ se debe principalmente a la situación de identificación que engendra compartir la lengua del usuari@, trascendiendo incluso fronteras nacionales:

Psiquiatra: Es porque crea una situación de identificación. La persona siente que tiene alguien con quien puede hablar. [...] Uno se siente mejor cuando va a una visita donde percibe que se le puede entender, donde le van a entender lo que dice y lo que siente. Entonces, en esa perspectiva ya el hecho de la lengua en común, se va a poder hablar de la cultura en común y de referencias comunes. Es interesante porque no es tan raro que un colombiano, un ecuatoriano me pregunte de dónde vengo yo. Claro, yo vengo de un país que está a 3.000, 4.000 Km. como si fuera de este país hasta Moscú. La lengua es casi un elemento más de unión de la distancia. [...] Se puede ser completamente diferente, al menos tenemos un elemento común. La lengua es una especie de cemento detrás de la mayoría de las relaciones humanas. [...] Y creo que funciona aún más por el hecho de la incomprensión habitual que vive el inmigrante en su cotidianidad. [...] pues suponiendo que no se da racismo, ya el hecho de pedir un café con leche y que no le entiendan [...], la administración, por ejemplo, entonces, venir acá y encontrarse a alguien con el que poder hablar como hablaban en su pueblo[...] es encontrarse con una situación facilita.

Los psiquiatras y psicólogos del ECP3 huyen de las aportaciones teórico-terapéuticas de la “psiquiatría de la trasplatación”, “la psicopatología del trasplataado”, “la psicopatología de importación” alegando que son contraproducentes al: 1) legitimar la especificidad de una patología del inmigrante como un objeto diferente de la patología general y 2) evocar tal terminología un conocimiento especializado en el seno de la psiquiatría para poder comprender y ayudar al inmigrante, lo cual produce un refuerzo de la situación de expatriación del fenómeno tratado: en la sociedad de destino y en el saber psiquiátrico. Asimismo, consideran la figura de la trasplatación (esto es, el inmigrante como un implante en un organismo) reduccionista de la experiencia de la inmigración, pues elude el aspecto móvil y reversible en las trayectorias biográficas. Para est@s profesionales, la imagen más adecuada corresponde a la del desarraigo, puesto que marca el inicio de la migración, al tiempo que sugiere la posibilidad de ‘dejar las raíces en el aire’. Se insiste en que la migración y el exilio no constituyen objetos psiquiátricos ni psicopatológicos y que debe evitarse caer en un peligro, siempre presente en centros que atienden específicamente población inmigrante, de psiquiatrizar la inmigración o el exilio. Es decir, convertir al inmigrante y al exiliad@ en sujetos con una relación privilegiada con la

locura o la aflicción. Incluso con la mejor de las intenciones, esto conduce a reforzar el aislamiento y la segregación de las poblaciones inmigrantes. La migración y el exilio son experiencias humanas que muy frecuentemente marcan el fin de un periodo de sufrimiento intenso y el comienzo de una nueva vida.

La movilización psíquica que se realiza al inmigrar consiste en dos elaboraciones esenciales: por un lado, la concerniente a la separación; por el otro, la referente a la problemática de la identidad. En primer lugar, la inmigración implica un alejamiento y consecuente abandono, en espacio y tiempo, del conjunto de relaciones y vínculos a través de los cuales él/ella mism@ se había constituido como persona. Al habitar – y al ser habitado— por dos mundo, dos espacios, dos tiempos, dos lenguas, el/la inmigrante mantiene una “doble vida”: la del allá originario y lejano, que es paradójicamente sentido como más cercano, y la del *hic et nunc* de su cotidianidad presente y actual. Uno de los aspectos del trabajo psíquico del inmigrante es establecer vínculos para interconectar lo que en su experiencia concreta aparece como fragmentado y disociado. Se trata de elaborar la *experiencia nostálgica*, que se distingue sutilmente del *duelo migratorio* porque incide en que la migración no consiste en una pérdida irremediable, sino en un distanciamiento. El sentimiento de que el objeto está ausente y no muerto, alimenta la esperanza de ser recuperado en el futuro. Derivada etimológicamente del griego *nostos* (regreso) y *algia* (dolor), el vocablo nostalgia se traduce literalmente por un alejamiento doloroso, esto es, una separación que moviliza ansiedad. Vinculado al evento vital de la migración, el objeto nostálgico no sólo remite al país de procedencia, los vínculos sociales y afectivos que se interrumpen, las costumbres y estilo de vida, la lengua, sino también a los aspectos de la personalidad que no pueden desplegarse en la situación de inmigración. Si bien sentir nostalgia por lo que se deja atrás es común en toda experiencia migratoria, se vuelve patológico al absorber enteramente la disponibilidad afectiva de la persona, traducándose clínicamente en estados depresivos más o menos graves. En general, la aflicción suele presentarse bajo forma de inhibición: falta de interés por el nuevo entorno, imposibilidad de comunicarse con la nueva lengua, aislamiento. Igualmente, es frecuente en caso de elabora-

ciones patológicas del distanciamiento de los referentes socio-culturales originarios, la idealización del objeto nostálgico en contraposición a la hostilidad y persecución que un@ siente con respecto a la sociedad de instalación, así como el desarrollo de una sintomatología hipocondríaca. Uno de los psiquiatras del centro describía esto último con la siguiente metáfora:

“[se trata de] quejas incesantes, síntomas físicos variados y polimorfos errando en la geografía corporal, “migrando” de un órgano a otro, como la objetivación, el signo de un sufrimiento que busca un espacio sin alcanzarlo jamás.”

El trabajo psíquico para aliviar el sufrimiento derivado por las elaboraciones fallidas del objeto nostálgico consiste fundamentalmente en que el/la inmigrante asuma la realidad cotidiana en la que vive en el presente: debe continuar su historia, aceptando las pérdidas como un paso previo a su camino de adaptación a la nueva sociedad. El terapeuta acompaña al inmigrante y exiliad@ en la modificación profunda que la migración comporta en el espacio mental. No obstante, la elaboración de la separación no sólo depende de los factores individuales (los recursos internos de cada persona) sino también de la situación económica y social y de las posibilidades de retorno temporal al país.

En segundo lugar, la inmigración implica un malestar en la propia constelación identitaria pues produce una interrupción de la continuidad vivida¹⁰. La inmigración pone al ser humano frente a una situación de cambio profundo y repentino: los otros (vecinos, colegas de trabajo, patrón, amigos) no le reconocen automáticamente, ha de presentarse de nuevo, demostrar quien es, lo que sabe, re-inventarse. Simultáneamente, el/la inmigrante debe aprender la forma de vida en el país de l@s otr@s, familiarizarse con sus códigos, que ha de traducir y descifrar y sus normas sociales, a las que ha de adaptarse. La identidad no es una cosa inamovible y eterna que se adquirió en un tiempo pasado, sino una elaboración en permanente construcción. Aquí inicia un trabajo de reflexión sobre la propia inmigración como una oportunidad vital: abre la posibilidad de la adquisición y del crecimiento personal. Como afirma uno de l@s psiquiatras,

¹⁰ Por sentimiento de identidad, l@s profesionales entienden la conciencia que una persona tiene de una unidad interna, que surge por una parte de la percepción de similitud consigo mismo, de la propia continuidad existencial en el tiempo y en el espacio, en su desarrollo corporal y por otra parte, de la percepción del reconocimiento de los otros respecto a esta similitud y continuidad (Gómez, 1981).

la inmigración puede inscribirse en la larga y necesaria serie de separaciones fundadoras, aquellas que permiten la autonomía y la independencia del ser humano, vigilando en el caso de l@s inmigrantes extracomunitari@s que estas separaciones no se desvíen hacia la angustia de la soledad o una autonomía subyugada a las vicisitudes del Estado-Nación. La sociedad de instalación se revela como un nuevo mundo, que se desconoce y donde un@ no se reconoce, por tanto es fuente incesante de reflexión y crítica permanente, que no deja descanso para la mente. En la experiencia de la migración y del exilio se dan dos elementos de la enajenación, que son fuente de ansiedad: ser extranjero@ para l@s otr@s (en su doble sentido de desconocido e impropio) y sentirse extrañ@ en relación consigo mism@.

Psiquiatra: Destacaría la desvalorización de sí mismo, de sus orígenes, el sentimiento de que lo que uno trae consigo como valor propio no vale nada en la sociedad de recepción, como experiencias que comparten muchos de los usuarios inmigrantes. El desconocimiento del otro es la semilla del rechazo del otro, lo cual está a la raíz de la desvalorización. La méconnaissance porte au mépris, et le mépris à la dévalorisation de soi.

Al respecto, la escucha activa ejerce de mecanismo organizador y desdramatizador de esta incesante preocupación, marcadamente cuando conduce al usuari@ a descentrar el conflicto en sí mismo y situarlo en el ámbito de lo interrelacional.

Según l@s profesionales del centro, el trabajo clínico transcultural incluye no sólo un interés por informarse sobre las condiciones objetivas de vida en la sociedad de instalación y documentarse sobre las representaciones culturales de la enfermedad, sino también, un trabajo de auto-análisis que el profesional emprende sobre el acto terapéutico, enfocando la cuestión de las identificaciones que engendran conexiones entre profesional y usuari@ y la empatía cultural vigilando no caer en la fascinación por el elemento cultural.

Psicóloga: C'est vrai que l'empathie culturelle, quand on connaît le milieu, ça fonctionne. Ceci dit, ça peut, aussi, peut-être dans cette adhésion permettre une relation, c'est à dire, permettre que l'on puisse un peu avancer. En même temps, il faut être assez vigilant pour ne pas se laisser prendre là dedans ; le fait que leur environnement culturel parfois soit tellement fort, tellement puissant que nous même thérapeute on peut être pris dedans, comprendre sans finalement être dans le décalage et reprendre une position clinique.

La neutralidad cultural, en palabras de un@ de l@s psiquiatras del ECP3, es un método necesario en el trabajo transcultural. Consiste en discernir lo inhabitual desde la perspectiva del mundo simbólico-cultural del terapeuta, lo cual implica un cuestionamiento reflexivo sobre la propia posición e indagar sobre las relaciones que engendran la alteridad.

Psiquiatra: La notion que j'ai développée culturellement neutre [...] c'est la notion de lucidité.

K: Comment définissez-vous la notion de lucidité ?

Psiquiatra: La lucidité c'est se rendre compte que quelque chose sort de l'habituel.

K: Et ce critère de l'habituelle, c'est qui, qui le donne ?

Psiquiatra: C'est soi même ou l'entourage. Être lucide c'est se rendre compte qu'il y a quelque chose qui n'est pas habituel.

K: C'est à dire, qu'il y a toujours un jeu d'altérité.

Psiquiatra: Il y a toujours un jeu d'altérité interne. Donc on se questionne soit même de sorte qu'on arrive à se compenser ou à se neutraliser.

1.3. ECB1: La atención médico-psicológica de las psicopatologías de la inmigración

Contando con la financiación de los servicios de salud mental de una fundación privada proveedora de atención médica y hospitalaria en Cataluña, el ECB1 ofrece desde 1997 asistencia gratuita a la salud mental dirigida a inmigrantes extracomunitari@s, independientemente de su edad, situación de regularidad administrativa y tiempo de residencia en España. El equipo terapéutico lo integran tres psiquiatras, una psicóloga y un enfermero. Los criterios de inclusión a este servicio son básicamente inmigrantes con síntomas psicopatológicos relacionados con el proceso migratorio e inmigrantes con patología mental severa no vinculad@s a la red ordinaria de atención a la salud mental a causa de su situación de irregularidad administrativa y no empadronamiento¹¹. Este servicio surge por iniciativa de tres psiquiatras, quienes percibieron a raíz de su propia experiencia profesional en los respectivos Centros de Salud Mental en

¹¹ Desde su funcionamiento en noviembre de 1997 hasta diciembre 2002, el ECB1 atendió un total de 429 usuari@s, de los cuales un 54% son mujeres. La mitad de est@s usuari@s procedían de Latinoamérica, seguido de África (28,29%) –en su mayor parte, originari@s del Magreb-, Asia (11,65%) –en mayoría, pakistáníes (5,13%) y Europa del Este (6,52%). Casi siete de cada diez de est@s usuari@s tenían edades comprendidas entre 21 a 40 años y un@ de cada cuatro, entre 41 y 60 años. La mitad de est@s usuari@s no cuentan con una situación de regularidad administrativa, el 68% de ell@s no disponen de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social.

que trabajan, la incumbencia de responder a lo que consideraron como una necesidad específica que requiere una exploración y tratamiento especializados, a saber, la atención a los efectos psicopatológicos generados por la experiencia de la inmigración. Desde esta óptica, la migración es considerada como un proceso susceptible de provocar trastornos psíquicos, tanto por el desarraigo, el sentimiento de pérdida y la soledad que puede ocasionar la separación espacio-temporal con respecto a la sociedad de origen; como por la frustración y el desaliento que produce malvivir una situación socio-económica precaria en la sociedad en que se instalan, en relación a la cual se sienten desubicad@s y extrañ@s.

En este sentido, l@s profesionales del ECB1 han constituido un espacio de asistencia sanitaria en el que, valiéndose del modelo teórico-conceptual biopsicosocial y las herramientas terapéuticas propias de la psiquiatría y de las psicoterapias verbales, disponen de mayor tiempo por usuari@ y flexibilidad a la hora de gestionar su franja horaria, a fin de elaborar una anamnesia más completa y rigurosa con usuari@s con los que generalmente no comparten un mismo universo lingüístico y cuyos síntomas, además de tener muchas probabilidades de pasar desapercibidos en la consulta de un Centro de Salud Mental¹², requieren generalmente mayor frecuencia e intensidad en el seguimiento, en relación a la asistencia ofrecida en la red ordinaria de salud mental. Así, todas las tardes de cada lunes, el ECB1 tiene cedidas las dependencias de un Centro de Salud Mental ubicado en el centro de Barcelona con la finalidad de prestar una asistencia de tipo integral a las personas inmigrantes y sus familiares, atendiendo particularmente el refuerzo de los vínculos saludables con el país de origen y la creación de nuevas relaciones con la sociedad en la que est@s inmigrantes residen, así como practicando contención psicológica en momentos de fuerte crisis del proyecto de vida.

¹² Léase el siguiente fragmento de la entrevista en profundidad a una de las psiquiatras fundadoras del ECB1: *'Nos parecía que detrás de la inmigración había muchos factores de riesgo que en ocasiones ya se expresaban en forma de síntomas, que abordados desde lo que es la realidad actual de la asistencia en un CSM podían pasar desapercibidos, podían ser pacientes que quizás fácilmente les podías dar de alta, no considerando que era una patología grave y que sin embargo, podía ser un riesgo [de desarrollo de más patologías], un factor de mal pronóstico si no hacías un abordaje entendiendo qué es lo que podía generar la migración en él... en la adaptación como riesgo'*.

Este método biopsicosocial de atención psicológica inicia con una primera toma de contacto con la persona usuaria, quien acude al servicio personalmente con el informe del servicio que formaliza la derivación¹³. En esta visita de acogida se informa sobre el funcionamiento y las características del programa, se realiza una valoración del caso, determinando la pertinencia o no de atención en el ECB1, así como el grado de urgencia asistencial. En caso de no ser tributaria de asistencia en el ECB1, se ofrece a la persona usuaria orientación y se le deriva al servicio oportuno. En caso contrario, se concreta una primera visita clínica con un/a profesional del equipo. En esta primera visita, la psicoterapia se basa en la realización de una historia clínica completa¹⁴, del diagnóstico psiquiátrico, con la correspondiente codificación CIM-9¹⁵, y se elabora el plan terapéutico. Según la psicóloga, en relación con la población autóctona, entre l@s usuari@s extracomunitari@s que atiende es más frecuente (que no exclusivo) identificar cuadros clínicos cuyos síntomas no encajan totalmente con una categoría del CIM-9 o el DSM-IV. Para esta profesional, ello se debe, por una parte, a que desde la psiquiatría y la psicología no se ha consensuado una tipificación de la sintomatología depresiva y, por otra parte, a la naturaleza compleja y acumulativa de las adversidades a las que cotidianamente han de enfrentarse las personas que acuden al ECB1¹⁶. Las visitas de seguimiento se desarrollan

¹³ Acorde con los datos de la actividad asistencial total (1997-2002) del ECB1, el 70% de las derivaciones a este servicio proceden de una ONG (asociaciones internacionales como Médico sin Fronteras o locales como Asociación Salud y Familia). Las demás proceden de la red socio-sanitaria proveída por la fundación privada que les financia y de los centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona.

¹⁴ Los datos recogidos en la historia clínica son: datos de filiación (nombre, edad, sexo); grado de cobertura sanitaria, país de nacimiento (especificando si es zona rural o urbana), país de procedencia; situación laboral actual; situación legal; tiempo de residencia en España; nivel y años de estudios; religión del usuari@ y grado de práctica religiosa; convivencia en el país de acogida; posesión o no de un sistema de creencia alternativo (curanderismo, magia); situación del país en el momento de la migración (guerra, hambruna, dictadura); motivos de la migración; características de la migración (trayectoria migratoria, si la realiza sola o acompañada, si ha sido forzada o planificada, mantenimiento de vínculos con el país de procedencia, relaciones sociales con el país de acogida, las personas con las que conviven, expectativas frente a la migración), derivación al ECB1; el motivo de consulta (clínica referida, tiempo de evolución, antecedentes de tratamiento), expectativas frente al tratamiento, plan de tratamiento.

¹⁵ La *Codificación Internacional de Enfermedades* CIM-9 representa la versión novena de la clasificación de enfermedades elaborada por la Organización Mundial de la Salud. Es, por tanto, una versión alternativa al DSM, aunque cabe decir que actualmente el CIM-10 se equipara al DSM-IV a fin de facilitar la homogeneización de las categorías de trastornos para proceder a estudios epidemiológicos comparativos a nivel internacional.

¹⁶ Literalmente, '[...] o a veces, el cuadro entero, digamos, no corresponde a una categoría conocida, por lo que hay muchas más dudas, muchos más interrogantes [K: De acuerdo]. Que tampoco es exclusivo de los emigrantes, te en-

acorde con el plan definido para cad@ usuari@, pudiendo ser éstas individuales o familiares, según se requiera y se acuerde con la persona usuaria. En la gran mayoría de los casos se procede a una terapia combinando tratamiento farmacológico con técnicas de psicoterapia verbal. Igualmente, se concibe la posibilidad de efectuar intervenciones descentralizadas con desplazamiento del personal del equipo al lugar más adecuado (por ejemplo, al Centro de Salud Mental o al domicilio particular) en función de la situación del usuari@ y su entorno. Por último, a l@s usuari@s con escasos recursos económicos y sin cobertura de la Seguridad Social que necesiten un tratamiento farmacológico o analíticas de control se las deriva al Centro de Atención Primaria de Barceloneta, donde se les ofrece medicación y asistencia gratuita. Además de ofrecer atención individual y/o familiar a inmigrantes y refugiad@s, la línea de trabajo del equipo se rige, también, por los objetivos de favorecer el contacto de l@s inmigrantes con los diferentes recursos asistenciales disponibles y, sensibilizar a los servicios asistenciales de las repercusiones de la migración y la influencia de la cultura sobre la concepción de la salud y los cuidados de la enfermedad. En este sentido, el ECB1 no se concibe como un centro al que se derive la atención psiquiátrica y psicológica de la población extracomunitaria de Barcelona y su área metropolitana; esto es, no es un servicio basado en la expulsión de est@s usuari@s de la red ordinaria de los Centros de Salud Mental hacia centros especiales de asistencia. Prefiere definirse como un centro de referencia, entendiéndose como un servicio de atención psicoterapéutica dirigido a un sector poblacional específico en el que se da un tipo particular de problemática, siendo al tiempo un espacio de interconsulta para l@s profesionales de salud mental que atienden personas inmigrantes en los distintos dispositivos socio-sanitarios en que trabajan.

Adentrándonos más en la clínica de descompensaciones psicopatológicas que acarrea la experiencia inmigratoria practicada en el ECB1, si bien sus profe-

cuentras muy a menudo con pacientes aquí, que lo estamos viendo cada día y a los que pasamos mil pruebas y seguimos con la incógnita del diagnóstico. ¿Por qué?, pues porque no corresponde al cuadro depresivo como se describe en los libros. Es que no existe, pero hay en algunos que se acercan al menos, digamos. Y, entonces, esto no es exclusivo, pero quizás pasa con más frecuencia, en las personas inmigrantes' (Entrevista con la psicóloga del ECB1).

sionales afirman mostrar interés por las distintas expresiones culturales del malestar (*idioms of illness*), manifiestan que la base de su labor terapéutica radica en el alivio de los síntomas de naturaleza más fisiológica con fármacos, y tratar las descompensaciones más emocionales trabajando la historia sociobiográfica singular y la narración del estado de salud propia de la persona a quien asisten.

Pregunta: ¿Qué tipo de terapia suele realizar, más farmacológica, combinada tipo fármacos y psicoterapia?

Psiquiatra: Combinada. Es que sobre todo la farmacológica es difícil. [...] En el caso del paciente inmigrante, a ver, priorizas si un paciente te está delirando o el paciente está muy deprimido es probable que la cultura es muy importante, pero evidentemente primero es tratar el síntoma. No puedes probar la cultura y ser tan puristas de no abordar el síntoma por el que el paciente está sufriendo o pidiendo asistencia. Es decir, lo primero es abordar el síntoma y a partir de aquí intentar conocer un poco más la historia. Hay pacientes donde el aspecto cultural y de la migración es importante, y otros pacientes donde te aporta información que te permite hacer una visión global del caso, pero donde la cultura queda en un segundo término. Pues porque el paciente es un psicótico que está descompensado y te interesa estabilizar la clínica ¿no? Y entonces, el abordaje es, bueno, en función del síntoma y luego re-situar el síntoma en la historia y en la narración de ese paciente.

El foco de atención no se centra tanto en la acumulación de conocimientos de creencias y prácticas culturales en relación con la salud a partir de un sin fin de estudios etnográficos, sino más bien en indagar sobre la apropiación que realiza la persona de los universos culturales en los que se ha endoculturado y desentrañar el contenido patológico a partir de las herramientas heurísticas proporcionadas por la formación en psiquiatría de l@s profesionales¹⁷. Desde este modelo terapéutico es condición necesaria establecer una relación de confianza con la persona usuaria y proporcionar el espacio temporal suficiente de escucha que permita recabar la información requerida para situar la persona y su malestar en relación no sólo con sus creencias y prácticas culturales de la sociedad de origen —en la mayoría de los casos se percibe un sincretismo con elementos culturales adquiridos de la sociedad de instalación— sino también con su posición social y proyecto de vida.

¹⁷ Un@ de l@s psiquiatras del ECB1 lo expresaba de esta manera: *‘Yo con mi formación de psiquiatra pienso que ya he estado preparada para atender al inmigrante y luego también está la actitud personal. [...] La actitud, por ejemplo en mi caso, es de explorar su vida [...] de dónde vienen, porqué vienen, quien está aquí, quien han dejado allí. De forma que en ocasiones te sirve para que el síntoma quede colocado en la historia o a lo mejor el síntoma se diluya y lo que te aparece es otra situación. Es decir, puedes ver al paciente más allá del síntoma. [...] Explorar toda la historia inmigratoria, saber porqué está aquí y en que condiciones. Hacerme una foto visual de ese paciente y su historia. Y, detrás del paciente hay muchas cosas, no sólo los síntomas que te trae, que eso seguramente es aplicable a todos los pacientes autóctonos’.*

Psiquiatra: "Bueno, porque homogeneizar de esa manera cuando hay tantas variables, aparte de la cultura que intervienen [...] desde la edad, las generaciones, los sexos, la clase social. Hay tantas posibilidades variantes... Que bueno, no priorizar unas sobre las demás me parece bien. El hecho de trabajar con la cultura, porque lógicamente se trabaja, pero que no creo que tenga que ser la única manera de poderlo hacer. Y creo que también el hecho de trabajar dos culturas diferentes, pues ha aportado cosas importantes y ha ayudado".

1.4. ECB2: La psiquiatría de la migración

Compuesto por cuatro profesionales sanitarios, un psiquiatra, una psiquiatra infantil, una arte-terapeuta y una psicóloga¹⁸, el ECB2 se presenta como un servicio de atención clínica especializada en las cuestiones psicopatológicas y psicosociales concernientes a la inmigración, dirigida práctica exclusivamente a la población extracomunitaria residentes en la ciudad de Barcelona y sus proximidades¹⁹. Además, este servicio se dedica a la investigación, el asesoramiento y la docencia sobre el campo de las psicopatologías de la migración y su tratamiento. En este sentido, el ECB2 ofrece docencia y supervisión a una variedad de profesionales que trabajan con población inmigrante extracomunitaria, bien previa inscripción al postgrado sobre psiquiatría transcultural que dirige el psiquiatra del centro y que cuenta con el reconocimiento institucional de una universidad pública catalana, bien a través de asesorías puntuales o seminarios específicos por encargo externo.

Fundado en 1994 por el psiquiatra del equipo, el ECB2 es un servicio perteneciente a una asociación privada que reúne una variedad de profesionales interesad@s en tratar la situación sanitaria de la población inmigrante y refugiada en Catalunya. El ECB2 ofrece asistencia clínica gratuita en una de las dependencias cedidas por una institución sanitaria privada, ubicada en el centro

¹⁸ La psicóloga se dedica exclusivamente a la línea de investigación que desarrolla el centro.

¹⁹ Acorde con los datos recogidos en la memoria sobre la actividad clínica para el año 2002 de un total de 105 personas atendidas predominan en un 31.4% las originarias del Magreb, seguido de la creciente presencia de usuari@s latinoamerican@s, principalmente de Ecuador y Colombia (24.8%), procedentes del subcontinente asiático, en su mayoría de nacionalidad pakistaní (20%) y, en menor proporción, de África Occidental, (16.2%) La mitad de l@s usuari@s que trata es de procedencia marroquí. Las personas usuarias de este servicio de atención psicopatológica suelen tener entre 25 y 35 años y se da una proporción mayor de hombres (60%).

de Barcelona. Se vincula a la red sanitaria pública y otros servicios a través de convenios. En efecto, siguiendo la información ofrecida por el psiquiatra del centro, aproximadamente la mitad de l@s usuari@s del ECB2 provienen de derivaciones desde servicios médicos tanto de ambulatorios, como de servicios de psiquiatría y de hospitales pertenecientes a la red pública del sistema sanitario catalán. El resto son remitidos por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de la ciudad y por asociaciones y, aunque de forma menos frecuente, también funciona el boca a boca entre los distintos colectivos de inmigrantes.

La especialidad del ECB2 no radica en tratar la salud mental de la población inmigrante, sino en trabajar específicamente aquellos trastornos y sufrimientos provocados por el acontecimiento de la migración. Para ello se vale, además de la exploración de los duelos migratorios, de una técnica terapéutica concreta, esto es, literalmente ‘una psiquiatría transcultural y de la inmigración’²⁰. El perfil del usuari@ para el que se concibe el servicio es el de una persona que se ve inmersa a una serie de estresores fruto de la experiencia migratoria generalmente malvivida por las condiciones de vida en la sociedad de instalación, los cuales originan una serie de síntomas psicopatológicos²¹. A lo largo de la década en que lleva funcionando, el ECB2 ha establecido un protocolo para el procedimiento clínico. Toda persona que acude al ECB2 pasa una primera visita con el psiquiatra, quien procede a realizar una primera exploración fijándose principalmente en la presencia de cansancio físico, problemas para dormir, dolores de cabeza y decaimiento, la resiliencia del emigrante (el grado de recuperación/elasticidad de su personalidad, basada en la capacidad de superarse, madurar y adquirir mayor competencia ante las adversidades, si tolera las frustraciones, su permeabilidad al nuevo entorno social y cultural)²² y reco-

²⁰ Entrevista a psiquiatra y director del ECB2 (3 junio 2004).

²¹ El psiquiatra señala la soledad, el fracaso, la lucha por la supervivencia y el miedo como los cuatro estresores más fundamentales de la sintomatología que presentan la mayor parte de sus usuari@s. al respecto añade: “*esto viene todo de los problemas sociales, vienen de que están solos porque no pueden traer a la familia; tienen, están fracasados porque no pueden tener acceso al mercado de trabajo, tienen que luchar por la supervivencia porque no tienen medios de vida*” (entrevista en profundidad, 3 junio 2004).

²² El neologismo resiliencia (del término inglés *resilience*) es un término importado de la Física para definir un tipo de homeostasis que permite a los sistemas recuperar sus condiciones iniciales tras recibir un impacto o a los materiales resistir a la presión y recuperar su estructura.

giendo también su situación social y administrativa (particularmente, la dificultad para conseguir documentación, el miedo a ser objeto de agresión, la situación laboral y la existencia de apoyo psicosocial informal). Igualmente, se indaga sobre las posibles causas que ellas mismas atribuyen a su propio estado emocional (en particular, si la causa atribuida es de naturaleza mágica) y si se ha recurrido a curanderos o rituales mágico-religiosos de sanación²³. Esta primera visita no sólo sirve para determinar las causas de la demanda de asistencia y, por ende, filtrar las solicitudes que correspondan a la misión del centro, sino que en el mismo día se inicia la recogida, a través de un cuestionario, de la información concerniente a la realidad sociodemográfica, la trayectoria migratoria y la historia clínica de la potencial usuaria, con fines terapéuticos, a la vez que de investigación²⁴. A parte de su finalidad diagnóstica, el cuestionario se emplea como herramienta de investigación al tratarse sus datos mediante un análisis estadístico cuantitativo descriptivo, bivariable²⁵. El psiquiatra coordina toda la actividad clínica del centro, de él depende, por ejemplo, la decisión de ofrecer a sus usuari@s los servicios de arte-terapia.

L@s profesionales de este centro identifican la psiquiatría transcultural en contraposición a la psiquiatría hegemónica, cuya cosmovisión corresponde a los valores del llamado Occidente:

Psiquiatra: [...] Nosotros desde la psiquiatría transcultural no podemos seguir los mismos criterios que la psiquiatría oficial, occidental, tampoco hay muchas posibilidades de compatibilidad, entonces es mejor hacer un sistema diferente.

K: Entonces, concibe al menos dos tipos de psiquiatría, por una parte, la oficial que conllevaría el connotativo de occidental y luego, supongo que se refiere a la psiquiatría transcultural.

Psiquiatra: Claro. La psiquiatría occidental no tiene para nada en cuenta la cultura, ni ese tipo de factores, y eso es un problema muy grave.

²³ Véase EL PAIS. Suplemento Salud. 'La inmigración en el diván del psiquiatra' (ESCOLA, C., 14.11.00) en www.elpais.es/p/d/suplemen/salud/11sal14g.htm [última consulta: 06/02/01].

²⁴ Según la información ofrecida en la memoria de actividades del año 2002, los datos sociodemográficos recogidos son: sexo, edad, país de procedencia, estado civil, nivel de estudios, situación legal, procedencia rural o urbana, año de llegada a España. Los datos referidos a los procesos migratorios son: motivo de la inmigración en España, las actividades esperadas, la situación en el nuevo país. Sobre la historia clínica de la persona se interroga sobre la historia infancia-juvenil, los antecedentes personales, la 'personalidad premorbida', el cuadro psiquiátrico diagnosticado. El acceso al cuestionario me fue denegado por el psiquiatra del centro quien alegó que la patente del mismo está en manos del Ayuntamiento de Barcelona.

²⁵ Véase la memoria de actividad del ECB2 del año 2002. El tratamiento de los datos de la encuesta se reduce a la identificación de asociaciones entre síntomas y variables socio-demográficas mediante tablas de contingencia bivariadas.

Arte-terapeuta: [...] No hay que olvidar que los términos internacionales de diagnóstico (el DSM-IV, por ejemplo) se basan en la cultura occidental y reflejan el ethos de las ideologías occidentales.

Para est@s profesionales, adoptar la perspectiva transcultural en la práctica psicoterapéutica significa tener en cuenta la existencia de variaciones culturales en las concepciones de la salud y los cuidados a malestares y enfermedad, y ejercitar una serie de ‘ejercicios de control’ para no caer en la *fetichización* de la diferencia y el relativismo cultural. Así, se dan concepciones distintas, con elementos incluso antagónicos, sobre el mundo y la posición del ser humano en él. Est@s profesionales destacan dos elementos socio-culturales fundamentales que pueden entorpecer la relación terapéutica con usuari@s de origen extracomunitario: a) el énfasis en el individuo, la fragmentación en disciplinas y la fractura cartesiana cuerpo (*res extensa*) y mente (*res cognitans*) del modelo hegemónico de organización y atención sanitaria de la sociedad de instalación, que se contraponen a concepciones holistas de la salud donde la idea de *self* está intrínsecamente diluida en una unidad global que incluye fuerzas cósmicas y aspectos espirituales y b) la influencia del pasado colonial en la configuración de la estructura social y la identidad social de l@s inmigrantes extracomunitari@s, así como el actual imperialismo económico y cultural ejercido desde occidente a las zonas periféricas. En este sentido, la arte-terapeuta del centro considera imprescindible un ejercicio de auto-reflexividad donde el terapeuta explicita sus propios valores y presunciones a fin de interrogarse sobre la posible influencia de éstos en la interacción y la contratransferencia de la relación terapéutica, así como obrar con una idea de cultura en tanto que un sistema de creencias y prácticas colectivas, dinámico y cambiante histórico-socialmente al que l@s usuari@s se adhieren subjetivamente en distinto grado y forma.

En el momento del trabajo de campo, el ECB2 aplica en su práctica totalidad tratamientos psicofarmacológicos para aliviar dolores y en caso de ansiedad y depresiones agudas. Si bien la intervención psicosocial es presentada como un componente fundamental de la clínica, ésta suele limitarse a conocer los estresores sociales (entendidos como factores sociales desencadenantes o man-

tenedores de los trastornos mentales en los inmigrantes, esto es, documentación, vivienda, trabajo, seguridad personal), explicitados en el cuestionario de la primera visita y orientar a l@s usuari@s, acorde con sus demandas, hacia los servicios sociales de su zona de residencia o la asistencia prestada por entidades privadas tales como asociaciones u ONGs. Donde se percibe un trabajo psicoterapéutico transcultural y psicosocial es, sin duda, en las sesiones de arte-terapia, principalmente por la mayor intensidad de la relación terapeuta-usuari@ que otorga la realización de las sesiones semanales de 45 minutos, en comparación con las visitas de psiquiatría de apenas diez minutos, cada dos o tres meses.

El ECB2 es conocido en España por la difusión de su modelo de interpretación de la psicopatología de l@s inmigrantes extracomunitari@s, tanto a través de sus contribuciones en libros y revistas especializadas en medicina transcultural y psiquiatría, como por la prensa española. En los últimos años, el ECB2 ha pasado de ser el servicio de atención psicopatológica que abanderó el trabajo del duelo migratorio a vindicar una nueva categoría de psicopatológica popularizada mediante la expresión 'Síndrome de Ulises'.

Del duelo migratorio ...

La psiquiatría de la migración toma como eje definidor de su método de diagnóstico y terapia la experiencia del movimiento migratorio como un acontecimiento de la vida que entraña la elaboración de una serie de duelos. Por duelo se entiende 'el cúmulo de sentimientos despertados por la pérdida de un objeto de amor, de sentimientos de tristeza, de odio, de rivalidad, de triunfo sobre el objeto muerto, etc. Y, con frecuencia, una mezcla o interjuego ambivalente de algunos de ellos, lo que determina una situación emocional especial, más o menos duradera, pero siempre penosa para la persona' (Calvo, 1973:395). El duelo es un proceso inherente a la trayectoria biográfica de todo ser humano puesto que la vida entraña tanto ganancias y satisfacciones, como pérdidas y sufrimientos a los que el individuo ha de enfrentarse emocionalmente (Bowlby

1985, 1993). Desde esta óptica, la elaboración del duelo constituye una parte esencial del continuo proceso vital de adaptación e innovación con el entorno²⁶.

La preocupación por la cuestión del duelo en el campo de la psicología y la psiquiatría se remonta al artículo 'El duelo y la melancolía' de Freud (1917) y los trabajos de Abraham (1911, 1924) y Margaret Klein (1934, 1940) sobre los estados maniático-depresivos. Estos autores definen la elaboración sana del duelo como el proceso de reconstrucción del mundo interno basado en el reestablecimiento de los vínculos con el mundo externo que el individuo había sentido romperse con la pérdida sufrida²⁷. No es hasta los años sesenta y setenta que encontramos las primeras aplicaciones del esquema del duelo al hecho migratorio²⁸. Aquí destacan los artículos donde se ilustran una serie de casos clínicos concretos del psiquiatra Francisco Calvo Olalla (1971, 1973) y la difundida obra sobre el duelo migratorio de los psicoanalistas argentinos León y Rebeca Grinberg (1984).

El duelo migratorio se define como el proceso de reorganización de los vínculos que la persona establecía con su sociedad de origen antes de emigrar (amig@s, familiares, lugares queridos, costumbres, paisajes, actividades cotidianas, relaciones sociales, lengua). Una vez en la sociedad de instalación, la persona inmigrante no sólo establece necesariamente nuevos vínculos sociales, que en parte substituirán los apoyos sociales que deja atrás, sino trata también de mantener los vínculos con su sociedad de origen en tanto que a través de éstos se ha construido una parte significativa de su identidad socio-cultural (Grinberg & Grinberg, 1984)²⁹. La elaboración del duelo migratorio se ve dificul-

²⁶ La elaboración del duelo se define por 'todo el proceso psíquico, que iniciándose con la pérdida del objeto de amor termina con la reintroyección del mismo en el yo del sujeto, y la liquidación de los sentimientos de tristeza así como de la ambivalencia' (Calvo, 1973:395).

²⁷ Para Margaret Klein (1934,1940), las elaboraciones perjudiciales del duelo se producen por la persistencia de odio hacia el objeto perdido. De ahí que la autora sostenga que la estabilidad emocional y la superación de trastornos mentales responden al aumento de confianza de la persona en su capacidad de amor y en el poder de reparación del amor.

²⁸ Desde los sectores más ortodoxos del psicoanálisis de orientación freudiana se percibe cierta incomodidad por la aplicación del 'duelo' al evento migratorio. Véase cuando presentábamos el ECP3, la preferencia por el término 'nostalgia'.

²⁹ Un caso paradigmático del establecimiento de nuevos vínculos sociales al tiempo que se mantienen vínculos anteriores encuentra su analogía en lo que en sociología se denomina las migraciones transnacio-

tada cuando las condiciones materiales de existencia de la persona inmigrante en la sociedad en que se instala son desfavorables y le impiden desarrollar una vida en dignidad; a saber, situación de empleo precario y explotación laboral, viviendas insalubres, políticas de exclusión del foráneo, experiencia de racismo. Asimismo, la sicopatología de la migración se asocia también a problemas psicológicos previos a la emigración (Calvo 1971, 1973). Este psiquiatra afirma que el éxito en la elaboración del duelo migratorio depende de la forma particular en que cada sujeto elaboró los duelos de la primera infancia (Calvo, 1973, Atxotegui, 2003)³⁰. Finalmente, un tercer factor que contribuiría a la etiología de la sicopatología en l@s inmigrantes es una menor consistencia y elaboración del proyecto migratorio voluntario (por ejemplo, el caso de l@s exiliad@s) (Atxotegui, 2000). En síntesis, al realizarse en malas condiciones sociales y personales que la migración actúa como catalizador de una elaboración psicopatológica del duelo migratorio, que suele presentarse en forma de trastornos de tipo psicosomático y ansioso-depresivo (Atxotegui, 2000; Calvo, 1973).

El duelo migratorio se distingue de otro tipo de duelo (por ejemplo, el duelo por la pérdida de un ser querido) por cuatro características. Para empezar, el objeto del duelo migratorio, esto es, la sociedad de origen, no desaparece sino que la migración supone un distanciamiento, una separación espacio-temporal entre sujeto y objeto. El carácter parcial del duelo migratorio provoca una confusión muy dolorosa en l@s inmigrantes, pudiendo generar trastornos disociativos. En segundo lugar, el ir y venir en relación con la sociedad de origen (por ejemplo, los viajes esporádicos, contacto telefónico o vía Internet, envío de remesas, noticias diversas sobre la sociedad de origen), al reavivar vínculos hace que los procesos de elaboración del distanciamiento sean recurrentes, lo

nales, esto es, las migraciones basadas en el continuo ir y venir de emigrantes que viven y planifican su futuro a lo largo de circuitos transnacionales, constituyendo este vaivén de personas y objetos, un puente entre la nación en la que se instalan y la nación de la que proceden (Ribas, 2001).

³⁰ En este sentido, las manifestaciones psicopatológicas de l@s inmigrantes responden también a síntomas de conflictos, temores y necesidades emocionales que estaban latentes antes de la emigración, especialmente vinculados a la relación afectiva con sus padre/madre (si ha sido conflictiva o muy dependiente, si pertenece a una familia extensa o dispersa, si ha sufrido fallecimiento, abandono o separaciones tempranas del padre o de la madre) (Calvo, 1971,1973; Atxotegui, 2000,2003)

cual contribuye a cronificar el malestar psicopatológico. En tercer lugar, el duelo migratorio conlleva una regresión psicológica³¹, en particular sobre los servicios sociales y asistenciales que experimentan gran parte de l@s usuari@s extracomunitari@s, explicada en gran parte por padecer un fuerte déficit en su red de apoyo social, pero sobre todo por el paternalismo con el que en reiteradas ocasiones estos servicios trabajan con las poblaciones más desfavorecidas social y económicamente. Esta situación es susceptible de engendrar síntomas de tipo reactivo ante situaciones de estrés agudo, y con tendencia a la cronificación. Por último, el duelo migratorio implica fundamentalmente siete subprocesos de reestructuración de los vínculos con distintos objetos significativos: el duelo por la familia y amistades que se deja en la sociedad de origen, el duelo por la lengua, el duelo por la cultura, el duelo por la tierra, el duelo por el estatus social, el duelo por el contacto con el “grupo étnico” y el duelo por los peligros físicos (Atxotegui, 2000, 2003). Aquí, el psiquiatra del ECB2 señala la mayor importancia de los duelos por la familia, el status social y los peligros físicos concernientes a la migración en las vivencias de l@s inmigrantes extracomunitari@s que actualmente atiende.

En primer lugar, por duelo por la familia y amistades se entiende la nostalgia que el emigrante siente respecto a la red de apoyo social con la que podía contar en caso de adversidad en la sociedad de procedencia, sentimiento que se magnifica al atravesar situaciones de elevada vulnerabilidad social en la sociedad de instalación. El sentimiento de aislamiento social y lejanía de los seres queridos entraña, sin duda, ansiedad, soledad y miedo al futuro. Asimismo, el duelo por la familia hace referencia también a los sufrimientos que comporta la separación entre padres e hij@s (en particular, cuando l@s hij@s pequeñ@s se quedan bajo la tutoría de familiares o amistades en la sociedad de origen o cuando se produce un distanciamiento respecto a unos padres/madres an-

³¹ Heredera del acervo conceptual elaborado por Lucien Freud, la regresión psicológica consiste en el ‘retroceso de la persona hacia actitudes más infantiles, menos autónomas’ (Achetegui, J., 2003:13). Las expresiones más básicas de la regresión infantil son: a) las conductas de dependencia, esto es, sumisión ante las figuras de autoridad y b) la queja infantil, esto es, ‘protestar y quejarse de modo intenso justamente ante los que mejor nos tratan’ (Achetegui, J., 2003:13).

cian@s y enferm@s), así como la separación respecto al grupo familiar extenso (abuel@s, prim@s) con el que, anteriormente a la emigración, existía un vínculo intenso y/o efectivo de relaciones sociales.

Por otra parte, desde el psicoanálisis se sostiene que la lengua, la cultura y la tierra son algunas de las dimensiones a través de las que el/la niñ@ construye su vinculación con el grupo familiar, fundamentalmente los padres/madres, que intervienen también en la producción de la identidad social de la persona. Lejos de sacralizar y esencializar esta tríada de aspectos relacionados con la socialización del individuo, debe partirse de una concepción dinámica de apropiación e interiorización de éstos en el transcurso del continuo proceso vital de adaptación e innovación con el entorno. Cabe añadir la relación ambivalente que el/la inmigrante experimenta acerca de la lengua materna, la cultura de la sociedad de origen y la tierra de l@s antepasad@s³². En el caso de la tierra, Joseba Atxotegui (2000: 94) ilustra claramente esta ambivalencia:

Los inmigrantes, apegados afectuosamente a la tierra en la que han crecido, viven intensamente los cambios de paisaje, temperatura, humedad, luminosidad, colores, pluviosidad, olores, etc. (...) Contrariamente a lo que se piensa desde el sentido común, desde la psicología se considera que el mecanismo de idealización [de esta tierra] se halla ligado a sentimientos de ambivalencia, de amor-odio (...). Cuando exageramos mucho el valor de algo es porque no podemos tolerarlo tal como es, por eso lo alteramos, lo maquillamos con la exageración para que responda a nuestros gustos o necesidades Y ya hemos comentado que no siempre la madre tierra (...) ha sido tan 'buena madre'.

El duelo por la pérdida de estatus social pone de relieve la movilidad descendente respecto a la posición social que se detentaba en la sociedad de origen que, paradójicamente, implica ser inmigrante en la sociedad de instalación. Si bien desde el punto de vista de la sociedad de origen, ser inmigrante en un país más potente económicamente respecto al de origen es considerado como un ascenso social, en la sociedad de instalación ser inmigrante extracomunitari@ conlleva una carga estigmatizadora y reduce las condiciones de posibilidades en el mercado laboral. Ilustra este descenso en el estatus social, la ocupación de inmigrantes extracomunitari@s en puestos que no corresponden a sus niveles de estudios (generalmente, más elevados) y experiencia laboral previa

³² Aquí la ambivalencia se entiende como mezcla y confusión de sentimientos de amor y de odio respecto a un mismo objeto.

en la sociedad de origen, así como las discriminaciones que les hacen permanentemente recordar su condición de extranjería y foraneidad –esto último se vincula también al duelo por el grupo de afinidad étnica-. Las dificultades de elaboración del duelo migratorio por la pérdida de estatus social generalmente ponen de relieve la vivencia del proyecto migratorio como un fracaso.

Por último, las precarias e insalubres condiciones materiales de existencia de ciertos colectivos de inmigrantes exponen a estas personas a numerosos riesgos para su propia salud e integridad física. Son factores determinantes de este riesgo: la falta de vivienda o la carencia de condiciones higiénicas necesarias en la vivienda; la inadecuada alimentación; la accidentalidad y enfermedad laboral derivadas de las condiciones de trabajo; la vulnerabilidad social que les hace susceptibles de padecer situaciones de violencia (abusos sexuales, agresiones físicas favorecidas por las condiciones de hacinamiento y marginalidad en las que viven y acciones racistas).

... Al síndrome de Ulises

Bajo la expresión de ‘Síndrome del inmigrante con estrés crónico’ popularizada como ‘Síndrome de Ulises’, el psiquiatra Joseba Atxotegui (2003) resume la sintomatología depresiva vinculada al estrés migratorio³³. Así, asistimos al nacimiento de una nueva clase de psicopatología: el síndrome del inmigrante con estrés crónico constituye una categoría autónoma de trastorno específico

³³ A modo de anécdota, en calidad de ávida lectora de la mitología griega y siendo avezada en las condiciones sociales de l@s distintos colectivos de inmigrantes extracomunitari@s y sus trayectorias migratorias en la Europa Contemporánea no pude evitar experimentar un cierto desasosiego respecto a la evocación de la figura de Ulises como imagen del ‘inmigrante extracomunitari@’. Ulises es un personaje perteneciente a la realeza cuya odisea no es sino un viaje de regreso a su reino tras su participación en la Guerra de Troya. Si bien sufre mil desventuras, en todas ellas sale airoso, desplegando hazañas heroicas al contando con la ayuda material y hospitalidad de una serie de reyes, con la gracia de la Diosa Atenea y por supuesto, con la bravura de su tripulación. Ulises representa, por tanto, más la figura del huésped querido, al que incluso se le ofrecen las más bellas princesas, del marido esperado por la bella Penélope, del que regresa a su modo de vida de antaño, sin apenas modificaciones. Utilizada desde la admiración que Joseba Atxotegui manifiesta por el valor que demuestran l@s inmigrantes extracomunitari@s, la evocación de Ulises para denominar una nueva categoría de psicopatología tiene como razón de ser, dignificar. No obstante, según mi punto de vista, la evocación a la figura mitológica de Ulises no es acertada: más que dignificar, es poner un velo poético de connotaciones extremadamente alejadas a las condiciones de los sujetos a los que viste. Incluso, la elaboración de una nueva categoría, el síndrome de Ulises, comporta grandes riesgos de llegar a cristalizarse en una patologización de la inmigración.

para l@s actuales inmigrantes extracomunitari@s, a medio camino entre los trastornos adaptativos y el trastorno por estrés postraumático. Si bien Joseba Atxotegui (2003) admite que se trata de una sintomatología depresiva, afirma que el síndrome de Ulises se distingue de los trastornos depresivos al entremezclarse síntomas de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo. De igual modo, diferencia este síndrome con respecto al trastorno por estrés agudo o el trastorno adaptativo aduciendo que no es concordante con los siguientes criterios del DSM-IV-TR (Atxotegui, 2003:46):

'los estresores identificables no son uno o varios, sino muchos; la duración del cuadro no se mide en semanas o meses, sino incluso en años; puede haber interpretaciones culturales que relacionen las penalidades con el mal de ojo, la brujería...; la intensidad de los estresores es muchas veces muy elevadas, con peligros graves para la integridad física y la supervivencia, lo cual aproxima el cuadro hacia trastorno por estrés postraumático; se asocian síntomas de tipo somatomorfo y disociativo'

Resultado de la explotación estadística de los datos del cuestionario anteriormente reseñado, así como de la experiencia profesional del psiquiatra del ECB2, los síntomas característicos del Síndrome de Ulises son una amalgama de la sintomatología de tipo depresivo, ansioso, somatomorfo y disociativo, curiosamente muy conforme a la nomenclatura de la psiquiatría hegemónica, occidental (Cuadro 1).

