



# MEDICAMENTOS, CULTURA Y SOCIEDAD

Editado por  
Johanna Fröhlich Zapata,  
Cecilia García y Oriol Romani

## COL·LECCIÓ ANTROPOLOGIA MÈDICA

### DIRECCIÓ

Angel Martínez (URV), Fernando Vidal (ICREA/URV)

### CONSELL D'EDICIÓ

Elisa Alegre-Agís (URV), Deborah Bekele (URV), Lina Masana (URV/UB).

### COMITÈ ASSESSOR

Xavier Allué (URV), Arachu Castro (Tulane University), Josep M. Comelles (URV), Martín Correa-Urquiza (URV), Coral Cuadrada (URV), Thomas Csordas (University of California San Diego), Alice Desclaux (Aix-en-Provence), Mari Luz Esteban Galarza (Universitat del País Basc), Jordi Farré (URV), Gerardo Fernández Juárez (Univeridad de Castilla la Mancha), Alejandro Goldberg (Universidad de Buenos Aires), Mabel Gracia (URV), Joan Guix Oliver (URV), Jesús Armando Haro Encinas (El Colegio de Sonora, Mèxic), Claudi Haxaire (Université Bretagne Occidentale), Janis Jenkins (University of California San Diego), Carl Kendall (Tulane University), Ester Jean Langdon (Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil), Maria Antònia Martorell (URV), Cecilia Minayo (Fundació Oswaldo Cruz, Brasil), Luis Montiel Llorente (Universidad Complutense de Madrid), Joan Muela (URV), Rosa Osorio Carranza (CIESAS, Mèxic), Inma Pastor (URV), Enrique Perdiguero (Universitat Miguel Hernández), Giovanni Pizza (Perugia), Oriol Romani (URV), Núria Romo Avilés (Universidad de Granada), Francine Saillant (Université Laval, Canadà), Pino Schirripa (Sapienza, Roma), Ekkehard Schroeder (AGEM+Redaktion Curare), Txema Uribe Oyarbide (Universidad Pública de Navarra), Fernando Villaamil Pérez (Universidad Complutense de Madrid), Joana Zaragoza (URV).

### MEMBRES D'HONOR

Arthur Kleinman (Harvard), Lluís Mallart Guimerà (París X), Eduardo Menéndez (CIESAS, Mèxic), Sjaak van der Geest (Amsterdam)

### MEMBRES D'HONOR "IN MEMORIAM"

Josep Canals, Susan DiGiacomo, Tullio Seppilli

**MA  
RC**

MEDICAL  
ANTHROPOLOGY  
RESEARCH  
CENTER

# MEDICAMENTOS, CULTURA Y SOCIEDAD

Coordinado por  
Johanna Fröhlich Zapata  
Cecilia García  
Oriol Romaní



Tarragona, 2020

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona  
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat  
www.publicacions.urv.cat



Colección Antropología Mèdica, 34  
1.ª edición: noviembre de 2020  
ISBN (papel): 978-84-8424-825-5  
ISBN (PDF): 978-84-8424-869-9

DOI: 10.17345/9788484248255  
Depósito legal: T 914-2020

Imagen de cubierta: Cykorja, “Pills”, <<https://ja.cat/w3gUl>>

Colaboración técnica: Marta Torres, M<sup>a</sup> José Alarcón, Jessica Castillo

Con el apoyo de



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropología Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

## SUMARIO

### INTRODUCCIÓN

Medicamentos, cultura y sociedad, una vieja historia. . . . . 9

*Johanna Fröhlich Zapata, Cecilia García, Oriol Romani*

### PRELUDIO

¿Qué tienen los medicamentos que nos encandilan? Una visión desde  
la clínica y la salud pública. . . . . 25

*Juan Gérvas*

### PRIMERA PARTE. LA HISTORIA DE LA MEDICINA, LA CULTURA DEL MEDICAMENTO Y EL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

Del mito a la ciencia: el empoderamiento del saber femenino . . . . . 39

*Joana Zaragoza Gras*

An Interdisciplinary Approach To Studies Of Medicines. . . . . 51

*Eliana Elisabeth Diehl, Esther Jean Langdon*

El problema de los antibióticos: ¿un nuevo problema social? . . . . . 77

*Cristina Moreno Lozano*

### SEGUNDA PARTE. DETERMINANTES SOCIOCULTURALES DEL MEDICAMENTO GLOBALIZADO: REPENSAR EL ACCESO A LOS FÁRMACOS Y A LA SALUD

The network of doctor's offices in pharmacies. Towards the privatization  
of the first level of care in Mexico . . . . . 97

*Rosa María Osorio Carranza*

Vulnerabilidad social y estigma en el acceso a la salud sobre el desigual  
acceso a los recursos médicos en población arope de un centro  
educativo de difícil desempeño . . . . . 115