En la explicación de la presencia o ausencia de los distintos síntomas en el estado de ánimo de l@s usuari@s extracomunitari@s, se recurre tanto a determinismos culturales, como a condicionamientos sociales. A modo de ejemplo, se da cuenta del menor llanto en pakistaníes y marroquíes en comparación con africanos y latinoamericanos alegando que 'en el Islam se prohíbe expresamente el llanto ante la pérdida de un ser querido' (Atxotegui, 2004:48). Asimismo, tras constatar que el sentimiento de culpa aparece en menor medida en 'culturas no occidentales', mencionando pakistaníes y africanos, afirma que 'en todo caso, se daría más una culpa del tipo paranoide, en terminología kleiniana, [...] la persona no está preocupada por el daño que ha infligido al otro, por el mal que ha causado, sino que está preocupado por el castigo que puede recibir por su acción inadecuada' (Atxotegui, 2004:49). Por otra parte, en referencia a

los factores sociales, la lucha por el logro del proyecto inmigratorio es un factor que, según el psiquiatra, explica tanto la menor incidencia de muerte y suicidio y de falta de interés por hacer las cosas, como la recurrencia de estados ansiosos. Asimismo señala una red sólida y eficiente de apoyo social como el factor clave para reducir las preocupaciones excesivas.

Cuadro 1. El Síndrome de Ulises: sus síntomas más característicos			
Área depresiva	Área de la ansiedad	Área de la somatización	Área disociativa
Síntomas de mayor frecuencia: - Tristeza - Llanto - Baja autoestima Síntomas de menor prevalencia: - Culpa - Ideas de muerte y suicidio - Falta de interés por hacer las cosas - Pérdida o aumento del peso o del apetito	- Ansiedad - Preocupaciones excesivas e intrusitas originando insomnio de conciliación, cefalea o imágenes y pensamientos recurrentes e incontrolables - Irritabilidad	- Alteraciones del sueño - Cefaleas - Fatiga	- Confusión temporospatial - Trastorno de identidad disociativo - Fallos de la memoria - Falta de concentración

Fuente: elaboración a partir de Atxotegui, 2003:47-55.

En la explicación de las variaciones en la sintomatología según el país de procedencia, las aserciones realizadas a partir de generalizaciones de orden cultural para explicar diferencias en la presencia o ausencia de síntomas entre la población extracomunitaria eluden la cuestión de la adhesión subjetiva de las personas a las creencias y prácticas culturales. Este reduccionismo de cariz culturalista bien podría evitarse con un tratamiento más complejo y multivariable de los datos recogidos del cuestionario –que en última instancia, son las fuentes primarias de las observaciones que construyen el ‘Síndrome de Ulises’— así como un cuestionamiento de la elección y construcción de sus variables estructurales (explicativas). En relación con este último punto, de particular relevancia es el que la codificación de la transculturalidad se haya restringido al país de origen y, más inquietante aún, que el cruce de variables explicativas y explicadas se reduzca a poner en relación síntomas y la zona de procedencia, desglosada ésta en ‘Latinoamerica’, ‘India-pakistan-bangladesh’, ‘África subsahariana’ y ‘Magreb’. Siguiendo la propuesta analítica de James Nazroo (1998) sobre las

distintas estrategias explicativas de las variaciones en salud, estamos ante el modelo más recurrente en los estudios epidemiológicos sobre salud e inmigración: 'la etnia no teorizada'. Se trata de una perspectiva pseudo-teórica que asume implícitamente y *a priori* la existencia de diferencias genéticas o/y culturales, que son consideradas como principales generadoras de las disparidades en salud entre grupos humanos previamente diferenciados. Este modelo explicativo, a la práctica, tiende a caer en una concepción de la cultura como una realidad coherente, homogénea, unívoca y estable. Por tanto, a resbalar sobre un aspecto que fervientemente se critica desde el ECB2, la *fetichización* de la diferencia.

Por último, la necesidad de recurrir a nueva categoría viene por la dificultad que ha experimentado a la hora de diagnosticar sobre el sufrimiento de l@s inmigrantes extracomunitari@s en la actualidad, desde la nomenclatura de la *psiquiatría oficial*³⁴.

K: ¿Qué es lo que le incomodaba sobre los duelos migratorios para pasar a utilizar la metáfora del síndrome de Ulises?

Psiquiatra: No, a ver, lo que pasa es que... la idea es que las migraciones de los 80s y los 90s que yo visité son diferentes de las de ahora. Es decir que, un poco podríamos decir que el inmigrante clásico era un inmigrante con, podríamos decir, como mucho, con un trastorno adaptativo, bueno con un problema de adaptación. En la nueva inmigración está en una situación mucho peor, en la que tienen unos estresores prácticamente intolerables, que le conducen inevitablemente a un trastorno que es difícil de definir. Nosotros lo hemos llamado síndrome para no meterme con la 'Santa Inquisición', para que no me digan que nos estamos inventando una enfermedad. [...] Síndrome es un conjunto de síntomas. Es lo primero que me enseñaron en la carrera, entonces si yo veo un señor con 12 síntomas le diré que tiene un síndrome. Quizás no es un trastorno porque la psiquiatría oficial es muy celosa con estos temas. Yo creo que es mucho más trastorno que el adaptativo porque en realidad están mucho peor. Pero bueno, no hace falta discutir, llamémosle síndrome y ya está. Llamarle trastorno quizás... Llamarle trastorno depende de cómo entienda la psicopatología. Nosotros desde la psiquiatría transcultural no podemos seguir los mismos criterios que la psiquiatría oficial, occidental, tampoco hay muchas posibilidades de compatibilidad. Entonces es mejor hacer un sistema diferente.

Si bien el psiquiatra explicita no querer caer en 'la invención de una enfermedad', la apelación a reagrupar bajo la expresión Síndrome de Ulises, una amalgama de sintomatología de tipo depresivo, ansioso, somatomorfo y disociativo vinculada específicamente a usuari@s de origen extracomunitari@ va de camino a cristalizar esta nueva categoría de psicopatología, entrañando fuertes

³⁴ Entrevista realizada el 3 de junio 2004.

riesgos de psicopatologizar un sector de la población ya muy estigmatizado socialmente. La invención de una nueva enfermedad es aún más probable al acompañar el Síndrome de Ulises con la ideación de un modelo terapéutico clínico especializado, esto es el de una psiquiatría transcultural de la migración, que pretende desligarse de la nomenclatura de la psiquiatría occidental. Dicho esto, cabe reconocer que apelar a una expresión de fuerte atractivo mediático, ‘El síndrome de Ulises’, contribuye a sacar a la luz pública las dificultades sociales, económicas y administrativas a las que han de hacer frente la población originaria de países extracomunitarios y su repercusión en su estado de salud, así como a publicitar la labor realizada por profesionales cuyos programas específicos de atención sanitaria depende de subvenciones anualmente renovables.

2. Las etnopsicoterapias³⁵

Aunque minoritarias en el campo de atención a la salud mental, las etnopsicoterapias han experimentado una remarcable divulgación de sus tesis y métodos terapéuticos, principalmente, en contextos sociales donde prima un modelo multicultural de gestión de la alteridad. La etnopsicoterapia emana, en gran parte, de la toma de conciencia sobre la desigualdad en la salud y en la atención sanitaria de la que son objeto l@s inmigrantes extracomunitari@s y sus descendientes. Esta desigualdad se explica por la ignorancia y el racismo que

³⁵ Acorde con el planteamiento de Marie Rose Moro (1994, 1998) y a la luz de mi trabajo de campo en ECP1 y ECP2, he optado por el término de etnopsicoterapia al considerarlo más conforme con la realidad de la práctica: una psicoterapia basada en la orientación analítica, cuyo dispositivo terapéutico busca adaptarse al universo simbólico-cultural de sus usuari@s, llegando incluso en el caso de ECP1 a incorporar instrumentos etiológico-terapéuticos de componente mágico-religioso. Entre los mismos profesionales que han puesto en práctica este enfoque terapéutico existe una gran confusión en el uso de la terminología, llegando a usar indistintamente etnopsiquiatría y etnopsicoanálisis (por ejemplo, la obra de Tobie Nathan). George Devereux (1970) delimitó que la etnopsiquiatría era la disciplina clínica cuyo cometido es la constitución de una semiología de enfermedades mentales sea cual sea el contexto cultural y el etnopsicoanálisis, la rama teórica encargada del marco explicativo de las relaciones entre cultura y psiquismo. A diferencia del ECP2 cuya directora ejerce de psiquiatra, el ECP1 reivindica el término de ‘psiquiatría’, incluso careciendo de psiquiatra en su equipo y sin hacer uso de la semiología psiquiátrica. Así lo hace como forma de contestar la hegemonía de la aproximación médica en el cuidado de la salud mental. En cuanto al uso de ‘etnopsicoanálisis’ ambos centros reivindican la apropiación de este término al identificar como precursores de este abordaje terapéutico las obras de *Tótem y Tabú* (Freud, 1912), los estudios etnológicos de Geza Róheim (1945, 1950, 1952, 1955, 1972) y las aportaciones teóricas de Georges Devereux (1970, 1972). No obstante, aplican un abordaje psicoanalítico poco ortodoxo tanto en el modo de operar de la sesión terapéutica, como la reticencia de formular interpretaciones, con los instrumentos del psicoanálisis, sobre el material cultural que emerge del discurso del usuari@.

prevalece en las instituciones sanitarias occidentales (Nathan, 1993) y, más particularmente, por el etnocentrismo de su institución médica (Moro, 2003).

Las etnopsicoterapias parten de una constatación evidente por su validez antropológica: todas las sociedades producen un discurso explicativo de la enfermedad y del sufrimiento psíquico, y a partir de éste han de diseñarse métodos terapéuticos coherentes con el universo simbólico al que pertenecen. Y yendo más allá de esta constatación, se fundamentan en el siguiente postulado: los trastornos presentados por una persona deben ser aprehendidos en la cultura de sus ancestros y tratados acordes con los instrumentos etiológico-terapéuticos propios del sistema cultural de su procedencia geográfico-familiar. De este postulado derivan dos situaciones terapéuticas posibles: una intracultural, que el/la afectad@ sea remitid@ para ser atendid@ por terapeutas del mismo origen cultural y, otra intercultural, que l@s profesionales de la salud sepan y practiquen una multitud de sistemas terapéuticos diferentes. Por consiguiente, las etnopsicoterapias se sirven de una multitud de sistemas terapéuticos, cada uno de ellos considerados sin exclusividad, ni jerarquía, independientemente de que se fundamenten en el razonamiento científico o se presenten como específicos de una comunidad étnica, religiosa o social, a fin de construir un método terapéutico adaptado al universo simbólico propio del lugar de procedencia de la persona a tratar (Nathan, 1998b).

Un segundo componente fundamental de las etnopsiquiatrías es la dinámica grupal de su dispositivo técnico. El equipo terapéutico se compone de terapeutas originari@s de distintos países, procedentes de universos simbólico-culturales diferentes, conocedores de una multitud de lenguas y avezados en distintas disciplinas (psicólog@s, antropólog@s, pediatras, trabajadores sociales, mediador lingüístico-cultural, etc.) aparte de tener conocimientos clínicos, cuyas intervenciones son centralizadas por un terapeuta principal (Nathan, 1998; Moro, 1998b). En la psicoterapia grupal se involucra activamente tanto al mism@ enferm@ como a los miembros de su familia que le acompañan, de forma a simular el ambiente en que se realizan las consultas y rituales chamánicas, propias de los poblados africanos tradicionales (Nathan, 1996). Aquí, el en-

ferm@ y sus acompañantes (normalmente, familiares) son invitados a co-participar en la definición del problema. Se sostiene la necesidad de partir de sus propias representaciones culturales y co-construir, guiado por un grupo mestizo de terapeutas, los sentidos que emergen de su aflicción y el modo de aliviarlos o eliminarlos. No obstante, cabe introducir una nota de escepticismo respecto a la creencia que subyace de que un/a inmigrante, habiendo residido varios años fuera de su sociedad de origen, conozca las teorías etiológicas propias del universo simbólico de su país de origen con la misma precisión que l@s terapeutas –o mismamente, un curander@ o chaman- cuyo prestigio radica, precisamente, en el espacio que lo separa de las personas profanas. Es más, en contextos en que se atribuye socialmente a actores concretos el arte de curar, las relaciones de poder en el encuentro terapéutico no serán igualitarias. Dicho esto, el mestizaje del grupo de co-terapeutas busca propiciar no sólo la co-construcción de la etiología de la aflicción y contención emocional al enferm@ y su familia, sino también la materialización de la alteridad y su transformación en catalizador terapéutico (Moro, 2004). Mencionados sus elementos constitutivos, actualmente se aprecian dos corrientes dentro de las etnopsicoterapias, que se distinguen en cuanto a su orientación teórica (principalmente, la cuestión del universalismo psíquico) y la forma de incorporar los instrumentos terapéuticos de la medicina mágico-religiosa.

2.1. ECP2: el etnopsicoanálisis complementarista y descentrada

El ECP2 consiste en un servicio de psicopatología de la infancia y adolescencia ubicado en un hospital público de la *banlieu* parisina, al que acuden en su mayoría menores procedentes del Magreb y África Negra. Este equipo etnopsicoanalítico fundamenta su práctica en la aplicación del método complementarista (Devereux, 1972) y una aproximación culturalmente descentrada. El primero se aplica articulando las teorías y métodos psicoanalíticos y antropológicos, de manera no simultánea, respetando la singularidad del material producido por cada uno de los instrumentos utilizados (Moro, 1998, 2002). Por tanto, el etnopsicoanálisis complementarista se formaliza mediante un método ecléctico y focalizado: a partir de la variedad de teorías etiológicas, pretende utilizar

los conceptos, los métodos y las estrategias consideradas más eficaces a la luz de los indicios culturales e idiosincrásicos que aparecen en la narración del problema. La adopción de una mirada descentrada hace referencia al cuestionamiento reflexivo sobre el posicionamiento del equipo terapéutico en relación a la alteridad del usuari@, es decir, dejar en suspensión las propias referencias para comprender la aflicción del otr@, desde el ejercicio de empatía. Al sostener la idea de una unidad fundamental del psiquismo humano (Devereux, 1970), esta mirada descentrada trata de construir una dialéctica para pensar de forma complementaria, la universalidad psíquica y los códigos culturales de la aflicción (Moro, 1994). Aquí, la cultura se concibe como un marco de lectura del mundo. Permite la codificación del conjunto de la experiencia vivida por un individuo. Las representaciones culturales son, pues, interfaces entre el mundo interno y el mundo externo, resultado de la apropiación subjetiva de los sistemas de pensamiento de origen cultural. En contra de un universalismo monocultural y de los excesos del culturalismo, el ECP2 reivindica, por tanto, la clínica del mestizaje (Moro, 2002).

El trabajo terapéutico que se realiza con las familias inmigrantes incorpora en la definición del problema las teorías etnológico-terapéuticas de las sociedades tradicionales teniendo presentes las dimensiones sobre la experiencia vital actual de l@s usuari@s en particular, el bagaje étnico-cultural del núcleo familiar y el significado de la inmigración. En la co-construcción del marco culturalmente pertinente, el equipo terapéutico trata de conducir al enferm@ y su familia por tres niveles de reflexión:

Nivel ontológico: el ser	Nivel etiológico: el sentido	Lógicas terapéuticas: el hacer
La representación del ser: el origen, la identidad, la función. <i>¿Qué es un niño? ¿Qué necesita? ¿Qué es un/a madre/padre?</i>	El sentido del desorden: dar respuesta a las preguntas respecto a la aflicción y enfermedad. <i>¿Cómo concebir las consecuencias de este desorden? ¿Por qué se ha enfermado/ se da una anomalía en el desarrollo?</i>	La lógica de la acción de cuidados a realizar. <i>¿Cómo hacer para reordenar los mundos luego de la confusión del desorden? ¿Por qué caminos debe pasar la transformación del ser para curarse?</i>

Fuente: a partir de Moro (2002:159)

En cuanto al acontecimiento migratorio, el equipo del ECP2 lo describe como un evento social inscrito en un contexto histórico y político que entraña un acto psíquico pues, ocasiona el trauma de la pérdida del marco cultural interno con el cual se descifraba la realidad externa. Al trauma de la emigración se le atribuyen potencialidades positivas: puede ser estructurador y portador de una nueva dinámica, incluso el germen de una metamorfosis y la fuente de una fuerza creativa. Sus efectos patógenos se vinculan más específicamente a la ruptura de los procesos de transmisión y la construcción del parentesco, lo cual entraña una dolorosa fractura entre filiación y afiliación. Esta ambivalencia entre los vínculos de pertenencias constituye la mayor fuente de fragilización de l@s descendientes de l@s inmigrantes. Por ende, este tipo de etnopsicoterapia tratará de (re-)construir los vínculos de pertenencia entre ‘ambos mundos’.

Si bien el dispositivo terapéutico grupal es de orientación psicoanalítica, pues la mayoría de l@s coterapeutas han seguido una formación psicoanalítica, cabe no olvidar que el ECP2 se enmarca dentro de un hospital público y, en consecuencia, suele utilizarse en complementariedad con sesiones etnopsiquiátricas individuales. En general, es propuesto para enferm@s procedentes de un entorno socio-cultural donde los modos de curación se dan tradicionalmente en constante interacción con el grupo de origen, pues la enfermedad es considerada como un acontecimiento, no sólo referido únicamente al individuo, sino también a la familia. Según la terapeuta principal, tres son los casos idóneos para la aplicación del etnopsicoanálisis complementarista y descentrado: 1) usuari@s errantes que van de un sistema de cuidados occidental a un sistema mágico-religioso, sin poder hacer el vínculo entre ambos sistemas, ni transformar la situación de aflicción, 2) l@s menores cuya sintomatología es consecuencia directa de la migración, padres/madres con sintomatología codificada culturalmente (brujería, posesión) o menores que expresan abiertamente el deseo de una clínica descentralizada culturalmente pues necesitan pasar por su idioma o ocuparse de las “cosas de su país” y 3) l@s enferm@s migrantes errantes que tras un seguimiento psicoterapéutico son excluid@s de cualquier sistema de cuidado o se autoexcluyen alegando ser incomprendid@s. Para la terapeuta

principal, si bien muy a menudo se recomienda visitar un marabú o chamán perteneciente al universo geográfico-cultural de l@s ancestr@s del usuari@, es fundamental no confundir los espacios terapéuticos. El etnopsicoanálisis complementarista se interesa por estas teorías etiológico-terapéuticas de orden mágico-religiosas, sin apropiarse de sus rituales.

2.2. ECP1: La etnopsicoterapia con objetos activos³⁶

Ubicado en las dependencias de una universidad, el ECP1 ofrece desde 1988 un servicio etnopsicoterapéutico de carácter privado. Su principal función, en el momento de la visita realizada al centro, es la formación y la investigación. Las sesiones clínicas se basan en una interpretación de la aflicción recurriendo a técnicas adivinatorias (por ejemplo, los cauris) y a asociaciones mentales basadas en modelos etnológico-terapéuticos de los países de origen de l@s usuari@s, generalmente conocidos por los terapeutas vía los escritos de etnólogos occidentales. En el diagnóstico intervienen normalmente categorías nosográficas y etiológicas mágico-religiosas (frecuentemente vinculadas a la resolución de vivencias de persecución) que conducen a prescribir tratamientos basados en rituales, fabricación de amuletos o sacrificios de animales³⁷, esto es, los denominados ‘objetos activos’ (Nathan, 2001)³⁸. Una sesión de una a tres horas parece bastar, siendo la clave de la psicoterapia, la provocación de un ‘choque saludable’ por la revelación de un significado mágico-religioso (por ejemplo, la pose-

³⁶ Aunque visité el ECP1 gracias a la gentileza de su secretaria, también coterapeuta, su acceso como terreno de campo me fue obstaculizado por mi estatus de externa. El requerimiento, si bien implícito, reposaba sobre un previo proceso de ‘conversión’: formarme en su curso de postgrado.

³⁷ Una ilustración de la combinación de estas técnicas sería el caso narrado por Tobie Nathan (1996: 36-38) de una joven bambara sufriendo de desmayos y sobre quien, en calidad de psicoanalista sospeché una historia de embrujamiento. Primero, una co-terapeuta wolof (grupo étnico de Senegambia) lanza los cauris y anuncia la necesidad de realizar una ofrenda (‘sarakh’) de dos objetos similares. Seguidamente, el psicoanalista invita a la joven bambara a telefonar a su madre que reside en Senegal para pedirle que sacrifique un animal gordo y su pequeño (por ejemplo, una cabra y su cabrito) enterrándolos vivos en el patio de su casa. Tras este tratamiento propio de una interpretación vinculada al esoterismo, el psicoanalista-narrador se apoya en un ensayo de Hubert y Mauss sobre los sacrificios para legitimar en nombre de la ciencia su prescripción de enterramiento en vida de dos seres: ‘Al asfixiar el animal, se entierran los soplos’ (Nathan: 1995, traducción propia).

³⁸ Los objetos activos son fetichizaciones, ‘el valor extraordinario y maravilloso que pueden recibir ciertos objetos, cargados de virtudes fabulosas mucho más allá de la utilidad práctica que brindaban, y que los hacía merecedores de un determinado tipo de veneración especial o que obligaba a relacionarse con ellos ritualmente’ (Delgado, 1993:80).

sión de un genio, un embrujamiento) o psicoanalítico (por ejemplo, un suceso olvidado, un recuerdo doloroso). En ella se circunscribe la persona en el universo simbólico-cultural propio de la zona geográfica de la que proceden sus ancestros. Otro de los rasgos diferenciadores de la etnopsicoterapia desarrollada en el ECP1 es que se reemplaza la especificidad del hecho psicopatológico por la especificidad étnico-cultural, sin asumir un mínimo de invariabilidad en la psicopatología (Nathan, 1993). Eludiendo la diferencia intra-grupal y el carácter ecléctico de las constelaciones identitarias, los terapeutas del ECP1 parecen erigirse como expertos de las alteridades culturales, reduciendo así el espacio de participación interactiva del usuario. Este último queda, por tanto, reducido a unos esquemas psico-cognitivos culturalmente determinados. Intervienen, así, dos procesos propios del culturalismo; a saber, la reificación de la etnia y la sobredeterminación por el hecho cultural. Acorde con el primer proceso, se concibe a la etnia como una entidad en sí misma, una realidad cerrada e indivisible, transmitida por herencia y susceptible de ser aislada y observada. Según el segundo, la sobredeterminación por el hecho cultural, es en la cultura donde se encuentran el origen y el remedio de las costumbres y conductas patológicas del otro.

La etiología de los trastornos psíquicos se define generalmente como producto del funesto encuentro entre los sistemas de pensamiento tradicionales y los modos de inteligencia modernos, lo cual nos remite directamente a las reflexiones teóricas de la etnopsiquiatría colonial. Las etnopsicoterapias proceden, pues, mediante una doble operación de culturización y de psicopatologización (Fassin, 2000a), donde la articulación de la psique y de lo cultural pasa por esencializar la cultura y patologizar las relaciones intergrupales. Mediante este doble proceso, se ignora el contexto social en el que los actos adquieren significados subjetivos (Jaffré, 1996). Asimismo, es de notable importancia resaltar que la combinación de psiquismo y culturalismo, teñida de un cierto cariz esotérico, esquiva no sólo las condiciones materiales de existencia que influyen en las razones que llevan a los miembros de minorías étnicas a buscar asistencia médica o/y social. También contribuye, paradójicamente, a ocultar las inadecuaciones

de las respuestas institucionales. Es decir, las instituciones que derivan a sus usuari@s de origen extracomunitario a este servicio saben que obtendrán una interpretación en la que el psiquismo es definido en términos fundamentalmente étnicos. La lógica es clara: si la etiología de la sicopatología de las minorías extracomunitarias radica en la diferencia étnica, ¿para qué buscar respuestas más allá de las especificidades culturales de est@s usuari@s?

En Francia, el ECP1 es actualmente referencia clave para lo concerniente no sólo a la sicopatología de l@s inmigrantes, especialmente la población africana, sino también en relación a las prácticas sociales menos conformes al discurso oficial de integración social. De hecho, hasta 2003, quien fue su director elaboró durante la década de los noventa una aproximación política de gestión de la inmigración a partir de su experiencia como psicoterapeuta de l@s inmigrantes extracomunitari@s, que se resume como sigue: de igual modo que hay que comportarse como Soniké con un enfermo soniké, Bambara con un bambara y Cabil con un cabil, las instituciones francesas han de priorizar los ghettos a fin de nunca presionar a una familia a abandonar su universo cultural originario (Nathan, 1994). Literalmente, defiende (Nathan, 1993:331):

*'Lo afirmo alto y fuerte, los niños de los Sonikés, Bambaras, Peuls, Dioulas, Ewoundous, Dwalas, etcétera, pertenecen a sus respectivos antepasados. Lavarles el cerebro para convertirlos en blancos, republicanos y ateos es simplemente un acto de guerra.'*³⁹

Subyace, por una parte, una concepción de la etnia en términos de cierre social hereditario y determinístico y por otra, la consideración del mestizaje cultural como el peligro de desintegración social y el origen de los desórdenes psíquicos que la etnopsiquiatría clínica se dedica a curar. Por consiguiente, el doble proceso de reificación de la etnia y de sobredeterminación del hecho cultural conduce a la racialización de los trastornos mentales: la etnia no funciona sino como sucedáneo de la 'raza' en tanto que se la concibe como una realidad colectiva que impregna al individuo y es transmitida hereditariamente. En concreto, dos instituciones representan una amenaza particular para las mentes de l@s inmigrantes extracomunitari@s, a saber, la Escuela y la Medicina. Literalmente,

³⁹ Traducción propia.

‘Las máquinas que abrasan los sistemas culturales en Francia son la medicina y la escuela, puesto que son los dos lugares institucionales donde percibimos el inmigrante como un ser humano universal y no como un ser de cultura.’ (Nathan, 1994:238) ⁴⁰

Sin embargo, el ECP1 realiza unas seiscientas consultas anuales, de las cuales más del 96% son realizadas por inmigrantes extracomunitari@s y descendientes generalmente derivados a la consulta etnopsicoanalítica por instituciones –principalmente públicas- con competencias en prevención, represión y tratamiento de los desórdenes públicos, desviaciones y delitos de todo tipo⁴¹. El éxito de estas etnopsicoterapias se debe a que se han implantado en un espacio favorable, dejado de lado por los poderes públicos y obviado por las instituciones sanitarias y sociales (Fassin, 1999). Es más, en la medida en que se definen la etiología de la salud mental y su método terapéutico en base a la distinción cultural, no se cuestionan las deficiencias de un sistema de atención a la salud que tiende a derivar la asistencia sanitaria del ‘extraño’ a centros especializados en culturas exóticas, en lugar de atender a sus demandas desde el derecho común. En última instancia, el modelo francés de atención sanitaria y estas etnopsicoterapias son compatibles en tanto que comparten una característica peculiar: ambos se asientan en el etnocentrismo. Literalmente,

“Esta respuesta descansa sobre un reconocimiento de las diferencias que son evidentes para todo terapeuta de cara a personas lejanas culturalmente, pero a las que los dispositivos existentes no prestan atención alguna o a las que cuando quieren ocuparse, no saben qué hacer”.⁴² (Fassin, 1999: 167).

Los métodos de interpretación y tratamiento desarrollados por el ECP1 han suscitado una notable controversia entre l@s profesionales sanitari@s. Seguidamente, se exponen las principales objeciones⁴³. En primer lugar, Richard Rechtman (1995) afirma que la aserción sobre la ineficacia de los métodos de la psiquiatría y el psicoanálisis para tratar la salud mental de las personas no occi-

⁴⁰ Traducción propia.

⁴¹ Centros PMI, Servicios de Ayuda Social a la Infancia (ASE), los servicios sociales de tribunales para niño@s, los servicios sociales de los ayuntamientos cercanos a la universidad.

⁴² Traducción propia.

⁴³ Numerosos y de muy variados frentes provienen los detractores de la aproximación teórica y modelo terapéutico practicado en el ECP1. Aquí resaltamos las críticas principales y argumentadas. No obstante, puede consultarse también: Zerdalia Dahoun (1992), Douville & Ottavi (1995), Benslama (1999, 1996), Policar (1997), Sibony (1997) y Roudinesco (1999).

dentales (Nathan, 1993), cae en un discurso demagógico en la medida en que permanece como una cuestión esquivada en el discurso de los terapeutas del ECP1. Asimismo, denuncia el relativismo cultural extremo que subyace en sus tesis principales: no sólo rechaza la validez universal de la psiquiatría, en beneficio de una multitud de técnicas etiológico-terapéuticas culturales propias de cada sociedad y distintas las unas de las otras, sino que refuta toda forma de invariabilidad socio-cultural, al silenciar los aspectos comunes y sobredimensionar el conjunto de creencias y prácticas culturales compartidas por el grupo de pertenencia, concebido éste como homogéneo en sí e irreducible a l@s otr@s⁴⁴. En este sentido, se define la identidad socio-cultural esencializando sus diferencias y negando la naturaleza relativa y relacional de su construcción.

‘¿Cuál es su naturaleza, cuáles son las fronteras que lo separan del otro, quiénes son los otros, y a partir de qué distanciamientos nos convertimos en otros, y según qué referencias, sabiendo que para Nathan la alteridad, totalmente cultural, parece ser sinónimo de irreductibilidad’. (Rechtman, 1995: 648)⁴⁵

Además, sin un mínimo de invariabilidad en la relación sujeto e identidad socio-cultural, el recurso a la psicología o la psiquiatría pierde su sentido.

Igualmente criticado ha sido la forma en que se utiliza la lengua materna de l@s usuari@s extracomunitari@s con fines terapéuticos. Al respecto, autores como Jaffré (1996) han tratado de desenmascarar el dominio excesivamente básico o erróneo de estas lenguas por parte de l@s coterapeutas, no sólo señalando las múltiples faltas de ortografía en las obras de difusión de su práctica terapéutica⁴⁶, sino, principalmente, al demostrar errores en la contextualización conceptual de palabras y expresiones, que conducen a graves confusiones de interpretación psicoanalítica. Asimismo, se cuestiona una lectura excesivamente literal de las catacresis presentes en las narrativas de l@s usuari@s respecto a su sufrimiento mental. Por ejemplo, la expresión ‘hacerse mala sangre’, aunque se vin-

⁴⁴ Aquí cabe notar un movimiento hacia el culturalismo más radical del que fuera director de su centro, a finales de los años 90, que le ha llevado, tras un episodio de ‘iluminación’, ejercer de marabú en sus consultas etnopsiquiátricas. Esto ha merecido las críticas por parte de los mismos marabús, quienes defienden corporativamente el requisito de una iniciación previa en las artes de curación mágicas. Precisamente hoy día, el primer director del ECP1 está en Benin iniciándose en tales artes.

⁴⁵ Traducción propia.

⁴⁶ En concreto, el libro de Tobie Nathan (1995) ha sido objeto de severas críticas al respecto.

cula a la antigua teoría de los humores, no permite inferir necesariamente, que las personas atribuyen su sufrimiento a un mal funcionamiento vascular (Jaffré, 1996).

Otra de las razones del decaimiento de la popularidad del ECP1⁴⁷, gira en torno a la apropiación *sui generis* que se realiza de los estudios etnográficos a los que se recurre a fin de legitimar su método de cura. Por ejemplo, Henry (1997), a raíz de la publicación de *La Parole de la Forêt Initiale* (1996), denuncia el plagio que su autor realiza sobre un artículo publicado por la etnóloga Marie-Josée Jomous (1994).

De todas las críticas realizadas, la que menos deja inmune al ECP1 son los cinco reduccionismos evidenciados por Didier Fassin (1999). En primer lugar, este dispositivo de interpretación y tratamiento de la diferencia étnica en salud mental despoja al *otr@* de su universalidad⁴⁸. Encerrándolo en su cultura, no lo reconoce en lo que comparte con el resto de los grupos socio-culturales. En segundo lugar, el etnopsicoanálisis priva al *otr@*, de su diversidad: inmutable y naturalizada, la cultura no permite una expresión única de cada ser humano. En tercer lugar, sustrae al *otr@* de su propia racionalidad. No es que se le considere irracional, sino que se le confina a una racionalidad diferente, calificada en términos de exterioridad exótica: “El Wolof únicamente puede pensar en *rabs* y *djinnés*, actuar solamente en función de sus tradiciones y sus mitos, las racionalidades del mundo moderno le son definitivamente inaccesibles” (1999:169).⁴⁹ La cuarta crítica deriva del hecho que esta perspectiva desnuda al *otr@* de su condición social, al silenciar las dificultades económicas, jurídicas y sociales que experimenta en la cotidianidad de su vida. La reducción del inmigrante extracomunitari@ a su especificidad étnico-cultural implica también la negación de su trayectoria biográfica.

⁴⁷ De ahí que desde principios de este segundo milenio, el ECP1 haya visto recortado, e incluso rechazado, financiación por parte de varias instituciones (entrevista con la secretaria del ECP1, octubre 2002).

⁴⁸ Véase también al respecto Roudinesco (1999).

⁴⁹ Traducción propia.

La contrarréplica no se hizo esperar. Tras denunciar un supuesto complot contra el centro por parte de ciertas secciones del *establishment intelectual francés*, l@s terapeutas del ECP1 inciden en que la etnopsicoterapia que desarrollan debe considerarse como un campo experimental de mediación entre las terapéuticas que ‘traen’ l@s inmigrantes y los dispositivos existentes en Francia. De igual modo, la teoría que elabora constituye un proceso reflexivo inacabado, en busca de asentar las bases heurísticas para un trabajo interpretativo-práctico en el campo de la salud mental e inmigración que 1) no descalifiquen las “psicopatologías” locales, 2) revaloricen los fundamentos teóricos implícitos en las prácticas terapéuticas tradicionales y 3) demuestren que estas prácticas terapéuticas pueden, al igual que los modos de curación hegemónicos, proveer soluciones a los problemas técnicos en todo lugar y por cualquier terapeuta (Nathan, 2000a, 2001:47-110). No obstante su naturaleza inconclusa, se evidencia una reafirmación en la apropiación de conceptos y objetos mágico-rituales en las sesiones terapéuticas, negando que ello suponga dejar de ejercer como psicólogo@. Asimismo, se insiste en que la riqueza de la etnopsicoterapia radica en: 1) la traducción por voces múltiples que contribuye a que el/la enferm@ pueda posicionarse como expert@ de su propio sufrimiento y 2) el cambio de paradigma que supone pasar del interés por el lenguaje al interés por las lenguas y, del interés por las enfermedades al interés por los dispositivos terapéuticos. En contestación a las críticas de Didier Fassin (1999), no hallamos argumento alguno: de respuesta, la negación acompañada por la reprobación –ésta, a nuestro juicio, merecida— por criticar sin haber realizado trabajo de campo previo. Si bien, desde el ECP1 se afirme que ‘toda pertenencia cultural es artificial, construida y contingente’, una lectura socio-crítica sobre la aplicación del dispositivo terapéutico, más precisamente, la forma de tratar la aflicción de las personas que le son derivadas, nos conduce a alinearnos no sólo con Didier Fassin (1999), sino también con Richard Rechtman (1995), Elisabeth Roudinesco (1999), Salima Zerdalia Dahoun (1992) y Fethi Benslama (1999). Subyace un trabajo focalizado en enraizar al sujeto en el mundo simbólico-cultural de sus ancestr@s como forma de aliviar a l@s doblemente enajenad@s, sin muestras de tejer conexiones

con la vida cotidiana del presente, y -añadiremos- donde predomina un alarde a la virtuosidad del pensamiento mágico del terapeuta.

3. La atención especializada en las secuelas de la violencia organizada y del exilio

L@s profesionales especializad@s en la atención a la salud mental en el exilio distinguen, con contundencia, la realidad bio-psico-sociopatológica de éstas respecto a la de l@s inmigrantes⁵⁰. Incluso el abordaje terapéutico y social es distinto.

Trabajadora social: Aquí el refugiado sería aquel que no tiene una voluntad al marcharse del país. En la persona inmigrante hay una voluntad de marcharse de su país. Su motivación sería la de mejorar su situación. Para el refugiado, es salvar su vida. Aquí, la diferencia es muy clara. Enfocando más en el tema de la salud mental, pues la distinción a la hora de hacer la derivación es diferente. En uno [los refugiados] todo el proceso experimentado va a afectarle y por ello requiere un apoyo psicológico. Claro que en el otro caso va a pasarlo mal al venirse aquí, pero no hay aquella presión de no poder volver al país de origen. Los problemas mayores están en situaciones como que al llegar aquí la persona que le prometió que le daría alojamiento ya no puede dárselo, o no la encuentra, no tiene trabajo... Son problemas más del momento. En cambio, en el refugiado hay situaciones de trauma por todo lo que han vivido. (ECB4)

Los centros especializados en el cuidado y apoyo a exiliad@s rehúsan definir sus usuari@s como enferm@s mentales. Sus profesionales coinciden en que se trata de personas que padecen un doble sufrimiento: por una parte, el sufrimiento de las secuelas de haber sufrido un politraumatismo por la violencia vivida en el país de origen y, por otra, el sufrimiento de la ruptura del contexto de cotidianidad que conlleva el exilio⁵¹. Este doble sufrimiento se manifiesta

⁵⁰ Según la definición propuesta por la ONU en 1951, el/la refugiad@ es una persona que a causa de los temores fundados de ser objeto de persecución por motivos de etnia, religión, nacional, género, pertenencia a determinados grupos sociales y opiniones públicas se encuentra fuera de las fronteras de su país, no quiera o no pueda acogerse a su protección. Debido a que la definición jurídico-administrativa del gobierno francés y del español considera refugiad@ a aquella persona a la que se le ha reconocido administrativamente el estatuto de refugiado político, hemos empleado el término de 'exiliad@' para englobar tanto a las personas reconocidas administrativamente como refugiadas políticas y a las que habiendo solicitado dicho estatuto, está a la espera de su tramitación, así como a las que habiendo huido de sus países por peligrar allí sus vidas han visto denegada su petición de asilo político.

⁵¹ Acorde con Jorge Barudy et al (1983:98-101), 'El refugiado político, sometido por el exilio a la discontinuidad de su vivencia, confronta la ruptura de su equilibrio [...] una modificación radical de la manera de funcionar que se tenía en el pasado. Él se vio obligado a abandonar su geografía de origen, su mundo relacional, su pertenencia socio-cultural, su propia identidad. [...] El exiliado es también el que ya no tiene "hogar". Desenraizado y forzado físicamente a abandonar su grupo humano primario y su medio cultural, está sometido a un estado de privación familiar'. [...] El exiliado percibe su medio como "extranjero",

bajo la forma de síntomas multiformes de naturaleza reactiva y defensiva ante los hechos traumáticos vividos y la situación de permanente desequilibrio con la que se encuentran confrontadas en la sociedad de instalación. Las dificultades relacionales (irritabilidad, agresividad, violencia no controlada hacia sus semejantes), la ansiedad difusa y/o prosística, las reacciones de sobresalto, los trastornos del sueño (pesadillas, insomnio), la pérdida de memoria, las dificultades de concentración, los estados depresivos constituyen sus síntomas más clásicos. Asimismo, es muy común que se manifieste de modo brusco e intermitente, la tríada sintomática de trastornos del sueño, cefaleas y dificultades de concentración. Por el contrario, las conductas adictivas no son frecuentes. Tampoco se aprecia una regla unívoca en cuanto a los signos de tortura física, pues en el esfuerzo de infligir dolor, l@s verdug@s hacen prueba de gran inventiva. Cada uno despliega una ingeniería del tormento específica. Los actos de tortura generan numerosas dolencias físicas (migrañas, lumbalgias, tendinitis, dolores musculares, ciáticas, dolores neurológicos) y, en adición a las condiciones de vida en el exilio, engendran también trastornos gástricos, problemas oftalmológicos, dentales y dermatológicos. Las heridas psíquicas que de ella derivan son duraderas y difícilmente superables, pues tras el acto del martirio permanece otro tipo de tortura: el dilema entre olvidar para superar el dolor y no olvidar para que no se reproduzca más; la culpabilidad por sobrevivir cuando much@s camaradas perecieron en la lucha; poder enseñar las lesiones y avergonzarse por haberlas padecido.

La especificidad del trabajo terapéutico en relación con los efectos de la violencia organizada radica, en primer lugar, en el carácter indecible de la experiencia límite que supone la tortura y el acoso. Uno de los médicos de familia del ECP5 ilustra así esta conspiración del silencio:

“¿Cómo hablar sin perturbar a nuestros próximos, sin hacerlos sufrir, sin infundirles miedo? ¿Cómo decir cuándo el entorno o bien responde invariablemente “no pienses más en

como el sitio donde se desarrolla la historia del otro, donde él puede proyectar nada más que su mundo fantasmático. [...] El refugiado político se sitúa en un tiempo sin perspectivas [...] que no sabe dominar y del cual no comprende su funcionamiento. [...] El sujeto ya no vive el futuro inmediato, zona de actividad y de la expectativa, ni el futuro mediato, zona del deseo y la esperanza’.

eso, ya pasará” o bien funciona bajo el modo de la negación incrédula “no puede ser cierto, no es posible”.

Sin embargo, el reconocimiento del trauma a través de la palabra, la propia y la compartida en un espacio terapéutico, es identificado como el único medio duradero de reparación psíquica. Más allá del silencio impuesto, surge una segunda dificultad: rara vez, la persona que ha sido torturada concibe la vinculación entre el evento traumático y el síntoma, principalmente porque este último generalmente emerge cuando un@ recobra una determinada seguridad o al menos ya no teme por su vida. Asimismo, en la génesis de los trastornos post-traumáticos se halla la incapacidad de erigir una frontera entre la experiencia pasada y la realidad cotidiana del presente. En efecto, la vida en el exilio hace despertar sentimientos de fragilidad, primordialmente al producirse episodios en el transcurrir de lo cotidiano que reavivan recuerdos y sensaciones de la experiencia pasada.

Tanto la tortura como el encarcelamiento acarrear, además, un aniquilamiento de la autonomía y de la capacidad de juicio y acción de la víctima, y en consecuencia, una pérdida de autoestima. La tortura y la violencia política tienen la particularidad de ser producto de un acto intencional, organizado de manera sistemática cuyo cometido es la destrucción de las creencias y las convicciones de la víctima a fin de desnudarla de su constelación identitaria (Boggino, 1999; Viñar & Viñar, 1989). Cabe no olvidar que l@s exiliad@s proceden de países donde las condiciones mínimas de pertenencia a la comunidad humana se ven incesantemente amenazadas. Allí, la violencia o la muerte que el ser humano inflige a otro ser humano no se inscribe en una criminalidad ordinaria sino en una pseudo-legalidad que exime a l@s que detentan el poder, de la infiltración del terror por medio del uso de las armas, el abuso sexual, el genocidio o la ‘purificación étnica’ (D’Elia, 2001). La tortura y la persecución política tienen por efecto una desarticulación del vínculo social: a través del suplicio ejercido a un conjunto de víctimas, aterra y somete a la comunidad entera (Viñar, 1989). El acto de la confesión ante el verdugo supone una despersonalización difícilmente soportable: la víctima siente haber perdido el secreto de su pensamiento, dice

la palabra que el torturador desea arrancarle (Gómez Mango, 1988). Si bien en la relación terapéutica se produce una ‘nueva confesión’, ésta debe surgir desde el interior del individuo, desde su propia voluntad de aliviar su sufrimiento. En tal contexto, la víctima recobra el sentido de poder decir y callarse, esto es la reconstrucción indispensable de un espacio de palabra no dicha, que produce la posibilidad misma de la existencia de una palabra viva (Gómez Mango, 1988). Por último, encontramos en el seno de la problemática del exilio, la intersección de una historia singular y de la Gran Historia, en la cual lo singular se inscribe. De ahí la importancia de reconocer en la persona que ha sobrevivido a la violencia de un evento traumático, la identidad de víctima y, posteriormente, ayudarla a que deje de considerarse como tal, a fin de retomar las riendas de su propia trayectoria vital.

Los centros especializados en atender a las personas que han sido objeto de tortura y violencia organizada defienden la especificidad del trabajo terapéutico que conlleva sanar las secuelas del evento traumático y sostener la conformación de un porvenir en el exilio. Todos ellos ofrecen sus servicios en un horario de atención normalizado, de lunes a viernes. Lejos de diferenciar la atención según nacionalidades, lugar de origen o culturas, comparte otro punto en común: conciben a sus usuari@s en su singularidad. Tal como afirma una de las psicoterapeutas entrevistadas en el ECP5: “uno por uno, pero uno por uno golpeado por la Gran Historia”. De ahí que el espacio terapéutico especializado se haga eco del espacio sociopolítico: se trata de aliviar el dolor al tiempo que de escucharlo en tanto que sufrimiento individual y violencia de la historia (Viñar & Viñar, 1989). A continuación, presentamos las particularidades en el enfoque y abordaje terapéutico de cada uno de los centros de atención especializada en las víctimas de tortura y el exilio, objetos de estudio empírico.

3.1. ECB4: El abordaje psicológico del exilio

Este programa de atención psicológica para refugiad@s forma parte de una amplia línea de intervención social dirigida tanto a las personas reconoci-

das como refugiadas por el gobierno español, como a aquell@s demandantes del estatuto de asilo, puesta en marcha por la Cruz Roja Española a partir de los acuerdos firmados con el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales en 1994 (tras la aprobación de ley de Asilo 9/94 que reformaba el texto legislativo precedente la ley 5/84). Si bien el ECB4 está conformado por una psicóloga y una trabajadora social, pueden intervenir, de manera puntual, el resto del equipo que se dedica a la atención socio-sanitaria para inmigrantes y refugiad@s⁵² en tanto que la Cruz Roja pone a disposición de las personas con mayores carencias materiales y de formación, alojamiento de emergencia, manutención alimenticia, ayudas económicas puntuales, orientación a la asistencia sanitaria pública, seminarios de formación ocupacional y de idiomas y, un servicio de información y asesoramiento sobre cuestiones jurídico-administrativas⁵³. El ECB4 cuenta con una financiación vía convenios renovables del gobierno español así como una partida presupuestaria del Ayuntamiento de Barcelona, cuya cuantía total recibida permite mantener un servicio de atención psicológica de franja horaria amplia y continuada.⁵⁴

Como su denominación bien lo indica, el programa de atención psicológica al refugiado se instauró *a priori* para tratar el sufrimiento psicológico vinculado a la experiencia del exilio y el daño causado por las persecuciones, encarcelamiento y tortura sufridos en la sociedad de origen. Sin embargo, a raíz de la creciente demanda de asistencia psicológica por parte de la población inmigrante que la Cruz Roja atiende en sus otros programas de intervención social, la psicóloga del ECB4 presta además, ayuda psicológica a personas cuya psicopatología se relaciona con la experiencia migratoria y las condiciones de asentamiento en España. Ciñéndonos a la cuestión del exilio, el perfil de personas que

⁵² En el año 2003, este equipo era compuesto por un director, cinco trabajadores sociales, dos administrativas, un asesor pedagógico, una psicóloga y aproximadamente 80 voluntari@s.

⁵³ Ante la falta de recursos para cubrir la totalidad de demandas materiales, los criterios de selección de las personas beneficiarias de alojamiento de emergencia y ayudas económicas son la intensidad de la carencia y las garantías de que en un futuro próximo la persona va a poder continuar adelante por sí misma (Entrevista con la trabajadora social ECB4, 14 mayo 2004).

⁵⁴ En concreto el servicio de apoyo psicológico se pone a disposición del usuari@ las mañanas de lunes a jueves y las tardes del lunes y miércoles.

acude al ECB3 concuerda con el panorama de conflictos bélicos en el mundo. Hasta el año 2001, la mayor parte de l@s usuari@s provenía de la antigua Unión Soviética. Actualmente, si bien se mantiene una presencia relevante de personas de origen checheno y georgiano, la mayoría llegan de Colombia y de países africanos como Costa de Marfil, Liberia y Sudan. De forma menos notoria cuantitativamente, al centro acuden además, exiliad@s de Sierra Leona, la República Democrática del Congo, Guinea Conakry, Sri Lanka, Afganistán e Irak.

El abordaje psicoterapéutico del ECB3 inicia con una primera entrevista, en la cual la persona se presenta y narra cómo se encuentra⁵⁵. Este primer contacto generalmente proporciona los datos necesarios para evaluar clínicamente su estado anímico. Dependiendo del diagnóstico y previo acuerdo con l@ usuari@ se distinguen básicamente dos líneas de trabajo. Si la persona requiere una atención psicológica más pautada por presentar una serie de síntomas patológicos, se procede a un tratamiento psicoterapéutico. Aunque éste toma la forma de consulta individual, también puede optarse por una intervención familiar cuando el evento traumático involucra la dinámica familiar. En caso contrario, se da paso a un seguimiento regular de la evolución de cómo la persona va enfrentándose a las vicisitudes de la vida cotidiana. En este sentido, la psicóloga otorga gran relevancia al acompañamiento preventivo sobre los cambios y dificultades que l@s usuari@s están viviendo en la sociedad de instalación y cómo les está afectando, a fin de evitar la emergencia de futuras patologías. Aquí, el rol de la psicóloga se basa en la escucha activa y la contención psicológica, así como en ayudar a la persona a discernir la realidad en la que se encuentra y esclarecer las opciones de acción posibles que contribuyan a mejorar su estado. Se trata, en palabras de la trabajadora social, de trabajar la responsabilidad por la propia vida. El siguiente fragmento de entrevista revela la naturaleza ecléctica y flexible del proceder psicoterapéutico.

⁵⁵ El contenido de la entrevista no toma la forma de un cuestionario cerrado sino de una conversación asistemática en la que se abordan una serie de temas: la edad, qué ha hecho antes de venir aquí, si ha estudiado, qué tipo y nivel y duración de los estudios realizados, qué es para lo que viene, qué amores tiene y finalmente, qué le sucede, cuáles son las razones por las que ha venido.

Psicóloga: Yo te explico lo que hago, luego le pones el nombre que quieras. Yo quiero primero que me expliquen lo que les pasa, lo que les ha hecho sufrir, qué les ha pasado, qué les ha hecho salir de su país y a partir de ahí me dedico a trabajar cómo se sienten, cómo lo viven, cómo están ahora, qué creen que va a pasar en el futuro, cómo ven todo lo que les ha ocurrido y de qué manera les está marcando. Y en base a lo que le pase a esa persona ya organizo el tiempo de terapia. Evidentemente no vas a trabajar igual con la persona que le ha dado tiempo a organizar mínimamente su partida, con la que puedes verla dos veces a la semana durante dos meses que con la persona que ha recibido amenazas telefónicas y que el día de salir le avisó el vecino 'vete corriendo que vienen a por ti'. Los dos tienen mucho daño pero el recuerdo es diferente. Yo soy muy reacia a pautar o sistematizar porque me importa cómo está esa persona y a partir de ahí trabajamos. Evidentemente la persona ha de aprender a vivir con lo que le ha pasado, y ha de aprender que es algo que le ha pasado pero que no le tiene que estar torturando el resto de su vida. Yo, una de las cosas que digo a las personas que han sido torturadas, [es que] no pueden permitir que el torturador siga trabajando. Y que ahí sí que son las responsables de que esto acabe. No son los responsables de su tortura, ni lo podían parar, pero lo de ahora sí.

3.2. ECB3: La práctica psico-social: de la reparación del daño psicológico a la politización de la vida cotidiana

Instaurado en Barcelona desde el año 2000, el programa de salud mental integral dirigido a personas exiliadas del ECB3 se compone de un equipo de dos psicólogas, un trabajador social y un neuropsiquiatra-psicoterapeuta, que ejerce asimismo las funciones de director del centro. El ECB3 está diseñado a semejanza de otro centro, del cual el director de ECB3 es también cofundador y director. Así, en 1976 se abrió la primera sede en Bruselas para atender las necesidades de atención a la salud mental de exiliad@s latinoamerican@s (uruguay@s, chilen@s, argentin@s) que huían de las dictaduras de sus respectivos países. A tenor de los cambios políticos acaecidos en el mundo, hoy ambos centros atienden además de la población sudamericana, personas procedentes de África, los países de la Europa del Este (fundamentalmente de la antigua Yugoslavia) y Oriente Medio⁵⁶. Tanto en Bruselas como en Barcelona, el ECB3 atiende las secuelas de la tortura y secuelas de violencia organizada (la migración forzada y las situaciones de discriminación y violación de los derechos humanos), pero también dispone de un programa especializado para tratar las

⁵⁶ A fin de proporcionar referencias más concretas al respecto, de un total de 142 personas atendidas en el ECB3 durante el año 2003, la mayor parte de ésta provino de Latinoamérica (en particular, de Colombia) y de África Occidental (42% y 41%, respectivamente), seguidos de África del Norte (10%) y de Oriente Medio (7%).

consecuencias psicopatológica de la violencia intrafamiliar (abuso sexual infantil, violencia doméstica). Con tal objetivo, l@s profesionales del ECB3 realizan, de lunes a viernes, terapia individual, de pareja y familiar, con niños y adultos, y en el caso exclusivo del centro en Bruselas, un trabajo de animación socio-cultural de sector y de barrio.

En Bruselas, el centro está integrado en la red ordinaria de asistencia socio-sanitaria como centro de referencia especializado. Cuenta con el reconocimiento del Ministerio de Sanidad del Gobierno Belga, institución que financia parte de sus actividades junto con la Comisión Europea, la ONU y diversas organizaciones internacionales, lo que permite desarrollar un programa que integra los aspectos médicos, psicológicos y sociales del daño provocado por la violencia organizada. En cambio, en Barcelona, a causa del exiguo reconocimiento institucional y apoyo económico por parte de las autoridades sanitarias y las entidades que prestan asistencia médica en Cataluña, los recursos del centro son mucho más reducidos. Contando con el aporte del fondo de las Naciones Unidas destinado a proyectos para Víctimas de la Tortura y la Comisión de la Comunidad Europea, junto con donaciones de personas y dos fundaciones privadas⁵⁷, el ECB3 se centra en dar asistencia psicológica y, en menor medida, apoyo social.

En referencia a la comprensión del sufrimiento y al método de ayuda, el modelo es el mismo: la idea de asociar los recursos, el saber y las competencias de l@s profesionales con los recursos que movilizan las personas para seguir adelante. Se da gran importancia al trabajo en grupo, es decir, tratar que las personas que hayan vivido experiencias similares se ayuden entre ellas. Al mismo tiempo, el centro se esfuerza por vincular las personas tanto con los servicios socio-sanitarios existentes, como con las asociaciones de apoyo a personas que han vivido experiencias de violencia organizada y exilio.

⁵⁷ Según los datos ofrecidos por la memoria de actividades de 2003, tanto el Fondo de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura como la Comisión de la Comunidad Europea (fondo presupuestario B7-704) contribuyen en un 39% cada una a la financiación del ECB3. El resto es cubierto gracias a las aportaciones de la Fundación Concepció Juvanteny (12%) y de ECB3 en Bélgica (10%).

El ECB3 se plantea el desafío de desarrollar una práctica psico-social que no sólo se enfrente al daño, sino que además se inserte dentro de un proceso doble de crecimiento personal y comunitario y, de cambio social estructural. Pieza clave del modelo terapéutico, la reparación del daño psicológico se aborda desde el discernimiento de las causas que provocan el estado de sufrimiento y de crisis personal (proceso reflexivo sobre la influencia del contexto político de la sociedad de origen y la organización de la vida cotidiana en el país de instalación en su malestar) y, la indagación de tácticas de superación de la angustia y la crisis. El ECB3 tiene por cometido actuar sobre los tres factores que constituyen la patogénesis de la violencia organizada, a saber: 1) el contenido traumático de la violencia organizada⁵⁸, 2) la alteración de la identidad de las víctimas, por la manipulación psicológica y las estrategias de culpabilización destinadas a anularlas como personas críticas y capaces de actuar coherentemente con sus ideales y creencias y, 3) la destrucción del tejido familiar y social, producto de la “infiltración del horror” en el seno familiar, con alteración de la capacidad de las víctimas de relacionarse sanamente con los miembros familiares y su comunidad. Por otra parte, sobrevivir a una situación muy traumática o a un sufrimiento puntual o crónico significa necesariamente tener recursos y conocimientos sobre tácticas de supervivencia, los cuales son un material valioso que aportar en la relación terapéutica. En este sentido, la psicoterapia se propone ayudar a la persona en su búsqueda por reinventar su vida en el entorno propio de la sociedad de instalación, facilitando la emergencia de esos recursos y conocimientos, a fin de recobrar las capacidades de resolución, de actuar y de tomar decisiones, que quedaron anuladas tras las vejaciones físicas y psíquicas sufridas. Aquí cobra especial relevancia las dinámicas de autoayuda enfocadas a la elaboración de proyectos comunitarios destinados a facilitar la interacción y la

⁵⁸ Siguiendo la definición proporcionada por el ECB3, el proceso traumático engloba al conjunto de acontecimientos dolorosos y/o estresantes que emergen en el marco de las relaciones interpersonales significativas, cuyo contenido, repetición y cronicidad agotan los recursos naturales de la persona para calmar y elaborar el dolor. Ejemplos de contenido traumático sería, pues, las sesiones de tortura y el contexto en el que se aplica, esto es, el dolor físico y psicológico, las experiencias extremas, la violencia sexual, la manipulación psicológica y afectiva, la alteración del ritmo del sueño, el suministro de drogas, el agotamiento programado (Memoria de actividades de ECB3, 2002).

mejora de las condiciones de vida de l@s inmigrantes y el establecimiento de un trabajo en red con profesionales de diferentes servicios⁵⁹.

El modelo terapéutico del ECB3 contiene una dimensión de acción política considerada de gran relevancia en el trabajo de reparación del daño causado por la violencia. En opinión de l@s profesionales del centro, l@s exiliad@s son producto de un desorden a escala mundial originado por la desigual distribución de la riqueza y el apoyo incondicional por razones geopolíticas de los gobiernos de las potencias económicas mundiales a determinadas dictaduras o a regímenes que violan sistemáticamente los derechos humanos. Además, es de incumbencia de los gobiernos de las sociedades en que l@s exiliad@s se instalan desarrollar políticas eficaces de acogida e integración socio-cultural, no sólo por tocar un asunto de decencia humana, sino también para prevenir entre otras cosas, una serie de manifestaciones anti-sociales —en particular, respuestas agresivas— por parte de las propias víctimas de la violencia ante situaciones de desesperación alimentadas por las trabas administrativas para el reconocimiento del estatuto del refugio político, la experiencia de la insolidaridad en sociedades con Estado de Derecho y Social y, unas condiciones objetivas de existencia insuficientes y precarias. De ahí que el modelo de atención bio-psico-social⁶⁰

⁵⁹ Tal como el trabajo de campo me ha permitido comprobar, una tarde al mes el ECB3 organiza sesiones conjuntas con una diversidad de profesionales que trabajan en las distintas asociaciones que les derivan usuari@s a fin de tratar temas concernientes al proceso de recuperación del dolor de las personas que atienden.

⁶⁰ Con el propósito de insistir en los tres aspectos que definen la condición *integral* del enfoque terapéutico, la atención a lo *bio* consiste en el consejo médico, seguimiento del tratamiento farmacológico recomendado y acompañamiento a los servicios de atención a la salud de la red pública a fin de realizar exámenes clínicos y obtener prescripciones médicas que den derecho a la cofinanciación de los fármacos. La asistencia psicológica se lleva a cabo mediante psico-terapias verbales de forma individual, familiar o grupal con otr@s usari@s. El proceso psico-terapéutico se sintetiza en: 1) entrevista de acogida donde la persona expone el síntoma que le molesta y le impide un funcionamiento normal, 2) etapa defensiva y de rodeo donde presenta la parte social de la identidad pero teme revelar su sí mismo privado, herido y debilitado y revivir sus miedos, sentimientos de culpabilidad, impotencia y deseos de venganza, 3) proceso de revelación del sí mismo pero sin conectar con la experiencia crítica y traumática de prisión y tortura (toma de conciencia de conductas y actitudes defensivas), 4) apertura de sí mismo herido a la experiencia conflictiva y traumática del pasado, 5) acercamiento paulatino a la experiencia traumática e inicio de su elaboración y 6) la aceptación de la experiencia y reorganización del sí mismo (Barudy, Páez & Martens, 1983). Por último, el trabajador social, junto con la colaboración de las psicólogas, se ocupa de la parte social, que suele consistir en asesoramiento, orientación y acompañamiento en la realización de las gestiones necesarias para cubrir algunas necesidades materiales (alojamiento, atención médica, educación de hij@s, asesoramiento jurídico), además del trabajo comunitario. Finalmente, las distintas aportaciones de apoyo y terapéuticas se integran en un trabajo en equipo multidisciplinar. El ECB3 instaura una reunión de síntesis semanal en la que l@s profesionales se encuentran para discutir cuestiones relevantes a los casos que están

desarrollado por el centro se defina además de intracomunitario, democrático, provisto de un sentido liberador y cuyo objetivo es lograr una integración crítica, esto es, incentivar que las personas se adapten y aprendan a vivir en la sociedad de instalación enriqueciendo su propia pertenencia cultural con elementos culturales de dicha sociedad, sin infravalorar ni dejar de conservar elementos culturales propios de la sociedad de origen⁶¹. Con tal finalidad, el centro trata de ejercer de puente entre las personas que les solicitan ayuda y la sociedad civil de la sociedad de instalación a través de lo que denominan “bienes sociales y dinámicas en red”, esto es, vincular estas personas con otras personas pertenecientes a instituciones o asociaciones de la sociedad civil basándose en un intercambio intercultural a partir de dinámicas de apoyo y solidaridad⁶². En efecto, l@s profesionales del ECB3 atribuyen un fuerte valor terapéutico a la solidaridad, pues por una parte, adoptar un compromiso con el mundo en el que una persona vive permite canalizar la ira que siente ante las injusticias.

Neuropsiquiatra: [...] Es un compromiso con una visión cósmica, digamos. Es un compromiso con los que te permiten estar vivos que son: los otros seres humanos pero también los otros seres vivos, o sea, el compromiso con la naturaleza, con los animales, con las plantas, con todo ser vivo [...]. Eso es la recuperación en el sentido positivo de la agresividad. La agresividad es una fuerza, una emoción que te permite, digamos, defenderte y defender la vida y proteger a los tuyos. Esa agresividad se puede transformar en una fuerza constructiva que es la solidaridad, los compromisos con los demás. [...] El modelo nuestro está fundamentado en esta idea de un compromiso social. Nosotros queremos recuperarnos y que los demás se recuperen para seguir construyendo un mundo positivo, un mundo de amor y no un mundo de violencia.

Por otra parte, la práctica de la solidaridad tiene la potencialidad de recuperar no sólo la confianza en sí mism@, sino también en otros seres humanos. Este hecho es muy significativo puesto que la tortura degrada precisamente la capa-

atendiendo. De acuerdo con la temática de los casos tratados se invita a profesionales externos a compartir con el equipo sus puntos de vista.

⁶¹ Para el neuropsiquiatra del ECB3, se trata de un modelo alternativo de poner en práctica el enfoque bio-psico-social. Literalmente, “¿Por qué digo que es un enfoque alternativo más que nunca? Porque, digamos, en la cultura, en la comunidad muy vinculado al modelo de globalización neoliberal, se tiende a individualizar todo, todo, incluso a culpabilizar o a responsabilizar al individuo de su propio sufrimiento cuando tenemos suficiente información para explicar, para demostrar que, hoy día, los contextos sociales son los responsables de los sufrimientos de la gente, especialmente las personas más vulnerables como son los niños, las mujeres y las poblaciones en situación de inestabilidad, como son los exiliados.” Por intracomunitario se entiende el hecho de que el programa nace de la comunidad de exiliad@s que saben o empiezan a conocerse críticamente como oprimid@s. Sobre el concepto de integración crítica véase Jorge Barudy et al., (1983b:109) y Jorge Barudy (1983:141).

⁶² Johanna Martens (1983) enfatiza la relevancia de establecer relaciones personales con la sociedad de instalación a fin de solucionar carencias materiales (en particular para búsqueda de empleo y de alojamiento) y construir relaciones de compañía y amistad (necesidad afectiva).

cidad de amor hacia el otro. Además, l@s profesionales llevan a cabo actividades de sensibilización sobre la experiencia de l@s inmigrantes y exiliad@s, desvelando tanto las experiencias traumáticas sufridas y las fuerzas creativas que les ha permitido salir adelante, así como las riquezas socio-culturales generadas por los procesos de recuperación⁶³.

3.3. ECP5: Del soporte y cuidado de las víctimas de la tortura al lobby político desde el testimonio y la denuncia

El ECP5 es un centro pluridisciplinario de cuidado y apoyo social a las víctimas de la tortura y de la violencia política. Creado en 1994 por cinco ONGs (Amnesty Internacional-France, Médecins du Monde, Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture, Juristas Sans Frontières et TRÊVE) funciona estatutariamente como una Asociación Ley 1901. Su cometido se articula en la confluencia de cinco acciones complementarias: 1) la creación de una unidad médico-psico-social de cuidados especializados y de acompañamiento social y jurídico, 2) la puesta en marcha de jornadas de sensibilización y un programa de formación destinada a equipos socio-educativos y médicos, 3) la transferencia de conocimientos y competencia con distintos centros extranjeros que trabajan con víctimas de tortura, 4) la defensa de los derechos universales mediante campañas de sensibilización sobre la tortura y las víctimas de la violencia organizada y 5) más recientemente, la consolidación de una línea de investigación cuyos resultados reviertan en la mejora de la atención a la salud y la lucha en pro de los derechos humanos. El 90% de sus fondos son públicos: el gobierno francés, la UE y la ONU comparten a partes casi iguales esta contribución. Distintas asociaciones (Comité católico contra el hambre, la *Fondation de France*, Farmacéuticos sin Fronteras, etc.) y donaciones privadas aportan el resto. Reconocido como centro de salud por la DDASS, se beneficia de los reembolsos de las consultas médicas (no incluye psicoterapias) a usuari@s con cobertura social.

⁶³ Durante el trabajo de campo asistí a un seminario sobre el tema enmarcado dentro de las jornadas 'Algunas realidades de la migración. Diferentes miradas para el abordaje desde la salud mental' organizadas por el ECB1 en abril 2003 y una conferencia organizada por ACAT-Catalunya (Acció dels Cristians per l'Abolició de la Tortura) en junio 2003, asimismo tengo constancia de la participación de ECB3, junto a ECP5, en encuentros internacionales sobre refugiad@s y víctimas de la tortura.

El ECP5 provee atención primaria médico-psico-social gratuita a toda persona habiendo sido víctima de la violencia política y tortura en su país de origen. Con la finalidad de dispensar los múltiples cuidados que se requiere para configurar una atención integral a las secuelas de la tortura y el exilio, ha constituido un equipo compuesto por dos médicos de familia, cuatro psicoterapeutas, un psiquiatra-psicoterapeuta, una kinesioterapeuta, un dentista, una psico-socióloga intérprete turca y responsable de la unidad socio-sanitaria, una asistente social, tres juristas, dos responsables de la recepción, así como una farmacéutica y un equipo administrativo de cuatro personas que ofrecen benévolamente sus servicios. Igualmente, las consultas tiene lugar con la ayuda de un intérprete profesional si el/la usuari@ no puede expresarse en francés o en una de las lenguas dominadas por el personal socio-sanitario (inglés, castellano y portugués). El Centro acogió en el 2002 usuari@s de 31 nacionalidades distintas, de entre la cuales predomina Turquía (16,9%), El Congo-Brazzaville (13,4%), así como Argelia y la República Democrática del Congo (ex Zaire) (12,2% ambas)⁶⁴.

Se accede al ECP5 vía derivación por parte de un organismo socio-sanitario o una asociación humanitaria o por demanda directa de la persona interesada⁶⁵. Al recibir una petición de ayuda, la directora del centro junto a una de las recepcionistas acogen a la persona en una primera entrevista, en la cual se interesan por su estado de salud y las condiciones de vida en Francia⁶⁶ y presentan los objetivos del centro y sus distintos recursos. La entrevista de acogida servirá para filtrar aquellas demandas que no se corresponden con la misión del centro y canalizar aquellas demandas que sí, hacia el/los servicio(s) más apro-

⁶⁴ Igualmente encontramos entre las 12 nacionalidades más presentes en el centro: guinean@s, checheni@s, angoleñ@s, tunecin@s, sierraleoneses, sri-lankeses, rwandeses y mauritan@s.

⁶⁵ Según la memoria de actividades de 2002, un 60,43% de las primeras visitas se produce por mediación de asociaciones de acogida y orientación de inmigrantes y/o exiliad@s, centros de acogida y albergue, servicios sociales y hospitales, programas de inserción socio-laboral, asociaciones de mujeres, abogados, ayuntamientos, escuelas etc. El 38,49% es una demanda expresada por el/la interesad@, un 1,08% se realiza por orientación de una persona ya usuaria del centro.

⁶⁶ La entrevista de acogida trata de recoger información sobre la historia represiva vivida, y las quejas físicas y psicológicas así como los problemas sociales actuales (en torno al trabajo, el alojamiento, la situación de regularidad administrativa, la cobertura social y sanitaria, la situación familiar, el dominio del francés).

piado(s) del centro, previo aviso de que los recursos psicoterapéuticos y médicos tienen una lista de espera de varios meses⁶⁷. De tratarse de un niñ@ o adolescente, la atención es casi inmediata. En los casos en que la espera parece inaguantable para el solicitante, se le orienta a otros servicios médicos y de atención a la salud mental (tal como, ECP3)⁶⁸. Al definirse ante todo como centro de salud, el inicio de la atención es siempre médica o psicoterapeuta. El resto de los recursos (kine, social, jurídico) completan el seguimiento terapéutico de base⁶⁹.

L@s psicoterapeutas del ECP5 aportan fundamentalmente un apoyo psicológico de escucha activa y de sostén de las propias decisiones. Asimismo, ponen en práctica una serie de psicoterapias para permitir a la persona de desencallarse del espacio-tiempo del evento traumático e, incitando su capacidad creativa, volverse hacia el porvenir. Trastornados sus puntos de referencia al romperse los vínculos de pertenencia comunitaria en el momento de la persecución política y tortura, la designación de “víctima” se convierte en un referente provisorio que aporta sentido a su sufrimiento. Tras haber sido maltratad@ física y moralmente, humillad@ en lo más íntimo de su ser, resentir la culpabilidad de haberse escapad@ cuando otr@s perecieron en la lucha o saber que su familia es perseguida porque que él/ella se exilió, se engendra la posibilidad de establecer una imagen más soportable sobre sí mism@ (D’Elia, 2001). Si bien la referencia de ‘víctima’ es un primer paso para integrar el evento traumático en el curso de sus representaciones y abstraerlo del campo de su conciencia, no basta para contener los síntomas y el sufrimiento suscitados por los efectos del trauma. De ahí que l@s profesionales apuesten por un abordaje psicoanalítico cuyo cometido es inducir una investigación sobre la propia vida que vaya fijando el relato singular del trauma, a través de la repetición y el cuestionamiento constantes de los hechos y los sentimientos vinculados a las heridas internas de su

⁶⁷ En 2002 y 2003 la lista de espera era de cuatro a cinco meses (Entrevista directora, oct. 2003)

⁶⁸ En 2002, esta cifra alcanzó los 8,5% de las primeras entrevista de acogida. (Memoria 2002).

⁶⁹ En el año 2002, la distribución de la actividad según los recursos del centro se dividían así: 55% cuidados psicoterapéuticos, 48% seguimiento médico, 36% acompañamiento social, 9% kinesioterapia y 7% asesoramiento jurídica. (Memoria 2002).

existencia⁷⁰. Más aun, se trata de proporcionarle las herramientas necesarias que le permitan recordar el pasado en el presente para que su historia no cese de escribirse en el porvenir⁷¹. De forma sucinta, la utilización analítica del habla – esencialmente, la discontinuidad y el equívoco de la palabra— no tiene por objeto la abreacción de la experiencia del terror, sino que persigue la adaptación singular a las vicisitudes de la Gran Historia, la reparación del daño y el refuerzo de sí mism@⁷². La escucha activa y analítica busca definir un tiempo de mutación en el que la persona que sufre pueda abandonar la posición que la mantiene prisionera y desligarse así del verdugo omnipresente.

L@s terapeutas realizan esencialmente consultas individuales con l@s adult@s que atienden y, en el caso de l@s niñ@s, pone en marcha además de las individuales, terapias que reúnen madre e hij@(s) y/o grupos de palabra con niñ@s de trayectorias similares a fin de dar respuesta, de forma adaptada, a sus sufrimientos. Siguiendo las explicaciones de uno de l@s psicoanalistas, la modalidad de tratamiento con niñ@s víctimas directas o indirectas de la tortura y violencia organizada depende del contexto en que los eventos traumáticos acontecieron, la edad del niñ@/adolescente en ese preciso momento y la manera en que cada familia vive su exilio e inserción en Francia. El traumatismo provocado por la vivencia del horror de las masacres, del asesinato de familiares cercanos (herman@s, padre, madre, prim@s o ti@s) o de su desaparición sin saber nunca más de su suerte suele reactualizarse una vez en el exilio ante momentos de separación física respecto a la madre/padre. La angustia del/la menor en-

⁷⁰ Tal como indica una de las psicoterapeutas del ECP5, desde una aproximación psicoanalítica la repetición del trauma por medio de la verbalización, la puesta en acto o la pesadilla es un mecanismo para reducir los efectos insoportables, integrándolo en una representación, esto es fijándola en el orden simbólico. Para esta psicoterapeuta, trabajar el orden de lo simbólico es de suma importancia pues la tortura, el genocidio programado y las demás formas de violencia que se practican en sistemas políticos totalitarios o en los contextos de guerra buscan no sólo el aniquilamiento del individuo o una colectividad sino el asesinato de lo simbólico. Para ella, lo simbólico es la característica distintiva de lo humano, que ordena la vida social y permite a los seres humanos organizar los vínculos sociales.

⁷¹ Las personas que sufren traumatismos muy antiguos difícilmente consiguen proyectarse en el futuro. Se encuentran fijadas en la época de las violencias experimentadas. Cabe tomar conciencia del vínculo indisoluble que existe entre las violencias padecidas en su país de origen y su situación actual de exilio a fin de dar un sentido al presente y proyectarse en el futuro.

⁷² La abreacción es el momento de la relación psicoanalista-usuari@ en que el segundo revive intensamente la situación inicial que originó su trastorno y que supuestamente le permite superarlo.

cuentra explicación en la incapacidad de distinguir entre ausencia y desaparición, por confundir el sentimiento de ser abandonad@ y el de la autonomía. Asimismo, el hecho de abandonar el país de origen en un contexto de violencia extrema hace que se genere un repliegue sobre sí mismo o sobre la familia como único tropo seguro, acompañado por un recelo respecto a las instituciones de la sociedad de instalación –fundamentalmente por el temor al olvido de los orígenes, de la lengua materna— y una gran dificultad a gestionar la carga emocional vinculada a los eventos. Inmerso en este contexto, el niñ@/adolescente accede a las demandas explícitamente o implícitas expresada por su familia, en particular la prohibición de narrar su historia, las condiciones de llegada al país de instalación y la situación de vida actual⁷³.

Psicoanalista: Carlitos nunca ha conocido a su padre, asesinado poco antes de su nacimiento en Colombia. Llegó a Francia con siete años de edad junto a su madre, donde desde entonces vive en situación de irregularidad administrativa y en condiciones de vida muy precarias. Su madre, temerosa de ser expulsada, recomienda a Carlitos callarse sobre su situación a sus compañer@s. En la escuela, es un niño muy tímido e introvertido. Aunque es frecuentemente agredido por otros niños, no muestra signo alguno de rebelión, ni denuncia. Clandestino, Carlitos se siente obligado a no luchar para no hacerse ver. Privilegia el repliegue sobre sí mismo, sean cuales sean las consecuencias sobre su integración escolar y sus estudios.

En su labor de apoyo y cuidado multidisciplinar e integral, el ECP5 se vale de un dispositivo que coordinado por un psicoanalista externo ofrece un espacio de palabra para l@s profesionales. Se trata de las reuniones de síntesis en las que los miembros del equipo comparten y elaboran las dificultades a las cuales se ven confrontados en el desempeño de su función. Estas reuniones sirven además, de tiempo de descarga del estrés y la angustia que l@s profesionales absorben al verse expuest@s a relatos difícilmente soportables por la barbarie que evocan. Finalmente, al ser un lugar de confluencia de lo social, lo jurídico, lo político, lo médico y lo psicoanalítico permite vigilar que no se psicologice lo que pertenece al orden de lo social/político o, viceversa.

⁷³ La imposición del silencio sobre lo vivido como forma de pseudo-olvido es muy recurrente en la vida de l@s niñ@s en el exilio. Bajo la justificación de no acrecentar más la herida, esto es, “no debes pensar más en ello, te hieres a ti mismo”, subyace también la voluntad por parte del familiar adulto que sobrevive de querer avanzar con respecto a su pasado. El duelo por la ausencia del padre es difícilmente realizable cuando el hij@ persiste en preguntar por el paradero de su padre. En tales casos, las sesiones madre-hij@ se consideran dispositivos terapéuticos particularmente beneficiosos a la hora de elaborar el duelo por la pérdida del ser querido, trascender el sufrimiento y construir un proyecto de futuro juntos.

Por último, al igual que el ECB3, el ECP5 integra una dimensión política en el conjunto de sus actividades. Sin embargo, el ECP5 no opta por incorporar a la intervención terapéutica, como lo hace ECB3, animando a que sus usuari@s se involucren en la vida asociativa de la ciudad en que viven. Se trata, por el contrario, de una línea de intervención política para la defensa de los derechos humanos universales que se basa en testimoniar sobre la tortura y la violencia organizada a partir de las vivencias narradas por l@s propi@s usuari@s del centro, respetando el anonimato de las narraciones; en acciones de lobby al gobierno francés y a otras instituciones internacionales en pro de mejorar la legislación en materia de asilo y aumentar la dotación de recursos para la integración social de l@s exiliad@s⁷⁴; y en un trabajo de información a la opinión pública.

⁷⁴ A modo de ilustración, en 1997 el documento *Les naufragés du droit d'asile* redactado por las cinco asociaciones responsables del ECP5 (accesible en la página web del ECP5) tuvo una gran resonancia en la prensa francesa, en particular en los conocidos periódicos *Libération* y *Le Monde*. Este documento describía el recorrido de un solicitante de asilo en Francia y presentaba por cada una de sus etapas, las consecuencias clínicas y psicológicas de los procedimientos administrativos para la obtención del estatuto de refugiado político, el efecto traumático de las entrevistas realizadas por la Office Française pour les Réfugiés et Apatrides, la imposibilidad de l@s exiliad@s de reconstituir muchas veces una historia coherente pues el psicotraumatismo engendra trastornos de la memoria, el engranaje del rechazo y la recaída inevitable de los exiliad@s convertidos en clandestinos.

CAPÍTULO VII

LOS DISCURSOS DE LOS CUERPOS ENAJENADOS

'Le passeport est la partie la plus nobles de l'homme. D'ailleurs, un passeport ne se fabrique pas aussi simplement qu'un homme. On peut faire un homme n'importe où, le plus étourdiment du monde et sans motif raisonnable; un passeport, jamais. Aussi reconnaît-on la valeur d'un bon passeport, tandis que la valeur d'un homme, si grande qu'elle soit, n'est pas forcément reconnue.'
Le trapu, personnage de Bertold Brecht, 1972 [1961].

En los centros de salud mental especializados en atender a inmigrantes y exiliad@s polític@s, no acude cualquier extranjer@ instalad@ en Francia o en España, sino mujeres y hombres que comparten la característica de ser nacional de un Estado no perteneciente a la Unión Europea (con la excepción del centro ECP3) y vivir su problemática en un contexto donde la cultura de la familia de origen difiere de la de la sociedad de instalación. Más concretamente, estos servicios de atención especializada se dirigen a personas cuyo origen socio-cultural les ha confinado a una historia de inmigración por razones mayoritariamente de tipo económico y/o por motivos de persecución política. Una vez establecidas en la sociedad de instalación, ocupan los puestos de trabajo de peores condiciones laborales por su mayor informalidad, precariedad y eventualidad en detrimento, muchas veces, de su propio capital social y cultural y, de su trayectoria laboral previa. Tal como veremos en el transcurso de estas páginas, las dos temáticas que prevalecen en los discursos de los denominados cuerpos enajenados son: 1) “los papeles”, objetivación de la aceptación o rechazo por parte de la sociedad en la que viven y 2) el trabajo, materialización del rol que le asigna la sociedad de instalación, que

en su práctica totalidad significa una infravaloración de sus potencialidades. Asimismo, en los diferentes centros estudiados confluyen una gran variedad de culturas: cada usuari@ atendid@ llega con una adherencia singular al universo simbólico-cultural de la configuración social que le vio nacer, compaginada, en casi en todos los casos, con un sentimiento ambiguo de pertenencia a la sociedad en que se ha instalado. La ambigüedad con la que se define su condición humana, a pesar de ser susceptible de generar un enriquecimiento personal por el componente de reinención de un@ mism@ que comporta, es fuente de desconcierto y aflicción. En la totalidad de los discursos engendrados en los encuentros con los cuerpos enajenados, emerge un sentir común: el extrañamiento del mundo.

1. Los cuerpos con voz: las narraciones del sufrimiento, desde la dignidad y el agradecimiento

Paso previo a adentrarnos en el análisis, cabe mencionar un aspecto que por su obviedad puede quedar diluido: este capítulo trabaja en su práctica totalidad, los discursos producidos vía interlocución entre la autora y una serie de personas que son beneficiarias de los servicios ofrecidos en los centros motivo de estudio. Se trata de actos de habla, lo cual entraña un sesgo en la muestra del estudio: del número total de personas atendidas en tales centros, la mayor parte de las entrevistadas son capaces de expresarse verbalmente y, más importante aún, de tomar cierta distancia respecto a su propia aflicción e historia migratoria y ofrecer una narración conducida. Dicho esto, se han recogido también siete relatos sobre usuari@s atendid@s, que no pudiendo participar directamente en una entrevista sociológica, fueron transmitidos por l@s distint@s profesionales entrevistad@s, algun@s de los cuales llegaron a compartir con la investigadora el historial clínico.

Igualmente pertinente es señalar que en el proceso de producción de estos discursos mediante la entrevista socio-biográfica, las personas entrevistadas desarrollaron como acción preformativa lo que Paul Ricœur ha denominado la

identidad narrativa. Al narrar parte de su vida y darle, a través del relato (guiado por las preguntas y comentarios de la investigadora), una lógica y un sentido, los individuos hallan una forma de dignidad, gracias a la cual resisten a los efectos de la estigmatización. A través de estos actos de habla, institucionalizados por el hecho de darse en el contexto de una investigación sociológica, hasta las poblaciones más marginalizadas en el campo de la producción de significado, retoman un cierto dominio de su destino. Este aspecto preformativo de la entrevista socio-biográfica trae a colación una de las características más estimadas por l@s usuari@s de los centros de salud mental estudiados: *un lugar para hablar*, con cierto grado de protección.

Usuaría ECB3: la confianza pero sin límite; y de poder hablar aquí de todo, de todo sin el menor problema de que vas a ser mal interpretado, de que vas a ser... Eso es muy importante.

La protección aquí adquiere un doble sentido; destacando al respecto los centros especializados en atender a personas exiliadas: respaldo terapéutico y amparo legal y social. Metafóricamente vendría representado por una burbuja de aire en mundo extraño, extranjerizante y hostil, añadiendo l@s clandestin@s, el adjetivo de amenazador. De ahí que en la práctica totalidad de las narraciones sobrevenga el agradecimiento explícito, verbal y gestualmente, hacia la *ayuda* recibida por parte de l@s profesionales del centro. Subrayo *ayuda* pues así es verbalizado el reconocimiento de la labor de l@s terapeutas en la mejoría del estado de salud; además, de plasmar el carácter en que tal labor es percibida por la mayor parte de esta población: asistencial, voluntarioso y desconectado de la red ordinaria de atención sanitaria pública. No obstante, cabe matizar la salvedad de los casos de ECP4 y ECP2, centros que integran la red sanitaria ordinaria francesa, aunque en ellos también sus usuari@s no dejen de personalizar la atención recibida, insistiendo en un elemento de voluntad idiosincrásica, la bondad: '*C'est le docteur. Le docteur est si gentil. Très, très gentil. Il me fait beaucoup de bien*' (Usuario, ECP4)). Acorde con las opiniones de las personas entrevistadas, la entrevista socio-biográfica significó un *espacio de escucha*, en la confluencia experiencial de lo psíquico, lo cultural y lo social. Interrogad@s en re-

petidas ocasiones por las administraciones públicas y por los distintos agentes de las instituciones educativas, sociales y/o sanitarias, la apresuración en la obtención de respuestas por parte de sus interlocutores convierte al interrogad@ en un cuerpo de verbalización monosilábica, creador a través del modo en que procede tales actos de habla de una existencia fraccionada, descontextualizada, inconexa y desmenuzada. A pesar de los espacios cotidianos entre iguales, del hacinamiento en las viviendas que habitan y de las redes sociales de apoyo constituidas en la sociedad de instalación -en la mayor parte, ineficientes en términos de contención y recomposición emocional-, la soledad prevalece como si fuese el saldo inherente a la aventura de emigrar. En el curso de la entrevista socio-biográfica, parece que parte de tal soledad se corroa -si bien momentáneamente- al dar voz *continua* sobre la historia propia de la migración; las relaciones con los seres significantes, del aquí y del allí; los proyectos actuales; la (des-)ventura de la inmigración; la narración de la aflicción y la valoración de la experiencia subjetiva en el sistema sanitario. Al mismo tiempo, la mayoría de las entrevistadas toman esta oportunidad de narrarse, como un *contre-don* por la atención recibida en los centros en que son atendidas: la devolución del “favor” a l@s profesionales que les han tratado.

2. De los cuerpos dóciles a los espectros: sobre la enfermedad que invalida, decrece y anula

A menudo se describe la experiencia de la migración como una pérdida, como una travesía dolorosa y fragilizante. El imaginario del inmigrante y exiliad@ extracomunitari@ se construye como una víctima del sistema; una presa, buena a psiquiatrizar, a ser ayudada, lo cual puede llegar a ser una forma de marginalizar y cercarl@ en el círculo de l@s exclud@s. Bien es sabido que, en el marco de sociedades cuya estructura social se organiza en torno a ejes de desigualdad (clases sociales, género, generaciones, grupos étnicamente diferenciados) no todos los determinismos sociales en los que las vidas humanas se circunscriben ofrecen iguales oportunidades para ser y para hacer. Pasando a una mirada micro, en las trayectorias singulares acontecen eventos vitales que res-

ponden fundamentalmente a las decisiones tomadas y conllevan drásticas consecuencias en el transcurrir biográfico. En estas cotidianidades singulares, la aflicción no sólo es producto de la desigualdad social y el infortunio *hechos carne*, esto es, somatizados; sino que a su vez, actúa invalidando y decreciendo, llegando incluso a anular a la persona en tanto que actor social. En este sentido, las siguientes narraciones de la aflicción ilustran este poder dual de la aflicción, cada una de ellas en su singular proyecto vital.

La Historia que pesa en un cuerpo

Laura¹, una bella mujer Chilena residente desde 1984 en España, acude regularmente a sus consultas de tipo interpersonal, así como al grupo terapéutico de mujeres inmigrantes, que organizan las psicólogas del ECB3. Se trata de una mujer que desde muy joven participó activamente en el comité de militar del entonces presidente Allende y tras el Golpe de Estado liderado por el General Pinochet, formó parte de la resistencia clandestina. A consecuencia de su activismo político, fue perseguida en Chile hasta su exilio en México en 1974, donde ejerció de investigadora y profesora en biología en la Universidad Nacional de Méjico. Desde 1984 reside en España, que al no reconocerle su titulación universitaria en biología, la ha llevado a trabajar como docente impartiendo cursos de jardinería, cocina, limpieza industrial dirigidos a personas con dificultades de inserción laboral. El primer día que se presentó al centro ECB3, recuerda, la inmensa tristeza en que estaba inmersa pesaba tanto sobre su cuerpo que andaba agarrada al bolso, la espalda curvada, totalmente replegada en sí misma. Llevaba seis meses de tratamiento farmacológico con elevadas dosis de antidepresivos prescritos por el psiquiatra de un Centro de Salud Mental al que su médico de cabecera le derivó. Laura acudió al ECB3 como quien se agarra a una tabla de salvación, de repente puesta a la vista, en medio del naufragio: la medicación empeoró dramáticamente su estado de salud y la relación con el psiquiatra, limitadas a preguntas-test y respuestas monosilábicas, le traían re-

¹ Todos los nombres citados en este capítulo son pseudónimos, inventados por la autora.

miniscencias de los interrogatorios policiales a los que estuvo sometida en Chile.

Laura: Y yo me estaba hundiendo cada vez más en una depresión terrible. O sea, que [el médico de familia] me mandó a un psiquiatra, pero el psiquiatra era un hombre joven, y yo creo que no hubo buen feeling, no sé cómo decírtelo.

Me sentí cada vez peor, cada vez peor. Me dio una medicación... Me aumentó la medicación, los efectos secundarios me ponían fatal. Me dio una especie de alergia: me salieron manchas en la cara [...]; un sueño espantoso, espantoso. Yo me levantaba en la mañana, me duchaba y a veces, no tenía ganas de vestirme. Me ponía el camisón de dormir otra vez, me metía en la cama y estaba el día entero en la cama. He perdido 10 kilos.

Kàtia: ¿No hubo buena comunicación con el psiquiatra?

Laura: No hubo buena comunicación con él. Y sobre todo, yo me sentía interrogada y para nosotros, es un freno, es algo que te pone alerta.

Kàtia: ¿Pero él sabía de tu historia?

Laura: Relativamente, porque yo se lo había contado a la persona que me entrevistó la primera vez y él leyó aquello. Pero yo creo que no lo comprendió porque es una persona joven y entonces no sabe... [...] esto de la represión psicológica hay que vivirlo para poder entenderlo. Es difícil. Es decir, estás acostumbrado a que se trate de una tortura física, pero cuando esta tortura es psíquica, es decir, el sentirte perseguido, sentir que tu vida está en peligro, sentir que no te puedes mover libremente en tu propio país, es una limitación muy fuerte. Es algo que te va modelando el carácter, es decir, que te va dejando una huella impresa, muy difícil de superar. Entonces, el trato frío, digamos, con la otra persona, hizo que yo tratase de centrar todo en el problema afectivo y no tocar el otro problema.

Acogida por el psiquiatra y las psicólogas del centro, inició el relato de su malestar, focalizando en la ruptura amorosa acaecida reciente y de forma brusca, que en definitiva, no ejercía sino como un catalizador de una ruptura de mayor intensidad, conectada a su participación política como parte de la resistencia clandestina al Golpe de Estado liderado por el General Pinochet.

Laura: Lo he sabido después pero en ese momento, tenía la intuición. Es decir, estoy viviendo de nuevo la misma situación, es decir, romper como con un hachazo una relación.

Al narrar su historia, Laura observa el paralelismo entre la desaparición violenta de su primer gran amor, joven activista seguidor del presidente Allende, del que nunca más ha sabido noticia alguna y la inesperada separación de su reciente compañero sentimental. De igual modo, constata una semejanza entre dos procesos de transformación que ella misma realiza en estos dos momen-

tos claves de su biografía. Durante su más reciente historia de amor, se moldea, a fin de continuar ser amada por el hombre que, por primera vez desde el inicio de su exilio, le aporta una paz interior, como la sombra de éste y el prototipo de mujer que, supuestamente, deseaba él².

Laura: ya cuestionándome muchas de las cosas y ya dándome cuenta en un momento en que yo había vivido un poco a la sombra de él; como que yo me había moldeado a él. O sea, mira, yo lo diría en términos bien gráficos, es decir es como si yo me hubiera hecho de arcilla y me hubiera moldeado a lo que él era, lo que él quería, lo que él esperaba. Pero no me importaba mucho porque es un hombre que me dio mucha paz interior y yo era muy feliz junto a él, hasta que pasó la historia. [...] De pronto, a través de la conversación con ellas [*se refiere a las psicólogas*], más bien hablando yo, porque era que tampoco me sentía interrogada, sino que era una frase que decía una de ellas, una cosa. Me fui dando cuenta que yo me iba por un camino de anularme como persona para ser una sombra de él y que yo tenía derecho a ser yo.

Proceso de metamorfosis similar al camuflaje desarrollado en tiempo de clandestinidad, aunque en pro de un objetivo de naturaleza distinta, la supervivencia.

Laura: Está la cosa de haber vivido en la clandestinidad, es una experiencia muy, muy dura. Para mí fue muy fuerte especialmente por tenerme que separar de mis hijos; en otros momentos estuve huyendo con los niños y era terrible. Es decir eran momentos en que tú sentías la cercanía de la policía, sentías que el corazón te salía, ya no por la boca, por los ojos, por las orejas, por el cerebro; te latía como si fuera a salir del corazón y tenías que sonreír, hacer como si nada, poner cara como de nada, como digo yo. Entonces, vivir una vida doble; una parte en la oscuridad, otra parte... Yo dejé de ser quien era para pasar a ser una persona totalmente distinta que no tuviera nada en común con lo que yo realmente era. Entonces esto te crea el tener que vivir dentro de muchas limitaciones y en el caso mío, por ejemplo, como los hijos eran pequeños, intentar taparlos, siempre, taparlos. Y en las noches, pues, lloraba hasta cansarme cuando ya estaban dormidos, pero no obtenía gran cosa con eso. Entonces, siempre estaba en la lejanía, aunque estabas en América Latina, sabías de los compañeros presos, de los compañeros torturados, de los asesinados, de los fusilados, de todas las cosas... vivir parte de tu vida

² No puede comprenderse la significación de un amor intenso y tranquilo en el exilio, si se obvian las expectativas de reencuentro futuro que entaña el ser amado desaparecido, sin noticia alguna de su suerte, en un escenario de persecución política y de clandestinidad. Literalmente, *"tuve que pasar a la clandestinidad... vivir situaciones muy fuertes... el que era mi compañero lo tomaron prisionero, está desaparecido hasta ahora, su cuerpo no ha aparecido. A mí me golpeó mucho, durante mucho tiempo. Siempre tuve la esperanza de que un día iba a aparecer, hasta que un día, salió Pinochet y volvió la democracia en Chile y tuve la certeza de que estaba muerto. Pero es algo que te va frenando, claro, es decir, yo era joven, mantenía relaciones con alguien pero siempre con una distancia porque quería dejar ese espacio libre porque, bueno, si él aparece, yo soy libre para volver con él. Esto también es bastante duro porque como mujer y como persona joven tienes ganas de rehacer tu vida, pero tienes esta barrera que te impide todo esto"*.

pendiente de lo de allá, es decir, vivir dos vidas, una la vida clandestina y la otra vida... [K: la vida de fachada] la vida de fachada como tú dices. Intentar aparecer que no pasa nada, y que estás totalmente integrada y toda la cosa. Y eso tiene ... se paga después.

Las consecuencias de la implicación de Laura en la Gran Historia se encarnan en la singularidad de su cuerpo a través del proceso de enfermarse. Aquí, la aflicción se manifiesta en un repliegue de sí misma, una táctica para invisibilizarse en un mundo que siente fracturado y protegerse respecto al sufrimiento que entrañan los objetos amados (la participación política en el Gobierno de Allende, el primer gran amor, la vida cotidiana en Chile antes del Golpe, la vocación por la enseñanza y la investigación universitaria en el campo de la biología, su segundo gran amor) que desaparecen incontrolada e irreversiblemente. La ayuda psicológica recibida en el ECB3, de la que Laura destaca los atributos de calurosa acogida, comprensión, solidaridad y amor, la ha encaminado a tomar una cierta distancia en relación a estas pérdidas. Fruto de la terapia, ha tratado de desdramatizar su experiencia, situándola en el curso de la Historia. Se ha ido capacitando para percibir las nuevas aperturas, creativas, que contribuyan a des-enajenar su cuerpo.

Para Lucía, una bonita mujer peruana de 36 años, residente en España desde el año 2002, su historia de inmigración viene ligada al advenimiento de una fuerte crisis económica y fractura social en su país, que la aboca al desempleo, tras más de una década como mujer, con independencia económica, un apartamento propio y gran vocación a su empleo como trabajadora social. Lucía es también usuaria del ECB3, centro al que llega en busca de ayuda para solucionar su bulimia y adquirir apoyo psicológico a fin de sobrellevar su nuevo contexto vital en España, en particular la dura tarea de la búsqueda de su primer empleo.