*Juan Carlos Romero-Villadóniga*

Entre o risco e a (in)certeza: o papel da confiança nas práticas e relações  
sociais com os medicamentos na cidade de Maputo, Moçambique. 129

*Carla F. Rodrigues*

Intellectual Property and Access To Medicines: a Shield or a Sword . . 151

*Ana P. López Lozano*

TERCERA PARTE. EL PODER DE LOS PSICOFÁRMACOS: LA MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Neurocultures in the global cities: drugs, stories and the cerebral subject 169

*Adam Aronovich*

Community-oriented mental health: Reflections on the implementation and effectiveness of a psychoeducational group programme in generalized anxiety disorder (GAD). . . . . 189

*Lina Casadó Marín, Mercè Gasull Gomis*

Feminización del consumo de benzodiacepinas . . . . . 201

*Lourdes Franco López, María José Sáenz Rodríguez*

CUARTA PARTE. EL MEDICAMENTO EN CLAVES DE GÉNERO: ACCESO Y CONSUMO CONDICIONADO

Sociedad, equidad de género y derecho a la salud. . . . . 221

*Consuelo Díez Chao, Manuel A. Díaz Rodríguez*

Género y Salud: el impacto de género en el acceso a medicamentos . . 239

*Johanna Fröhlich Zapata*

«Sobre cómo sedar los ánimos»: género y procesos de medicalización en un mundo globalizado . . . . . 265

*Nuria Romo-Avilés*

QUINTA PARTE. VACUNAS: RELACIONES DE PODER Y PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN

Los conflictos y las resistencias como parte de la historia de las vacunas: las experiencias del Reino Unido, Brasil y Chile sobre la ley de vacunación obligatoria . . . . . 279

*Verónica Rocamora Villena*

De vacunas e influencias: polarización y desencuentros técnicos e ideológicos . . . . . 297

*Eduardo L. Menéndez*

LOS AUTORES Y LAS AUTORAS. . . . . 333

# INTRODUCCIÓN





MEDICAMENTOS, CULTURA Y SOCIEDAD,  
UNA VIEJA HISTORIA

Johanna Fröhlich Zapata

*Universitat Rovira i Virgili-Medical Anthropology Research Centre*

Cecilia García

*Farmamundi*

Oriol Romani

*Universitat Rovira i Virgili-Medical Anthropology Research Centre*

Este texto introductorio tiene dos partes, la segunda, en la que se hace una sucinta presentación de los materiales que componen el libro. Y esta primera, donde planteamos el marco general en el que pensamos que hay que situar el análisis de las relaciones entre medicamentos, cultura y sociedad. Como estas relaciones se encuentran en todas las sociedades humanas desde que estas existen como tales, hemos completado el título de nuestra presentación señalando que, en efecto, se trata de una vieja historia.

Aunque cuando decimos que se trata de una historia tan vieja como la humanidad lo que tenemos que realizar a continuación son algunas precisiones conceptuales, pues el concepto de medicamento se asocia a la edad moderna, y con razón. Pero precisamente lo que nos interesa subrayar aquí es que los medicamentos forman parte de un campo más amplio, el de los «fármacos» o «drogas», o, quizá mejor, lo que los griegos conocían como *pharmakón*, sustancias que podían ser al mismo tiempo remedio y veneno y, según afirmó Paracelso en su momento, el *quid* para que tengan uno u otro efecto depende de la dosis.<sup>1</sup> Es decir, estamos hablando de aquellas sustancias que siempre han acompañado a la humanidad y que

1 Dejamos de lado, porque no nos interesa tanto aquí, el tercer sentido que se le podía atribuir al término, el de «chivo expiatorio» que, si nos centráramos en el tema de las drogas sería muy pertinente, pero que es más secundario si hablamos de medicamentos.

esta ha utilizado, desde un punto de vista empírico, pero también simbólico, en sus procesos de autoatención, medicación y automedicación.<sup>2</sup>

Si nos interesara definir de qué estamos hablando, para referirnos a estas sustancias, podríamos parafrasear una definición de drogas propuesta hace ya unos años como aquellas sustancias químicas que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de este (percepción, conducta, ánimo, psicomotricidad, etc.); pero cuyas funciones, efectos y consecuencias se encuentran condicionados por las definiciones sociales, económicas y culturales que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas (ROMANÍ, 1999: 53). Dependiendo, pues, de estas definiciones, algunas de estas sustancias se considerarán en unas sociedades un vehículo para conectar con los antepasados, en otras serán un sacramento, en otras, un remedio a disposición de cualquiera que sepa utilizarlo, y, en fin, en las sociedades contemporáneas, se podría tratar tanto de un producto de uso lúdico (como alcohol o tabaco) como de una droga criminalizada, una planta medicinal o un medicamento de patente. Quizá el hecho de que estos dos últimos tipos de sustancias se empleen de manera intencionada para revertir o paliar procesos patológicos marcaría una cierta diferenciación (aunque no siempre clara) respecto a los anteriores.