Lucía: Sentí esa necesidad de contar lo de mi país, todo lo que sentía, lo que me pasaba. Para llegar acá, es todo un proceso. Es mucho más cruento que... me encarcelé yo misma en mis temores. Me limitó entonces, socialmente, laboralmente y más aún cómo ... Hice sufrir mucho a mi familia al ver el aspecto en que estaba. Llegué a pesar 42, 43 kg., demasiado poco para una complexión de una persona de 55 kg.

Todo esto perjudicó a mi situación, inclusive para la gente que me veía ¿quién me iba a contratar?

En el actual contexto de instalación en España, Lucía no trabaja en el campo del Servicio Social, diseñando y dirigiendo proyectos de intervención comunitaria, sino atendiendo a ancian@s en una residencia geriátrica del área metropolitana de Barcelona. Su actual trabajo, fuertemente programado y supervisado por las encargadas de la residencia, es verbalizado como una involución en su trayectoria profesional, si bien teñido de un fatalismo no trágico.

Lucía: A mí, particularmente, el trabajo me dignifica. Siempre he tenido esa concepción del trabajo que dignifica a la persona. Y lo que sea, lo que sea. Yo como mujer, me considero que... es que yo soy una de esas personas superactivas. No me gusta estar sentada pasando el rato. Mis manos siempre tienen que estar haciendo algo. Es *supercansado* estar sin hacer nada. Como te digo, sigo trabajando en esa residencia, aunque me pagan poco. Fue la primera oportunidad de tener un trabajo. Me gusta lo que hago. Cuido a los abuelos... Les limpio el culín, como dicen acá. Yo en la vida iba a pensar que... Bueno, tengo dos abuelos y nunca en la vida les he limpiado [*risas*] ¡Ay, no, no! [*risas*] Ahora, les limpio, les curo, les atiendo y hago de todo. Y no me siento mal, me siento bien. Trabajo con gusto. He aprendido muchas cosas.

Por otra parte, la inmigración ha supuesto un retorno al hogar paterno. Lucía vive con su padre, quien recientemente ha sido reagrupado por su segunda esposa, de nacionalidad peruana. En el piso, donde convive también con su madre política y el hijo de ésta, Lucía se siente mejor, especialmente tras haber pasado un año de difícil convivencia en un piso compartido con 'jóvenes inmigrantes latinas'. En su relato, la vuelta al hogar del padre no se verbaliza como una interrupción del proceso de emancipación, ni una infantilización. No obstante, en su discurso aparecen elementos de incongruencia al respecto. Lucía afirma que '*mi padre me riñe todavía por andar descalza por la casa*' o que piensa '*obedecer*' a su padre en su consejo de casarse con un antiguo novio suyo con el que desde hace un año, ha retomado su relación amorosa vía Internet.

En el caso de Lucía, la inmigración ha supuesto el replanteamiento de su trayectoria vital, bruscamente fracturada por la situación económica de su país. Su autonomía personal en juego y su ascenso profesional coartado, se centra en controlar su cuerpo, objeto por excelencia de autodomínio aparente. Lucía trata de alcanzar por sí misma un equilibrio entre el deseo de abundancia y la reali-

dad de restricción en la que se encuentra, a través de una relación conflictiva con la comida. La comida, sin duda, fruto de placer, aún más sentido en un contexto de limitación del gasto, ejerce de elemento reificador de la carencia. Con la finalidad de contrarrestar una realidad externa de sufrimiento, Lucía se complace satisfaciendo su ansia de placer mediante la ingestión de los alimentos de mayor agrado y en cantidades generosas. Consumido el momento de felicidad, le invade el sentimiento de culpa por haberse dejado llevar por el exceso, cuando su contexto material se rige por la privación y la represión para cimentar un futuro mejor. Lucía se apresura, entonces, a ceñirse a un comportamiento austero, disciplinado y sacrificado: elimina el excedente mediante el vómito y amaestra el cuerpo glotón mediante la práctica de deporte, tratando de llegar a la extenuación física. En desequilibrio, al tiempo que sometido a un férreo autocontrol, el cuerpo se enajena: al perder masa y debilitarse, es vivido como impropio, inservible. “*Todo esto perjudicó a mi situación, inclusive para la gente que me veía ¿quién me iba a contratar?*” exclama Lucía. En paralelo, e interconectado, lucha por salir adelante en una caótica situación de reversión: sin trabajo, consumiendo los ahorros, dependiente de la ayuda social, se esfuerza por volver a ser útil como fuerza laboral y no quedar anulado su valor de intercambio en tanto que actor social.

La inmigración que revierte los roles de género intrafamiliares, llegando a desintegrar la familia

Mariano es un hombre peruano de trato afable y educado, de complexión física fuerte, impecablemente vestido con un traje regalado por una asociación de caridad cristiana. Llegó a Francia hace tres meses, sin recursos, con el objetivo de recobrar la vida familiar con su esposa y dos hijas. Este hombre de unos 50 años cuenta haberse pasado veinte años trabajando en Estados Unidos para dar una vida económicamente más holgada a su esposa e hijas, quienes permanecían en su país de origen. Tras dos décadas fuera del hogar, al que visitaba un mes al año, decidió regresar y montar un negocio invirtiendo el dinero restante

de las remesas que había enviado. Si bien los primeros años el negocio parecía cubrir los gastos y proporcionar un cierto beneficio, al degradarse la situación económica del país, se acumularon las deudas a los proveedores debido al impago de sus clientes. Al cerrar el negocio, su esposa, animada por un familiar que residía en Francia desde hacía varios años, decidió optar por trasladarse a París y emplearse en el servicio doméstico, mientras que él permanecía, desempleado, con sus dos hijas, en Colombia. Al transcurrir dos años, su esposa reagrupó a sus dos hijas, negándose a proceder del mismo modo con él. Ante la ruptura no oficializada de su relación marital, Mariano se traslada a París. Durante la entrevista, afirma desconsoladamente haberlo perdido todo. Responsabiliza el enfriamiento de su relación con su mujer y sus hijas, a sus años en Estados Unidos. La posterior vuelta al hogar no consiguió recuperar la relación de pareja previa a la inmigración, el 'padre en la distancia' no llegó a convertirse en el 'padre por completo', ni siquiera en los dos años en que se hizo cargo de sus hijas (en aquel entonces de 16 y 18 años de edad) al marcharse su esposa a París. Mariano se muestra afligido por una situación que escapa de su entendimiento: '*Yo siempre me porté bien con ellas*'. En su entender, el sacrificio que supuso la inmigración no le ha sido devuelto con el paraíso esperado a su vuelta al hogar. Ésta bien podría representar la contra-réplica del mítico Ulises de Homero: un Ulises destronado por la propia Penélope, quien en el curso de la Odisea alternó sus *vestidos de reina* con los *pantalones de rey*. Una vez en Itaca, los roles se intercambian, aunque no debe escaparnos una continuidad: Penélope es la que se marcha del hogar metamorfoseado en campo de batalla, para volver a reconstituir la Itaca que considera como propia, esto es, el hogar con sus dos hijas y el esposo ausente.

Mariano acude regularmente a sus citas con el psiquiatra en el ECP3 a fin de recobrar el vigor y afán de lucha con los que antaño se definía. Ya no es el *bread-winner*, ni el esperado esposo y padre, ni el hombre de negocios. Indocumentado ha perdido tanto su valor de ciudadano, como su capacidad de intercambiar su fuerza de trabajo. Inmerso en un intenso desconcierto, en el momento de la entrevista no expresaba otro proyecto vital, que conseguir visitar a sus

hijas al menos un par de veces al mes. Como nota de fuga, en repetidas veces, se deshacía de elogios por la sociedad que le acogía:

Mariano: Uy, Kàtia, cuánto me ha dado Francia, *la France*. ¡Qué generosos han sido conmigo los franceses! Miren, sin nada a cambio, porque no tengo nada, me dan comida, alojamiento y me visten. Les estoy tan agradecido.

La inmigración que pone en crisis al sujeto

Verónica es una joven ecuatoriana de 28 años, procedente de una familia acomodada e instalada en París desde hace dos años y medio, sin permiso de residencia, ni de trabajo. En su país tenía un buen empleo, amig@s, un entorno familiar amoroso. El inconveniente residía en que no lograba deshacerse de un malestar físico que le resultaba insoportable: le invadían fuertes vértigos con dolores, de tipo tensional, en las cervicales. A causa de ello, Verónica se auto-medicaba constantemente. Harta de la vida que llevaba, yendo de médico en médico, un día decidió '*romper con todo*' (menciona la medicación, el malestar en el cuerpo y la sociedad de consumo que aboca a la juventud ecuatoriana a una vida superficial). Su medio de escapatoria: tomar el avión para trasladarse a algún lugar de Europa. En un principio soñaba con Italia pero al hacer escala en París, optó por quedarse definitivamente en la capital parisina. Al cabo de dos años en París, la sensación de malestar regresó. Tras pasar por el circuito de la medicina somática, sin ningún indicio de disfuncionalidad física u orgánica, su médico de familia le aconseja dirigirse al ECP3.

Verónica afirma haber comprendido que los dolores son de naturaleza psicósomática, generados por las preocupaciones que le atormentan. En el momento de la entrevista, manifiesta no arrepentirse de la decisión de marcharse de su país, ni siquiera se siente ligada a la hija que dejó con su madre. Observa que la prueba está en que en el curso de los primeros dos años en París, ha vivido sin malestar alguno. La inquietud que le avasalla ahora tiene dos orígenes: 1) percatarse de los límites de su condición de irregular en Francia y 2) la ambigüedad con la que vive su actual relación de pareja al ser de naturaleza lésbica. Verónica ha vivido dos años indocumentada, ganándose la vida cuidando a

niñas, sin temer por ser expulsada a su país de origen. Sin embargo, el miedo recientemente despertado por las limitaciones a las que le confina su situación de irregularidad administrativa adviene por: 1) el anuncio de un cambio de la ley de inmigración difundido, de forma insistente, por los distintos medios de comunicación y que avisa del establecimiento de mecanismos de persecución de la inmigración irregular y 2) al no haber podido asistir a la boda de su hermana por el riesgo de no conseguir visado para volver a París. Por otro lado, Verónica ha iniciado una relación íntima con una amiga, con la que se ha mudado recientemente. Si bien su proyecto amoroso ideal es estar con un varón, casada y con muchos hijos, mantiene que 'su novia' no es una mera relación sexual, sino literalmente,

Verónica: Es como una amiga, que no... Es un sentimiento bastante más fuerte. Discutimos a veces. Las dos nos mezclamos. A veces hablamos y decimos que nos sentimos más próximas a una amistad que a un eso [una relación de pareja].

En el caso de Verónica, vivir en el contexto de inmigración le ha permitido experimentar aventuras novedosas, poniéndose incluso en situaciones de riesgo, y reinventarse a ella misma, sin la presión del entorno social en que nació. No obstante, al mismo tiempo la ha conducido a ponerse en crisis en tanto sujeto cuyas oportunidades de autorrealización personal pueden ser coartadas por los límites que rigen el traspaso de las fronteras y la vulnerabilidad de la condición de la irregularidad, y al cuestionarse, en sus propias carnes, la normalidad de la heterosexualidad. Los interrogantes que la avasallan se encarnan en una dolorosa cervicalgia.

Alima es una bella mujer argelina, nacida en el seno de una familia de renombre social en Argelia, que lleva aproximadamente quince años residiendo en Barcelona. Acude al ECB3 porque siente necesidad de salir del ensimismamiento en el que se ve inmersa desde el fallecimiento en un atentado de su padre. Doctora en historia, Alima se presenta como la primera mujer argelina que sale de su país, 'sola' (es decir, sin la tutela de un hombre), a estudiar a Europa. Habla con gran orgullo de l@s que considera los miembros de su familia que más han aportado a la sociedad argelina: su padre, por ser un ilustre doctor en ciencias exactas, que trabajó 20 años en una universidad francesa, y com-

prometerse con la democratización de Argelia, y su madre y las hermanas de ésta, militantes feministas en pro de la emancipación de la mujer argelina.

Tras varios años de intento por labrarse una carrera académica, Alima sufre del anonimato en se que ve reflejada, al observarse a través del espejo de las mujeres de su familia.

Alima: Mira, mi madre ha hecho muchos trabajos, ha escrito libros. Tengo una prima de mi mamá que es muy conocida que es [cita el nombre de la prima de su madre]. Yo te dejaré libros suyos. Era antropóloga. Hay otras también sociólogas del tiempo de mi madre, sus compañeras de universidad, creo escribían un poco sobre la mujer, la mujer tradicional, la mujer emancipada. [...] Luchar por la igualdad es increíble... siempre me veo a la imagen de mi madre, de mi tía, hasta de mi abuela. [...] Tengo un viejo periódico donde sale con mi madre, creo que se trataba de la noticia de que mi hermano iba a ser juzgado por un juez argelino. Fue durante la guerra de la colonización francesa. Después hay otra foto, que me choca muchísimo porque sale en una enciclopedia del Paris Match. Sale un círculo de mujeres que se quitan el velo y lo queman, quieren que las mujeres no se queden en casa, encerradas; quieren salir y participar en la guerra al lado de los hombres. En todas estas fotos que ves, siempre está mi tía, siempre hay una de mi familia [...]. Porque mi familia es Historia, es una mujer que ha luchado para la liberación, es una mujer que ha dejado sus huellas en la Historia.

De ahí que Alima se encierre en un mundo de ensoñación, tratando de imaginarse como una más de las heroínas de su familia, las que tuvieron éxito académico y/o mediático en Francia, haciéndose eco en Argelia. Y, su aflicción se genera por el contexto de realidad cotidiana que le devuelve otra imagen menos ideal, para ella: la de una mujer, madre de una hija a la que cuida en solitario, que no pudiendo subsistir de su vocación como investigadora, sin evidencias de una proyección académica factible en un futuro próximo dado la elevada precarización del sector, y realizando un trabajo a media jornada (sobre el que no da mayores detalles), se percata que a penas le queda tiempo y energía creativa para hacer Historia.

Alima: Ante todo esto, yo me veo un poco en miniatura.

Kàtia: ¿Se refiere al lado de estas historias donde participaron familiares tuyos?

Alima: De estas mujeres. Y yo de verdad con todos estos años que yo me quedé encerrada en mí misma; me gustaba mucho quedarme en la oscuridad. Pero creo que en estos tres o cuatro últimos años, he tenido que aceptar que yo no voy a cambiar el mundo.

3. Los cuerpos de la resistencia: del reconocimiento que visibiliza a la atención que confiere poder

En contra de la idea de categorizar al cuerpo enajenado como víctima, implicando una pasividad y renuncia, se constata que hombres y mujeres manifiestan competencias sociales y culturales múltiples, formas de ajuste, exigencia de autonomía, prácticas de resistencia, aptitudes para la movilización colectiva alrededor de lo que les es impuesto. No obstante, esto no significa que consigan un giro a su situación de dominación que continúa constriñéndol@s (Schnapper, 2001). Ciertamente todo ser humano es capaz de movilizar recursos para reconvertirse, hasta cierto punto, en dueño de sí mismo y elaborar proyectos, a pesar de que la maniobra al final, quede constreñida por las estructuras colectivas, reduciéndose a una acción modesta, aunque no desprovista de significación para el actor mismo y su entorno. Distintas formas de resistencia emergen en los discursos de los cuerpos enajenados contra el proceso mismo de la enajenación. A continuación presentamos las más representativas.

El mestizaje mal vivido, la agresividad como respuesta

En la adolescencia, l@s hij@s de inmigrante se ven empujad@s por una ambición de identidad singular que emana del deseo de ser reconocid@, una necesidad de adquirir un sentido propio de ser. Para satisfacer este deseo de reconocimiento ante l@s demás, así como para sí mism@s, ceden a la tentación de la singularidad, incluso al precio de la violencia: singularizarse ante y contra todo (Moro, 2002). No importan los contenidos; se trata en última instancia, de una posición en el mundo y de conquistar un reconocimiento social.

Fatou, joven madre cuyos progenitores son originarios de África Occidental, ha nacido en la *Banlieue Parisienne*, '*criada en Francia a la manera occidental*', como explica ella misma. Desde su adolescencia, acude regularmente a las sesiones grupales del equipo de etnopsicoterapia del ECP2, centro donde alterna, además, sesiones individuales con una de las psiquiatras. Fue derivada al cen-

tro por una de las instancias judiciales al reincidir en el hurto en centros comerciales próximos a su zona de residencia.

Fatou: ‘Robaba productos diversos (bolígrafos, libretas, etc.) en centros comerciales, sin saber bien porqué, pues tenía el dinero para comprar estos artículos, incluso en el mismo momento que efectuaba el hurto. Además, reincidía en los mismos comercios como si en el fondo desease ser cogida. En los robos me se sentía como conducida a perpetrarlos, me dejaba llevar’³

Acorde con el conjunto de los coterapeutas del equipo de etnopsicoterapia, la conducta de Fatou no parecía ajustarse al perfil psicopatológico de la cleptomanía. Reiteraba sus intentos de robo en los mismos supermercados, en horas en las que era más fácil ser capturada por los servicios de vigilancia y, una vez cogida *in fraganti*, no ofrecía resistencia alguna. La joven se narra a través de una historia familiar de pérdidas y rupturas, en la que subyace un proceso de violento desarraigo y doloroso extrañamiento del mundo. Inicia su relato contando que al fallecer su progenitor, su madre se une a un empresario francés, ‘blanco’, que le da su apellido y la cría como hija propia. Su infancia parece desarrollarse en armonía, hasta que al ser escolarizada en un colegio privado en el que era una de las pocas (si no la única) alumnas de tez negra en la escuela, deviene consciente de su singular mestizaje. Fatou recuerda que el suceso que le hizo percatarse de su alteridad (en concreto su negritud, su pertenencia a África Negra) fue la pregunta incisiva y reiterada de sus compañer@s de clase “¿cómo es que tienes un papá blanco siendo tu negra?”. Es de destacar, el juego de espejos que se produce entre su propio mestizaje (piel negra endoculturada como blanca) y el de su “hermosa hermana mestiza”, fruto de la unión de su madre y su padrastro (piel clara endoculturada como blanca).

Años más tarde, su madre se separa del padre blanco llevándose a ambas hijas. Sin embargo, la relación con su madre se deteriora –alude al alcoholismo de la madre y a los problemas con la justicia de ella- y Fatou decide convivir con un joven originario de África, del que poco después se queda embarazada. Embarazada y sin empleo, la joven pareja se traslada al hogar de la familia del novio, lo cual no resulta nada cómodo para Fatou. Las relaciones son tensas

³ Traducción propia.

principalmente por: 1) las diferencias aparentemente irreconciliables en cuanto a convenciones socioculturales sobre la noción de pareja y los roles de género (particularmente resentida es la relación de concubinato con el padre de su hija), 2) el episodio de los robos etiquetado como trastorno psiquiátrico, que la estigmatiza en el seno de esta familia como ‘alguien que no puede ser buena madre’, lo cual se refuerza por el rechazo que la joven madre siente hacia su bebé y 3) las marcadas diferencias culturales sobre la concepción del sujeto y su espacio de intimidad⁴. Si ‘entre blancos’, Fatou no llega a alcanzar el espacio necesario de reconocimiento, ‘entre negros’ se siente igualmente perdida. Bien sabe Fatou que dos factores le valen la vigilancia constante e intrusiva de las hermanas del padre-de-su-hija: 1) su pasado de enajenación mental y 2) su actual situación de en-ajenada respecto a la cultura familiar africana, en particular la ausencia de una referencia materna entre la familia política que la proteja de cara a las demás mujeres (esto es, importancia de la filiación materna en la defensa del yo y en el establecimiento de redes de apoyo intrafamiliar). Al añadirse un diagnóstico de cáncer de pecho avanzado a la insostenibilidad de la situación en el hogar de la familia política, Fatou decide acogerse a la ayuda social del Estado Francés para madres solteras y se traslada junto a su hija a una vivienda de protección oficial (tipo HLM). Ante el reclamo explícito de atención de su hija, la joven se acerca cada vez más hacia la que había sido objeto de resistencia y emprende unas relaciones armónicas con ella. El acercamiento a su hija, quien desde temprana edad se autodefine como africana, es interpretado, años más tarde, como una reconciliación con sus orígenes africanos⁵.

En el relato sociobiográfico de Fatou destaca otro episodio de resistencia a la enajenación: el temor a recaer de nuevo en el estigma de la insania, esta vez

⁴ Si la endoculturación europea es claramente individualista (la noción del sujeto individuo: yo estoy en la comunidad desde mi posición de yo); en la africana predomina un estilo de ser comunitario (la noción de un sujeto colectivo: yo soy a partir de mi posición en la comunidad).

⁵ El equipo de etnopsicoterapia sostenía una interpretación similar. Se sugería la idea de un conflicto en la transmisión de la herencia: la madre transmite la herencia del ‘mundo de los negros’ a la joven, pero ésta no sabe cuál es la herencia que ha de transmitir a su hija a causa de su situación *in-between* entre dos mundos difícilmente conciliables. Aquí se destaca el papel de la hija en la vuelta a los orígenes: la hija se identifica como africana.

bajo la mirada de su hija, decide no ingerir los tranquilizantes prescritos por la psiquiatra.

Fatou: 'Tal cual se lo digo a mi propia psiquiatra, no tomo la medicación porque no quiero que mi hija me considere trastornada. Quiero dar la evidencia de que estoy bien de la cabeza y que lo del pasado, los robos, ya es una historia cerrada. [...] Es curioso, el cáncer me ha devuelto el gusto por la vida. Antes, no me daba cuenta de la belleza de la vida. Con la experiencia del cáncer, me detengo más en las pequeñas cosas de lo cotidiano: miro una flor, escucho más los parajitos.'⁶

Hoy día, Fatou dice percatarse del camino que ha recorrido hasta reelaborar un mestizaje mal vivido que la hacía canalizar su aflicción en actos de violencia. Desde hace a penas un año, Fatou trabaja como empleada de una compañía de telefonía móvil atendiendo al público, mantiene su casa, se preocupa por la educación de su hija y comienza a dibujar planes en el futuro (ahorra para comprar una bella lápida a su madre fallecida hace cinco años). Fatou parece ir aceptando su trayectoria socio-biográfica, al tiempo que toma las riendas del proceso simbólico de configuración de su propio sentido del ser –lo cual fluye en interconexión con el reconocimiento mostrado por las instituciones y agentes sociales que han intervenido en su bienestar social⁷.

Sobre la enfermedad mental como regulación de las angustias y tensiones intra-familiares

La 'persona de agua' es una representación cultural de la enfermedad, de gran difusión en África Occidental, que designa a aquella persona a la que se cree que *está acompañada* por un ancestro que ha vuelto (Dores, 1981). La relevancia sociológica de esta creencia radica en que la etiología de la enfermedad se basa en la relación entre la persona y su entorno, respecto a los miedos exis-

⁶ Traducción propia.

⁷ Aquí cabe mencionar: la acción de los agentes de justicia junto con los profesionales de la salud, que intervienen en dotar de sentido a su malestar y comportamiento reconocido como 'desviado' (al menos, un reconocimiento oficial de la situación de anormalidad); las trabajadoras sociales que tramitan la solicitud de una vivienda HLM y la seleccionan; su padrastro, con quien vuelve a tener mayor contacto tras el nacimiento de la hija; su propia hija, nacionalizada francesa pero 'Africana Negra de corazón'; el retorno a la institución sanitaria ya no motivado por una psicopatología sino por un mal somático, un cáncer de pecho.

tenciales del grupo: se desplazan los miedos de tod@s sobre un@ de los miembros. Prevalece, por tanto, la idea de la enfermedad mental como forma de regulación de las angustias y tensiones intrafamiliares. Aun sabiendo que la adherencia a tal creencia no se da de forma unívoca en todas las personas procedentes de África Occidental, la relevancia de detenernos sobre ella radica en que aporta un elemento de contraste respecto al diseño de los dispositivos de cuidado hegemónicos en los sistemas sanitarios europeos. Hace cuestionar la normalidad de una relación terapéutica interpersonal, donde se genera la visión atomizada del problema de salud en síntomas y descontextualizado de las condiciones materiales y simbólicas de la persona enferma, porque introduce la factibilidad de una atención terapéutica en comunidad, escenario de múltiples voces para definir el problema, decidir sobre las formas de cuidado y actuar al respecto.

Mamadou es un joven autista de 18 años de edad, hijo de una familia originaria de Benin que reside en Francia desde aproximadamente veinte años. Acude una vez al mes al equipo de etnopsicoterapia del ECP2, acompañado por su madre y padre. En el momento de la visita, su familia se siente saturada: el hijo ha crecido y resulta cada vez más difícil frenar 'sus exceso de comportamiento', especialmente durante la noche. Mamadou reside en el hogar paterno, un piso de apenas 75 metros cuadrados en el que convive una familia nuclear compuesta por cuatro hij@s adolescentes, y acude entre-semana a una escuela-taller para niñ@s con disminución psíquica. La demanda de la familia es clara: desea obtener una plaza en un hospital nocturno para su hijo, a fin de poder descansar. Sin embargo, según informa la trabajadora social, que también les acompaña, los hospitales nocturnos más cercanos al domicilio familiar se encuentran hoy por hoy sin vacantes y, además, priman el ingreso de menores de edad. La situación parece desesperada para los padres de Mamadou.

Mamadou es definido por el equipo del ECP2 como un niño *Nit Ku Bon* (Zempléni & Rabian, 1985)⁸, especialmente por encarnar un constante movi-

⁸⁸ Así se denominan, en Senegal, a l@s niñ@s cuyo comportamiento se caracteriza por el aislamiento respecto al resto de los seres humanos (Zempléni & Rabian, 1985). Según las creencias tradicionales, l@s

miento de fuga. Tan pronto traspasa la puerta de entrada de un sitio cerrado (su escuela-taller, su domicilio familiar, el ECP2), sale bruscamente para volver a regresar de nuevo, y seguidamente, reiterar su salida y volver a entrar. Mamadou parece indicar que se halla en el intersticio entre dos mundos: de forma reiterada pasa del afuera al adentro. El situarse en el pasaje es interpretado por la psiquiatra del ECP2 como síntoma de que se halla en una situación en que todavía no ha resuelto si quedarse en un mundo o en el otro. Adoptando la hipótesis del niño *Nit Ku Bon*, el equipo del ECP2 se centra en resolver los conflictos existentes en el seno de la linealidad paterna a fin de inscribir el hijo en una filiación concreta. Los padres, ante la incapacidad de la biomedicina por curar el hijo de su autismo, parecen seguir acordes con esta interpretación que converge con las tradiciones ancestrales de su sociedad de origen. En este sentido, planean un viaje de presentación, cara a cara, del hijo a los diferentes miembros de la familia. Sin embargo, aquí cabe destacar un cierto escepticismo por parte de los padres ante la metáfora del *Nit ku bon* aplicada a la ‘anormalidad’ del comportamiento de Mamadou. Por una parte, el padre expresa haber visitado, en su país de origen y en Francia, a diversos marabúes, sin resultado satisfactorio. Por otra, la madre expresa que ha aceptado que su hijo no va a convertirse en un ‘*hijo normal*’ y ante su desesperación por la imposibilidad de ejercer control alguno sobre el comportamiento de su hijo pide ayuda a las instituciones francesas (explícitamente: un hospital nocturno no demasiado alejado del domicilio familiar).

Con independencia de que se comparta la metáfora del *Nit Ku Bon*, adoptando un análisis sociológico, la relevancia de su aplicación en el caso de Mamadou reside en las implicaciones que entraña no sólo para la relación terapéutica, sino para la concepción de los cuidados del trastorno mental. El problema no se define sobre la base de un desequilibrio biológico del estado mental del hijo. Su autismo se concibe en la relación entre Mamadou y sus progenitores. En este sentido, se trabajan las interacciones intrafamiliares hasta llegar a abordar

niñ@s *Nit Ku Bon* se encuentran en el intersticio entre el mundo de los ancestros y el mundo de los seres humanos mortales. Su situación de pasaje se debe fundamentalmente a una anomalía en la inscripción del niñ@ a una linealidad filial.

las relaciones con respecto a la familia extensa (en concreto, las hermanas del padre, que parecen no haber visto nunca con buenos ojos el matrimonio de su hermano, ni la decisión de su partida a Francia). Asimismo, se trata de un esfuerzo por hallar respuestas y metáforas alternativas a la biomedicina, adoptando una aproximación emic con respecto a las tradiciones etiológicas de la sociedad de origen de la familia de Mamadou. Esta aproximación puede contribuir a generar un clima de confianza entre un equipo terapéutico localizado en las dependencias de un hospital biomédico y una familia, especialmente si su relación con las instituciones se ha basado en el desencuentro y en la medida en que sus miembros compartan, en cierto grado, las creencias en las que se sostiene la metáfora empleada.

La psicopatología, acceso a un reconocimiento como miembro de la polis

En un contexto en que se invalida al extraño en cuanto agente de intercambio simbólico-material, definir el malestar que dicha invalidación genera ya de por sí resulta reconfortante. El quid de la cuestión se halla en que en la definición misma reside la acción preformativa del reconocimiento. Dicho reconocimiento puede quedarse en el plano de lo simbólico (se etiqueta el problema con una denominación oficial, por ejemplo, una patología), lo cual contribuye a dotar de sentido la aflicción producida por una sinrazón o la ruptura en el entendimiento que ocasiona la injusticia. En consecuencia, se obtiene una serie de beneficios (por ejemplo, unos cuidados profesionales a la salud) que aun siendo mínimos, inscriben al cuerpo extraño en el espacio social. Igualmente, puede significar la puerta de entrada a un reconocimiento como un par en el plano de la comunidad de derechos políticos, aunque sea el disfrute de tales derechos sujeto a una temporalidad determinada u otro tipo de condicionamiento. Aquí, por ejemplo, el certificado médico puede constituir una pieza relevante en la obtención de un permiso de residencia temporal por razones humanitarias en España y en Francia. Las historias de dos usuarios entrevistados en el ECB1 ofrecen una ilustración del reconocimiento que la psicopatologización puede

entrañar para sus protagonistas, ante unas administraciones públicas que reclaman pruebas para conceder permisos de residencia.

Ahmed es un joven sordo-mudo de nacionalidad argelina que intenta establecerse en España, siguiendo los pasos de un amigo de infancia. Su proyecto migratorio inicia con la voluntad de hacer su vida en un entorno que le ofrezca mayores oportunidades educativas y laborales que su país de origen. Nacido y criado en un ambiente familiar cariñoso, Ahmed veía sus capacidades de desarrollo personal coartadas por residir en una zona rural con pocos recursos para las personas con discapacidad.

Ahmed (en boca de una traductora del lenguaje de signos): Yo vivía fuera en Argelia y estaba muy preocupado porque allí no hay trabajo, tampoco tenemos cultura, las personas sordas estamos bastante marginadas. Y claro, lo pasamos muy mal. Entonces, aquí tenía a un amigo, un amigo sordo también de Argelia, y me ayudó a venir aquí, me dijo que podía encontrar trabajo, y que miraría un poco de ayuda, porque allí, en Argelia, está la cosa fatal. Entonces, por eso tuve que venir aquí. Ahora estoy mucho más tranquilo, intentando arreglar ya definitivamente los papeles. Por el momento va todo bien, pero allí en Argelia va todo... [K: Es complicado] Está todo muy mal y hay muchas personas que se están muriendo. Y en lugar de quedarme allí y vivir de aquella manera decidí vivir aquí, otra vida. Evidentemente es poco a poco.

Desde hace varios meses, Ahmed visita a la psicóloga del ECB1 para realizar un seguimiento psicológico que le ayude a sobrellevar la soledad que siente por la separación geográfica respecto a su familia y su novia, así como contener las frustraciones originadas por su discapacidad. Amparado por una asociación de ayuda a la inserción socio-laboral de las personas sordo-mudas, Ahmed está tratando de regularizar su situación. El reconocimiento conseguido vía la ayuda recibida por tal asociación y el seguimiento psicológico hacen que Ahmed se sienta más aceptado en una sociedad que aún no ha oficializado su membresía a la comunidad mediante el permiso de residencia y de trabajo. Ambas instituciones aportan pruebas objetivas y creíbles ante la Administración pública para reforzar sus posibilidades de obtención de un permiso por razones humanitarias.

Mohamed, un hombre ciego de nacionalidad argelina, ha vivido una situación de crisis vital muy acusada. Durante más de seis meses malvivió bajo

un puente situado en la zona metropolitana de Barcelona hasta que la asociación humanitaria Médicos del Mundo le halló un hogar y le integró en la red de ayuda social y atención médica de la ciudad. Desde hace varios meses acude a sus visitas quincenales con la psicóloga y el psiquiatra del ECB1 a fin de recibir el tratamiento adecuado para la psicosis que sufre. Para Mohamed, acudir al ECB1 no sólo significa el lugar en el que recoger sus prescripciones médicas y proceder con su psicoterapia, sino también una oportunidad para romper la monotonía del aislamiento social en el que se encuentra.

K : Je voudrais savoir si depuis que tu viens ici tu te sens mieux.

Mohamed : Ici ? [K : oui]. Très bien.

K: Ça t'aide?

Mohamed: Oui.

K: Et pour quoi ça t'aide?

Mohamed: Ça me rend le moral.

K : Ça te rend le moral.

Mohamed: Oui.

K: Tu vois la vie avec une meilleure perspective?

Mohamed: Non. Ça me remonte beaucoup le moral. [...] Et comme je n'ai pas mes frères ici, je monte le moral avec ECB1Psic1, avec toi et avec les autres personnes ici. Quand je sors maintenant *a la calle*, et oui, ça fait mal. Je dois monter ma batterie de secours à zéro.

Aunque su situación administrativa es regular, pues posee un permiso de residencia por razones humanitarias, a Mohamed le pesa el ostracismo en el que su psicosis le confina. Desconfiado con respecto a su entorno más cercano, Mohamed proyecta sobre amistades, conocidos y, algunas veces, familiares una ira desmedida. De temperamento irascible y trato difícil, Mohamed no logra establecer relaciones cordiales y amistosas con la gente que le rodea en su cotidianidad. En el centro ECB3 halla, así, un escenario en el que se siente protagonista.

4. Los discursos de los cuerpos enajenados o la encarnación de la desigualdad entre heterogeneidades

He aquí una escena típica en una consulta cualquiera para personas de nacionalidad extracomunitaria:

« [La persona] llega, dispone sobre la mesa del médico una serie de papeles, cuenta sus dificultades para obtenerlos, para comprenderlos, pide

otros papeles... expresa de esta manera tan concreta, tan « cosificada» un problema que es para él/ella esencial: ¿cuál es actualmente su rol? ¿Cómo es reconocid@ por l@s otr@s? ¿cuál es su estatus, su derecho en la sociedad de acogida? ¿Ha sido aceptad@ o rechazad@? » (Gómez Mango, 1981: 76).⁹

La significación de los papeles va más allá de la mera obtención de un permiso. Representan la conquista de un modo de amparo en medio de la clandestinidad y la persecución, así como el devenir un actor social con derechos, cuyo valor de intercambio es administrativamente reconocido y jurídicamente respaldado. Los relatos de los cuerpos enajenados ponen de manifiesto la gran pusilanimidad de la política de acogida de inmigrantes y exiliad@s: la complejidad de los textos jurídicos, la lentitud de las administraciones concernientes, los disfuncionamientos generados, que acarrearán como consecuencia el desamparo que el tiempo de espera, en la clandestinidad, les depara. La violencia de Estado a la que los actuales Estados-Nación someten a las poblaciones extracomunitarias es resentida incluso en el caso de l@s exiliad@s que logran asilo político. El primer tiempo del exilio político es frecuentemente marcado por esta ambigüedad dolorosa pero inevitable: es el alivio de un sufrimiento, una liberación, un inicio, pero también la humillación, la desposesión, la pérdida y el duelo (Gómez Mango, 1989). La respuesta reside en que esta violencia de Estado, tomando formas más sutiles, modela el campo de oportunidades vitales de los cuerpos enajenados. En relación con el contexto institucional de recepción de la migración, los gobiernos y sus respectivos marcos jurídico-legales fijan el campo de circulación de l@s inmigrantes, restringiendo el acceso a ciertas ocupaciones en el mercado laboral, bien sea a través del recurso a la 'situación nacional de empleo', bien sea a través de los contingentes. Así pues, la política de inmigración favorece la reclusión de l@s trabajadores de origen extracomunitario a unos sectores de actividad determinados, rigiéndose por el imperativo de gestión del mercado de trabajo y no por las capacitaciones profesionales que aportan consigo tales personas. Del mismo modo, este marco institucional insta una serie de mecanismos de filtro en el acceso a los recursos de bienestar social disponi-

⁹ Traducción propia.

bles (políticas públicas de protección social –transferencia de rentas y servicios socio-sanitarios- y derechos laborales).

Asimismo, la temática del trabajo, en su acepción concreta de acceso al mercado laboral, se revela como el eje vertebrador de la condición humana de los cuerpos enajenados, tomando mayor intensidad en la medida en que el proyecto de emigración se vincula a un propósito de mejorar sus respectivas posiciones económicas (a nivel individual o familiar). En la vida en el exilio, el acceso a un empleo digno y estable es también un elemento central: en el contexto de un orden socio-económico capitalista, éste confiere la posibilidad de reconstruir una vida con unos mínimos de seguridad para la supervivencia y el desarrollo humano. Cabe añadir, igualmente, el deseo manifiesto de emplearse en alguna ocupación remunerada por parte de usuari@s con psicopatologías más invalidantes y crónicas. De manera explícita, estas personas afirmaron concebir el empleo remunerado o bien como la prueba definitiva de curación o bien como la objetivación de su valor de utilidad en el seno de una sociedad que tiende a estigmatizarlos y marginarlos del mercado laboral. En síntesis, observamos que tanto el grado efectivo de empleabilidad, como el tipo de empleo conseguido y las condiciones laborales de éste moldean la percepción que l@s inmigrantes y exiliad@s construyen la consistencia a su proyecto biográfico, organizan su cotidianidad en la sociedad de instalación y proveen un determinado sentido del ser. Efectivamente, los contextos sociales, económicos y políticos desafían a las personas, al exponerles oportunidades y limitaciones; opciones y restricciones. Al respecto, el no empleo y, más intensamente, la percepción de inempleabilidad, así como estar bajo condiciones laborales de explotación, precariedad, desprotección legal e inseguridad para la integridad física son procesos de deterioro de la salud de patrimonio capitalista y neoliberal.

Por último, es menester exponer con rigor, el modo y la relevancia en que aparece el elemento cultural en los discursos de la enajenación. Del estudio metódico sobre las narraciones de los cuerpos enajenados, se observa que la percepción de una diferencia cultural con respecto a la cultura hegemónica de la sociedad de instalación traspasa la mera objetivación de la presencia de ésta. Se

trata más bien de una diferencia verbalizada porque genera sufrimiento. Así, hay una conexión entre diferencia cultural y sufrimiento. Al explicitar las fuentes de tal sufrimiento aparece no sólo el desencuentro lingüístico-simbólico que incapacita para una comunicación entre pares (esto es, la posibilidad de un intercambio de información y de la creación de sentido de ser autocomplaciente a través de la acción preformativa del acto de habla), sino también la *infravaloración* del uso verbal de la lengua empleando acentos distintos a los de l@s españoles y franceses nativ@s, las prácticas culturales específicas, los rituales religiosos otros que los propiamente judeocristianos, las formas distintivas de presentación del *self* (vestimenta, estética corporal, ritos cotidianos de interrelación o códigos para relacionarse). La diferencia que provoca sufrimiento evidencia la lógica discriminadora subyacente que posiciona determinados elementos culturales propios de los cuerpos enajenados, de forma desigual en el marco de las interacciones sociales (la diferencia inscrita en el campo de unas relaciones desiguales de poder). Así, el extrañamiento del mundo que aflige a estas personas no surge de la diferenciación sino de la distinción social. No se trata por tanto, del dolor de la diferencia cultural *per se* sino del padecimiento por la desigualdad en la que la sociedad de instalación adscribe a la otredad.

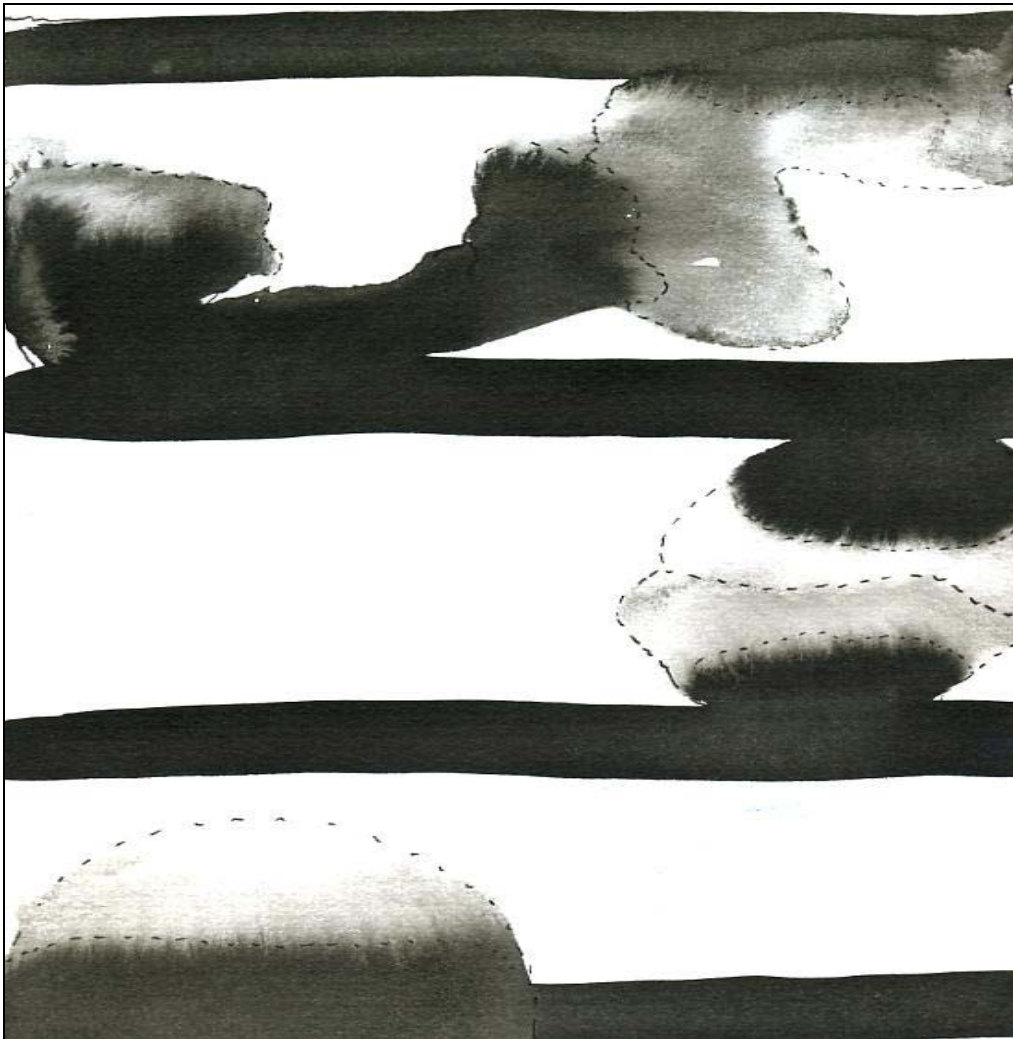
Este análisis cualitativo de los discursos de los cuerpos enajenados bien evidencia el encuadre de estructuración de las posibilidades económicas, políticas y sociales a las que están subyugados, la singularidad de las diversas trayectorias de inmigración narradas y las diferentes adhesiones a las creencias y prácticas culturales de la sociedad de origen, así como del acercamiento a las de la sociedad de instalación; y los efectos que contextos, trayectorias y adhesiones generan en la salud. De ahí que coincidamos con Josep Maria Comelles (2003) al sostener el sinsentido y la ineficacia de atender la diversidad sociocultural y la construcción de significados culturales sobre la base de protocolos clínicos que estandaricen la “identificación” cultural de manera administrativa. Por el contrario, cabe capacitar a l@s profesionales de la salud en una metodología que permita comprender la complejidad de las identidades múltiples de las personas que atiende. En este sentido, es condición sine qua non el ejercicio efectivo

de la empatía, la capacitación para la comunicación dialógica e intersubjetiva y el desarrollo de mecanismos de encuentro y negociación en la dicotomía-fractura entre el saber/poder profesional versus el saber/poder profano, así como un giro en la concepción del modelo de atención sanitaria: de la asistencia interpersonal de la enfermedad, al desarrollo de la salud comunitaria. Precisamente, el capítulo conclusivo de este trabajo de investigación pone especial énfasis al desarrollo de tales discernimientos.

CONCLUSIONES

LA ENAJENACIÓN DE L@S OTR@S

UNA BIOPOLÍTICA DE LA ALTERIDAD



Frontière molle, 2004. Miles Hall

CONCLUSIONES

LA ENAJENACIÓN DE L@S OTR@S, BIOPOLÍTICA DE LA ALTERIDAD

'Struggles for equity of health and health care are located within the broader context of struggles against racial discrimination and oppression and, for substantive rights of citizenship. Struggles for racial non-discriminatory immigration policies, better housing, equality of access to the labour market, anti-racist education, equality of legal, social and civil rights and access to meaningful political participation are therefore essential to both building and sustaining a health promoting environment and overcoming the "inverse care law" in the provision of health.' W.I. Ahmad, 1993.

Analizar desde una perspectiva sociológica los discursos que conciben la población de origen extracomunitario como un problema de orden sanitario implica interrogarse sobre las relaciones asimétricas de poder que se establecen entre heterogeneidades. Del mismo modo, elucidar los distintos modelos de interpretación de la *enajenación* vinculada a la diferencia socio-cultural y explicar la atención sanitaria en salud mental especialmente dirigida a l@s que proceden de fuera de las fronteras comunitarias, conduce a interrogarnos previamente sobre los procesos sociales a través de los cuales se construyen alteridades y se conforman las reglas de juego de las relaciones entre grupos socio-culturalmente diferenciados. En esta investigación se ha apostado por una concepción de la alteridad, relativa y relacional, producto de las lógicas de distinción social que se articulan sobre la base de la dialéctica de la similitud y la diferencia y, que se conforma, en estructura y contenido, a partir de una concreta relación socio-histórica del monopolio sobre los recursos simbólicos y económicos de poder. La delimitación de la divisoria fluctuante entre identidad y alteridad compete tanto el orden de lo simbólico,

como el de lo material. En el actual orden del mundo, 'alteridad' no sólo evoca diferencias, sino que es producto de relaciones desiguales de poder. Teniendo por telón de fondo la problemática de la igualdad y las distinciones jurídicas en la Europa de los Estados-Nación, las categorías de alteridad puestas de manifiesto en este estudio se actualizan hoy día en el proceso de construcción de la Unión Europea y la acentuación de la disparidad entre centro y periferia, cuya configuración geopolítica y socio-económica enraíza en la Historia Colonial.

Al erigir un nosotr@s – siempre en relación con l@s otr@s – 'el ojo que distingue' sigue la lógica de identificación-exclusión propia de la relación '*established-outsider*' (Elias, 1965): *grosso modo*, l@s asentad@s desde hace más tiempo entre l@s que ya hay una historia previa de convivencia común *versus* l@s llegad@s más tarde, extrañ@s entre sí mism@s. Frente a la imagen positiva que l@s *established* se atribuyen a sí mism@s, l@s outsiders son estigmatizad@s sobre la base de su desviación respecto al credo, valores y *habitus* que imperan en la sociedad en la que se asientan. Al ser percibido como potencialmente perturbador de la 'normalidad' cotidiana de la sociedad de instalación (Schütz, 1964), el extranjero@ extracomunitari@ es relegado a su condición de alteridad cultural y a su presencia, si no del todo transitoria, siempre supeditada a la situación coyuntural del mercado laboral. Construido como reflejo de la otredad, en él se encarnan los temores existenciales de l@s *outsiders*: fugitivo de una tierra natal devenida infecunda, máxime exponente de la desprotección social y la inestabilidad laboral, portador de ideologías consideradas retrógradas con respecto a los derechos humanos universales, y usurpador del excedente.

Bajo la óptica de la '*Tendenz zur monopolistischen Abschließung nach außen*' (Weber, [1922] 1968), el reparto de los recursos sanitarios revela precisamente una relación bipolar entre heterogeneidades, en la que opera la dualidad ciudadanía-extranjería. La accesibilidad a los recursos públicos de salud se rige por dos vías de reconocimiento: por un lado, el denominado 'derecho común', destinado a l@s que son iguales porque son como nosotr@s y, por el otro, el humanitarismo surgido en el intento por resolver las situaciones de injusticia que genera la restricción del disfrute de los recursos sociales. En el caso de l@s ciuda-

dan@s nacionales y comunitari@s, el reconocimiento del derecho a los cuidados médicos es sancionado por la legislación en materia sanitaria, en el que se concibe la salud como un derecho social. Por el contrario, para aquellos habitantes cuya permanencia en los confines del Estado-Nación está sujeta al marco administrativo-legal que regula la condición de extranjería y restringe las posibilidades de ser partícipe de la *res publica*, la enfermedad representa la dimensión desde la cual les es conferido el derecho a la asistencia pública.

El reconocimiento, por l@s *established*, del derecho a los cuerpos extracomunitarios a acceder a la atención sanitaria pública no resulta de un contrato social en el que se les reconoce su membresía en el espacio socio-político de la sociedad en la cual vive. Más bien, prevalece la lógica de la compasión. En un contexto de recorte presupuestario en las prestaciones sociales y de contención del gasto sanitario, son l@s considerad@s extranjer@s al grupo social que monopoliza los recursos de una sociedad determinada, l@s primer@s a ser exclud@s del beneficio de los servicios públicos. De hecho, la noción misma de extranjería puede concebirse como una institucionalización del racismo y la exclusión. Este escenario de diferenciación y exclusión en el derecho a la asistencia sanitaria pública trae a colación el cuestionamiento del principio universalista por el que se rigen el sistema sanitario español desde la Ley General de Sanidad de 1986 y el sistema francés, desde la promulgación de la ley de la CMU en 1999.

1. Apertura: El universalismo como forma de organización de los recursos en el contexto de la diversidad

A nuestro entender, el universalismo es la política de la homogeneidad en el trato, que rechaza *a priori* seleccionar l@s usuri@s en base a un único criterio de criba (por ejemplo, la clase social, el género, la etnia, la edad). Descrito de manera sucinta, un modelo de gestión de los recursos sanitarios de carácter universalista engloba abordajes interpretativo-prácticos que parten de una intelección de la salud integral y centrada en las similitudes. Lejos de significar una perspectiva ciega a las variaciones sociales y culturales, el universalismo necesariamente trata de hallar las comunidades en el dinámico y variopinto cali-

doscopio que conforman las desigualdades socio-estructurales y simbólicas. Desde esta perspectiva, se aboga por un sistema general y flexible de atención a la salud, válido para cualquier persona, independientemente de sus particularidades socio-culturales.

En el polo opuesto a la concepción universalista, el culturalismo se basa en la diferencia cultural, afirmando la idoneidad de unos servicios específicos de atención a la salud, distinguiendo las necesidades de salud según la adscripción socio-cultural de las personas. Por culturalismo se concibe la política de la distinción; esto es, el discurso simbólico y material sobre la diferencia, articulado en torno al concepto de cultura como eje interpretativo principal. Esta perspectiva concibe al individuo como miembro de un grupo social cuyas características, susceptibles de ser definidas y delimitadas, dan cuenta de gran parte de la incidencia diferencial de las enfermedades en el mundo (Vaughan, 1991). Dentro de la aproximación culturalista se distinguen dos interpretaciones posibles de las desigualdades en salud según grupos socio-culturalmente diferenciados (Fassin, 2000b). La primera entiende el 'mundo primitivo', esto es, las sociedades de origen de las minorías, como un universo frágil y vulnerable ante las enfermedades, estado del que sólo la civilización puede sustraerle. La segunda atribuye a la colonización, la industrialización y la modernización, la responsabilidad de un debilitamiento, mejor dicho una degeneración, de las sociedades de origen de estas minorías étnicas, corrompidas por el 'mundo occidental', desestructuradas y de-culturizadas. Esta segunda interpretación no concibe solución posible, salvo el retorno a las 'raíces' y tradiciones. Aunque substancialmente contrarias, ambas opciones coexisten fácilmente en la medida en que comparten el mismo trasfondo ideológico: la distinción cultural es sistemáticamente considerada como la clave para interpretar la alteridad. En síntesis, desde la perspectiva culturalista se defiende un relativismo que, *a priori*, imposibilita cualquier tentativa de generalizar la sicopatología, de ahí la apuesta por la introducción de servicios específicos para los distintos grupos sociales.

Nuestra concepción del universalismo se distancia, además, del *universalismo* propugnado desde el paradigma evolucionista. Asentado en el axio-

ma de que cuanto más progresa la humanidad, las especificidades tienden a disolverse dentro de lo que se entiende comúnmente por civilización. El *universalismo evolucionista* distingue en la cultura de un grupo socio-culturalmente diferenciado, características propias que permiten ubicar dicho grupo sobre ‘la vía del progreso’. Así, los diferentes grupos son susceptibles de ser clasificados según su posición relativa respecto a una misma escala, de distintos grados partiendo del ‘salvajismo’ a la ‘civilización’. A nuestros ojos, no se trata sino de un *monoculturalismo encubierto* cuyo objetivo subyacente es la consecución de la asimilación. Acorde con Goldberg (1994:19), el monoculturalismo se materializa al “Asumir una Visión desde Ningún Lugar, esto es, la proyección de valores locales como valores neutralmente universales, es decir, la globalización de los valores etnocéntricos¹”. De igual modo, “El monoculturalismo no sólo sostiene la universalización de las presuposiciones y los elementos de una cultura particular, también niega como cultura –en la medida en que encarna y refleja valores apreciados- cualquier expresión que no encaje en el molde de la ‘alta cultura’ “(Goldberg, 1998: 5) ². Bajo la falacia de la neutralidad cultural, la ‘vía de progreso’ como camino ejemplar a seguir o ‘la idea de civilización’ como meta ideal a alcanzar ha sido conceptuada desde una posición concreta, a partir de un universo simbólico-cultural específico. Teniendo en cuenta la hegemonía de los *valores occidentales*, las relaciones desiguales de poder y los procesos asimétricos de globalización cultural que caracterizan el orden del mundo actual, los criterios definidores de la escala salvajismo-civilización están, sin duda, impregnados de un vehemente etnocentrismo occidental.

El universalismo, tal como es entendido en esta investigación, se define precisamente por la doble renuncia que propone Didier Fassin (2000b:148)³:

¹ Traducción propia.

² Traducción propia

³ Didier Fassin (2000b), al sugerir desmarcarse de la dualidad universalismo y culturalismo, define un espacio donde puedan enunciarse legítimamente las verdades (el autor enfatiza el plural) sobre el mundo, lugar que no sería único sino múltiple. El autor paradójicamente sitúa este espacio en el mismo eje universalismo-culturalismo, sugerencia que, *de facto*, no comporta la superación del esquema del que originariamente pretendía desmarcarse. A nuestro entender, esta incongruencia refuerza la definición de universalismo aquí propuesta.

'Doble renuncia: 1) a la idea que sólo habría una historia posible o deseable –la de la civilización, del desarrollo, o mismamente, de los derechos del hombre- y 2) al sentimiento del rol mesiánico que habría de jugar un pueblo elegido – el mundo civilizado, desarrollado, o además democrático. Pero [esta doble negación] no implica la renuncia a ciertos valores morales fundadores de la humanidad (el principio que debemos a los seres humanos un cuidado y un respeto iguales, el rechazo de la opresión, de la esclavitud, de la exclusión y de la desigualdad)'⁴.

En consecuencia, la defensa de los valores universales se articula en el marco del respeto de la diferencia. Este universalismo se define por ser de naturaleza *'critical, insurgent, polyvocal, heteroglossial, and antifoundational'*⁵; por articularse no sobre la base del binomio identidad/diferencia sino de la heterogeneidad (Goldberg, 1994: 20)⁶. No entendemos por universalismo, una aproximación doctrinaria sobre la diversidad, sino una perspectiva plural y dinámica basada en la coexistencia de valores y normas distintas, pero sin excluir un movimiento de sinergias que hagan convergir unos principios fundamentales comunes que articulen la convivencia y la paz social, al tiempo que anulen las desigualdades sociales en salud. Sin la aplicación del principio de la equidad, incompleto queda el universalismo.

Atender la alteridad desde una óptica universalista conlleva intrínsecamente la cuestión de la tensión entre lo colectivo y lo singular. Dicha tensión no puede concebirse sino en términos dinámicos, alimentada por un continuo movimiento en forma de vaivén que retroalimenta ambas dimensiones. La naturaleza de este movimiento conduce a pensar la relación en forma de espiral. Dicha *elipseidad* no convierte en estéril el intento de comprensión de la relación en lo colectivo y lo singular. Es, justamente, al renunciar a toda forma de causalidad entre sujeto y grupo(s) de afinidad que hemos de pensar lo social y lo psíquico juntos. Se trata de ponerlos en diálogo permanente. Como expresa Michael Wieviorka (2001), la clave radica en los invariantes por los que se organiza la diversidad. En este sentido, los seres humanos son simultáneamente, universalmente similares, culturalmente distintos e individualmente únicos.

⁴ Traducción propia.

⁵ 'Crítica, insurgente, plurivocal, heteroglósica y anti-fundacional' (Goldberg, 1998: 20, traducción propia).

⁶ Acorde con Goldberg (1998), la heterogeneidad es la norma de toda sociedad en tanto que conforma los mismos parámetros de una cultura, siendo la homogeneidad lograda únicamente a través de la opresión y censura.

2. Las incongruencias del universalismo del sistema sanitario: similitudes y diferencias entre España y Francia

La universalización del acceso a la asistencia sanitaria no ha revertido en la instauración de un sistema de atención a la salud válido para cualquier usuari@, independientemente de sus particularidades socio-culturales. Dados los resultados del trabajo de campo, el escenario que ha propiciado la aparición de los dispositivos específicos para la atención de la salud mental de inmigrantes y exiliad@s de origen extracomunitario guarda relación directa con la exclusión social derivada de las barreras jurídico-legales que restringen la accesibilidad de determinados colectivos a los cuidados profesionales de salud. La universalización de la asistencia sanitaria se presenta como un proceso inconcluso en España y en Francia. Al estipular filtros al acceso a la red pública de servicios sanitarios (véase, la condición de ciudadanía y la demostración de una situación de residencia regular, así como la mera necesidad de estar en posesión de la TIS o la Carte Vitale) no se da un reconocimiento de la salud como un derecho inherente a todo ser humano. Tampoco debe eludirse el rol que la cultura organizativa de los agentes proveedores de la atención sanitaria pública juega en dicha inaccesibilidad. Al ceñirse a lógicas empresariales de gestión de sus recursos, devienen poco propicios e/o interesados en atender 'enferm@s menos rentables'. Aquí reflexiónese sobre el consumo de tiempo, energía y dinero que supone una consulta con un agente de mediación lingüístico-cultural, y, en el caso de abstenerse de un servicio de traducción, la ineficiencia de efectuar las mil y una pruebas, hasta asegurarse no sólo de alcanzar un buen diagnóstico, sino de que el tratamiento sea entendido y aceptado por la persona enferma. Esta gestión de los recursos para la salud concuerda con formas monoculturales, etnocéntricas y sociocéntricas de organizar los cuidados profesionales de la salud. Sigue una lógica economizadora de la atención y los recursos disponibles.

Junto al marco jurídico-legal y la cultura organizativa, cabe añadir que gran parte de los factores exclusógenos que obstaculizan el acceso a los recursos sanitarios públicos se vincula a la estructura social desigual que conforma la sociedad en que se implanta. En este sentido, la distribución equitativa de los

recursos sanitarios y la implantación de modelos holísticos de interpretación y práctica médica que integren las dimensiones bio-psico-social de la salud y sus cuidados son condiciones *sine qua non* de un sistema sanitario universal. Una de las peculiaridades de l@s inmigrantes y exiliad@s extracomunitari@s – singularidad que comparten con l@s autócton@s desprovist@s social y económicamente- respecto al resto de usuari@s de los servicios sanitarios radica en que introducen en la misma consulta médica, de una forma inminente, situaciones extremas de la desigualdad e injusticia de la que son objeto. La presencia, en la consulta médica, de usuari@s cuya difícil situación socio-económicamente y diferenciación cultural es tan visible, vuelve ineludible la dimensión socio-cultural de la salud. Basada la atención médica y psiquiátrica del sistema sanitario público en un modelo fundamentalmente fisiológico de la enfermedad -esto es, el modelo de la biomedicina-, el contexto socio-cultural suele considerarse más como intromisión que como dato relevante para el diagnóstico y tratamiento. De acuerdo con Josep María Comelles (2003), desde el siglo XIX, la biomedicina ha aspirado a alcanzar la máxima eficiencia diagnóstica, de pronóstico y terapéutica, depurando la clínica de cuantas variables sean accesorias a estos tres actos. Su estrategia de interpretación y práctica curativa se han basado en despojar al cuerpo de las vicisitudes sociales y culturales, eliminando la aproximación etnográfica y apostando exclusivamente por la clínica. Así, la tendencia hegemónica en psiquiatría persiste en el doble proceso de enfatizar al ‘individuo trastornado’ (*‘disturbed individual’*, esto es, tratar la enfermedad mental en términos de comportamientos y estilos de vida insanos o disfunciones neuronales) y des-enfatizar (*‘de-emphasis’*) las desigualdades estructurales, que como apuntábamos anteriormente influyen no sólo en la producción de la enfermedad, sino también en la vivencia singular de ésta. De nuevo, el ‘universalismo’ del sistema sanitario se presenta de forma paradójica: se sostiene oficialmente la afirmación del respeto a la heterogeneidad en la red pública de atención sanitaria, al tiempo que la propia institución biomédica (la perspectiva médica de interpretación y tratamiento de la enfermedad hegemónica en dicho sistema) elude la dimensión socio-cultural de las desigualdades en salud. Además, suele producirse la tendencia a considerar de forma más individualizada

l@s usuari@s con l@s que se da una mayor proximidad socio-cultural y, por el contrario, contemplar a l@s usuari@s más distanciad@s como miembros de un grupo socio-culturalmente diferenciado (por ejemplo, “los latinos”, “los moros”, “los chinos”, etc.) . En este caso, difícilmente puede cuestionarse en la praxis, estereotipos y prenociones.

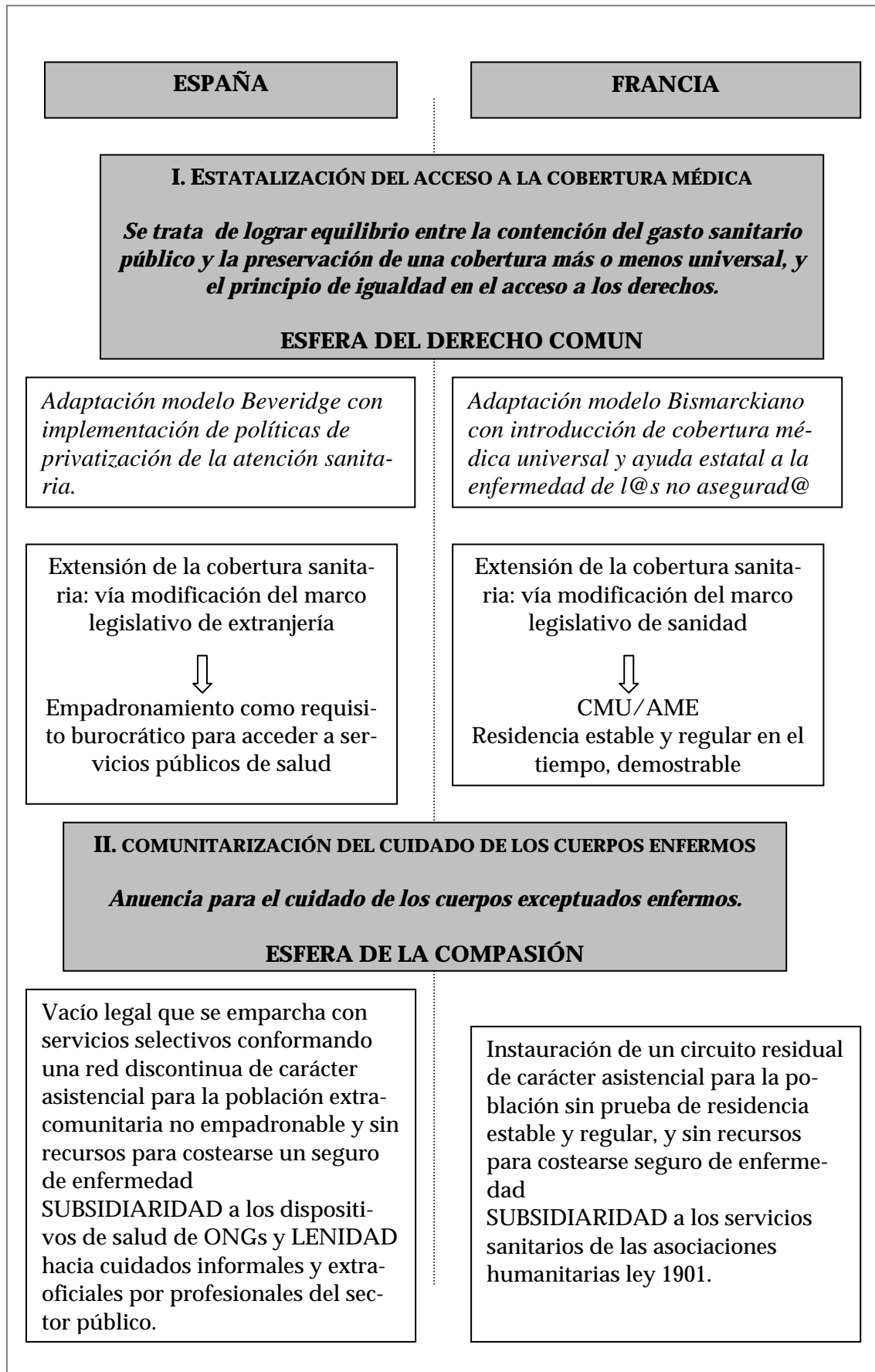
En efecto, la identificación de las barreras exclusógenas que delimitan la accesibilidad de l@s inmigrantes y exiliad@s extracomunitari@s a los servicios de salud contribuyen a esclarecer las principales razones por las que, si bien la cobertura de los recursos públicos en salud es formalmente universal, la atención a la salud no puede considerarse *de facto* un derecho universal. Con todo, el usuari@ extracomunitari@ más que introducir nuevos problemas coyunturales, no hace sino sacar a relucir las dificultades estructurales de la organización de la provisión de los recursos de salud, dificultades con las que ya se encontraban l@s profesionales de la salud al atender a usuari@s autócton@s con universos culturales y posición socio-económica distintos a los propios. Como expusimos en el capítulo 4, la relación médico-usuari@ viene mediada por el volumen y estructura de los capitales económico, social y cultural. Huelga reseñar que la organización de los servicios públicos de atención sanitaria corresponde al universo cultural de la clase media: a los miembros de esta clase social no les resulta ni tan costoso acudir durante su horario laboral a la consulta médica, ni tan incomprensible la jerga médica y pueden hacer valer, con mayor facilidad, su voz en la interacción médico-usuari@ (Waitzkin, 1991). Aún siendo diversa la población autóctona en cuanto a la estructura y volumen de capitales social, económico y cultural, así como en trayectoria biográfica, l@s profesionales de salud suelen dar por supuesto la dimensión de diferencia socio-cultural (*‘taken for granted’*) que, sin lugar a duda, atraviesa los escenarios de interacción social en los que se da una mayor homogeneidad socio-cultural.

Dado este escenario, las situaciones de inaccesibilidad a los recursos públicos de salud han sido parcialmente cubiertas por los sectores informal y del voluntariado. Si bien se ha extendido la estatalización del acceso, se asiste a una comunitarización de gran parte de los cuidados de la salud de la población de

origen extracomunitario. Al respecto, cabe incidir en que la instauración de servicios específicos de atención sanitaria a estos colectivos, no surge sino a iniciativa de determinad@s profesionales de la salud y de organizaciones no gubernamentales. Como se ha observado en nuestro terreno de campo, entre las motivaciones por proceder a la apertura de centros especializados para atender la salud mental de inmigrantes y exiliad@s extracomunitari@s prevalece la razón de dar respuesta a las inaccesibilidades a los servicios sanitarios de derecho común. Se constatan asimismo, intereses de tipo idiosincrásicos (véase, el deseo por establecerse en Barcelona debido a su calidad de vida (ECB5), la voluntad por cuidar a compatriotas o personas con las que se comparte la experiencia de la inmigración o el exilio (ECP2, ECP3, ECP5, ECB1, ECB3) y la curiosidad por trabajar con diferentes representaciones de la salud y la enfermedad (ECP1, ECP2, ECP4, ECB1, ECB2)) y las aspiraciones de distinción y logro de prestigio profesional (por ejemplo, ECP1, ECP3, ECB2).

A nuestro entender, resolver las incongruencias del universalismo del sistema sanitario no radica en la introducción de centros selectivos de atención sanitaria donde atender exclusivamente a los *outsiders* del sistema. Ofrecer una atención más sensible a las diferencias remite a la incorporación de la dimensión socio-cultural en la etiología de la enfermedad y el tratamiento médico, lo cual conduce necesariamente a un cuestionamiento del modelo biomédico de atención a la salud y a la mayor potenciación del componente social en el enfoque bio-psico-social de la salud mental. En el caso de los nueve centros objeto de estudio, una mayor sensibilidad a la realidad de la inmigración/exilio y al contexto de instalación, así como un abordaje atento a comprender el entorno simbólico-cultural parecen marcar su distinción respecto a los dispositivos ordinarios de la red pública. Así, se constata la veracidad de las palabras de Josep María Comelles (2003:7) “La vindicación de la ética o la humanización de la práctica en el contexto de racionalidad clínica emerge de la asunción individual –raras veces colectivas- de valores religiosos o cívicos que por su naturaleza quedan por encima de los imperativos de racionalidad científica”.

Cuadro comparativo I. La gestión de la alteridad enajenada en Francia y España, 2004.



En el actual contexto de truncado universalismo en el campo de la atención sanitaria y las desigualdades sociales a las que se aboca a las poblaciones más desprovistas social y económicamente, es difícil sostener que la creación de centros especializados en la atención de minorías sociales contribuya a diferenciar lo desigual como vía provisional para la normalización hacia el derecho común. Mejor pudieran considerarse éstos como evidencias de una institución sanitaria pública deficitaria, que no sólo asiente, sino que trata de externalizar hacia otros tropos, los elementos potencialmente distorsionadores para su *status quo*. Aquí se enraíza el peor de los males: que, a pesar de los esfuerzos en contra que se observan en la práctica totalidad de l@s profesionales de los centros estudiados, se llegue a la psicopatologización automática de los problemas de l@s *pobres no comunitari@s* y su confinamiento en centros de tratamiento selectivos. Así, a las ya existentes etiquetas estigmatizadoras que se asocian a cuerpo extracomunitari@ (rar@s; ladrones de empleo y recursos sociales; retrógrad@s; abusones de los servicios de bienestar social; o sumis@s o buscadores de follón, portadores de enfermedades contagiosas), cabría añadir –permítanme la osadía- la de *loc@s a no mezclar con nuestr@s loc@s*. Aquí, cabría concluir este punto con una nota relevante para el caso de la atención sanitaria en salud mental en España: los centros estudiados suponen una atención privilegiada en comparación con la red ordinaria de los CSM, en tanto que el sistema sanitario español, es menester recalcar, no ofrece atención psicoterapéutica regular a nivel de atención primaria, y de forma exigua, en los otros niveles de atención.

Los vacíos exclusógenos en la atención sanitaria de l@s inmigrantes extracomunitari@s: ¿Se trata de racismo institucional?

Al ser la condición de extranjería la piedra angular de la categorización del inmigrante extracomunitari@ como un usuari@ con condiciones específicas de acceso al sistema sanitario (puesto que dichas condiciones no se definen únicamente por el marco legislativo en materia de sanidad, sino también – en España, principalmente- por el marco legislativo que regula la condición de ex-

tranjería), estas reflexiones acerca de la accesibilidad diferencial de estos colectivos, hacen emerger la cuestión de un racismo institucional en el sistema sanitario, que se manifestaría en el trato discriminatorio con el que el marco jurídico-institucional en materia sanitaria considera a l@s inmigrantes de origen extracomunitario. Según la definición propuesta por la *Commission for Racial Equality* del Gobierno Británico, el racismo institucional es:

'El fallo colectivo de una organización en proveer un servicio apropiado y profesional a una persona a causa del color, cultura u origen étnico de ésta. Puede ser detectado en procesos, actitudes y comportamientos que propician la discriminación por medio de prejuicios inconscientes, ignorancia, actitud irreflexiva y estereotipos racistas, los cuales ponen en desventaja las minorías étnicas' (CRE, 1998: 2).⁷

De acuerdo con McKenzie (1999), la noción de racismo institucional introduce una perspectiva organizacional, que se caracteriza por tres elementos. Primero, se centra en las acciones de las instituciones, en lugar de adoptar una aproximación individual a la discriminación. Esta perspectiva no conduce, por tanto, a evaluar situaciones de discriminación buscando intenciones individuales, sino examinando las prácticas discriminatorias. Por el contrario, el centro de atención contra las prácticas discriminatorias radica en probar la diferencia de trato por razón de color, cultura o etnia y comprender las razones que originan el trato discriminatorio a fin de planificar estrategias para que la institución reduzca dichas disparidades. En segundo lugar, el racismo institucional reconoce los efectos discriminatorios que la desigualdad social ejerce a nivel institucional (escuela, servicios sanitarios, administración, etcétera). Finalmente, identifica la ignorancia, el pensamiento irreflexivo y los estereotipos como factores que causan discriminación directa e indirecta.

La presente investigación ha puesto en evidencia el trato diferencial que reciben l@s inmigrantes extracomunitari@s en el ámbito de la asistencia sanitaria respecto al resto de usuari@s. Este trato diferencial se legitima basándose en la ciudadanía, criterio que confiere los derechos sociales en los Estados de Bienestar. Al definir la ciudadanía social sobre la base de la nacionalidad, la vinculación del acceso al sistema sanitario al criterio de ciudadanía favorece la aparición de situaciones de discriminación por lugar de procedencia. De hecho, en

⁷ Traducción propia.

España y en Francia se distinguen una variedad de casos en cuanto a la cobertura sanitaria pública cuyo filtraje gira en torno a una cuádrupla lógica: la del mantenimiento del Estado-Nación, la de la construcción de la Unión Europea, la sostenibilidad del mercado laboral y la herencia del pasado colonial. De acuerdo con el marco analítico propuesto por Robin Cohen (1991), las personas con nacionalidad española y francesa constituyen *l@s ciudadan@s de pleno derecho*, en España y Francia, respectivamente; las procedentes de la Unión Europea e inmigrantes extracomunitari@s en situación administrativa regular componen la categoría de *l@s denizens*, siendo *l@s* inmigrantes cuya residencia en el país no ha quedado registrada administrativamente, *aliens o helots*. Si a esta discriminación institucional en la accesibilidad al sistema sanitario público se le añade que *l@s* inmigrantes extracomunitari@s sean considerad@s en el imaginario de la sociedad de instalación como usurpadores no sólo de los puestos de trabajo sino de las prestaciones sociales en detrimento de la población autóctona más necesitada y, objeto de estereotipos racistas e incluso violencia racial, la hipótesis de un racismo institucional cobra mayor fuerza. En consecuencia, este racismo institucional en el nivel asistencial no sólo se manifiesta mediante la restricción de la atención a acceder a determinados servicios, sino también a través de actitudes racistas de *l@s* profesionales de la salud⁸.

El contenido político-ideológico de los dispositivos de atención a la salud

En la gestión de la alteridad pueden distinguirse cinco posicionamientos ideológico-políticos subyacentes a los dispositivos de interpretación y tratamiento de los trastornos mentales que han sido pensados y diseñados para las alteridades enajenadas, éstas son: la estrategia del *laissez-faire*, la marginación, la asimilación, el multiculturalismo y la interculturalidad. Cada una de ellas se sustenta en una configuración específica de relaciones de poder entre heterogeneidades.

⁸ Esta fue una de las constataciones realizadas por vari@s profesionales de la salud al reflexionar sobre el trato diferencial que recibían *l@s* inmigrantes extracomunitari@s en los servicios sanitarios (*Jornada d'Intercanvi d'Experiències en Atenció Sanitària de Persones Immigrades'* Institut Català de la Salut, 15 Maig 2002).

La primera, la estrategia del *laissez-faire*, es en definitiva no considerar la heterogeneidad en el diagnóstico y tratamiento psíquico. Bajo la falacia de la neutralidad cultural, el *laissez-faire* contribuye, de facto, a perpetuar las desigualdades en salud que existen de entrada entre grupos étnicamente diferenciados (Smaje, 1995). La aparición de la etnopsiquiatría colonial y, en mayor medida, la psiquiatría transcultural y la antropología médica revela un esfuerzo por diseñar métodos psicoterapéuticos que consideren, de forma explícita, las variaciones socio-culturales en el tratamiento de los trastornos mentales.

En segundo lugar, la marginación consiste básicamente en apartar a los individuos o grupos sociales que son catalogados como diferentes e inferiores, por parte del grupo dominante. Supone la creación de espacios y tiempos diferentes y, conlleva la reproducción de relaciones asimétricas de poder y la distribución desigual de los recursos; esto es, se priva a los colectivos minoritarios el acceso a la mayor parte de los recursos sociales. Marginar implica, por tanto, evitar el contacto entre personas de adscripción étnico-cultural distinta, lo cual repercute en la reproducción de estereotipos y prejuicios racistas. Dos casos paradigmáticos de segregación racial como opción ideológico-política de gestión de la diversidad étnica en la atención a la salud mental son las unidades de atención psiquiátrica exclusivamente instauradas para la población colonizada africana en tiempos del colonialismo europeo durante las primeras décadas del siglo XX, y las establecidas durante el régimen *Apartheid* de Sudáfrica.

Por otra parte, la asimilación se basa en la exigencia a los grupos minoritarios de que abandonen sus propias pautas culturales a fin de insertarse en una corriente mayoritaria, en la cultura dominante. Esta perspectiva parte de una visión estática de las culturas en la que la diversidad étnica es negativamente valorada. En este sentido, la perspectiva asimilacionista implementa dispositivos de normalización cultural. Ciertamente esta perspectiva demuestra, contrariamente a las perspectivas anteriores, un interés por los colectivos minoritarios en tanto que tiene por objetivo *prepararlos* a fin de que puedan acceder a los mismos recursos que las personas autóctonas. Sin embargo, este acceso a los recursos implica que los colectivos minoritarios prescindan de su cultura de

origen para abrazar la cultura dominante. De acuerdo con Chris Smaje (1995:117), se asume que “*los comportamientos culturales de las personas autóctonas son los únicos adecuados y, que la desventaja de los grupos étnicos pueden ser substancialmente erradicados simplemente promoviendo un mayor entendimiento inter-étnico*”.⁹ En la etnopsiquiatría colonial prevalece una visión asimilacionista de la diversidad cultural en pro de un ideal de civilización propiamente eurocéntrico.

El multiculturalismo, tal como es concebido aquí, toma como referente el interés por la alteridad y se fundamenta en el respeto a la diferencia, sin comprometerse con las desigualdades sociales que cruzan transversalmente dicha diferencia. Por tanto, valora la diversidad étnico-cultural, remarcando el origen distinto de las minorías que componen una determinada sociedad. Dada la visión estática y esencialista de la cultura en la cual se asienta, el multiculturalismo comporta el riesgo de etnificar la desigualdad y folklorizar las características culturales de los colectivos minoritarios. Llevado al extremo (esto es, enfatizando en el carácter irreconciliable de la diferencia), el multiculturalismo difumina las fronteras entre el derecho a la diferencia y el deber de preservarla. Cuando esto sucede, determinadas minorías se sienten atraídas por la idea de redescubrir, reafirmar y reinventar sus ‘propias culturas’ (Alegre & Herrera, 2000). Aquí, por ejemplo, se hallarían las etnopsicoterapias.

Acorde con las aportaciones de varios estudios en el campo de la atención a la salud y la diversidad socio-cultural, pueden identificarse cuatro inconvenientes respecto a esta perspectiva ideológico-política de gestión de la alteridad (Bhopal & White, 1994; Douglas, 1995; Lambert & Sevak, 1996). En primer lugar, el énfasis en el reconocimiento de especificidades culturales en la identificación de ‘las necesidades de las minorías’ ha contribuido a producir y reforzar descripciones estereotipadas y presunciones sobre los miembros de estos grupos sociales. En segundo lugar, el multiculturalismo contribuye al diseño de programas de promoción a la salud y al establecimiento de recursos sanitarios específicos dirigidos a determinadas minorías étnicas en detrimento de la exclu-

⁹ Traducción propia.

sión de los demás grupos étnicamente diferenciados (Douglas, 1995). En tercer lugar, el multiculturalismo ha tendido a mostrar un interés específico hacia problemas de salud que afectan a una sección cuantitativamente pequeña de las minorías étnicas, en lugar de dedicarse a las condiciones de salud responsables de la mayor parte de la morbilidad y mortalidad de estas minorías étnicas (Hillier, 1991; Lambert & Sevak, 1996). Finalmente, l@s profesionales de la salud e investigadores afines a esta perspectiva de gestión de la diversidad socio-cultural han tendido a explicar los problemas de salud prevalentes en ciertos grupos sociales, vinculándolos con el estilo de vida, comportamientos individuales y dinámicas familiares. Por tanto, las necesidades sanitarias propias de los grupos minoritarios han sido definidas en términos de creencias y prácticas culturales problemáticas, en lugar de considerar como factores condicionantes de su estado de salud, sus posiciones sociales y condiciones materiales de existencia (Bhopal & White, 1994) o cuestionar la inflexibilidad y el etnocentrismo que revisten los servicios de atención a la salud (Douglas, 1995)¹⁰. Este escenario, ciertamente refuerza, la creciente ideología del *victim-blaming* en los servicios sanitarios, que sitúa la responsabilidad de los problemas de salud y su curación en el individuo y elude cualquier discusión seria de los factores sociales y medioambientales (Crawford, 1990). En el caso de la etnopsicología con objetos activos (ECP1) se vincula la psicopatologización de las personas inmigrantes al mestizaje cultural. Más concretamente, se sostiene que los trastornos mentales de l@s inmigrantes se producen por el esfuerzo de compatibilizar su propio universo simbólico-cultural con el de la sociedad de instalación.

Finalmente, la interculturalidad se basa en una visión interactiva de las etnias, en términos de encuentro, y diálogo de las personas de diferentes afinidades étnicas:

“El multiculturalismo sirve de antídoto a la demanda de que todas las personas se asimilen a los blancos o la cultura europea, pero la interculturalidad es un término mejor para describir la porosidad de la cultura. La interculturalidad, tal como la entiendo, aborda la cuestión de cómo, sin limitar el análisis de los

¹⁰ Si bien Tobie Nathan parte de la crítica a la inflexibilidad y etnocentrismo del sistema sanitario francés para legitimar el dispositivo de atención psicoterapéutica que practica, su propio método de gestionar la diversidad étnico-cultural en salud mental se fundamenta en una visión etnocéntrica en tanto que sostiene el tratamiento de un individuo dentro de su propio universo simbólico-cultural.

encuentros formales entre culturas, se da una comunicación entre culturas incommensurables. Si el multiculturalismo, desde un modelo Herderiano, puede dar la impresión de que las culturas son discretas, autónomas e incluso unidades relativamente estáticas, la interculturalidad, desde su concepción de que las culturas cambian, en gran medida, debido a que interactúan con culturas vecinas, es un valioso corrector [al multiculturalismo].” (Bernasconi, 1998:289-290)¹¹

La interculturalidad se caracteriza por un incesante cuestionamiento activo de las visiones estereotipadas y sus consiguientes discriminaciones. Ello implica, por tanto, no limitarse a los elementos culturales que identifican y distinguen los grupos socio-culturalmente diferenciados, sino abordar, de forma primordial, los aspectos socio-económicos -en última instancia, los aspectos socio-económicos también conforman manifestaciones culturales- y el orden político que condicionan las desigualdades en salud. Esto es, identificar las causas de la emigración, conocer el proyecto migratorio de la persona inmigrante, incidir en las condiciones materiales de existencia y la estructura de posibilidades que estas minorías tienen en la sociedad de instalación y, considerar la experiencia de la discriminación. En líneas generales, la perspectiva intercultural adopta una posición crítica y de resistencia respecto a los imperativos reduccionistas de la asimilación monocultural, así como un rechazo de los cierres sociales propuestos por el multiculturalismo. La psiquiatría transcultural contemporánea y las clínicas especializadas en la violencia organizada y el exilio pueden considerarse como un intento de abordar la gestión de la alteridad desde una perspectiva intercultural -aunque hoy día aún embrionario en cuanto a su práctica-.

3. La tensa relación entre psiquiatría y las terapias mágico-tradicionales, un debate que incomoda

Entre l@s distint@s profesionales entrevistad@s, el disenso más controvertido radica en el lugar asignado a las prácticas terapéuticas basadas en la racionalidad de la magia y el esoterismo. Este disenso evidencia una segunda configuración de relaciones de poder entre elementos heterogéneos en el seno de la atención a la salud, a saber, las luchas de poder entre las diferentes artes que tratan de curar, sanar y/o aliviar. Con la salvedad del ECP1, se constata un

¹¹ Traducción propia.

consenso en la idoneidad de distinguir el espacio de consulta psiquiátrica y psicológica del espacio de realización de rituales mágico-religiosa. Sin embargo, no se da un acuerdo tan acérrimo en cuanto al reconocimiento de dichas prácticas terapéuticas, así como sobre su eficacia terapéutica. Un dato esclarecedor: al reflexionar sobre *la enajenación de los cuerpos extracomunitarios*, l@s profesionales de entrevistad@s mencionan como particularidad de l@s usuari@s procedentes de África y del Extremo Oriente, la presencia de elementos mágico-religiosos en las narraciones de la aflicción. No obstante, ni África ni Extremo Oriente tienen el monopolio de las teorías etiológicas basadas en los efectos de la brujería o la acción de los espíritus. Aunque, como varios estudios sugieren (Mauss, & Hubert, 1985 [1902-1903], Lévi-Strauss, 1974a [1949]), Comelles, 1973; Delgado, 1992), *el mundo de las energías invisibles* se manifiesta de forma universal en todas las configuraciones sociales, éste parece hacerse más visible en el caso de l@s extranjer@s de origen extracomunitario.

La incómoda relación existente entre la psiquiatría y las terapias mágico-religiosas nace del esfuerzo por monopolizar el cuidado a la enfermedad de la primera en detrimento de las segundas, así como del cuestionamiento de la hegemonía de la psiquiatría que subyace por la coexistencia misma de racionalidades disímiles de interpretación y tratamiento de la aflicción. La idea formulada por Manuel Delgado (1993:132) de que los ritos mágicos ‘facilita al pensamiento un punto de solución ilusoria que le hace soportable o eludible la evidencia de su propio fracaso cognitivo’ realza el antagonismo que surge del afán omni-abarcador de Medicina moderna. Esta lucha por el monopolio de la psiquiatría surge entre Siglo XVI y la Ilustración, fruto de los primeros intentos sistemáticos por situar dentro del discurso de la medicina, padecimientos tales como el mal de ojo, el tarantismo, o la posesión diabólica, asociados en ese tiempo a las creencias sobre el mal, la brujería y la hechicería, al universo teológico de las supersticiones y a las visiones y apariciones de la divinidad. Según Josep María Comelles (1996), al describirse y clasificarse los trances, las posesiones y las experiencias chamánicas como categorías clínicas –psicosis disociativas y trastornos paranoicos o histéricos- o relegarlos a la condición de engaño, simulación o superchería, se produce no sólo la escisión de lo mágico-religioso

de lo científico, sino también la desvalorización de lo primero como estadio pre-técnico y arcaico de la medicina. Apropiándose del registro de la ortodoxia científica, la Medicina trata de demarcar su fuero identitario: se alza como conocimiento y técnica homogénea, universal y asocial, centrada en la causalidad biológica de la enfermedad, frente a las curaciones tradicionales diversas, variopintas y culturizadas, basadas en la causalidad cultural mágico-religiosa.

Acorde con Manuel Delgado (1993), la magia se define como:

El conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que el ser humano puede intervenir en el determinismo natural, bien complementándolo o bien modificándolo, mediante manipulación o el encarnamiento de ciertas potencias, accesibles a través de aptitudes, conocimientos o técnicas especiales. (1993: 13)

Con anterioridad a la aparición de la noción de 'eficacia simbólica' de Claude Lévi-Strauss (1974b), el pensamiento científico declinaba el poder de la magia sobre la base de los avances de la Medicina Moderna. Ante la constatación de que algunas poblaciones continuaban practicando rituales mágicos, el pensamiento científico sostenía que estas poblaciones estaban sometidas a fenómenos de sugestión individual y colectiva¹² o, peor aún, afirmaba que estas poblaciones presentaban disposiciones mentales deficientes en comparación con las *poblaciones occidentales* (Rechtman, 2000b). Si bien Claude Lévi-Strauss (1974a, 1974b) no comparte las teorías de los chamanes, pues refuta que éstos recorran el mundo de lo invisible y libren combates sin piedad contra los espíritus malignos responsables de los sufrimientos y dolencias de sus enferm@s, se desmarca de los postulados mentalistas y evolucionistas previamente reseñados. Este autor defiende que puede haber una eficacia efectiva en las prácticas mágicas, aunque de distinta naturaleza a la que defienden las teorías chamánicas e independiente de la actitud mental de las víctimas. Para el autor, se trata de una eficacia simbólica susceptible de explicar la coherencia, racionalidad y legítimi-

¹² Al respecto léase las siguientes reflexiones de Josep María Comelles (1996: 6-7): "[...] si la medicina popular se basa en la sugestión, resulta difícil creer en tanta complejidad en las curas para lo que precisa habitualmente la sugestión. [...] El achacarlo todo a la pura sugestión, parece un recurso demasiado sencillo, demasiado pobre, máxime cuando se pueden mostrar curas tan bien elaboradas que alcanza niveles poéticos, literarios y escenográficos de primer orden." Así como las de Mauss (1950 : 290) « *Quel que soit le pouvoir de suggestion de la collectivité, elle laisse toujours à l'individu un sanctuaire, sa conscience* ».

dad, a nivel colectivo, de las prácticas terapéuticas no conformes a los cánones científicos¹³. Así, un sistema terapéutico tendrá eficacia simbólica al posibilitar una gestión razonada y compartida de la enfermedad, la desdicha y el infortunio, en conformidad con el propio universo simbólico. Este sistema terapéutico trata, en última instancia, de mantener la permanencia y cohesión del grupo, a pesar de la desgracia caía sobre uno de sus miembros. Ni el deseo, ni la creencia, ni el descreimiento, ni siquiera la técnica ejecutada determinan la capacidad de las prácticas mágicas de alcanzar su objetivo terapéutico. La eficacia se enraíza en la constitución de un sistema en el que las relaciones entre chamán, víctima y el grupo social, que al ir modificándose en el curso del ritual, van a establecer una estructura que dará lugar a una serie de transformaciones, las cuales engendran modificaciones fisiológicas paralelas en la víctima. Aquí, Claude Lévi-Strauss sostiene, por tanto, una homología formal entre los sistemas simbólicos y el sistema anátomo-fisiológico, en la que la transformación en uno implica una transformación equivalente en el otro; en resumidas cuentas, la hipótesis de la eficacia de la estructura sobre lo biológico. Esta homología, aunque raramente sostenida por las ciencias sociales contemporáneas (Rechtman, 2000b), conforma el núcleo axiomático de la etnopsicoterapia del ECP1. Haciendo un uso *sui génesis* de la noción de *eficacia simbólica*, las etnopsicoterapias apelan a la eficacia simbólica para postular que *l@s enferm@s no occidentales* han de curarse con técnicas terapéuticas acordes a su sistema cultural. Al respecto, Richard Rechtman (2000b) nos recuerda que Claude Lévi Strauss (1974b) inventa precisamente el concepto para demostrar que no son, ni los contenidos culturales, ni las prácticas, los responsables de la capacidad de los rituales terapéuticos mágicos de lograr sus propósitos.

Sin duda, la magia es un poderoso operador que lleva a los seres humanos a pensar simbólicamente (Delgado, 1993), que, como Mauss y Hubert (1985 [1902-1903]) argumentan, despliega ritos constituidos por complejas representaciones dotadas de lógica y coherencia, con la finalidad de combatir el desconcierto que origina la sensación de fragmentación en la experiencia del mundo,

¹³ En antropología, la noción de *eficacia simbólica* designa el grado de coherencia entre los sistemas etiológicos y terapéuticos de gestión de la enfermedad y el conjunto de los otros sistemas simbólicos de la cultura.

aliviar las incertidumbres que nacen de la irrupción de desgracias incontrolables e inexplicables, o explicitar los sentimientos latentes de hostilidad. En general, trata de dar respuesta a conflictos interpersonales o sociales que se gestan en el ámbito de las relaciones afectivas o de comunicación con los demás (Comelles, 1973). Las terapias mágico-religiosas consisten en dispositivos relacionales que se fundamentan en el vínculo entre la historia personal y la historia del grupo familiar y social. Al forzar el encuentro de la libertad individual y los determinismos socioculturales, convergen en ella dos dinámicas de tratamiento: la enfermedad de un individuo es la ocasión de tratar a la familia, al tiempo que la reunión familiar es la ocasión de tratar un individuo. El objetivo de este encuentro trata de negociar con el mal, más que hacerlo desaparecer. En esencia, la acción del hechicero se concentra en la elaboración de una síntesis que haga pensable la experiencia de la persona afligida, un sentido a lo que vive y percibe como desorden difícilmente asumible; en definitiva, un momento de *reencantamiento* vital (Delgado, 1993; Comelles, 1973).

Si bien desde esta investigación se propugna un *reencantamiento* de la medicina basado en el retorno al *ars medicus* que detallamos más adelante, se aboga por el mantenimiento de una cordial distancia entre las funciones de la figura del/la médico y la del/la sanadora, pues origina una brecha para la trasgresión. Esta distancia produce un espacio para la palabra de la persona enferma (Dores, 1981), supone un poder de decisión puesto que deja un recurso de acción al/la leg@, al tiempo que, al preservar las artes curativas no biomédicas, contrarresta la tendencia colonizadora, etnocéntrica y omnipotente con la que la Medicina Moderna se impone a los demás saberes.

Psiquiatre: [...] J'ai plein de patients qui disent 'vous savez on m'a ensorcelé' il y en a une qui est venue récemment me dire qu'on l'avez ensorcelée et je lui ai dis 'pourquoi vous n'allez pas voir le ((bronze))?' Et elle me répondit ' Écoutez, la dernière fois le bronze n'avait rien fait, donc je reviens vous voir' 'Est-ce qu'avec moi ça avait marché ?' Et elle me dit 'Pas tant que ça, mais j'allais un peu mieux comme même !' [rires] [ECP4]

4. El reto de visibilizar la diferencia desigual sin estigmatizar: apunte final sobre los estudios epidemiológicos

Las normas que rigen las prácticas de identificación/distinción de grupos sociales son eficaces en la medida que proveen guías cognoscitivas y de acción flexibles y cambiantes, abiertas a interpretaciones diferentes, estructuradas por el género, la posición social y demás ejes de distinción social, y moduladas por las experiencias previas, relaciones sociales y los recursos materiales y simbólicos en juego (Ahmad, 1993). Así pues, lejos de consistir una esencia que existe más allá del cambio social, esto es un *noumenon* subyacente a las configuraciones que alteran el fenómeno, la alteridad se desarrolla a través del cambio (Modood, 1998). Es intrínsecamente dinámica. Dilucidar sus caracteres definidores necesariamente implica explicitar el contexto social, político y económico en el que se articula.

La cuestión de la elaboración de categorías para medir el impacto desigual de la morbilidad y mortalidad entre una población heterogénea conduce, por tanto, a abordar la problemática de las clasificaciones sociales. Los estudios epidemiológicos, sean sociológicos o realizados por la administración pública en materia de salud, han de asumir el sesgo originado por la reducción de la representación de la diversidad que ocurre en cualquier proceso clasificatorio. Es la opción más eficiente y económica para visibilizar las desigualdades materiales y simbólicas que afectan a las minorías socio-culturales (Annandale, 1998). No obstante, la lectura del dato estadístico no puede sino realizarse partiendo de la plena conciencia de la realidad socialmente construida que subyace en la clasificación elaborada. Sheldon y Parker (1992:62-3) insisten: '*No existe nada más poderoso que una base de datos extensa y accesible para alentar la suspensión de la incredulidad*'.¹⁴ En el proceso de analizar cualquier dato epidemiológico, en la medida en que la cultura se reifica al elaborar categorías socio-estructurales, los resultados sobre las desigualdades en salud según grupos socio-culturalmente diferenciados se convierten en meras entidades estadísticas que

¹⁴ Traducción propia.

conceden escasa atención a los procesos de poder que envuelve la construcción de clasificaciones (Stubbs, 1993).

Al respecto, cabría empezar por adoptar una mayor sensibilidad en la recolección de la información sobre las identificaciones socio-culturales. Una estrategia sería dar la oportunidad a l@s entrevistad@s de definir su pertenencia socio-étnico-cultural en sus propios términos y, *a posteriori*, proceder el/la investigador/a a una clasificación de grupos sociales acorde lo máximo posible con las respuestas dadas. Asimismo, las explicaciones de los diferenciales en salud según distintos grupos socio-culturales no pueden obviar el carácter dinámico y contextual de la producción social de las agrupaciones poblacionales (Lurbe i Puerto, 2000). De ahí que la operacionalización de la variable grupos socio-culturales implica interrogarse *a priori* qué entendemos por socio-cultural y cuáles son las dimensiones de la socio-cultura de mayor relevancia en cuanto a las desigualdades en salud. Siguiendo a Modood (1997:290), '*Al estudiar culturas y pueblos, nuestra guía más básica y útil no es la idea de esencia, sino la posibilidad de hacer contribuciones históricas al ser capaz de ver cambio y similitud*'¹⁵. Asimismo, cabe dilucidar en la medida en que nos sea posible la potencialidad explicativa de las variables socio-estructurales que construimos, tanto de forma singular, como en interrelación con el resto de factores estructurales.

Sostenemos, por ende, la conveniencia de aplicar un pensamiento crítico y auto-reflexivo en el análisis de la construcción de la alteridad como categoría estadística en epidemiología a fin de evitar hacer de la cultura, la 'caja negra' (*black box*) de la etiología de la desigualdad en salud entre grupos socio-culturalmente diferenciados. No puede eludirse la doble dimensión de marcador de diferencia construido socialmente (producción social de la diferencia) y de realidad intrínsecamente relacional y relativa (las relaciones intergrupales). Siguiendo esta línea de razonamiento, propuestas como la formulada por Jaime Breihl (2003) de adoptar una epidemiología crítica, emancipadora e intercultural son bienvenidas¹⁶.

¹⁵ Traducción propia.

¹⁶ Léase capítulo 5.

A fin de alcanzar una mayor capacidad explicativa, la epidemiología debe abandonar el modelo mecanicista de la salud que constriñe a ésta al orden de lo fisiológico. La epidemiología debe dotarse de los instrumentos heurísticos y técnicos para trabajar con una conceptualización de la salud de mayor complejidad. Aquí, las tres dimensiones a las que apela Jaime Breihl (2003) conforman un buen ejemplo: a) la salud empírica o directamente evidente (aspectos singulares empíricamente observables como los síntomas); b) la salud actual (los procesos determinantes particulares que se dan en las condiciones materiales de vida del grupo de pertenencia) y c) la salud real (los procesos determinantes macroestructurales, donde se incluye los procesos del pasado que son determinantes pretéritos que siguen influyendo en la salud actual). Asimismo, un giro crítico, crístico y creativo en el objetivo de la investigación epidemiológica se hace necesario¹⁷: el paso de la búsqueda de grupos de riesgo a la construcción de perfiles epidemiológicos. La aportación principal de este giro crítico, crístico y creativo implica un notable cambio de enfoque: 1) permite introducir la lógica de las relaciones desiguales de poder, lo cual sitúa la responsabilidad del 'estado de riesgo' en *las condiciones materiales de vida* (la clave reside en los determinismos sociales) y no tanto y ni únicamente en los *estilos de vida personales* (la clave reside en características idiosincrásicas), 2) recoge no sólo el malestar y las descompensaciones incidiendo en los procesos destructivos o deteriorantes de la calidad de vida, sino también dimensiones de bienestar y potencialidades, esto es, los procesos protectores o benéficos que contribuyen favorablemente al desarrollo y perfeccionamiento de la salud y 3) articula, por tanto, condicionantes estructurales, procesos generativos y procesos específicos. Desde esta opción, el análisis de las determinaciones del movimiento y las relaciones generativas de salud no se restringe a estudios cuantitativos centrados exclusivamente en la medición de asociaciones estadísticas entre variables, sino que requiere la triangulación de los métodos cuantitativos y cualitativos de investigación y de los

¹⁷ Al definir el giro necesario para la epidemiología, tomamos la triada crítico, crístico y creativo inspirándonos en el modelo epistemológico que autores como Edgar Morin (1992) y Enrique Santamaría (2002) proponen para la sociología: Crítico, en el sentido de poner en cuestionamiento los principios organizadores de su conocimiento, Crístico en cuanto que toma conciencia de sus propios límites y Creativo, al considerar las implicaciones sociales y políticas que sus discursos conllevan.

razonamientos y estrategias teóricas de explicación, así como de los recursos para la intervención social.

5. Argumentos en pro de un *ars medicus*

Al incorporar una mayor dosis de heterogeneidad en una configuración social, la inmigración desafía las culturas organizativas de las instituciones y los discursos de sus profesionales, intensificando la necesidad de introducir cambios en el enfoque y la práctica y, de aplicar nuevas estrategias de formación. Asimismo, actualiza el debate político del reconocimiento de los derechos de las minorías. En la práctica médica, la inmigración aporta argumentos de peso al cuestionamiento del individualismo pragmático, predominante en la biomedicina, en la cual la responsabilidad de la enfermedad recae en el cuerpo individual y la dimensión social de la salud y la enfermedad suele detenerse en la unidad familiar. No obstante, la dimensión socio-cultural no puede acallar los elementos idiosincrásicos. De ahí que subyazca en la problematización de la alteridad en el campo de la salud pública, la solicitud de un modelo comprensivo del contexto socio-cultural e integrador de la singularidad de l@s usuari@s.

Psicóloga: No le puedes poner a la persona una etiqueta porque pueden sorprenderte. [...] Por eso pienso que lo que hay que hacer es escuchar. Tú has de conocer 'la realidad', aunque esto tampoco te ha de llevar a pensar inmediatamente: 'Uy, un hombre musulmán de 30 años.' No, porque te vas a dar un golpe. Fijo. Tú tienes un hombre de treinta años que es musulmán. Déjalo que hable. Tú puedes saber que en su país pasa una cosa u otra, que tienen una costumbre o tal otra, pero déjale que te lo explique porque a lo mejor tú vas con la idea de que un musulmán soltero hace esto y esto, lo vas tratando así y luego descubres que no va por ahí la cosa [...]. A veces la gente hace eso para tener más seguridad y es un error [...]. No sé, hay culturas en las que el contacto es mucho más físico, mayor que el nuestro o culturas que, al contrario, es menor. Estas cosas intentas cuidarlas hasta que descubres a la persona. ¿Que es bueno que conozcas estas cosas? Sí, pero que no te determinen. [ECB4]

Reflexión común en gran parte de las entrevistas con l@s profesionales, el efecto de la alteridad tiene también por efecto, una revalorización del auto-análisis de la relación profesional-usuari@s en el acto terapéutico. El interés de dicho análisis radica en: a) indagar sobre la asimetría de poder en la que normalmente procede la relación médico-enferm@ y su impacto en la comprensión y los cuidados de la enfermedad y aflicción, b) capacitarse a fin de modificar sus instrumentos de interacción con el /la usuari@ en función de las diferenciaciones que

se gestan en el encuentro terapéutico y c) potenciar la empatía, respeto y la capacidad de inspirar confianza en el/la otr@. El siguiente fragmento es una interesante ilustración de ello:

Psiquiatra : Je viens de voir cette après-midi quelqu'un qui était très mal par ce qu'il croyait que c'était la fin du monde et personne ne voulait le croire. Il était dans une souffrance terrible et, il refuse les médicaments. Il est aussi dans un état où il boit. Et, il voit des autobus qui tournent autour de lui et tout le monde lui prévient que c'est la fin du monde dans trois jours et, il veut se suicider pour ne pas voir ça. Il dit ça à l'équipe soignante et l'équipe soignante ne le croit pas et essaye de le rassurer. Il vient me voir et il me dit 'vous vous n'allez pas me croire'. Je lui dis 'Si, moi je crois tout ce que vous me dites.' Il me dit 'vous croyez vraiment que c'est la fin du monde ?' 'Ça j'en sais rien, ce que je sais c'est que vous souffrez. Je sais ce que vous vivez vous et vous vivez un truc absolument insupportable et là-dessus je vous crois totalement. Qu'on soit complètement d'accord sur ce qui se passe, ça j'en sais rien, peut importe. Ce qui est sur c'est qu'à cause de ce que vous vivez, je pense que les médicaments peuvent vous aider'. Il me dit 'vous croyez ?' 'Si vous mettez votre main dans une planche chauffante, vous allez vous brûler. La faute c'est sur la plaque chauffante, mais le pansement je le mets où, sur la plaque chauffante ou sur votre main ? Si je mets un pansement ça ne veut pas dire que vous vous ne vous êtes pas brûler.' 'Et bien oui, c'est vrai ça.' 'Là ce n'est pas la conviction délirante, ce n'est pas le thème qui est en jeux, c'est l'ensemble de la représentation du monde. Ne pas le croire, c'est une rupture de relation. Le croire sur quelque chose d'autre, c'est une approche de la relation. On voit bien qu'il délire, même si demain il y a la fin du monde, peut-être, mais ce n'est pas sûr que ce sera à cause de ce qu'il a pensé, lui. La thématique est délirante et c'est tout le mécanisme : il ne peut pas penser à autre chose que ça. [ECP4]

En este sentido, nos alineamos con la apelación, formulada por Josep María Comelles (2003), a una medicina como *ars*: que la hermenéutica de los escritos de las autoridades y el abordaje clínico de la persona enferma se inscriban en una mirada socio-etno-individuo-gráfica sobre el contexto de la persona enferma que permita a los actores sociales involucrados manejar una producción de conocimiento intersubjetivo sobre salud y enfermedad, y favorecer el despliegue de saberes en el espacio propio de la persona tratada. Este *ars medicus* implica, sin duda, adoptar un modo de accionar dialógico y situacional, tomando conciencia que '*No es el origen socio-cultural lo que separa a los hombres sino los sistemas sociales que hacen que unos sean opresores y otros oprimidos*' (Barudy, Páez & Vieytes, 1983: 219). Respecto al terreno de la clínica, enfatizamos cuatro características constitutivas del *ars medicus* propuesto: la mediación lingüístico-sociocultural, la intersubjetividad, la co-producción de saberes y un método de interpretación e intervención crítico, crístico y creativo.

Fruto del trabajo empírico de esta investigación, puede destacarse una serie de recomendaciones a tomar en consideración en la puesta en práctica del *ars medicus*. Las enumeramos sucintamente: a) proceder a un (auto-)análisis sobre los condicionamientos socio-culturales que, al delimitar la estructura de po-

sibilidades, contribuyen a configurar las trayectorias socio-biográficas y las constelaciones identitarias, b) comprender los fenómenos sociopolíticos que inciden en el orden fisiológico y, por ende, influyen en la morbilidad y la mortalidad, c) entender los procedimientos de cómo la Cultura, en su acepción general, impacta en la conformación de la enfermedad y la aflicción y, sus cuidados (en palabras de Devereux (1970), significa adoptar una perspectiva metacultural), d) conocer las lógicas de exclusión, las tácticas de inserción y las estrategias de integración que operan en la institución sanitaria, e) tomar conciencia sobre la construcción social del conocimiento y la práctica (saber/poder) de la medicina y poner en cuestión la racionalidad biomédica, f) adquirir habilidades y destrezas para aproximarse, desde una posición de neutralidad valorativa (esfuerzo por controlar los propios prejuicios y concepciones preestablecidas) a los modelos etiológicos de la enfermedad que sostienen las personas tratadas, y g) posibilitar que l@s usuari@s asuman el control real de sus procesos de generación de salud. Todo ello conlleva necesariamente descentralizar y quebrantar el monopolio de las definiciones y los cuidados de los cierres sociales de investigadores/as biomédic@s y los centros de salud y hospitales. Esto no ha de entenderse como sinónimo de subsidiarizar o traspasar las ineficiencias y errores de la maquinaria de gestión y administración del saber/poder médico de la institución sanitaria, a la comunidad en general. Se trata, por el contrario de coproducir el escenario que propicie la medicina comunitaria. Para ello es ineludible una co-construcción de saber/poder que se componga de las distintas comunidades científicas, los diferentes agentes políticos, los diversos actores que tratan de generar salud desde sus dispositivos de interpretación-tratamiento y el conjunto de los seres humanos, que no sólo cuenta con recursos sociales para la intervención, sino con metáforas, etiologías y saberes curativos-paliativos fruto de la experiencia vital, que han de tenerse en cuenta. Compartimos, asimismo, los planteamientos de Marie Rose Moro (2003) al concebir la alteridad como un sistema de vinculación que parte de la confianza en el/la otr@; refutando, por tanto, modelos de intelección que definen la alteridad como sustrato de incomunicabilidad y de especificidad. Se aboga por una *descolonización de un@ mism@ y la creatividad del reencuentro*.

... Cierre con aperturas nuevas

La cultura profesional contemporánea de los médicos y la estatalización de los cuidados médicos son de reciente instauración. Originado entre finales del siglo XVIII y mediados del siglo XIX, el nuevo proyecto profesional nace del intento de los médicos para ubicarse como la *intelligentsia* de un programa de ingeniería social vinculado al despliegue de la gubernamentalidad en el Estado moderno (Foucault, 1997). Acorde con el marco analítico propuesto por Giorgio Agamben (1997), *Zoé*, el espacio de la vida desnuda, deviene paulatinamente un objeto de dominio del gobierno, incorporándose al espacio de la gestión política. De este modo, la biopolítica desplaza la frontera entre *zoé* (el simple hecho de vivir, común a todos los seres vivos) y *bios* (el ser humano como sujeto político) en favor de la extensión de las bio-lógicas, esto es, las lógicas sociales que articulan lo viviente y la vida bajo la óptica de la política. En este sentido, la medicalización constituye un instrumento más de homogeneización cultural, nacional.

Acorde con la idea de *microfísicas del poder* desarrollada por Michel Foucault (2001), el poder se actualiza de forma inmanente en las relaciones sociales, descendiendo hasta los centros vitales de la estructura social y sus procesos de desarrollo e invadiendo las profundidades de las conciencias y el soma de los cuerpos humanos. Si bien el mayor énfasis de la obra del autor radica en los dispositivos desplegados desde la práctica gubernamental para racionalizar la producción y reproducción de la vida en sí misma y desde su propio interior, *la microfísica del poder* evoca, al mismo tiempo, la emergencia de brechas de contrapoder. Al respecto, las reflexiones de Maurizio Lazzarato (2000) son del todo oportunas: en las relaciones de poder se conforman estados de dominación, al tiempo que se despliegan libertades, entendiendo éstas como posibilidades de cambiar la situación de dominación. Los resultados de esta investigación ilustran la interacción que emana entre las tecnológicas de gobierno y las acciones tácticas y estratégicas de los agentes trasgresores que intervienen en la atención a la salud de los cuerpos enajenados. Valiéndose de la creatividad y la resistencia de la acción humana, l@s profesionales y usuari@s implicad@s tratan

de *empoderarse y apoderarse* de un espacio de poder -aunque todavía periférico- en el campo de la salud pública, tratando de revertir las lógicas exclusógenas que restringe el beneficio de los recursos sanitarios. Como se ha constatado en el trabajo de campo, destacan fundamentalmente dos instrumentos principales: la reivindicación de la atención sanitaria pública del cuerpo enfermo sea cual fuere sus orígenes (esto es, el discurso de la zoé-legitimidad) y la transculturalidad, ésta última como reclamo mayormente político en el seno de la psiquiatría a fin de convertir la metodología de hacer medicina en ineludiblemente trans-cultural.

No obstante los logros conseguidos en esta empresa, los centros motivo de estudio paradójicamente adolecen, salvo en el caso del ECP4, de la situación subsidiaria a la que se ven abocados por la fuerte dependencia de financiación pública (Gobierno, UE u ONU). Frente al advenimiento de políticas neoliberales más restrictivas con el gasto público y la implantación de políticas más severas de contención de la inmigración, estos centros manifiestan sus temores acerca de la posibilidad de que el grifo público acabe cerrándose, poniendo en peligro la continuidad de sus actividades. Por su parte, l@s usuari@s entrevistad@s, menos informad@s sobre el impacto de este probable escenario y sin adoptar una posición crítica respecto a los factores socio-políticos que configuran su suerte, hacen prueba verbal de gratitud ante los recursos que *humanitariamente* 'Francia' o 'España' invierten en su mejoría.

Desde su doble dimensión como manera de conocer y forma de conciencia, la sociología socio-construccionista y crítica se revela de gran valor a fin de avanzar en la fabricación de herramientas heurísticas y metodológicas para acometer la empresa de configurar subjetividades creativas y emancipadoras con respecto a las tecnologías que oprimen y generan desigualdad e injusticias sociales. En efecto, éste ha sido uno de los retos subyacentes en la presente investigación, la cual se ha valido de la metodología del estudio sociológico de casos múltiples para proceder a la producción no sólo de los datos con los que responder las preguntas de partida, sino, especialmente, de actos de habla, propiciando un espacio de reflexión y debate en el seno de los centros observados.

BIBLIOGRAFIA



Les pieds, 2004. Miles Hall

BIBLIOGRAFIA

ABENHAÏM, L. (1999) «Nouveaux enjeux de santé publique : en revenir au paradigme du risque» *Revue française des affaires sociales*, 53 (1), 31-44.

ABERLE, D. F. (1950) «The functional Prerequisites of a Society» in DEMERAH N. & PETERSON, R. (Eds) *System, Change and Conflict*. New York: Free Press.

ABRAHAM, F. (1911) «Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalítico de la locura maniático-depresiva y las condiciones asociadas» en *Psicoanálisis Clínico*, citado en CALVO, F. (1971:405).

ABRAHAM, F. (1924) «Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales» en *Psicoanálisis Clínico*, citado en CALVO, F. (1971:405).

ABRAHAMSSON, T. (1995) *Social Exclusion in Europe: Old Wine in New Bottles?* Roskilde University.

ADAMS, J. (1995) *Risk*. London: UCL Press.

ADAM, B. & VAN LOON, J. (2000) «Introduction: Repositioning Risk, the Challenge for Social Theory» in ADAM, B.; BECK, U. & VAN LOON, J. (Eds.) *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

ADELANTADO, J. NOGUERA, J.A. & RAMBLA, X. (2000) «El marco de análisis: Las relaciones complejas entre estructura social y políticas sociales» en ADELANTADO, J. (coord.) *Cambios en el Estado del Bienestar en España*. Barcelona: Icaria Antrazyt Economía & Universitat Autònoma de Barcelona.

AGAMBEN, G. (1997) *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Seuil, Paris (1^{ère} édition 1995).

AHMAD, W.I.U. (1993) «Making Black People sick: 'Race' and Health in Health Research.» In AHMAD, W.I.U. (ed.) *'Race' and Health in Contemporary Britain*, Buckingham: Open University Press.

ALEGRE CANOSA, M.A. & HERRERA ARAGÓN, D. (2000) *Escola, oci i joves d'origen magribí*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

ALEXANDER, J.C. (1989 [1987]) *Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial*. Barcelona: Editorial Gedisa.

ALMEIDA, N. (1992) *Paradigmas em epidemiologia*. Campinas: Anais do Congresso Brasileiro de Epidemiologia.

ALONSO, L. E. (1994) «Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas cualitativas», en DELGADO, J.M. & GUTIÉRREZ, J. (Ed.) *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

ALONSO, L. E. (1998) *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.

- ANGUERA, M^a T. (1988). *La observación en el aula*. Barcelona: Graó.
- ANNANDALE, E. (1998) *The Sociology of Health & Medicine*. Cambridge: Polity Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIE ASSOCIATION (eds.) (1994) *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th revision. Washington: APA. Press.
- AMNISTÍA INTERNACIONAL (1999) *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Amnistía Internacional.
- ARBORIO, A.M. & FOURNIER, P. (1999) *L'Enquête et ses méthodes. L'Observation directe*. Paris: Nathan.
- ARENDRT, H. (1982) *Les origines du totalitarisme. L'impérialisme*. Paris: Le Seuil.
- ASPE, B. & COMBES, M. (2000) «Retour sur le camp comme paradigme biopolitique» *Multitudes*, 1, Paris, section majeure : biopolitique et biopouvoir.
- ASHTON, J. & SEYMOUR, H. (1990) *La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool*. Barcelona: Ed. Masson, S.A. & S.G. Editores S.A. (Edición española a cargo de Álvarez-Dardet, C.; Colomer, C. & Piera, C.)
- ATKINSON, T. (2001) «La lluita contra la pobresa: cap un marc europeu de referencia?», *Papers de la Fundació*, 125: 3-18.
- ATXOTEGUI, J. (2000) «Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial» en Comelles, J.M. & Perdiguero, E. *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- ATXOTEGUI, J. (2000) «Los duelos de la inmigración», *Jano. Psiquiatría y humanidades*. 2(1):10-14.
- ATXOTEGUI, J. (2003) *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Ediciones Mayo.
- AYRES, R. (1997) *Sobre O Risco: Para Comprender a Epidemiologia*. São Paulo : HUCITEC.
- BABIANO, J. (2000) «Ciudadanía y exclusión» en Pérez Ledesma, M. (Comp.) *Ciudadanía y Democracia*. Madrid: Editorial Pablo Iglesias.
- BADA AINSA, J.L.; BADA JAIME, R. M. (1996) «Repercusiones socio-sanitarias de la inmigración en España», *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 3, nº 5 (mayo).
- BARBALET, J.M. (1988) *Citizenship*. Milton Keynes: Open University.
- BARUDY, J. (1983) «Modelo e instrumentos de una intervención psico-social destinada a prevenir y tratar los problemas de los hijos de los exiliados políticos latinoamericanos en Europa» en COLAT (Colectivo Latinoamericano Americano de Trabajo Psico-Social, 1982) *Psicopatología de la tortura y el exilio (Experiencias terapéuticas en la pareja y en los hijos)* Madrid: Editorial Fundamentos.
- BARUDY, J.; PÁEZ, D. & VIEYTES, C. (1983) «Crisis política e intervención psicosocial: terapia familiar animación comunitaria en el exilio» en COLAT (Colectivo Latinoamericano Americano de Trabajo Psico-Social, 1982) *Psicopatología de la tortura y el exilio (Experiencias terapéuticas en la pareja y en los hijos)* Madrid: Editorial Fundamentos.
- BARUDY, J.; PÁEZ, D. & MARTENS, J. (1983) «La reconstrucción del si mismo traumatizado por la tortura. El proceso terapéutico» en COLAT (Colectivo

- Latinoamericano Americano de Trabajo Psico-Social, 1982) *Psicopatología de la tortura y el exilio (Experiencias terapéuticas en la pareja y en los hijos)* Madrid: Editorial Fundamentos.
- BARUDY, J.; SERRANO, J., MARTENS, J. & DURÁN, E. (1983) «El mundo del exiliado político latinoamericano» en COLAT (Colectivo Latinoamericano Americano de Trabajo Psico-Social, 1982) *Psicopatología de la tortura y el exilio (Experiencias terapéuticas en la pareja y en los hijos)* Madrid: Editorial Fundamentos.
- BASTIDE, R. (1965) *Sociologie des Maladies Mentales*. Paris: Flammarion.
- BAYKAN, A. (1997) «Issues of Difference and Citizenship for “New Identities”: A Theoretical View», *Innovation, The European Journal of Social Sciences*, 1(10), 61-67.
- BECK, U. (1996) «Risk Society and the Provident State» in LASH, S.; SZERSZYNSKY, B. & WYNNE, B (Eds.) *Risk, Environment & Modernity. Towards a New Ecology*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- BECK, U. (1997) *Qué es la globalización?* Barcelona: Paidós.
- BECK, U. (2000) «Risk Society Revisited: Theory, Politics and Research Programmes» in ADAM, B.; BECK, U. & VAN LOON, J. (Eds.) *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- BECK-GERNSHEIM, E. (2000) «Health and Responsibility: From Social Change to Technological Change and Vice Versa» in ADAM, B.; BECK, U. & VAN LOON, J. (Eds.) *The Risk Society and Beyond. Critical Issues for Social Theory*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- BECKER, H.S. (1953) «Becoming a marihuana user», *American Journal of Sociology*, 59: 41-58.
- BECKER, H.S. (1963) *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Glencoe: Free Press.
- BENNEGADI, R. (1989) «L'intégration: considération psycho-anthropologiques» *Migrants-Formation*, 78 : 58-69.
- BENSLAMA, F. (1996) «L'illusion ethnopsychiatrique» *Le Monde*, 4 déc. 1996.
- BENSLAMA, F. (1999) «Épreuves de l'étranger», en MENECHAL, J. (Ed.) *Le risque de l'étranger. Soins psychique et politique*. Paris: Dunod.
- BENDIX, R. (1966-1967) «Tradition and Modernity reconsidered». *Comparative Studies in Society and history*, 9.
- BERGER, P. (1995) *Invitació a la sociologia. Una perspectiva humanística*. Barcelona: Herder.
- BERNASCONI, R. (1998) «Stuck Inside of Mobile with the Memphis Blues Again: Interculturalism and the Conversation of Race» in Willet, C. (Ed.) *Theorizing Multiculturalism. A guide to the Current Debate*. Oxford: Blackwell Publishers.
- BHOPAL, R. & WHITE, M. (1994) «Health Promotion for Ethnic Minorities: Past, Present and Future.» in Ahmad, W. I. U. (ed.) *Race and Health in Contemporary Britain*. Buckingham: Open University Press.
- BLOMBERG, S. & PETERSON, J. (1999) «Stigma and Non-take up in Social Policy. Re-emerging properties of declining welfare state programs?» in Littlewood P. (Ed.) *Social Exclusion in Europe. Problems and Paradigms*. Aldershot: Ashgate.
- BOGGINO, J. (1999) «Filiation, deuil et violence politique: ses effets sur l'enfant.» Texte présenté dans le Congrès Mondial des Enfants victimes, Bruxelles, 1999.

- BOLTANSKI, L. (1971) « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Sociétés, Civilizations*, 205-231.
- BORDO, S. (1990) «Reading the Slender body» in Jacobus, M.; Keller, E.F. & Shuttleworth, S. (Eds) *Body/Politics: Women and the Discours of Science*. London: Routledge.
- BORDO, S. (1993) *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley, CA: University of California Press.
- BOWLBY, J. (1993) *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1985) *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- BOURDIEU, P. (1972) *Esquisse d'une Théorie de la Pratique*, Précédé de Trois Études d'Ethnologie Kabyle. Ginebra-Paris: Librairie Droz.
- BOURDIEU, P. (1988) *La Distinción. Criterios y Bases Sociales del Gusto*. Barcelona: Taurus.
- BOURDIEU, P. (1993) « Comprendre» in BOUDIEU, P. (coord.) *La misère du Monde*. Paris : Ed. Seuil.
- BOURDIEU, P. (1994) *Per a una Sociologia Reflexiva*. Barcelona: Herder.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J.C. & PASSERON, J.C. (1983 [1968]) *Le métier de sociologue*. Paris : EHESS & Mouton Éditeur.
- BOURDIN, M.J. (1992) « 'Tu ne me couperas point'. L'excision ou l'impossible compromis», *Migrations-Santé*, 70: 3-7.
- BOURDIN, M. J. (1993) «La criminalisation de l'excision», *Accueillir*, 195 : 34-33.
- BOURDIN, M. J. (1998) « L'excision : entre l'argument culturel et le crime. Quel compromis ?» *Revue Internationale d'Etudes Transculturelles et d'Ethnopsychanalyse Clinique*, 2 : 71-82.
- BREIL, J. (2003) *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- BUNGE, M. (1972) *Causalidad: el principio de la causalidad en la ciencia moderna*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- BURGESS, E.W. (1927) « Statistics and case studies as methods of social research», *Sociology and Social Research*, 12: 103-120.
- BURGESS, E.W. (1928) «What social case studies records should contain to be useful for sociological interpretation», *Social Forces*, 6: 524-532.
- BURKITT, I. (1999) *Bodies of Thoughts. Embodiment, Identity and Modernity*. London: Sage.
- BURLEIGH, M. (1994) *Death and Deliverance: Euthanasia in Germany 1900-1945*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BUTLER, J. (1993) *Body Matters: The Discursive Limits of 'Sex'* London: Routledge.
- CALNAN, M. 1988. «Towards a Conceptual Framework of Lay Evaluation of Health Care», *Social Sciences and Medicine*, 27(9): 927-933.
- CALVO OLALLA, F. (1971) «L'émigration: une réalité complexe dans la biographie de beaucoup de patients», *Revue Française de Psychanalyse*, 5-6: 1015-1022.
- CALVO OLALLA, F. (1973) «Emigración y elaboración del duelo», *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. 393-405.

- CANALS, J. (2003) «Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencia.», *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 3(1):71-81.
- CAROTHERS, J. C. (1954) *Psychologie normale et pathologique de l'africain. Étude ethnopsychiatrique*. Genève: OMS.
- CASTEL, R. (1981) *La gestion des risques: de l'antipsychiatrie à l'après psychiatrie*. Paris : Editions de Minuit.
- CASTEL, R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una Crónica del Asalariado*. Barcelona: Paidós.
- CASTEL, R. (2003) *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris : La République des idées.
- CASTEL, R. (2004) «Encuadre de la exclusión». KARSZ, R. (Coord.) *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Ed. Gedisa, 55-109.
- CASTELLS, M. (1997) *La era de la información. Economía, sociedad y cultural. Vol. I: La sociedad red*. Madrid: Alianza Editorial.
- CASTLES, S. & MILLER, M. J. (1993) *The age of migration*. Londres: MacMillan Press.
- CASTORIADIS, C. (1996) *La montée de l'insignifiance. Les carrefours du labyrinthe IV*. Paris : Seuil.
- CEDIME (Solé, C.; Pont, J.; Alcalde, R; Lurbe, K. & Parella, S.) (2002) «El concepto de integración desde la sociología de las migraciones», *Migraciones* (Revista del Instituto Universitario de estudios sobre Migraciones), 18; Madrid: Universidad Pontificia de Comillas: 9-41.
- CICOUREL, A. V. (1964) *Method and Measurement in Sociology*. New York: Free Press of Glencoe; London: Collier Macmillan.
- CLIFFORD, J. & MARCUS, G.E (1986) *Writing Culture*. Berkeley: University of California Press.
- COHEN, R. (1991) «Citizens, Denizens and Helots: the Politics of International Migration Flows in the Post-war World», *Contested Domains. Debates in International Labour Studies*. London: Zed Books.
- COHN, S. (1997) «Being Told What to Eat. Conversations in a Diabetes Day Centre» in Caplan, P. (ed.) *Food, Health and Identity*. London: Routledge.
- COLAT (Colectivo Latinoamericano Americano de Trabajo Psico-Social, 1982) *Psicopatología de la tortura y el exilio (Experiencias terapéuticas en la pareja y en los hijos)* Madrid: Editorial Fundamentos.
- COLLIGNON, R. (1995) «Some Reflections on the History of Psychiatry in French Speaking West Africa: The Example of Senegal», *Psychopathologie Africaine*, XXVII (2-3): 265-326.
- COLLOMB, H. (1965) «Assistance psychiatrique en Afrique. Expérience sénégalaise.» *Psychopathologie Africaine*, 1: 11-84.
- COMBESSIE, J-C. (2003 [1996]) *La méthode en sociologie*. Paris: Editions La Découverte.
- COMELLES, J. M. (1973) *Magia y curanderismo en la medicina popular*. Barcelona: Cuadernos Beta.

- COMELLES, J.M. (2003) «El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S.XXI», *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 3 (1): 6-21.
- CORCUFF, P. (1998) *Las nuevas sociologías. Construcciones de la realidad social*. Madrid: Alianza Editorial.
- CORDEIRO, A. (1997) «Une conception alternative de l'Europe de l'immigration en Europe» en FASSIN, D.; MORICE, A. & QUIMINAL, C. (Coord.) *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris : La Découverte.
- CORM, G. (2004) *La fractura imaginaria. Las falsas raíces del enfrentamiento entre Oriente y Occidente*. Barcelona: Tusquets.
- COSER, L. A. (1956) *The Functions of Social Conflict*. London: Routledge and Kegan Paul.
- COSER, L. A. (1961) *Teorías de los conflictos sociales*. México: Fondo Monetario de Cultura Económica.
- COOLEY, C. H. (1927) «Case study of a small institution as a method of research», *Publications of the American Sociological Society*, 22: 123-132.
- COOPER, J. (1999) «Thrown in at the Deep End». In: CAMPBELL, L., BROOKS, J. & WARD, A. (eds.) *Art Therapy, Race and Culture*. London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers.
- CRAWFORD, R. (1977) «You Are Dangerous to Your health: The Ideology and Politics of Victim Blaming», *International Journal of Health Services*, 7: 663-680.
- CRAWFORD, R. (1990) «Individual Responsibility and Health Politics» In Conrad, P & Kern, R. (eds.) *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Martin's Press.
- GREEN, C. (2000) «Une consultation pour les migrants à l'hôpital», *Hommes et Migrations*, 1225: 39-45.
- CSORDAS, T. J. (1994) «Introduction: The body as representation and being-in-the-word» in CSORDAS, T.J. (Ed) *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DAHRENDORF, R. (1974[1959]) *Las clases sociales y el conflicto en la sociedad industrial*. Madrid. Ediciones Rialp.
- DAHRENDORF, R. (1990) *El conflicto social moderno. Ensayo sobre la política de la libertad*. Madrid: Mondadori.
- D'ELIA, H. (1999) «Le trauma associé à la violence politique», *Carnets*, 27 : 43-52.
- DE GAULEJAC, V. & TABOADA-LEONETTI, I. (1994) *La lutte des places*. Paris : Desclée de Brouwer.
- DE MUYNCK, A. (2001) «Mediación intercultural: Metodología e impacto con relación al uso de los servicios sanitarios y al fomento de la salud en las poblaciones inmigrantes», Transcripción de conferencia. *Conferencia europea sobre estrategias de promoción de la salud y de la inmigración*; Barcelona; organizada por la Asociación Salud y Familia.
- DEAN, H. (2000) «Managing risk» in TAYLOR-GOUBY, P. (Ed.) *Risk, Trust and Welfare*. London, New York: Macmillan.
- DELGADO, M (1993) *La magia. La realidad encantada*. Barcelona: Montesinos.
- DELGADO, M. (1998) *Diversitat i integració*. Barcelona: Empúries.

- DENNY, T. (1978) «Storytelling and educational understanding, address deliberated at national meeting of International Reading Association». Houston, Texas: citado en GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. (1981) *Effective Evaluation*. San Francisco, CA: Jossey-bass.
- DELEUZE, G. (1986) *Foucault*. Paris: Editions de Minuit.
- DELEUZE, G. (1990) *Pour Parler 1972-1990*. Paris : Les Éditions de minuit.
- DESCHAMPS, P. (1990) *Histoires ordinaires de l'exclusion*. Paris : Editions Régine Deforges.
- DEVEREUX, G. (1970) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- DEVEREUX, G. (1978) «L'Ethnopsychiatrie», *Ethnopsiquiatria*,1(1): 7-13.
- DÍAZ, F. (2000) *Sociologías de la situación*. Madrid: La Piqueta.
- DÍAZ, F. (2001) «La relación clínica desde la perspectiva sociológica» en GONZÁLEZ, M.; DÍAZ, F. & ORDÓÑEZ, A. *La relación médico-paciente en oncología. Una visión sociológica*. Barcelona: Ars Médica.
- DIPUTACIÓ DE BARCELONA, SERVEIS SOCIALS (2001) *Atlas de recursos sobre immigració estrangera de la Província de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- DOKTER, D. (Ed.) (1998). *Arts Therapists, Refugees and Migrants. Reaching Across Borders*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- DONZELOT, J. (1991) *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris : Esprit.
- DORES, M. (1981) *La femme village. Maladies mentales et guérisseurs en Afrique Noire*. Paris: L'Harmattan.
- DOUGLAS, J. (1995) «Developing Anti-racist Health Promotion Strategies» in BUNTON, R.; NETTLETON, S. & BURROWS, R. (eds.) *The Sociology of Health Promotion*. London: Routledge.
- DOUGLAS, M. (1992) *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- DOUGLAS, M. (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- DOUGLAS, M. & WILDAVSKY, A. (1982) *Risk and Culture*. Berkeley, Los Angeles, London: University California Press.
- DOUVILLE, O. & OTTAVI, L. (1995) «Champ anthropologique et clinique du sujet. Exemples cliniques de la transmission dans l'exil», *Migrants formation*, 103.
- DURAN, M.A. (2002) *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA.
- ELIAS, N. (1978 [1939]) *The Civilizing Process, Vol. I: The History of Manners*, Oxford: Basil Blackwell.
- ELIAS, N. (1978 [1939]) *The Civilizing Process, Vol. II: State formations and Civilization*, Oxford: Basil Blackwell.
- ELIAS, N. (1965) «Introduction» in Elias, N. & Scotson, J.L. *The Established and the Outsiders*, Londres: Sage Publications.
- ELIAS, N. & SCOTSON, J.L. (1965) *The Established and the Outsiders*, Londres: Sage Publications.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1990) *Los tres mundos del estado del bienestar*. Diputació de València: Ed. Alfons el Magnànim.

- ESPLUGAS, J. (2005) «Conflictes socioambientals i l'estudi de la percepció social del risc», *Papers. Revista de Sociologia*. Bellaterra, Universitat Autònoma de Barcelona, en premsa.
- EUROSTAT (2003) *European Social Statistical. Social Protection. Expenditure and Receipts. Data 1991-2000*. Eurostat.
- EUROSTAT (2003) *New Cronos Database*. [Fecha de consulta : julio 2003.]
- FALGA, B.; WIHTOL DE WENDEN, C. & LEGGEWIE, C. (Dir.) *Au miroir de l'autre. De l'immigration à l'intégration en France et en Allemagne*. Paris: Édition du Cerf.
- FASSIN, D. (1996) «La production locale de la santé publique en France», *Prévenir*, 31, 9-19.
- FASSIN, D. (1997) «La santé en souffrance» FASSIN, D.; MORICE, A. & QUIMINAL, C. (Coord.) *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris : La Découverte.
- FASSIN, D. (1999) «La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance» en JOUBERT, M; CHAUVIN, P.; FACY, F. & RINGA, V. (Eds.) *Précarisation, Risque et Santé* Paris: Inserm.
- FASSIN, D. (2000a) «Les politiques de l'ethnopsychiatrie» en *L'Homme*, 153: 231-250.
- FASSIN, D. (2000b) «Politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une anthropologie de la santé», *Anthropologie et Sociétés*, numéro spécial «Terrains d'avenir», 24 (1), 95-116.
- FASSIN, D. (2000c) «Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration », *Hommes et Migrations*, 1225: 5-11.
- FASSIN, D. (2001a) « The biopolitics of otherness. Undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate », *Anthropology Today*, 17 (1), p. 3-7.
- FASSIN, D. (2001b) « Les scènes locales de l'hygiénisme contemporain. La lutte contre le saturnisme infantile, une bio-politique à la française», in BOURDELAIS, P. *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques*. Paris : Ed. Berlin.
- FASSIN, D. & MORICE, A. (2001) «Les épreuves de l'irrégularité : les sans-papiers, entre déni d'existence et reconquête d'un status» en SCHNAPPER, D. *Exclusions au cœur de la cité*. Paris : Ed. Economica.
- FEATHERSTONE, M. (1991) «The body in consumer culture» in Featherstone, M; Hepworth, M. & Turner, B.S. *The Body: social Process and Cultural Theory*, London: Sage.
- FEHER F. & HELLER A. (1994) *Biopolitics*, Aldershot, Avebury.
- FLAQUER, L. (2003) «Pobreza y familia», *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, 176 (694) Octubre 2003, Madrid: CSIC, 327-342.
- FOUCAULT, M. (1963) *Naissance de la clinique*. Paris: PUF.
- FOUCAULT, M. (1975) *Surveiller et punir*. Paris: Ed. Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1976) *Histoire de la sexualité, tome 1 : La volonté de savoir*, Gallimard, Paris.
- FOUCAULT, M. (1988) «Technologies of the Self» & «The political technology of Individuals» in MARTIN, L. H.; GUTMAN, H. & HUTTON, P. *Technologies of the Self. A seminar with Michel Foucault*. Amherst: The University of Massachusetts Press.

- FOUCAULT, M. (1991) «Hacer vivir y dejar morir: la guerra como racismo», *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la Cultura*, 7: 75-93.
- FOUCAULT, M. (1997) «Nacimiento de la biopolítica», *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la Cultura*, 30, Barcelona: 119-124.
- FOUCAULT, M. (2001) *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Quarto Gallimard.
- FRANK, A. W. (1990) «Bringing Bodies Back In: A Decade Review», *Theory, Culture & Society*, 7 (1): 131-162.
- FRANK, A. W. (1991) «For A Sociology of The Body: An Analytical Review» in FEATHERSTONE, M.; HEPWORTH, M. & TURNER, B.S. *The Body: social Process and Cultural Theory*, London: Sage.
- FRASER, W.M. (1947) *Duncan of Liverpool*. London: Hamish Hamilton.
- FREIRE CAMPO, J.M. (1993) «Cobertura Sanitaria y Equidad en España» en *Las Desigualdades ante la salud*, I Simposio sobre igualdad y distribución de la Renta y la Riqueza, 24-28 Mayo, Madrid, Fundación Argentaria, pp. 67-92.
- FREUND, P. & MCGUIRE, M. (1991) *Health Illness and the Social Body*. New Jersey: Prentice-Hall.
- GARCÍA JIMÉNEZ, E. (1991) *Una teoría práctica sobre la evaluación. Estudio etnográfico*. Sevilla: MIDO.
- GAVIRIA, M.; LAPARRA, M.; Y AGUILAR, M. (1995) «Aproximación teórica al concepto de exclusión» en VV. AA. *Desigualdad y pobreza Hoy*. Madrid: Talasa.
- GEIGER, A. (1997) «Emigración y salud: factores de riesgo hoy y medidas a adoptar» en SOLAS, O. & UGALDE, A. (Eds.) *Inmigración, Salud y Políticas Sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GERGEN, K. J. (1999) *An invitation to Social Construction*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- GIDDENS, A. (1984) *The Constitution of Society*. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, A. (1990) *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, A. (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modernity Age*. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, A. (1995) *Beyond Left and Right*. Cambridge: Polity Press.
- GIMÉNEZ ROMERO, C. (2002) «Planteamiento multifactorial para la mediación e intervención en contextos multiculturales: una propuesta metodológica de superación del culturalismo» en GARCÍA CASTAÑO, F. J. & MURIEL, C. (Eds.) *La inmigración en España con textos y alternativas*. Vol. II. (Ponencias) Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales.
- GIMÉNEZ ROMERO, C. (2002a) «Estados del Bienestar y migraciones internacionales: Cuestiones, debates y tendencias» en CLAVIJO, C. & AGUIRRE, M. (Eds.) *Políticas sociales y Estado del Bienestar en España: Las Migraciones*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado.
- GIRAUD, F. & MORO, R.M. (1998) «L'ethnopsiquiatrie, éléments d'un débat. De la Société aux soins», *Le Carnet Psy*, 33: 17-18.
- GISTI (1997) *La protection sociale des étrangers en France*. Paris : Ed. Syros.

- GISTI (2000) *La protection sociale des étrangers en France après la création de la CMU*. Paris : publication du GISTI. Collection Le cahier juridique.
- GISTI (2002) *Sans-papiers mais pas sans droit*. Paris : publication du GISTI. Collection Les notes pratiques.
- GOFFMAN, E. (1959) *The Presentation of Everyday Life*. New York: Doubleday Anchor Books.
- GOFFMAN, E. (1967) *Interaction Ritual: Essays on face-to-face Behaviour*. New York: Doubleday Anchor Books.
- GOLDBERG, D. T. (1994) «Introduction: Multicultural Conditions» in GOLDBERG, D.T. (Ed.) *Multiculturalism. A Critical Reader*. London: Blackwell Publishers.
- GOLDING, D. (1992) «A Social and Programmatic History of Risk Research» in KRIMSKY, S. & GOLDING, D. (Eds.) *Social Theory of Risk*, London, Westport, Connecticut: Praeger.
- GOMEZ MANGO, E. (1981) «Le migrant et ses signes», *Annales de psychothérapie. Monographies*. Paris : Les Éditions ESF : 69-79.
- GOMEZ MANGO, E. (1989) «Violences d'Etat et droits de l'homme» Intervention dans le cadre de la réunion des Comités Européens d'Éthique Médicale, Lyon 4 mars 1989, 4 p.
- GOMEZ MANGO, E. (1991) «La langue et l'exil» *Intersiques*, 3, monographie «Parcours d'exil », 119-133.
- GOMEZ MANGO, E. (1991a) «Le migrant et ses temps», *Cahier Minkowska*, monographie «Le migrant en devenir», Décembre 1991, 11 p.
- GOMEZ MANGO, E. (1995) «L'éthique de la reconnaissance» Intervention dans le cadre de la table ronde «Ambiguïtés d'une démarche de reconnaissance : aspects éthiques» au colloque international *Le traumatisme dans le psychisme et la culture*. Paris 9-11 Février 1995, 5 p.
- GORDEN, R. (1975 [1969]) *Interviewing. Strategy, Techniques and Tactics*. Homewood, Illinois: Dorsey Press. Citado en VALLÉS, M. S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- GRAWITZ, M. (1991) *Léxique des Sciences Sociales*. Paris: Dalloz.
- GRINBERG, L. & GRINBERG, R., (1984) *Psicoanálisis de la migración y el exilio*. Madrid: Alianza.
- HAM, C. (1999) *Health Policy in Britain London*. MacMillan Press Ltd.
- HAMEL, J.; DUFOUR, S. & FORTIN, D. (1993) *Case Study Methods*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications, 2nd Edition, Qualitative Research Methods, Vol. 3. [Existe una primera versión en Francés publicada en Les Éditions Saint-Martin, en 1991]
- HAMMAR, T. 1990. *Democracy and the Nation-State. Aliens, Denizens, and Citizens in a World of International Migration*. London: Avebury.
- HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. (1983) *Ethnography: Principles in Practice*. New York: Tavistok.
- HARRAWAY, D. J. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

- HARDT, M. & NEGRI, T. (2000) «La producción biopolítica» *Multitudes*, 1, Paris, section majeure: biopolítica et biopouvoir.
- HELD, D.; MC GREW, A.; GOLBLATT, D.; PERRATON, J. (2000) «Rethinking Globalization» in HELD, D. & MC GREW, A. *The Global Transformation Reader*. Cambridge: Polity Press.
- HERZLICH, C. (1992 [1969]) *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*. Paris : Édition de l'EHESS.
- HERZLICH, C. & ADAM, P. (2003 [1994]) *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan Université.
- HILLIER, S. (1991) «The Health and Health Care of Ethnic Minority Groups» in Scrambler, G. *Sociology as Applied to Medicine*. London: Baillière Tindall.
- HIRSCHMAN, A. O. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, Mass. [etc.] : Harvard University Press.
- HELLER, A. & FEHÉR, F. (1995) *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Ed. Península.
- HERKROMMER, S & KOCH, S. (1999) «The “Underclass”: a Misleading Concept and a Scientific Myth? Poverty and social exclusion as challenges to theories of class and social structure» in Littlewood P. (Ed.) *Social Exclusion in Europe. Problems and Paradigms*. Aldershot: Ashgate.
- ILLICH, I. (1975) *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, London: Marion Boyars.
- ILLICH, I. (1976) *Limits to medicine*, London: Marion Boyars.
- IÑIGUEZ RUEDA, L. (2003) «El lenguaje en las ciencias sociales: fundamentos, conceptos y modelos» en IÑIGUEZ RUEDA, L. (Ed.) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Ediciones UOC.
- IÑIGUEZ RUEDA, L. (2004) «La observación participante», Curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos. Universidad de Buenos Aires, 4 y 5 de febrero 2004. Material didáctico disponible en <http://antalya.uab.es/iñiguez/> [consultado el 28 febrero 2004].
- IZQUIERDO, J.; Del Río, O. & Rodríguez, A. (1988) *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- JANSÀ, J.M. & VILLALBÍ, J.R. (1995) «La salud de los inmigrantes y la atención sanitaria primaria», *Atención Primaria*, 15 (31): 320-327.
- JASANOFF, S. (1986) *Risk Management and Political Culture. A Comparative Study of Science in the Policy Context*. New York: Russell Sage Foundation, Social Research Perspectives. Occasional Reports on Current Topics, vol. 12
- JILEK, G. (1982) «Culture. “Pathoplastic” or “Pathogenic”? A Key Question of Comparative Psychiatry», *Curare (Journal of Ethnomedicine and Transcultural Psychiatry)* Heidelberg, 5: 57-68.
- JUNKER, B. (1960) *Field Work*. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.
- KAPLAN, A. (1998) *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- KAPLAN, A. (2001) «Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género» en DE LUCAS, J. (Coord.) *La multiculturalidad*.

Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Escuela Judicial, Consejo General del Poder Judicial.

KAPLAN, A.; BEDOYA, M.H.; FRANCH, M. & MERINO, M. (2002) «Avances interdisciplinares en el conocimiento de los procesos de cambio e integración social: la situación de las mutilaciones genitales femeninas en España» en GARCÍA CASTAÑO, F.J. & MURIEL, C. (Eds.) *La inmigración en España con textos y alternativas*. Vol. II. (Ponencias) Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales.

KAPLAN, A. & MARTÍNEZ, C. (Coord.) (2004) *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona: Associació Catalana de Llevadoras.

KARDINER, A. (1969) *L'individu dans sa société. Essai d'anthropologie psychanalytique*. Paris: Gallimard.

KARSZ, S. (2004) «La exclusión concepto falso, problema verdadero», KARSZ, S. (Dir.) *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa Editorial, 133-214.

KASPERSON, R.E. ; RENN, O. ; SLOVIC, P.; BROWN, H.S. ; EMEL, J. ; GOBLE, R.; KASPERSON, J.X. & RATICK, S. (1988) «The Social Amplification of Risk: A conceptual framework», *Risk Analysis*, 2 (8): 177-187.

KELLERHALLS, J. (1987) « Les sociologues face aux mutations de la famille : quelques évidences des recherches 1965-1985». *L'année sociologique*.

KRIPPENDORFF, K. ([1980] 1990) *Metodología del análisis de contenido*. Barcelona: Paidós.

KLEIN, M. (1934) «Contribución a la génesis de los estados maniáticos-depresivos», en KLEIN, M. *Contribuciones a la Psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidos-Hormé, Citado en Calvo, F. (1971:405).

KLEIN, M. (1940) «El duelo y su relación con los estados maniático-depresivos», en KLEIN, M. *Contribuciones a la Psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidos-Hormé. Citado en Calvo, F. (1971:405).

KLEIN, M. (1978). *Simposium sobre análisis infantil*. Obras completas II. Buenos Aires, Paidos-Hormé.

KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers In The Context Of Culture. An Exploration Of The Borderland Between Anthropology Medicine And Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

KLEINMAN, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering and Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

KLEINMAN, A. & GOOD, B. (1985) *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. London: University of California Press.

KLEINMAN, A. & LOCK, M. (Eds.) (1997) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

KRAEPELIN, E. (1904) «Vergleichen Psychiatrie.» *Centralblatt für Nervenheikunde und Psychiatrie*, 15 : 433-437. Citado en JILEK, W. (1983) «Culture. Pathoplastic or Pathogenic ? A Key Question of Comparative Psychiatry», *Curare*, 5 : 57-58.

KRIMSKY, S. (1992) «The Role of Theory in Risk Studies» in KRIMSKY, S. & GOLDING, D.(Eds.) *Social Theory of Risk*, London, Westport, Connecticut: Praeger.

- KRIMSKY, S. & GOLDING, D. (1992) « Reflections » in KRIMSKY, S. & GOLDING, D. (Eds.) *Social Theory of Risk*, London, Westport, Connecticut: Praeger.
- KRONAUER, M. (1997) « Soziale Ausgrenzung' und Underclass. Über neue Formen der gesellschaftlichen Spaltung », *Leviathan*, 1.
- LALONDE, M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*. Toronto: Minister of Supply and Services.
- LAMBERT, D.-C. (2000) *Les systèmes de santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*. Paris: Ed. Seuil. Collection Économie humaine.
- LAMBERT, H. & SEVAK, L. (1996) « Is "Cultural Difference" a Useful Concept? Perceptions of Health and The Sources of Ill Health among Londoners of South Asian Origin » in KELLEHER, D. & HILLIER, S. (Eds.) *Researching Cultural Differences in Health*. London: Routledge.
- LATOUR, B. (2000) « Biopouvoir et vie publique », *Multitudes*, 1, Paris, section majeure: biopolitique et biopouvoir.
- LAZZARATO, M. (2000) « Du biopouvoir à la biopolitique », *Multitudes*, 1, Paris, section majeure: biopolitique et biopouvoir.
- LE PLAY, F. (1855) *Les ouvriers européens*. Paris : Imprimerie Impériale.
- LE PLAY, F. (1882 [1862]) *Instruction sur la méthode d'observation dite des monographies de familles*. Paris : A.J. Focillon.
- LE PLAY, F. (1983[1857]) *Ouvriers des deux mondes : études publiées par la Société d'Économie Sociale à partir de 1856 sous la direction de Frédéric Le Play*. Thomery, France : À l'enseigne de l'arbre verdoyant Éditeur.
- LECOMTE, T.; MIZRAHI, A. & MIZRAHI, A. (1996) *Précarité sociale: cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux France 1992-1993*. Centre de Recherche d'Etude et Documentation en Economie de la Santé (CREDES)
- LENOIR, R. (1974). *Les exclus, un français sur dix*. Paris: Édition du Seuil
- LEVI- STRAUSS, C. (1974a [1949]) « Le sorcier et sa magie » en LEVI- STRAUSS, C. *Anthropologie Structurale*. Paris: Plon.
- LEVI- STRAUSS, C. (1974b [1949]) « L'efficacité symbolique » en LEVI- STRAUSS, C. *Anthropologie Structurale*. Paris : Plon.
- LINDEBAUM, S. & LOCK, M. (1993) *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- LITTLEWOOD, R. & LIPSEGE, M. (1997, 3rd Edition) *Aliens & Alienists: Ethnic Minorities & Psychiatry*. London: Routledge.
- LITTLEWOOD, P & HERKROMMER, S. (1999) « Identifying Social Exclusion. Some problems of meaning » in Littlewood P. (Ed.) *Social Exclusion in Europe. Problems and Paradigms*. Aldershot: Ashgate.
- LOOK, M. & GORDON, L. (1988) (Eds) *Biomedicine Examined*. London: Kluwer Academic Publishers.
- LÓPEZ-ARANGUREN, E. (1986) « El análisis de contenido tradicional » en GARCÍA FERRANDO, M.; IBÁÑEZ, J. & ALVITA, F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.

- LUHMANN, N. (1993) *Risk: A Sociological Theory*. Berlin & New York: Walter de Gruyter.
- LUPTON, D. (1994) *Medecine as Culture*. London: Sage.
- LUPTON, D. (1997) *The Health Imperative. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- LUPTON, D. (1998) *The Emotional Self. A Sociocultural Exploration*. London: Sage.
- LURBE I PUERTO, K. (2002) *Incursió sociològica sobre la enajenació de l@otr@s. Estudi sobre el tractament de la diferència ètnica en la salut mental*. Tesina. Dep. Sociologia Universitat Autònoma de Barcelona. Dir. Dra. Carlota Solé Puig, 314 p.
- M'BARGA, J.P. (1993) «Maltraitance : un éclairage culturel», *Accueillir*, 195 : 32-33.
- MAISONDIEU, J. (1997) *La fabrique des exclus*. Paris: Bayard Éditions.
- MALGESINI, G. (2002) «Migraciones, Sanidad y Salud» en CLAVIJO, C. & AGUIRRE, M. (Coord.) *Políticas Sociales y Estado de Bienestar en España: Las Migraciones. Informe 2002*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado.
- MALINOWSKI, B. (1953 [1922]) *Argonauts of the Western Pacific*. London: Routledge & Kegan Paul.
- MALUQUER MARGALEF, E. (1997) « La Sanitat: una assignatura pendent» en VV.AA. III *Informe sobre immigració i treball social*. Diputació de Barcelona. Àrea de Serveis Socials.
- MARSHALL, T.H. (1949:1997) «Ciudadanía y clase social», *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 79: 297-344.
- MARTENS, J. (1983) «El mundo relacional de la pareja y de la familia en exilio» en COLAT (Colectivo Latinoamericano Americano de Trabajo Psico-Social, 1982) *Psicopatología de la tortura y el exilio (Experiencias terapéuticas en la pareja y en los hijos)* Madrid: Editorial Fundamentos.
- MARTIN, E. (1987) *The Woman in the Body*. Milton Keynes: Open University Press.
- MARTIN, E (1994) *Flexible bodies*. Boston: Beacon Press.
- MARTÍNEZ GARCÍA, M.F.; GARCÍA RAMÍREZ, M. & MAYA JARIEGO, I (2001) «Una tipología analítica de las redes de apoyo social en inmigrantes africanos en Andalucía» en *REIS*, 95: 99-125.
- MARTÍNEZ, A.; OROBITG, G. & COMELLES, J.M. (2000) «Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad» en GONZALEZ, E. & COMELLES, J.M. (Comp.) *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.
- MARXEN, E. (2004a) «Arteterapia e inmigración», *Revista de Trabajo Social*, 173: 71-76.
- MARXEN, E. (2004b) «Case Study: Improvement through art therapy» en www.migra-salut-mental.org [última consulta: Septiembre 2004]
- MAUSS, M. & HUBERT, H. (1985 [1902-1903]) «Esquisse d'une théorie générale de la magie» en MAUSS, M. & HUBERT, H. *Sociologie et Anthropologie*. Paris : PUF.
- MAYS, N. & POPE, C. (1996) «Rigour and Qualitative Research» in MAYS, N. & POPE, C. (Eds.) *Qualitative Research in Health Care*. London : BMJ Publishing Group.
- MCKENZIE (1999) «Something Borrowed from the Blues?», *British Medical Journal*, 318: 616-617.
- MCCULLOCH, J. (1995) *Colonial Psychiatry and 'The African Mind'*. Cambridge: Cambridge University Press.

- MCGUINNESS, M. (1999) «Citizenship and Exclusion in the European Union» in Littlewood P. (Ed.) *Social Exclusion in Europe. Problems and Paradigms*. Aldershot: Ashgate.
- MCKEOWN, T. (1976) *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- MEMMI, A. (1987) «Migrations, santé mentale, racisme une interview d'Albert Memmi par Rachid Bennegadi», *Migrations-Santé*, 53 : 4-10.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945) *Phénoménologie de la perception*. Paris: Galilée.
- MERNISSI, F. (1990) *Marruecos a través de sus mujeres*. Madrid: Ediciones del Oriente y del Mediterráneo.
- MERRIAN, S.B. (1988) *Case Study Research in Education: A Qualitative Approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- MERTON, R. K. (1965) *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris: Plon.
- MILLS, W. C (1973) *Poder, política y pueblo*. México: Fondo de Cultura Economía.
- MILLS, W. C (1987) *La imaginació sociològica*. Barcelona : Herder.
- MISHLER, E. G. 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood,N.J.: Ablex.
- MODOOD, T. (1997) «Culture and Identity» in MODOOD, T.; BERTHOUD, R.; LAKEY, J.; NAZROO, J.Y.; SMITH, P. VIRDEE, S. & BEISHON, S. *Ethnic minorities in Britain: Diversity and Disadvantage*. London: Policy Studies Institute.
- MODOOD, T. (1998) «Anti-essentialism, Multiculturalism and the “Recognition” of Religious Groups», *The Journal of Political Philosophy*, 6(4): 382.
- MOLITOR, M. (1990) «L'herméneutique collective» en REMY, J, RUQUOY, D. *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*. Bruxelles: Publications des Facultés universitaires Saint-Louis.
- MORELL, A. (Octubre, 1996) *Aproximación sociológica al concepto de pobreza*. Tesis Doctoral, Departamento de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona. Directora: C. Solé.
- MORO, M.R. (1994) *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF.
- MORO, M.R. (1998) «Quelques définitions en ethnopsychiatrie» *Pour la Recherche. Fédération Française de Psychiatrie*, 17 : 6-7.
- MORO, M. R. (1998a) «L'ethnopsychanalyse, une clinique de l'alterité», *Le Carnet Psy*, 33: 12-16.
- MORO, M.R. (1998b) *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*, Paris: Dunod.
- MORO, M.R. (2002) *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris: Ed. La Découverte.
- MORIN, E. (1992) *El método. Las ideas*. Madrid : Ed. Cátedra.
- MULHERN, S. (1998) «Des troubles psychiatriques entre science et social», *Pour la Recherche. Fédération Française de Psychiatrie*, 17 : 5.
- NATHAN, T. (1993) *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était*. Paris: La Pensée Sauvage.

- NATHAN, T. (1994) *L'influence qui guérit*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- NATHAN, T. (1996) «Manifeste pour une psychopathologie scientifique» en NATHAN, T. & STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Paris: Collection Le Empêcheurs de Penser en Rond.
- NATHAN, T. (1996) *La parole de la forêt initiale*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- NATHAN, T. (1998a) «Georges Devereux et l'ethnopsychiatrie clinique». *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 35-36: 7-18.
- NATHAN, T. (1998b) «Ethnopsychiatrie: actualité, spécificité, définitions», *Le Carnet Psy*, 33: 10-12.
- NATHAN, T. (2000) «De quelques manières de faire que m'ont enseignées les patients migrants et de la possibilité de les intégrer à une théorie de la psychothérapie », *VEI Enjeu*, 123: 134-148.
- NATHAN, T. (2000a) «Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie», *Genèses*, 38 : 136-159.
- NATHAN, T. (2001) *Nous ne sommes pas seul au monde*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- NAVARRO, P. & DÍAZ, C (1994) «Análisis de contenido» en DELGADO, J.M. & GUTIÉRREZ, J. (Ed.) *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- NAVARRO, V. & QUIROGA, A. (2003) *La protección social en España y su desconvergencia con la Unión Europea*. Informe preparado para el seminario *La convergencia social de España con la Unión Europea*, Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, Santander, 1-5 Sept. 2003.
- NAZROO, J.Y. (1998) «The Racialization of Ethnic Inequalities in Health» in DORLING, D. & SIMPSON, S. *Statistics in Society: The Arithmetic of Politics*, London: Arnold.
- NETTLETON, S. (1995) *The Sociology of Health and Illness*. London: Polity Press.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Health and Welfare, Canada.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OFICINA REGIONAL PARA EUROPA (1999) *Salud 21*. Copenhague: OMS.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1993) *CIM-10 : Classification Internationale des Troubles du Comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.
- ORTIGUES, M.C. & ORTIGUES, E. (1984) *Edipe Africain*. Paris: Plon.
- PARK, R. E. (1921) «The City as a Social Laboratory» in SMITH, T. V. & WHITE, L. D. (Eds.) *Chicago: An Experiment in Social Science Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- PARK, R.E. (1930) «Murder and the Case Study Method», *American Journal of Sociology*, 36: 447-454.
- PARKIN, F. (1979) *Marxism and Class Theory: A Bourgeois Critique*. London: Tavistock.
- PARSONS, T. (1974[1966]) *La sociedad*. México: Trías.
- PARSONS, T. (1988 [1951]) *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- PAUGAM, S. (1996) *A New Social Contract? Poverty and Social Exclusion*. Florence: Working Paper European University Institute.

- PATTON, M. Q. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage.
- PEREDA, C.; ACTIS, W. & DE PRADA, M.A. (1997) «Recientes Dinámicas migratoria en España. Efectos Sobre los Procesos de Inserción-Exclusión Social» en SOLAS, O. & UGALDE, A. (Eds.) *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- PÉREZ GIMÉNEZ, R. (1999) «Políticas Sanitarias y Desigualdades en España» en ADELANTADO, J (coord.) *Cambios en el Estado del Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España*. Barcelona: Icaria & UAB.
- PETITOT, J. (1977) «Entretien avec René Thom», *Mathématiques et Sciences humaines*, 15 (59): 27-38.
- POLICAR, A. «La dérive de l'ethnopsychiatrie», *Libération*, 20 juin 1997.
- PORTER, F. (2000) « Social Exclusion: What's in a Name?», *Development in Practice*, 1(10): 76-81.
- PROCACCI, G. (1996) *A New Social Contract? Against Exclusion? The Poor and the Social Sciences*. Badia Fiesolana, San Domenico (FI). European University Working Paper, RSC N° 96/41.
- POTTE BONNEVILLE, M. (2000) «La spirale du pouvoir et de la résistance», *Multitudes*, 1, Paris, section majeure: biopolitique et biopouvoir.
- RAVAUD, J.F. & STIKER, H.J. (2000a) «Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 1ère Partie: Les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion», *Handicap. Revue de Sciences Humaines et Sociales*, 86: 1-18.
- RAVAUD, J.F. & STIKER, H.J. (2000b) «Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2ème Partie: Typologies des différents régimes d'exclusion repérable dans le traitement social du handicap», *Handicap. Revue de Sciences Humaines et Sociales*, 87: 1-17.
- RECHTMAN, R. (1995) «De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle», *L'Évolution Psychiatrique*, 60 (3) : 637-649.
- RECHTMAN, R. (1998) «Anthropologie médicale et psychiatrie : de nouveaux paradigmes de recherche », *Pour la Recherche. Fédération Française de Psychiatrie*, 17 : 2-4.
- RECHTMAN, R. (1999) «Y a-t'il un abord ethnopsychiatrique du désir?», *L'Évolution Psychiatrique*, 64 : 69-78.
- RECHTMAN, R. (2000) «De la Psychiatrie des Migrants au Culturalisme des Ethnopsychiatries», *Hommes et Migrations*, 1225: 46-61.
- RECHTMAN, R. (2000a) «Stories of Trauma and Idioms of Distress: From Cultural Narratives to Clinical Assessment», *Transcultural Psychiatry*, 37: 403-415.
- RECHTMAN, R. (2000b) «De l'efficacité thérapeutique et « symbolique » de la structure», *L'Évolution Psychiatrique*, 65: 611-630.
- RECHTMAN, R. (2003) «L'ethnisation de la psychiatrie : de l'universel à l'international», *L'Information Psychiatrique*, 79 (2): 161-169.
- RECHTMAN, R. & RAVAUD, F.H.M (1993) «Fondements Anthropologiques de l'Ethnopsychiatrie», *Encyclopedie Medico-Chirurgicale*, Paris: Editions Techniques. Psychiatrie, 37-715-A-10: 1-8.

- RENN, O. (1992) «Concepts of Risk: A Classification» in KRIMSKY, S. & GOLDING, D. (Eds.) *Social Theory of Risk*, London, Westport, Connecticut: Praeger.
- REVEL, J. (1996) «Micro-analyse et construction du social» in REVEL, J. (Dir.) *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*. Paris : Hautes Etudes-Gallimard-Seuil.
- RIBAS MATEOS, N. (1996) «La Multidimensionalidad de la Integración Social» en *La Heterogeneidad de la integración social. Una aplicación a la inmigración extracomunitaria (filipina, gambia y marroquí) en Cataluña (1985-1996)*. Tesis Doctoral. Dirigida por Carlota Solé. UAB.
- RIBAS MATEOS, N. (2001) «¿Estrategias transnacionales? Una pregunta acerca de las migraciones femeninas en España», *Arxius*, 5: 69-92.
- RIBAS MATEOS, N. (2002) *El debate sobre la globalización*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- RIFKIN, J. (2000) *La era del acceso. La revolución en la nueva economía*. Barcelona: Paidós.
- ROCHE, M. (1992) *Rethinking Citizenship: Welfare, Ideology and Change in Modern Society*. Cambridge: Polity Press.
- RODIER, C. (1997) «L'Europe et les exclus de la libre circulation» en FASSIN, D.; MORICE, A. & QUIMINAL, C. (Coord.) *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris : La Découverte.
- RODRIGUEZ, J.A. (1987) *Salud y Sociedad*. Madrid: Tecnos.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, G.; GIL FLORES, J. & GARCÍA JIMÉNEZ, E. (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- ROHEIM, G. (1967) *Psychanalyse et anthropologie*. Paris: Gallimard.
- ROUDINESCO, E. (1999) «Je plaide pour la liberté de ne pas être toujours ramené à mes racines», *Politis*, 577 : 20-23.
- RUIZ LÓPEZ, B. & RUIZ VIEYTEZ, E.J. (2001) *Las políticas de inmigración: la legitimación de la exclusión*. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto de Derechos humanos.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J. L. (1997) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- SANTAMARÍA, E. (2002) *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la 'inmigración no comunitaria'* Barcelona: Anthropos.
- SAYAD, A. (1991) . *L'immigration ou les Paradoxes de l'altérité*. Bruxelles : De Boer Université.
- SAYAD, A. (1999) *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Ed. Seuil.
- SCHATZMAN, L. & STRAUSS, A. (1973) *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Englewood and Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- SHELDON, T. & PARKER, H. (1992) «The use of 'ethnicity' and 'race' in health research: a Cautionary note» in AHMAD, W. (ed.) *The Politics of 'Race' and Health*. Bradford: Race Relations Unit, University of Bradford.
- SCHEPPEY-HUGHES, N. (1990) « Three propositions for a critically applied medical anthropology», *Social Sciences and Medicine*. 30(2), 189-197.
- SCHNAPPER, D. (2001) *Exclusions au cœur de la cité*. Paris: Editions Economica.

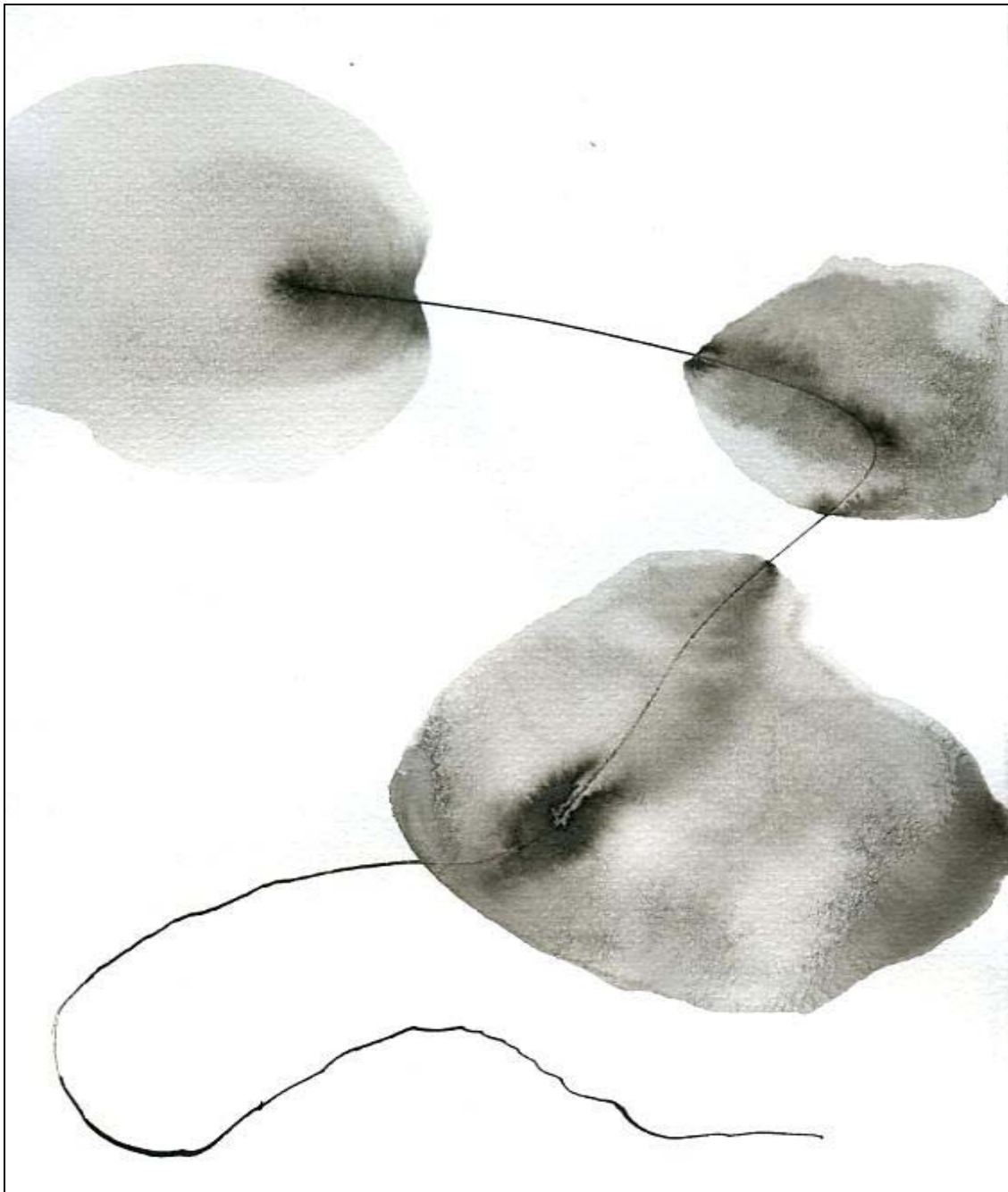
- SCHUMACHER, R.; HINJOS, M.; SANZ, B.; TORRES, A. (1997) «Una aproximación a la identificación de la situación sociosanitaria de la población inmigrante en un Área de la Comunidad de Madrid». Ponencia al congreso 'La Inmigración en España', Instituto Ortega y Gasset.
- SCHÜTZ, A. (1964) «The Stranger: an Essay in Social Psychology» in *Collected Papers. Studies in Social Theory*. The Hague: Martinus Nijhoff.
- SCOTCH, N.A. (1963) «Medical Anthropology» In SIEGEL, H. (Ed.) *Biennial Review of Anthropology*. Stanford: Stanford University Press.
- SENNET, R. (2000) *La corrosión del carácter*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- SENNET, R. (2003) *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Ed. Anagrama.
- SHAVELSON, R. & TWONES, L. (Eds.) (2002) *Scientific Research in Education*. Washington, D.C. National Academy Press.
- SHAW, C.A. (1926) «Case Study Method», *Publications of the American Sociological Society*, 21: 149-157.
- SHARMA, U. (1992) *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. London: Routledge.
- SHILLING, C. (1993) *The body in social Theory*, London: Sage.
- SIBONY, D. (1997) «Tous les maladies de l'exil», *Libération*, 30 janvier 1997.
- SILVER, H. (1994) «Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms», *International Labour Review*, 133 (5-6): 531-578.
- SIMMEL, G. (1988[1908]) *Sociologia. Investigacions sobre les formes de la socialització*. Barcelona: Edicions 62, Vol 2.
- SMAJE, C. (1995) *Health, 'Race' and Ethnicity. Making Sense of the Evidence*. London: King's Fund Institute.
- SPRADLEY, J.P. (1980) *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- SOLÉ, C. (1998) *Modernidad y modernización*, Barcelona: Anthropos.
- SOLÉ, C. (1997) «Accesibilidad de los inmigrantes extranjeros a los servicios de salud de Barcelona» en SOLAS, O. & UGALDE, A. (Eds.) *Inmigración, Salud y Políticas Sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SOLÉ, C. (1981) *La integración socio-cultural de los inmigrantes en Cataluña*. Madrid: CIS.
- SONTAG, S. (1978) *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Giroux and Strauss.
- STAKE, R.E. (1994) «Case Studies» in DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, C.A. : Sage.
- STRAUSS, A. & GLASER, B. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- STUBBS, P. (1993) «Ethnically Sensitive' or 'Anti-racist'? Models for Health Research and Delivery» In AHMAD, W. (Ed.) *'Race' and Health in Contemporary Britain*. Buckingham: Open University Press.
- SZASZ, T. S. (2000 [1970]) *Ideología y enfermedad mental*. Paraguay: Amorrortu.

- TAUSSIG, M. T. (1980) «Reification and the Consciousness of the Patient», *Social Sciences and Medicine*, 14B: 3-13.
- TAYLOR, S. & BOGDAN, R. (1992) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Barcelona: Paidós.
- TAYLOR-GOOBY, P. (2000) «Risk and Welfare» In TAYLOR-GOOBY, P. (Ed.) *Risk, Trust and Welfare*. London, New York : MacMillan.
- THEBAUD-MONY, A. (1991) *La reconnaissance des maladies professionnelles*. Paris: La Documentation Française.
- TIBBETTS & STONE (1990) «Short-term Art Therapy with Seriously Emotionally Disturbed Adolescents», *The Arts in Psychotherapy*, 17, 139-146.
- TITMUS, R.M. (1968) *Commitment to Welfare*. Allen & Wornin.
- TIZÓN, J.L. (Coord.) (1993) *Migraciones y salud mental*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- TELLIS, W. (1997) *Introduction to Case Study*. [68 paragraphs] *The Qualitative Report* [Online serial], 3 (2). Available in: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html>
- TEZANOS, J.F. (1998) *Tendencias en exclusión social en las sociedades tecnológicas. El Caso Español*. Madrid: Fundación Sistema.
- TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N. (Eds.) (1992 [1980]) *The Black Report* in WHITEHEAD, M.; TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N. *Inequalities in Health: The Black Report & The Health Divide*. London: Penguin Books.
- TIMOTHY, E.; WHITEHEAD, M. & DIDERICHSEN, F.; BHUIYA, A. & WIRTH, M. (2001) *Challenging Inequities in health: From ethic to action*. Oxford: Oxford University Press.
- TUDOR HART, J. (1971) «The Inverse Care Law», *Lancet* i, 405-12.
- TURNER, B. S. (1992) *Regulating bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
- TURNER, G. & WYNNE, B. (1992) «Risk Communication: A Literature Review and Some Implications for Biotechnology» in DURANT, J. (ed.) *Biotechnology in public. A Review of Recent Research*. London: Science Museum for the European Federation of Biotechnologie.
- UGALDE, A. (1995) «Salud e inmigración económica del Tercer Mundo en España» en SOLAS, O. & UGALDE, A. (Eds.) *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- VAUGHAM, M. (1991) *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Stanford: Stanford University Press.
- VALLÉS, M. S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- VERREPT, H. (1995) *Evaluation du projet «Médiation interculturelle dans la prise en charge sanitaire»*. Bruxelles: VUB.
- VERREPT, H. & LOUCKX F. (1997) «Health advocate in Belgian healthcare», in UGALDE, A. (Ed.) *Health and social services among international labour migrants: a comparative perspective*. Tejas: Austin, CMAS Book. Traducido en castellano como VERREPT, H. & LOUCKX F. (1997) «Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga» en SOLAS, O. & UGALDE, A. (eds.) *Inmigración, salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- VIET, V. (1998) *La France Immigrée. Construction d'une politique 1914-1997*. Paris : Ed. Fayard.
- VIÑAR, M. & VIÑAR M. (1989) *Exil et torture*. Paris : Espace Analytique, Denoël.
- WAHNICH, S. (1997) « L'hospitalité et Révolution française » en FASSIN, D.; MORICE, A. & QUIMINAL, C. (Coord.) *Les lois de l'inhospitalité. Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers*. Paris : La Découverte.
- WAITZKIN, H. (1991) *The Politics of Medical Encounters*. New Haven and London: Yale University Press.
- WALL, A. & OWEN, B. (1999) *Health Policy*. Eastbourne: The Gildredge Press Ltd.
- WALLERSTEIN, I. (1979) *El moderno sistema mundial*. Madrid: S.XXI.
- WARD, P. R.; BISSELL, P. & NOYCE, P. R. (2000) « Insights into the Uncertain World of the Consumer: Reflections on the Risks of Non-Prescription Medicines » in TAYLOR-GOOPY, P. (Ed.) *Risk, Trust and Welfare*. London, New York : Macmillan.
- WIEVIORKA, M. (2001) *La différence*. Paris: Ballard.
- WEBER, M. ([1922] 1968) *Economy & Society*. Los Angeles: University of California Press.
- WEBER, M ([1922] 1969) *Economía & sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- WEIL, P. (1994) « La politique Française de l'immigration depuis 1945 » en FALGA, B.; WIHTOL DE WENDEN, C. & LEGGEWIE, C. (Dir.) *Au miroir de l'autre. De l'immigration à l'intégration en France et en Allemagne*. Paris: Édition du Cerf.
- WEIL, P. (1997) *Mission d'étude des législations de la nationalité et de l'immigration*. Paris : La Documentation Française.
- WHITEHEAD, M. (1992 [1987]) *The Health Divide*. In WHITEHEAD, M.; TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N. *Inequalities in Health: The Black Report & The Health Divide*. London: Penguin Books.
- WHITEHEAD, M. (1990) *The concepts and Principles of Equity in Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHYTE, W. F. (1961) *Street Corner Society: the Structure of an Italian Slum*. Chicago University Press. [2nd. Ed.]
- WIHTOL DE WENDEN, C. (1994) « Le cas français » en FALGA, B.; WIHTOL DE WENDEN, C. & LEGGEWIE, C. (Dir.) *Au miroir de l'autre. De l'immigration à l'intégration en France et en Allemagne*. Paris: Édition du Cerf.
- WIHTOL DE WENDEN, C. (1999) *L'immigration en Europe*. Paris : La Documentation Française.
- WIHTOL DE WENDEN, C. & LEGGEWIE, C. (Dir.) *Au miroir de l'autre. De l'immigration à l'intégration en France et en Allemagne*. Paris: Édition du Cerf, 253-269.
- WILKINSON, R. G. (1996) *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- WILLIAMS, S.J. (1998) « Health as Moral Performance: Ritual, Transgression and Taboo », *Health*, 2(4): 435-457.
- WILLIAMS, S.J. & BENDELOW, G. (1998) *The Lived Body. Sociological Themes, Embodied Issues*. London, New York: Routledge.
- WITTGENSTEIN, L. (1988) *Investigaciones filosóficas*. México: Editorial Crítica.

- WOLCOTT, H.F. (1992) «Posturing in Qualitative Research» in LE COMPTE, M.D.; WILLROY, W.L. & PREISSE, J. (Eds.) *The Handbook of Qualitative Research in Education*. NY: Academic Press.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1978) *Alma Ata 1977. Primary health Care*. Geneva: UNICEF, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1981) *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. EUROPE (1985) *Targets for Health for All*. Copenhagen: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANISATION, HEALTH AND WELFARE CANADA, CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: WHO .
- WORLD HEALTH ORGANISATION (1997) Female Genital Mutilation. A Joint Report WHO/ Unicef/ UNFPA Statement. Technical Group. Ginebra: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. EUROPE (1999) *Health 21*. Copenhagen: WHO.
- WRIGHT MILLS, C. (1993) *La imaginació sociològica*. Barcelona: Herder.
- WYNNE, B. (1992) «Risk and Social Learning: Reification to Engagement» in KRIMSKY, S & GOLDING, D. (Eds.) *Social Theories of Risk*. Westport, London: Praeger.
- WYNNE, B. (1996) «May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of the Expert-Lay Knowledge Divide» in LASH, SCOTT; SZERSZYNSKY, B. & WYNNE, B. (Eds.) *Risk, Environment & Modernity. Towards a New Ecology*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- YIN, R. K. (2003) *Case Study Research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Applied Social Research Methods Series, Vol. 5.
- YOUNG, A. (1990) «(Mis)applying Medical Anthropology in Multicultural settings», *Santé, Culture, Health*. VII (2-3) : 197-208.
- ZEMPLINI, A. (1968) «L'interprétation et la thérapie du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal », thèse de doctorat, Paris.
- ZEMPLINI, A. & RABAIN, J. (1985) «L'enfant Nit Ku Bon. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Lebou et les Wolof du Sénégal», *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 4 : 9-45.
- ZERDALIA DAHOUN, S. (1992) «Les us et abus de l'ethnopsychiatrie : le patient migrant : sujet souffrant ou objet d'expérimentation clinique ?», *Les temps modernes*, 552-553 : 223-251.
- ZNANIECKI, F. (1934) *The Method of Sociology*. New York: Farrar & Rinehart.
- ZOLA, I. K. (1972) «Medicine as an Institution of Social Control», *Sociological Review*, 20: 487-504.
- ZOLL, R. (1991-1992) «La hermenéutica colectiva». Transcripción de los seminarios de doctorado realizados en la Universidad Autónoma de Barcelona.

ANEXOS



Ligne Enceinte, 2004. Miles Hall

ANEXOS

SUMARIO

ANEXO 1. El marco teórico-conceptual de la investigación

ANEXO 2. Síntesis del trabajo de campo realizado

ANEXO 3. El cuestionario dirigido a l@s profesionales de los centros

ANEXO 4. La entrevista en profundidad focalizada (profesionales de la salud)

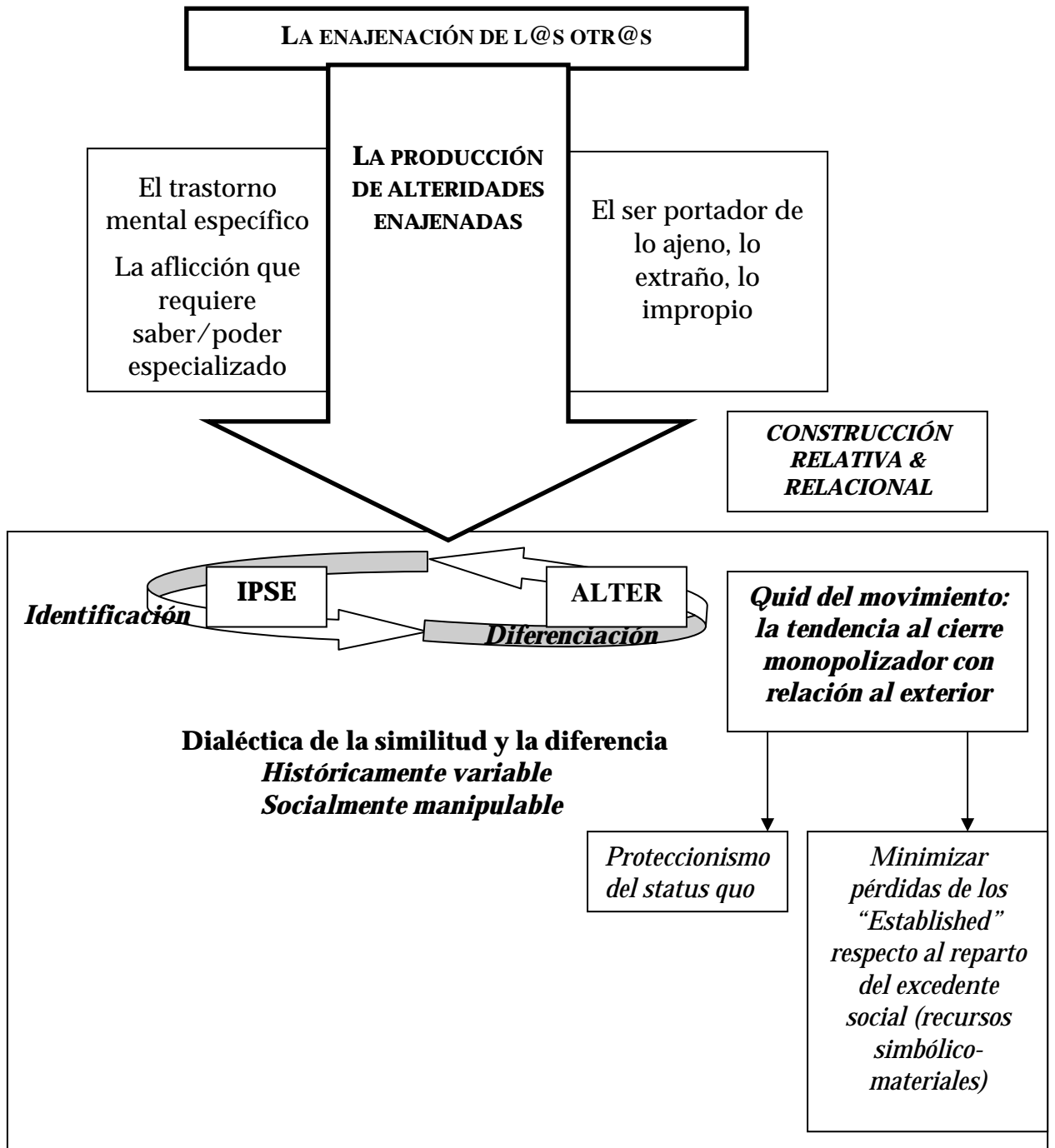
ANEXO 5. La entrevista en profundidad de tipo socio-biográfica (usuari@s)

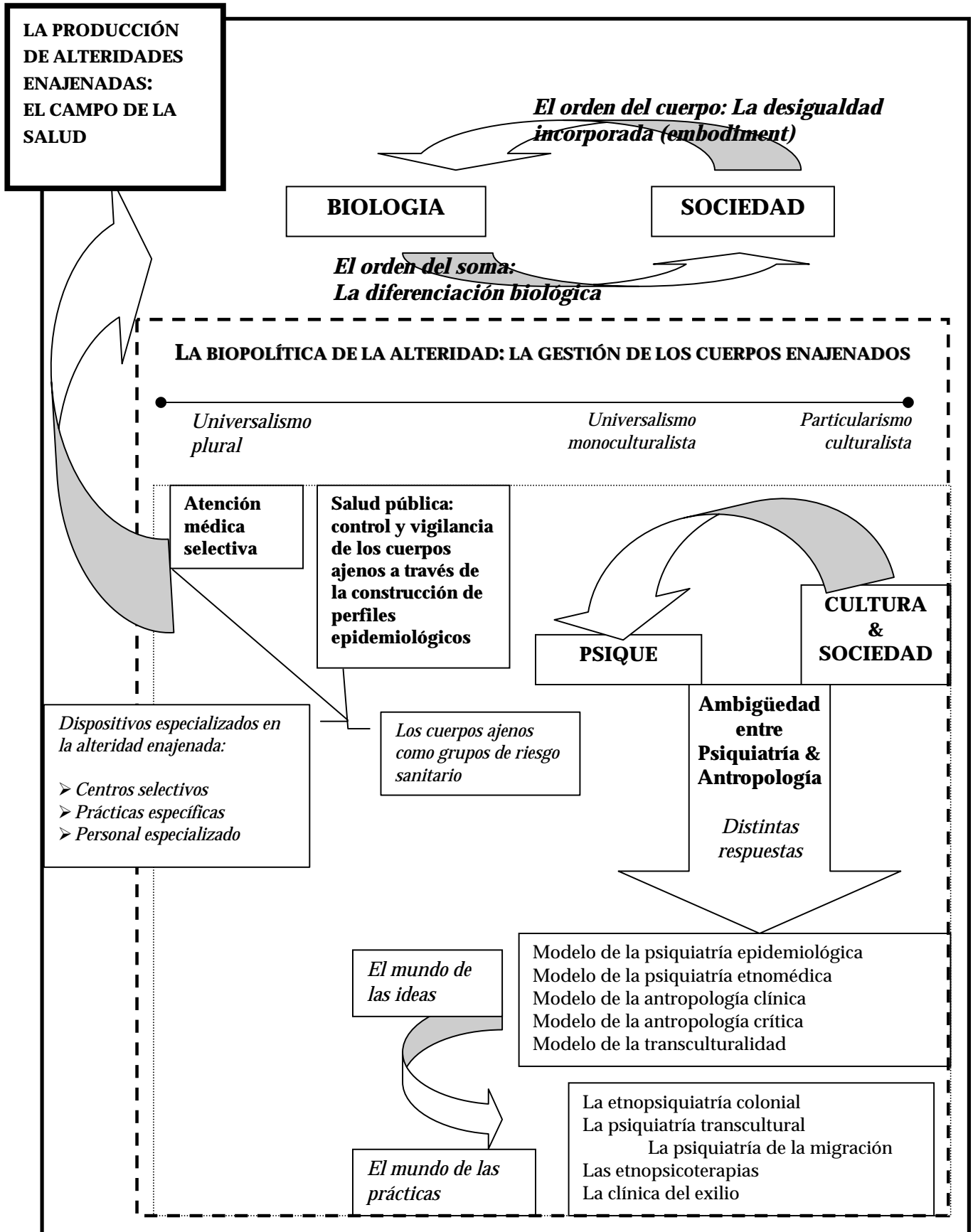
ANEXO 6. Guía para la observación en los nueve casos de estudio

ANEXO 7. El análisis de datos textuales mediante análisis de contenido categorial temático

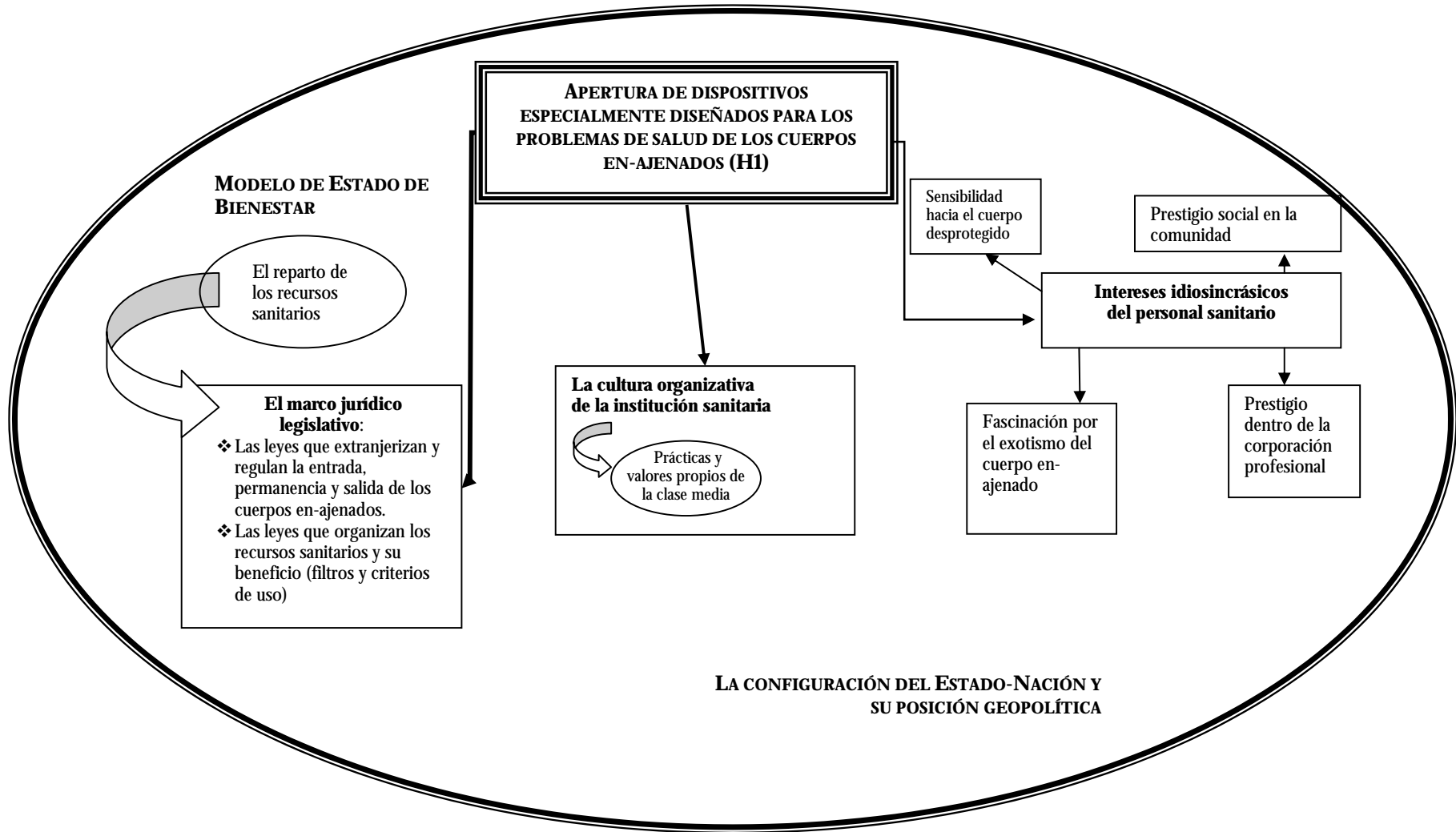
ANEXO 8. Protocolo de auto-análisis sobre el procedimiento de generación de la información

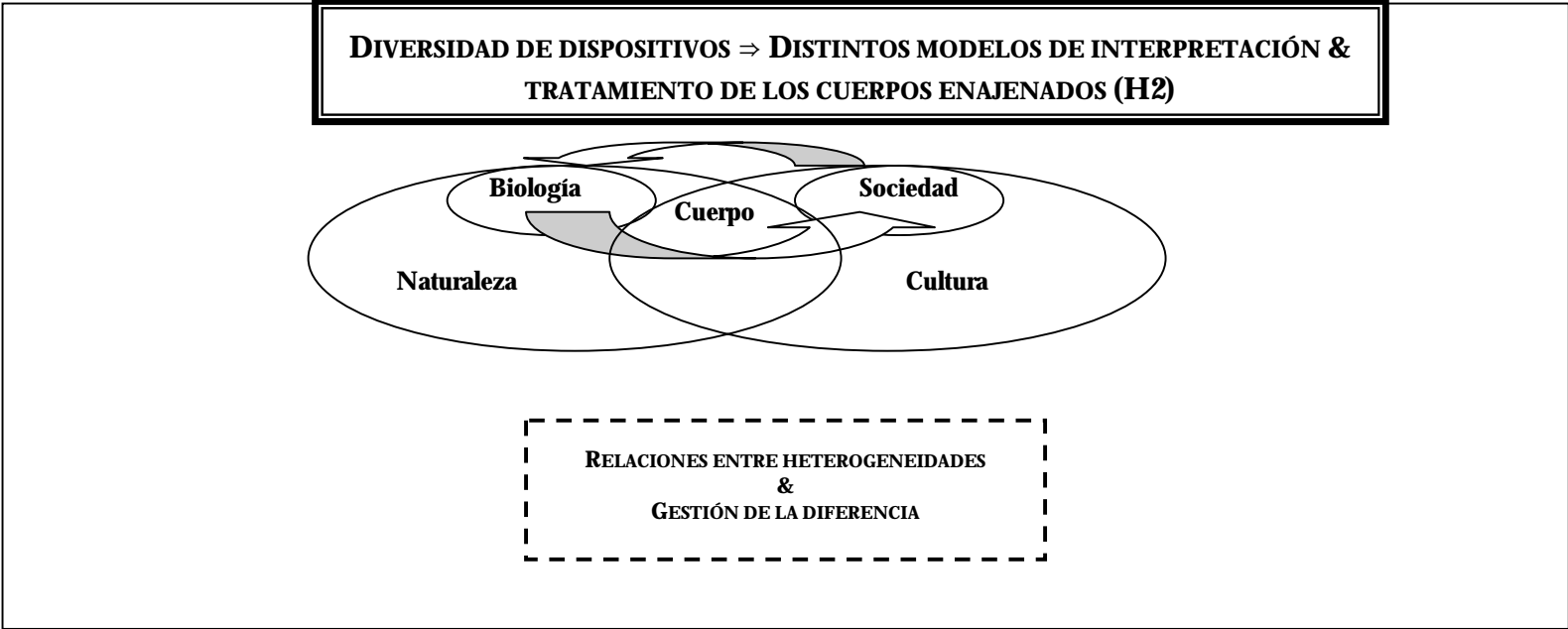
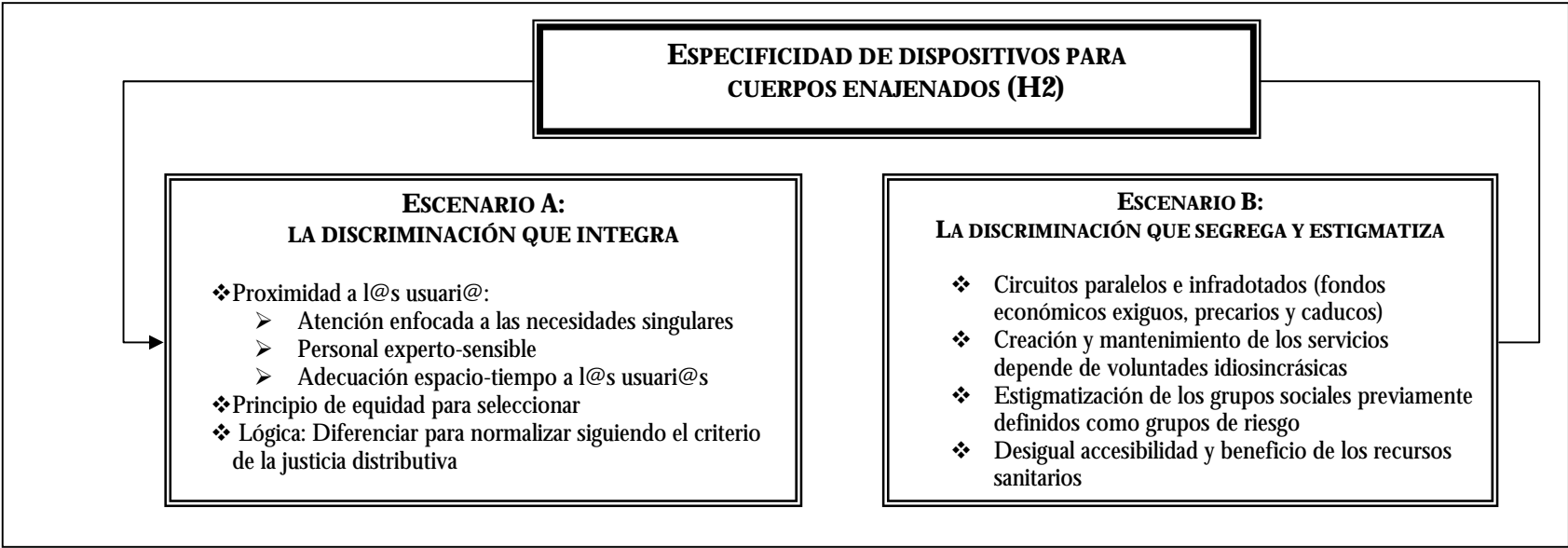
ANEXO 1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL





MARCO DE ANÁLISIS. DIMENSIONALIZACIÓN DE LAS HIPOTESIS DE TRABAJO.





ANEXO 2. SÍNTESIS DEL TRABAJO DE CAMPO REALIZADO

LOS CUATRO ESTUDIOS DE CASOS EN BARCELONA			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECB1	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Programa específico dirigido a la asistencia en salud mental de la población inmigrante. Inmigrantes con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente del tiempo de residencia. Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: dependencias de un CSM ❖ Regularidad de la atención: cada lunes de 16h30 - 20h ❖ Equipo: psiquiatras (3), psicóloga (1) y enfermero (1). 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Folleto informativo (objetivos, perfil de usuari@s) ❖ Documentos internos desde su apertura: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memorias anuales: datos epidemiológicos y actividad clínica ▪ Datos CSM ▪ Historias Clínicas de l@s usuari@s entrevistad@s <p>Observación participante (OBS): dos meses, visita semanal 2003; visitas puntuales posteriores 2004.</p> <p>4 Entrevistas en profundidad focalizada a profesionales & 4 entrevistas en profundidad de tipo sociobiográfica a usuari@s (ENT)</p>	<p>AD ECB1</p> <p>OBS1 (entrevista grupal informal) OBS2 (primera visita de recogida de datos: entrevista a usuario 1, 2 y a psiquiatra 2) OBS3 (entrevista a enfermero, usuario 3) OBS 3 bis (entrevista a psicóloga 1) OBS4 (entrevista a psiquiatra 3, usuaria 4) OBS5 Jornadas sobre salud e inmigración realizadas por SATMI los miércoles mañana de abril 2003</p> <p>ENT1 (usuaria 1) ENT2 (usuario 2) ENT3 (psiquiatra 2) ENT4 (enfermero 1) ENT5 (usuario3) ENT6 (psicóloga 1) ENT7 (psiquiatra 3) ENT8 (usuaria4)</p>

LOS CUATRO ESTUDIOS DE CASOS EN BARCELONA			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECB2	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Programa específico dirigido a la asistencia en salud mental de la población inmigrante y exilad@s. Inmigrantes con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente del tiempo de residencia. Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: dependencias de una Fundación privada proveedora de servicios sanitarios ❖ Regularidad de la atención clínica: aproximadamente 3-4 tardes mensuales ❖ Equipo: psiquiatra (1), psicóloga (1) y arteterapeuta (1) 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Página web ❖ Artículos y libros publicados por los profesionales ❖ Documentos internos más recientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos epidemiológicos sobre población atendida ▪ Actividad clínica <p>Observación participante (OBS): Visitas puntuales 2001 y 2004</p> <p>3 Entrevistas en profundidad focalizada a profesionales</p>	<p>AD ECB2</p> <p>OBS1 (toma de contacto) OBS2 (encuentro con arteterapeuta: negociación de la entrevista) OBS3 (entrevista arte-terapeuta) OBS4 (entrevista a psiquiatra) OBS5 (entrevista a psicóloga)</p> <p>ENT1 (arteterapeuta) ENT2 (psiquiatra) ENT3 (psicóloga)</p>

LOS CUATRO ESTUDIOS DE CASOS EN BARCELONA			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECB3	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Programa de reparación médico-psico-social para inmigrantes víctimas de violación de los Derechos humanos y de torturas. Inmigrantes con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente del tiempo de residencia. Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: local propio en alquiler ❖ Regularidad de la atención: diaria (lunes–viernes) ❖ Equipo: neuro-psiquiatra (1), psicólogas (2) y asistente social (1) 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Folleto informativo (objetivos, perfil de usuari@s) ❖ Dos libros publicados por el director-neuropsiquiatra. ❖ Documentos internos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memoria 2002: Datos epidemiológicos sobre población atendida y actividad clínica <p>Observación participante (OBS): dos meses, visita semanal 2003; visitas puntuales posteriores 2004.</p> <p>4 Entrevistas en profundidad focalizada a profesionales & 3 entrevistas en profundidad de tipo sociobiográfica a usuari@s (ENT)</p>	<p>AD ECB3</p> <p>OBS1 (primera visita de contacto & entrevista informal con psicóloga1) OBS2 (segunda visita: entrevista a trabajador social) OBS3 (tercera visita: entrevista a psicóloga 1) OBS4 (cuarta visita: entrevista a psicóloga 2) OBS5 (quinta visita: entrevista a usuaria1) OBS6 (sexta visita: entrevista a director y neuropsiquiatra) OBS7 (séptima visita: entrevista a usuaria 2) OBS8 (octava visita: entrevista a usuaria 3) OBS9 Presentación de Dra Psicóloga 1 sobre ECB3 en jornadas sobre salud e inmigración realizadas por ECB1 los miércoles mañana de abril 2003 OBS10 Conferencia del neuropsiquiatra 'la tortura i les seves conseqüències' en Centre cívic del Convent de Sant Agustí, organizado por Acció dels Cristians per l'Abolició de la Tortura, jueves 19 junio 2003</p> <p>ENT1 (trabajador social) ENT2 (psicóloga1) ENT3 (psicóloga2) ENT4 (usuaria1) ENT5 (director y neuropsiquiatra) ENT 6 (usuaria2) ENT7 (usuaria3)</p>

LOS CUATRO ESTUDIOS DE CASOS EN BARCELONA			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECB4	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Servicio de asistencia psicológica para exiliad@s (inmigrantes víctimas de violación de los Derechos humanos y de torturas; con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente del tiempo de residencia. Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: local propio de la organización humanitaria ❖ Regularidad de la atención: diaria (lunes-viernes) ❖ Equipo: psicóloga (1) y trabajadora social (1) 	<p>Observación participante (OBS): visitas puntuales 2004</p> <p>2 Entrevistas en profundidad focalizada a profesionales</p>	<p>OBS 1 primera visita de contacto & entrevista informal con psicóloga) OBS2 (segunda visita: entrevista a psicóloga) OBS3 (tercera visita: entrevista a trabajadora social) OBS4 (Presentación de Psicóloga sobre ECB3 en jornadas sobre salud e inmigración realizadas por ECB1 los miércoles mañana de abril 2003)</p> <p>ENT1 (psicóloga) ENT2 (trabajadora social)</p>

Total de entrevistas en profundidad realizadas en Barcelona: 21 entrevistas

LOS CINCO ESTUDIOS DE CASOS EN PARIS			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECP1	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Servicio universitario de de ayuda psicológica para inmigrantes e hij@s de inmigrantes; con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente del tiempo de residencia. Asistencia no gratuita para las entidades que contratan los servicios del centro. Centro universitario de investigación. ❖ Ubicación: local propio en una universidad de París ❖ Regularidad de la asistencia psicológica: visitas concertadas puntualmente ❖ Equipo: equipo compuesto por un número fluctuante de psicólog@s (en su mayoría), antropólog@s, expert@s en mediación lingüístico-cultural y psiquiatra (1), además de estudiantes en formación 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Folleto informativo (objetivos, perfil de usuari@s) ❖ Página Web del centro (incluye artículos y presentación del centro) ❖ Tres libros publicados por el psicólogo principal (coordinador del equipo de etnopsicoterapia) sobre la práctica clínica, un libro publicado por la actual directora del centro sobre atención psicológica a las víctimas de tortura, un libro sobre una investigación realizada en el centro (recomendada por los profesionales del centro). <p>Observación participante: visita única 2002</p> <p>Entrevista informal con secretaria de consulta</p>	<p>AD ECP1</p> <p>OBS1 (visita del centro & entrevista informal secretaria)</p> <p>ENT1 (secretaria de consulta)</p>

LOS CINCO ESTUDIOS DE CASOS EN PARIS			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECP2	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Servicio de atención psicoterapéutica para niñ@s y adolescentes, descendientes de inmigrantes con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente tiempo residencia. Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: en las dependencias de un hospital público ❖ Regularidad de la atención: diaria (lunes–viernes); sesión grupal (miércoles por la mañana) ❖ Equipo: compuesto por un núcleo central de 19 miembros (psiquiatras, psicólogos, antropólogos y traductores) dirigidos por una psiquiatra, además de visitantes puntuales (antropólogo@s, sociólogo@s, psiquiatras y psicólogo@s). 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Página web del centro (incluye artículos y presentación del centro) ❖ Tres libros publicados por la psiquiatra principal (coordinadora del equipo de etnopsicoterapia) sobre la práctica clínica , diversos artículos publicados por la psiquiatra-coordinadora en varias revistas y algunos de los números de la revista que el centro publica donde publican la mayor parte de los componentes del equipo ❖ Documental audiovisual sobre la práctica clínica del centro: 3 casos clínicos ❖ Conferencia realizada por la psiquiatra principal (coordinadora del equipo de etnopsicoterapia) <p>Observación participante (OBS): visita única & dos consultaciones de etnopsicoterapia, 2003.</p> <p>Entrevista informal a la directora-psiquiatra</p>	<p>AD ECP2</p> <p>OBS 1 (visita) OBS2 (consulta 1) OBS3 (consulta 2)</p> <p>ENT1 (entrevista informal psiquiatra)</p>

LOS CINCO ESTUDIOS DE CASOS EN PARIS			
CODIF. DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECP3	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asociación ley 1901. Centro médico-psico-social de ayuda a l@s inmigrantes y exiliad@s; con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente tiempo residencia. Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: local propio de la asociación. ❖ Regularidad de la atención: diaria (lunes-viernes) ❖ Equipo: organizado en seis comunidades lingüístico-culturales se compone de una plantilla de 14 psiquiatras y 9 psicólog@s (aprox. 8-12h de consultas semanales); 4 trabajadoras sociales, 5 secretarías, 1 contable, 1 director (en permanencia). 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Página web del centro ❖ MEMORIAS de actividad para los años 2000, 2001 y 2002. ❖ 4 libros publicados por Psiq 2; Psiq. 3 (dos libros), y Psiq 5. Cuatro artículos publicados por Psiq.4; tres, por Trab Soc. 3; uno por Psiq. 5; 16 por Psiq.2; dos por Psiq.3. ❖ Coloquio europeo sobre salud mental e inmigración organizado por el ECP3 Paris, 27-28 Noviembre 2003 <p>Observación participante (OBS): 4 meses 2003</p> <p>8 Entrevistas en profundidad focalizada a profesionales, 2 entrevistas informales a profesionales & 4 entrevistas en profundidad de tipo sociobiográfica a usuari@s (ENT)</p>	<p>AD ECP3</p> <p>OBS1 (visita fondo de documentación) OBS2 (visita al Psiq2: presentación del centro) OBS3 (firma convenio de acceso) OBS4 (recogida de información clínica) OBS5 (recogida de información clínica) OBS6 (recogida de información clínica) OBS7 (entrevista a Psiq1) OBS8 (entrevistar a usuari@s) OBS9 (entrevista a usuaria1) OBS10 (entrevista a usuaria2, comida con secretarías, asistenta social y psicólogo consulta Portugal) OBS11(entrevistas a psiquiatras) OBS12 (entrevistar a la trabajadora social1- fallido) OBS13 (entrevista usuario3 + lectura artículos psiq2) OBS14 (lectura artículo psiq2) OBS15 (reunión psiq2 + trab. social1, entrevista usuaria 4) OBS 16 (encuentro con psicóloga Magreb) OBS17 (entrevista con psiquiatra 3 consulta Asia Sesión1) OBS18 (entrevista con psiq1) OBS19 (entrevista con psicóloga Magreb & Comida-reunión con equipo Magreb) OBS20 (entrevista con usuaria4) OBS21 (entrevista con trabajadora social3) OBS22 (entrevista con psiquiatra 3 consulta Asia Sesión 2) OBS23 reunión psiq2 + trabajadora social1)</p>

LOS CINCO ESTUDIOS DE CASOS EN PARIS			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECP3 (continuación)			<p>ENT1 (Psiquiatra1 psicoanalista, Sesión1 y 2 Latinoamérica)</p> <p>ENT2 (usuaria1)</p> <p>ENT3 (usuaria2)</p> <p>ENT4 SESION 1 y 2 (Psiquiatra antropólogo consulta Zagreb, psiq. 4)</p> <p>ENT5 (usuario3)</p> <p>ENT6 SESION 1, 2 (Psiquiatra psicoanalista Asia psiq. 3)</p> <p>ENT7 (Psiquiatra psicoanalista Latinoamérica, psiq.2)</p> <p>ENT8 (Psicóloga Magreb)</p> <p>ENT9 (Trabajador social 2 -Magreb)</p> <p>ENT 10 (trabajadora social Latinoamérica-España 1)</p> <p>ENT GRUPAL 1 (Reunión de equipo Latinoamérica)</p> <p>ENT GRUPAL 2 (Reunión de equipo Magreb)</p> <p>ENT 11 (usuaria4)</p> <p>ENT 12 (Trabajadora social África 3)</p> <p>ENT GRUPAL 3 (Reunión equipo Latinoamérica-España)</p>

LOS CINCO ESTUDIOS DE CASOS EN PARIS			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECP4	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Consulta especializada en la de atención a la salud mental de adultos originarios del sudeste asiático; con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente tiempo residencia. Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: Asociación ley 1901 que provee en la red de Psiquiatría de sector. ❖ Regularidad de la atención especializada: dos mañanas y una tarde a la semana. ❖ Equipo: psiquiatras (2) y intérpretes (4). 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Folleto presentación de los servicios del centro ❖ MEMORIA de actividad para el año 2002. ❖ Ocho artículos publicados por Psiq.1. ❖ Conferencia de clausura Coloquio europeo sobre salud mental e inmigración organizado por el ECP3 Paris, 27-28 Noviembre 2003 <p>Observación participante (OBS):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Visita puntual en 2001; dos meses 2003 ❖ Observación de dos consultas psiquiátricas <p>2 Entrevistas en profundidad focalizada a profesionales, 4 entrevistas en profundidad de tipo sociobiográfica a usuari@s (ENT)</p>	<p>AD ECP4</p> <p>OBS1 (1ª toma de contacto) OBS2 (1ª visita centro + entrevista a psiquiatra Sesión 1 Ent1) OBS3 (2ª visita al centro: entrevista directora del centro ENT2) OBS4 (entrevista a dos usuari@s) OBS5 (entrevista a una usuaria y sesión 2 Ent1) OBS6 (entrevista a una usuaria, observación de dos consultaciones del psiq1) OBS7 (entrevista psiquiatra Sesión 3 Ent 1)</p> <p>ENT1 SESIONES 1-4 (psiquiatra 1. en varias sesiones) ENT2 (directora centro) ENT3 (usuaria1 -no grabada) ENT4 (usuario2) ENT5 (usuaria3) ENT6 (usuaria4-no grabada)</p>

LOS CINCO ESTUDIOS DE CASOS EN PARIS			
CODIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS	INFORMACIÓN GENERAL RECOGIDA	CODIFICACIÓN DE LOS DATOS GENERADOS
ECP5	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asociación ley 1901 de lucha contra la tortura y de ayuda y asistencia médico-psico-social para exiliad@s (inmigrantes víctimas de violación de los Derechos humanos y de torturas; con o sin permiso de residencia y con o sin SS, independientemente tiempo residencia). Asistencia gratuita. ❖ Ubicación: local propio de la organización humanitaria ❖ Regularidad de la atención: diaria (lunes-viernes) ❖ Equipo: 4 médicos de familia, 1psiquiatra, 4 psicoanalistas, traductora (turco, kurdo),trabajadora social, kinesiterapeuta, 2 abogadas, 2repcionistas, contable, directora (socio-psicóloga y traductora). 	<p>Análisis documental (AD):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Folleto presentación de los servicios del centro ❖ MEMORIA de actividad para el año 2002. <p>(Septiembre 2001) Estudio estadístico sobre la evolución del perfil de las personas atendidas durante 1995-2000 por el centro, inédito, copia cedida por la directora del centro.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Web de la asociación: objetivos del centro, relación de profesionales que compone el equipo médico-social e información sobre servicios prestados. Ofrece una serie de orientaciones para personas demandantes de asilo político y presenta diversos artículos o transcripciones de conferencias de los profesionales del centro sobre cuestiones concernientes al exilio y la influencia de las condiciones sociales en la salud de las personas exiliadas, así como intervenciones de lobby político junto con otras asociaciones que trabajan en torno a la cuestión del exilio. ❖ Revista trimestral publicada por el centro ❖ Tres artículos publicados por Psic1; dos artículos por Psic. 2. <p>Observación participante (OBS): Visitas puntuales durante dos meses 2003</p> <p>5 Entrevistas en profundidad focalizada a profesionales.</p>	<p>AD ECP5</p> <p>OBS1 (1ªvisita: toma de contacto + entrevista a psicoanalista Ent1)</p> <p>OBS2 (2ª visita centro + entrevista a directora + socio-psicóloga Sesión 1 Ent2 Sesión 1)</p> <p>OBS3 (Ent.3 kinesiterapeuta)</p> <p>OBS4 (Ent4 directora + socio-psicóloga + intérprete Sesión 2)</p> <p>OBS5 (Ent5 psicoanalista2)</p> <p>OBS6 (Ent6 psicoanalista3)</p> <p>ENT1 (psicoanalista1)</p> <p>ENT2 (directora centro sesiones 1 y 2)</p> <p>ENT3 (kinesiterapeuta)</p> <p>ENT4 (psicoanalista2)</p> <p>ENT5 (psicoanalista3)</p>

Total de entrevistas en París: 27 individuales (23 en profundidad, 4 informales)+ 3 grupales.

CUADRO RESUMEN DE LAS MODALIDADES DE TRABAJO DE CAMPO EN LOS DISTINTOS ESTUCIOS DE CASO

DISTINTOS PROCEDERES DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO				
TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4	TIPO 5
Observación participante en la sala de espera, entrada y recepción. Entrevistas con profesionales del centro	Observación participante en las distintas dependencias del centro (sala de espera, entrada, recepción, cocina y living, centro de documentación). Entrevistas con los profesionales de la salud Entrevistas con l@s usuari@s	Observación participante en la sala de espera, entrada y recepción Entrevistas con profesionales de la salud Observación de las consultas Entrevistas con usuari@s	Observación participante en la sala de espera, entrada y recepción Entrevistas con los profesionales de la salud Observación de las consultas	Observación participante en la sala de espera, entrada y recepción Entrevista con un profesional del centro
ECB2, ECB4, ECP5	ECB1, ECB3 ECP3	ECP4	ECP2	ECP1

ANEXO 3. EL CUESTIONARIO DIRIGIDO A PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE SALUD

Datos básicos

Lugar de nacimiento:..... Edad:..... Sexo: M / H
Lugar de estudio de la profesión actual:.....

Trayectoria profesional clínica

Años de experiencia clínica:

Ha cambiado usted lugar de trabajo? No / Sí

En caso de respuesta afirmativa:

Puesto de Trabajo	Ciudad	Duración

¿Cuál es el idioma que utiliza normalmente en la consulta?:

¿Utiliza otros idiomas esporádicamente? No / Sí

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuáles?

Experiencia migratoria

¿Ha usted cambiado de provincia, comunidad autónoma o de país alguna vez?

No / Sí

Ciudad de destino	Duración de la residencia

Formación Continua

¿Ha asistido a algún curso/seminario sobre psiquiatría transcultural? No /Sí

Entidad organizadora y ciudad de realización	Duración	Tipo de curso/seminario: Master, doctorado, seminario no universitario, charla- coloquio

¿Ha asistido a algún curso/seminario inmigración? No / Sí

Entidad organizadora y ciudad de realización	Duración	Tipo de curso/seminario: Master, doctorado, seminario no universitario, charla-coloquio

¿Ha asistido a algún curso/seminario sobre inmigración? No / Sí

Entidad organizadora y ciudad de realización	Duración	Tipo de curso/seminario: Master, doctorado, seminario no universitario, charla-coloquio

¿Ha asistido a algún curso/seminario relacionado con la interculturalidad, con alguna cultura específica de sus pacientes extranjeros? No / Sí

Entidad organizadora y ciudad de realización	Duración	Tipo de curso/seminario: Máster, doctorado, seminario no universitario, charla-coloquio

ANEXO 4. LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD FOCALIZADA DIRIGIDA A L@S PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Ficha

Realización de las entrevistas en los centros de salud. Fueron diseñadas par no alargarse más de 45 minutos a fin de optimizar al máximo el tiempo disponible por l@s profesionales de la salud. Antes de su realización se establece el *contrato de la entrevista* (esto es, se procede a la explicación de los objetivos de la entrevista, negociación de la duración y lugar, compromiso de entrega de la transcripción).

El número de entrevistas a realizar dependerá de las condiciones de cada uno de los centros donde se proceda realizar el caso de estudio. La idea es que se entrevisten el máximo de profesionales, incluyendo: a) psiquiatras, b) psicólog@s, c) trabajadora social, d) enfermer@s, e) mediador/a intercultural, f) intérprete y g) personal en prácticas.

TEMAS	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS
I. Valoración general sobre la atención a la salud mental en el sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obtener la valoración singular del profesional sobre los recursos para la salud mental ➤ Indagar si una de las razones de ser de la apertura del centro radica en la detección de necesidades sin cubrir. 	Según su opinión, ¿cuál es la importancia de la salud mental en el sistema sanitario? ¿Cuál es su valoración general sobre los servicios ofrecidos al respecto en España / Francia?

TEMAS	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS
II. Lógicas de exclusión en el sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discernir las lógicas de exclusión en el sistema sanitario, las que afectan a l@s usuari@s del centro ➤ Indagar si una de las razones de ser de la apertura del centro radica en la detección de lógicas de exclusión. 	¿Percibe algunas dinámicas de exclusión en el actual sistema sanitario respecto a las poblaciones de inmigrantes?
III. Definición de la práctica terapéutica singular	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar elementos comunes y específicos en la práctica terapéutica 	¿Tiene usted en cuenta el origen cultural de sus usuari@s en su práctica clínica? ¿Por qué? ¿De qué modo? ¿Cuál es su orientación psicoterapéutica?
IV. El imaginario de la alteridad enajenada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discernir el imaginario del profesional sobre la alteridad enajenada ➤ Extraer las tipologías de la alteridad enajenada 	<p>¿Podría describir brevemente los perfiles de usuarios/as atiende en su consulta?</p> <p>Especial énfasis a:</p> <p>I. Acceso a los cuidados profesionales de salud mental y a prestaciones farmacéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existencia de un dispositivo de cuidados de salud mental de l@s inmigrantes y exiliad@s sin Seguridad Social, ni cobertura médica (caso de las personas indocumentadas) <p>II. Variables de distinción mencionadas: sexo, edad, origen nacional-geográfico, clase social</p>

TEMAS	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS
IV. El imaginario de la alteridad enajenada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Captar la representación social de las distinciones/similitudes de trastornos en la salud mental según grupos étnicamente diferenciados ➤ Captar la representación social de las diferencias / similitudes de comportamientos en relación con el uso de servicios sanitarios según grupo étnicamente diferenciados 	<p>¿Piensa usted que se da alguna variación en cuanto a las necesidades de tratamiento psiquiátrico de los inmigrantes y minorías étnica comparado con la población autóctona?</p> <p>¿Estas poblaciones suponen una problemática específica?</p> <p>¿Existen culturas más problemáticas que otras en la atención psiquiátrica?</p> <p>¿Aparece la influencia de los factores socio-económicos, sexo, religión y experiencia del racismo en la prevalencia de los trastornos psíquicos, mencionada por la persona entrevistada formular la pregunta?</p>

TEMAS	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS
V. La <i>singularización</i> de la práctica terapéutica con la alteridad enajenada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indagar sobre los elementos formales y de contenido que son descritos como necesarios para proceder a trabajar con población inmigrante y exiliada. 	<p>¿Cómo de preparad@ se siente usted para atender a las poblaciones inmigrantes y exilad@s?</p> <p>Cuénteme, según su experiencia profesional, qué habilidades y conocimientos considera necesario para atender a la población inmigrante y exiliada.</p>
VI. Servicios generales versus servicios específicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obtener la valoración del profesional respecto a los servicios ofrecidos y recoger sus sugerencias para mejorarlos. ➤ Discernir el posicionamiento del profesional respecto a la polaridad servicios generales versus servicios específicos. 	<p>Según su experiencia profesional, ¿qué cree usted que es más apropiado el establecimiento de unos servicios específicos para los colectivos de inmigrantes o servicios generales? ¿Contemplaría la posibilidad de unos servicios generales con algún dispositivo de apoyo institucional específico? Explíquenos.</p>
VII. Visión de futuro sobre la atención a la salud en un contexto de diversidad socio-cultural	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Captar la visión de futuro del profesional sobre la cuestión de la atención a la salud en un contexto de diversidad socio-cultural. 	<p>¿Cuál es su previsión de futuro respecto a los servicios de salud mental en una sociedad diversa socio-culturalmente?</p> <p>¿Qué haría para mejorar la situación?</p>

ANEXO 5. LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DE TIPO SOCIO-BIOGRÁFICA DIRIGIDA A L@S USUARI@S

Ficha

Realización de las entrevistas en una de las salas del centro de salud.

La selección de l@s entrevistad@s se hace contando con la ayuda de un@ de l@s profesionales del centro en función del estado del usuari@ y su disponibilidad. Se propone 4 entrevistas por centro.

Compromiso de garantía de anonimato y confidencialidad de las respuestas.

TEMAS	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS
I. La historia singular de la inmigración	➤ Proceder a una escucha activa del relato vital de la migración (origen, causa de emigración, proyecto migratorio)	¿Hace mucho que reside aquí? ¿De dónde proviene originariamente? ¿Qué le hizo decidirse por emigrar de su país? ¿Por qué se instaló aquí?
II. La proyección en el futuro: los sueños y las expectativas vitales	➤ Recoger el proyecto migratorio de la persona, sus esperanzas y sueños	¿Qué proyectos de futuro tiene usted?

TEMAS	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS
III. La cotidianidad en la sociedad de instalación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recoger información básica sobre las condiciones materiales de vida a fin de co-construir: a) la posición social y su trayectoria socio-biográfica (nivel de estudios, profesión, ocupación, hábitat, estado civil; dinámicas de ascensión social o desclasamiento social); b) la auto-percepción sobre la propia integración socio-cultural; c) los relatos sobre la experiencia de la xenofobia o el racismo. 	<p>¿Trabaja aquí? ¿Cómo ha ido la búsqueda de empleo? ¿Le gusta lo que hace? ¿Hacia lo mismo en (su país de origen)?</p> <p>¿En qué se formó? ¿Sus estudios le sirvieron para encontrar trabajo aquí? ¿Ha logrado convalidar sus estudios?</p> <p>¿Vive cerca de aquí? ¿Cómo es su casa? ¿Se encuentra a gusto en ella?</p> <p>¿Se ha casado? ¿Tiene pareja?</p> <p>¿Cómo lleva la vida ahora (fuera de su país de origen)? ¿Le ha costado adaptarse?</p> <p>¿Cómo se siente siendo extranjera aquí? ¿Cómo vive esta diferencia?</p> <p>¿Experimentó alguna vez algún rechazo por el hecho de no haber nacido aquí?</p>
IV. Las relaciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer las relaciones familiares. ➤ Discernir las redes de apoyo familiar en la sociedad de instalación. 	<p>¿Vive aquí con su familia?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si no sale explícito, preguntar por su cónyuge e hij@ ➤ Si no sale explícito, preguntar por los miembros de la familia extensa (madres/padres, herman@, prim@)
V. Narración de la aflicción	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proceder a una escucha activa de la narración de la aflicción: la definición lega del problema y la etiología profana ➤ Discernir las pautas de consumo de los recursos sanitarios, tanto en la sociedad de origen como en la sociedad de instalación. 	<p>¿Cómo se encuentra? Según usted ¿A qué cree que su problema se debe?</p> <p>¿Es la primera vez que no se encuentra bien emocionalmente?</p> <p>¿Es la primera vez que visita un psicólogo / psiquiatra?</p>

TEMAS	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE LAS PREGUNTAS
V. Pautas singulares de cuidados a la salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proceder a una escucha activa respecto a la puesta en relación entre la narración del trastorno mental y la decisión de recurrir a una asistencia profesional. ➤ Indagar sobre las estrategias empleadas para obtener los mejores cuidados posibles : uso de los servicios psicoterapéuticos generales o de psicoterapias alternativas ➤ Extraer una comparación con el país de origen 	<p>¿A quién suele recurrir cuando se encuentra mal emocionalmente?</p> <p>En su país, cuando una persona se encuentra como usted a quién suele recurrir? ¿A un psiquiatra? ¿A un curandero? ¿A un psicoanalista? ¿A un amig@? ¿A un sacerdote? ¿A un psicólogo?</p> <p>¿Encuentra diferencias con respecto a su país?</p> <p>¿Qué es lo que le hizo acudir a este centro? (consejo de amistad/familiar; derivación desde el médico de familia o desde otro centro)</p>
VI. Valoración singular sobre los servicios utilizados en el centro	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obtener la valoración de la atención recibida en el centro ➤ Recoger los elementos positivos (buenas prácticas), definidas por el usuari@. 	<p>¿Le agrada la forma en que le cuidan aquí? ¿Podría resaltar algunos aspectos positivos y otros negativos?</p> <p>¿Qué haría para mejorar la atención profesional?</p>
VI. Servicios generales versus servicios específicos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discernir el posicionamiento del usuari@ respecto a la polaridad servicios generales versus servicios específicos. ➤ Obtener la valoración del usuari@ respecto a la especificidad de la clínica. 	<p>¿Usted cree que necesita una atención específica por el hecho de ser inmigrante/exiliad@? ¿Por qué lo cree así?</p> <p>¿Y por el hecho de <i>tener una cultura</i> diferente?</p>

ANEXO 6. GUÍA PARA LA OBSERVACIÓN EN LOS 9 CASOS ESTUDIADOS

La información generada en la observación se resume en las tres dimensiones siguientes:

I. Organización espacial-institucional del centro:

- Accesibilidad al centro
- Recursos disponibles en el centro (materiales y humanos) y su distribución espacial
- Utilización de los recursos materiales
- División de funciones y reparto del trabajo en el centro

II. Procesos:

- Establecimiento de la relación entre investigadora & profesionales y entre investigadora y usuari@s del centro (especialmente, provocación de conversaciones informales)
- Pautas de acogida de l@s usuari@s por l@s profesionales del centro
- Relaciones e interacción entre usuari@s y profesionales, así como entre investigadora & profesionales y entre investigadora y usuari@s del centro

III. Incidentes críticos:

- Respecto al propio proceso de investigación (aperturas de nuevas oportunidades de investigación o, por el contrario, cierre)
- En el transcurso de la actividad cotidiana del centro

ANEXO 7. EL ANÁLISIS DE DATOS TEXTUALES MEDIANTE ANÁLISIS DE CONTENIDO CATEGORIAL TEMÁTICO

El Análisis de Contenido (ACT) es en una técnica de lectura e interpretación del contenido de toda clase de documentos. Se basa, pues, en la lectura como instrumento de recogida de información, lectura que debe realizarse de modo científico, es decir de manera sistemática, objetiva, replicable y válida. El AC se define como 'cualquier técnica de investigación que sirva para hacer inferencias mediante la identificación sistemática y objetiva de características específicas dentro de un texto' (Holsti, 1969). Huelga recordar que, pese a su obiedad, para que la lectura sea científica ha de ser total y completa. En dicha lectura se ha de tener presente que el texto comprende cinco bloques de información: el contenido del texto, el emisor del texto (autor/es), el destinatario del texto (objeto), los códigos utilizados (codificación), los canales del texto (transmisores, soportes).

Procedimientos del ACT

FASE previa. Preparación del texto

FASE I. La elaboración de los datos generados

La selección de la unidad de muestreo: transcripciones de entrevistas, cuaderno de notas observacionales y diario de campo

La identificación de las unidades de registro: frase o conjunto de frases.

FASE II. Identificación de las categorías de análisis

Preparación de un sistema de codificación:

Codificación: La reducción de las muchas palabras del texto mediante su clasificación en un número mucho menor de categorías (cajones conceptuales).

Código: Idea de un diccionario de equivalencias para identificar la información de cada categoría en el texto.

Distinguimos dos tipos diferentes de categorías:

Categorías a-priori: provienen del modelo de análisis y siguen una lógica deductiva.

Categorías a posteriori: son las categorías que aparecen en el texto que no anticipamos en nuestro modelo de análisis. Siguen una lógica inductiva.

FASE III. Trabajar las categorías de análisis:

Buscar diferencias, similitudes, oposiciones, asociaciones.

Organizamos categorías por temas, las interrelacionamos.

Podemos dibujar mapas conceptuales que conecten estas categorías

Los tres niveles del ACT en orden de primacía para esta investigación

I. Nivel contextual o pragmático: acerca de las razones que llevan a decir lo que se dice

- ❖ Contexto concreto: la situación de comunicación, los estímulos positivos y negativos
- ❖ Contexto social: las representaciones, las creencias y los mitos
- ❖ ¿Para qué y a quién fue dicho?
- ❖ ¿Quién dijo qué y desde qué posición?

II. Nivel de análisis sintáctico: sobre cómo se dice lo que se dice

Relación entre estructura y sentido implícito (relaciones constantes y significativas): los temas y las formas de expresión, las articulaciones.

La enunciación: los elementos atípicos y las figuras retóricas

Las connotaciones, los silogismos, los lapsus

III. Nivel de análisis léxico: el estudio sistemático del vocabulario, morfología, sintaxis

Presencia o ausencia de metáforas

Significado manifiesto, dirección, intensidad, implicación

EL ACTO DE HABLA : Eje central del AC

El lenguaje constituye el centro del AC. Por ello, cabe detenernos a reflexionar sobre él, aunque sea de forma concisa. **El acto de habla** es el resultado de un intercambio comunicativo 'posible' (los universos de lo posible de Bourdieu). El acto de habla es el resultado de dos operaciones mentales: 1) La selección de palabras escogidas de la memoria y 2) Una combinación de estas palabras para formar frases. En la acción de hablar se combinan dos operaciones distintas: 1) una operación normativa (lengua codificada, normalizada) y 2) una operación singular y original (cada individuo dispone de referencias propias como resultado de la socialización en un espacio, tiempo y entorno). El acto de habla es de carácter repetitivo, combinable y entraña cierta singularidad y originalidad. Al hablar no sólo está lo que se dice sino también lo que se silencia. Al hablar expresamos más cosas de las que el autor se pretende (idea del inconsciente oculto).

Relacionar	Interpretar	Sintetizar
<p>A. Relacionar cada una de las unidades de registro, tomando el discurso en su totalidad.</p> <p>Construir los esquemas implícitos (el habitus, los esquemas de interpretación subjetiva) que resultan de las condiciones objetivas de existencia.</p>		
<p>B. Identificar el hilo conductor de los distintos hechos narrados y sus significados (las estructuras subyacentes que hacen posible comprender las prácticas y las legitimaciones).</p>		
<p>C. Construir los grandes temas o categorías teóricas</p> <p>¿Por qué la gente hace lo que hace, piensa como piensa? ¿Cómo es el mundo desde sus ojos?</p> <p>Relacionar con los contextos de producción de los discursos (edad, género, clase social, nivel educativo, religión, etc.)</p>		

El proceso de inferencia en el ACT

La diferencia entre una lectura espontánea y una analítica es que ésta no sólo trata de descubrir los contenidos pretendidos por el/la autor/a sino aquellos datos y significados que pueden inferirse del autor/a, del lector/a, de las conclusiones de producción del texto, de la sociedad en la que aquellos viven. Del contenido del texto se puede inferir información relativa a las características, personales o sociales del autor del mensaje. Krippendorff ([1980] 1990) distingue cuatro tipos de inferencias:

1) Inferencias sobre sistemas: sistema de parentesco, el sistema sanitario, la estratificación social, un sistema político, el mundo de la prensa, etc. Esta investigación se ha centrado en extraer conocimientos sobre los distintos centros de atención a la salud mental de inmigrantes y exiliad@s de origen extracomunitario indagando sobre: sus componentes (organización de la división del trabajo y estructura de las funciones), las relaciones internas de los actores sociales, las transformaciones en el transcurso del tiempo (de organización institucional y relaciones internas).

2) Inferencias sobre estándares: calidad/defecto; proximidad/lejanía de un autor o un soporte respecto a un criterio determinado. Aquí inferencia es sinónimo a evaluación de un texto en términos de calidad, nivel, neutralidad.

3) Inferencias sobre Índices/Síntomas: conecta con el tipo de inferencia anterior, inferencias sobre estándares. La fijación de estándares puede ir acompañada de la búsqueda de indicadores y síntomas para medir realidades tales como la satisfacción/insatisfacción de la atención sanitaria en centros de salud; la importancia que se da a un suceso o tema; las expectativas de l@s usuari@s sobre un servicio/programa.

4) Inferencias sobre procesos institucionales: procesos y procedimientos utilizados en cualquier tipo de institución social.

ANEXO 8. PROTOCOLO DE AUTO-ANÁLISIS SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se trata de efectuar un ejercicio sistemático de reflexión crítica sobre la situación de obtención de la información. Con tal objetivo, analizamos: a) cómo la investigadora condiciona la información generada en el transcurso del trabajo de campo (nivel referencial), b) el modo en que se expresa la información (nivel modal) y c) la dinámica de producción de los datos (ritmos y movimientos de los discursos).

I. FASE I de anticipación: Auto-análisis como estrategia de vigilancia de las distorsiones que dificultan un fructífero intercambio investigadora - actor social

En el transcurso de la investigación cualitativa, la investigadora se propone entablar una serie de conversaciones e interacciones con los diversos actores del campo de su objeto de estudio, de manera a simular los intercambios que se dan en la vida cotidiana. Se trata de una simulación en la medida en que dichas conversaciones e interacciones tienen como finalidad obtener un conocimiento de tipo científico (esto es, guiado por la aplicación de un método razonado, sistemático e intelectual de generación de saberes). Aquí, la importancia de un auto-análisis previo radica en la conciencia de la investigadora de que la relación que establezca con los actores sociales conlleva efectos sobre los discursos generados. En consecuencia, es necesario esforzarse por desarrollar una reflexividad refleja, fundamentada en un ojo sociológico, que permita percibir y vigilar sobre la marcha –esto es, durante la recolección de documentos, la observación participante, la conducción de entrevistas- los efectos estructurales en los que el intercambio investigadora – actor social se realiza.

Detectar los efectos de intrusión al iniciar un encuentro:

- Reflexionar sobre el contrato entre investigadora y actor social:
 - a) la manera de presentarse y de presentar la investigación
 - b) La manera en que se instaura el intercambio

- Reflexionar sobre los condicionamientos sociales del actor social (posición social, trayectoria sociobiográfica y estructura de oportunidades) y su puesta en relación con los condicionamientos sociales de la investigadora

- Indagar sobre la representación que el actor social se hace del encuentro con la investigadora y explicitar las razones que le llevan a aceptar entrar en el intercambio.

FASE II. Sobre la generación de la información

A lo largo de esta fase, la investigadora se esfuerza por *suspender su propio yo*, con la finalidad de hacer efectiva la práctica de la empatía y poder colocarse mentalmente en el lugar del otro, el actor social. La generación de datos mediante las técnicas de observación y entrevista se considera aquí como un ejercicio intelectual que busca alcanzar, a través de la suspensión de un@ mism@, una conversión de la mirada con la que percibimos a l@s otr@s en su cotidianidad. Se trata de dotarse de una comprensión genérica y genética para proceder a interpretar las interacciones observadas y los relatos coproducidos. Esta comprensión genérica y genética se fundamenta en el discernimiento de las condiciones sociales de las cuales los actores sociales son producto, esto es, identificar las condiciones de existencia y los procesos sociales y los condicionamientos psíquicos y sociales vinculados a su posición y trayectoria socio-biográfica singular en el escenario social).

1. La instauración de una relación de escucha activa y metódica:

- Disponibilidad máxima en relación con el actor social
- Sumisión a la singularidad de su historia particular
- Adoptar o aproximarse al registro lingüístico del actor social
- Desarrollo de la empatía: entrar en sus puntos de vista, en sus sentimientos y pensamientos

2. El esfuerzo por neutralizar la violencia simbólica en la situación de la entrevista:

El ideal para no producir una *comunicación violenta* es establecer un intercambio abierto y libre de dominación, tal como afirma Habermas. No obstante, la neutralización de la violencia simbólica en la entrevista es una meta que si bien inalcanzable un@ le ha de ponerle rumbo, tal como una línea de horizonte en el curso de la investigación empírica, con la finalidad de dotar de rigor metodológico el proceso de generación de la información. Con tal objetivo, se tratará de:

- a) Transmitir la máxima seguridad a la persona entrevistada asegurando un encuentro susceptible de ser renegociado.
- b) Dejar hablar a la entrevistada, dando la palabra al sujeto y escuchándolo al tiempo que se le hace sentir que su relato es de gran relevancia para la investigación.
- c) De acuerdo con Pierre Bourdieu (1993), debe controlarse la estructura de la relación, sobre todo la estructura del mercado lingüístico y simbólico. Esto atañe, por tanto, la selección de las personas a entrevistar. Al respecto se buscó alcanzar un equilibrio generador de información entre posiciones de proximidad y lejanía, en la interrelación entre entrevistada y entrevistadora.

3. La objetivación participante: interrogar sobre los datos objetivos de la trayectoria biográfica singular.

Pierre Bourdieu (1993) hace referencia al temor de la objetivación que se instaura cuando la investigadora adopta una actitud de superioridad en la práctica de la entrevista. Este temor no es sino fruto de la violencia que el sujeto experimenta en el momento en que se le despoja de su propia especificidad y originalidad, especialmente al inferir interpretaciones racionalizaciones y abstracciones generales sobre su propia trayectoria socio-biografía e identidad.

En particular, la entrevista socio-biográfica realizada a l@s usuari@s puede definirse como un auto-análisis provocado y acompañado, que trata de objetivar un problema formulado de forma subjetivo, a través de la construcción de un discurso de naturaleza sociológica (Blanchet).

En cualquier forma de entrevista realizada en el curso de la investigación empírica, cabra ejercer una vigilancia en la formulación de las preguntas, fundamentada en reflexionar sobre los efectos que generan las distintas estrategias de interlocución a las que podemos recurrir. En concreto, desde la posición de la entrevistadora, el acto de habla puede presentarse bajo la forma de:

- a) una declaración: expresar un punto de vista sobre un tema
- b) una interrogación: incitar a la interlocutora a contestar una pregunta
- c) una reiteración: repetir un punto de vista enunciado por la interlocutora.

FASE III de auto-análisis de la observación/entrevista como estrategia reactiva de vigilancia de la producción del discurso (Basado en R. Zoll, 1991-1992):

Se trata de examinar, en un primer momento, la relación de la investigadora con sus interlocutores. Como en todo intercambio comunicativo, la entrevista o conversaciones informales se dan en un contexto de dominación (poder asimétrico) en tanto que la persona entrevistada contesta a las preguntas formuladas por la investigadora. Es la investigadora que inicia el juego comunicativo e instituye sus reglas. Esta disimetría puede ser redoblada, o revertida, por la disimetría social. En un segundo momento debe localizarse la entrevista en un contexto general, de manera teórica, esto es, reflexionar sobre la situación social de la persona entrevistada a fin de proceder a la objetivación de la experiencia vivencial singular (sin perder de vista el contexto individual de la persona entrevista, su singularidad).

Este ejercicio de auto-análisis parte, por tanto, del presupuesto de que no existe palabra al azar en la entrevista. Cada frase o palabra que compone el discurso está totalmente determinada y puede tener diferentes significados.

Con la finalidad de dotar este ejercicio de reflexividad sobre la realización del terreno de campo, con cierta sistematicidad, hemos seguido la propuesta realizada por R. Zoll (1991-1992), una auto-supervisión basada en las tres dimensiones siguientes:

LA AUTO-SUPERVISIÓN (R. Zoll, 1991-1992):

1) Condicionantes del yo ('Acto del yo):

- ¿Cómo he vivido el proceso de la entrevista?
- ¿Qué he observado/percibido paso a paso?
- ¿Qué he sentido?

Consiste en una reflexión sobre los sentimientos, emociones e interrogarnos sobre cómo estos sentimientos y emociones han influenciado la dinámica de la entrevista.

2) Condicionantes de la persona entrevistada/observada ('Acto del grupo observado'):

- ¿Quién es la persona entrevistada/observada? ¿Desde qué posición ha dicho-hecho lo que ha dicho-hecho?
- ¿Qué ha hecho-dicho la persona entrevistada/observada?
- ¿Qué hubiese hecho yo en su lugar? (empatía)
- ¿Ha tenido confianza en mí o he tenido yo confianza en ella?
- ¿Por qué ha dicho-hecho eso y no lo contrario?
- ¿Sería posible decir-hacer lo contrario?

Se trata de sumergirnos en la lógica de la persona entrevistada/observada y comprender el que puede ser dicho-hecho y el que no puede ser dicho-hecho, las censuras que impiden decir-hacer ciertas cosas y las incitaciones que animan a acentuar otras.

3) Condicionantes de la estructura ('Acto de la estructura'):

- ¿Cómo fue la situación, la atmósfera de la entrevista/la observación?
- ¿Qué cambios se produjeron (dinámica)? ¿Por qué?
- ¿Qué ha permanecido estable? ¿Por qué?

Aquí es necesario aislar los elementos constitutivos del escenario de la entrevista/observación y analizar las relaciones de los elementos con el conjunto. Dar la *palabra escuchada* a quienes habitualmente no la tienen, no es lo mismo que hacer hablar la persona docta. La forma del discurso es distinta tanto por lo que afecta al registro, como por el ritmo de la narración (pausas, repeticiones, frases interrumpidas y prolongadas por gestos, miradas, suspiros, exclamaciones, ambigüedades, referencia a situaciones concretas, etc.