Aun admitiendo que las fronteras entre uno y otro tipo pueden ser difusas, podemos adelantar ya que los medicamentos propiamente dichos se caracterizan por su ubicación central en nuestras sociedades contemporáneas, tanto desde el punto de vista económico, pues las industrias farmacéuticas constituyen dispositivos estratégicos en nuestras globalizadas sociedades contemporáneas, como desde el institucional, ya que los medicamentos, además de elementos técnicos de gestión de la salud, juegan

2 Con ello no nos referimos tanto a la gestión autónoma de medicamentos, fenómeno propio de las sociedades contemporáneas, como a un fenómeno histórico mucho más amplio, existente desde los albores de la humanidad, y que consistiría en el uso de sustancias, junto a otras prácticas rituales y empíricas, destinadas a conseguir bienestar psíquico, físico y social. En todas las sociedades, incluidas las nuestras, han existido los procesos de autoatención, cuando estos han sido gestionados por los propios individuos y el grupo primario afectados; mientras que sólo en algunas se han ido institucionalizando también formas, parciales o más completas, de heteroatención (desde los chamanes y los santuarios, hasta los sistemas de salud de cualquier estado contemporáneo), formas que mantienen entre ellas unas relaciones complejas. Ver al respecto MENÉNDEZ (1990), HARO (2000), entre muchos otros.

también un papel importante en los procesos de control social, como se verá más adelante.

La diversificación característica de las sociedades contemporáneas de la que estábamos hablando se iniciará a finales del siglo XIX cuando, por un lado, se empiezan a producir los procesos de criminalización de algunas sustancias (se intenta con el alcohol, pero no prospera; pero sí, en cambio, con el opio y derivados, la marihuana, la cocaína y otras) a las que, pese a las grandes diferencias entre ellas, se etiquetará en su conjunto como «droga». Mientras que, por otro lado, otras sustancias permanecerán como productos de consumo sin más (serían los casos del alcohol y el tabaco). Y todavía otras, de manera paulatina —y sobre todo, gracias a los grandes avances de la industria química, que posibilita la creación de nuevas sustancias sintéticas—, configurarán un amplio y potente sector de productos legales, fabricados por la industria farmacéutica y gestionados por las instituciones médicas, a las que llamaremos medicamentos (ver ROMANÍ y COMELLES, 1991).

Las relaciones entre lo que, en un momento dado y en una sociedad determinada, viene definido como droga, medicamento o remedio son siempre complejas, porque una cosa son las categorizaciones institucionales de dichas sustancias y otra distinta son las percepciones y usos locales, microsociales, que de ellas se pueden hacer. Evidentemente, no es lo mismo el consumo de un tranquilizante siguiendo las pautas marcadas por el médico que lo ha recetado o que se ha comprado en una farmacia que el que se pueda hacer del mismo producto comprado al curandero tradicional o al *dealer* de la esquina. En los dos primeros casos, aunque sea de forma distinta, el objeto material fármaco juega el papel de mediador simbólico entre el especialista en salud y el paciente, mientras que en el último caso estaríamos ante una forma de automedicación en la que se consigue el producto en un mercado informal.

Sea como fuere, con ello nos acercamos a un aspecto básico, tanto de la antropología de las drogas como de los medicamentos, y es que lo que nos interesa es focalizar nuestra atención en los contextos, tanto informales como institucionales, y en sus interacciones mutuas, en los que circulan dichas sustancias y en los que los sujetos las usan y consumen; es decir, centrarnos en sus dinámicas de uso, en las interacciones que se establecen a través de dichos usos, en las visiones del mundo que se transmiten o que chocan cuando se realizan, en los impactos económicos que pueden tener, en su rol en las relaciones de poder, en cómo se pueden llegar a encarnar

en nuestros cuerpos ciertos valores o costumbres relacionados, por ejemplo, con la religión, la salud, el derecho al placer o el consumismo..., y en las variaciones locales de todos esos elementos y muchos otros aspectos no citados aquí.

Acotando ya el terreno en el tipo de sustancias más centradas en resolver los problemas relacionados con procesos patológicos, es decir, los remedios y los medicamentos, debemos todavía clarificar a qué nos referimos. Para algunos autores, no resulta útil establecer una diferencia sustancial entre ellos, dado que en ambos casos estamos ante productos que sirven para lo mismo, tal como plantea SCHIRIPA (2015: 21):

Si può definire, in prima approssimazione, come farmaco una data sostanza, o meglio un insieme di sostanze, che vengono percepite —in una data comunità e in un momento storico preciso— come efficaci per contrastare, e spesso per risolvere, ciò che in quello specifico contesto è considerato come «malattia». Il farmaco in tal modo può essere visto come parte di quel complesso insieme di teorie, atti e pratiche che costituiscono il processo terapeutico (CSORDAS y KLEINMAN, 1998 [1990]).

Hay otras autoras, en cambio, que subsumen a los medicamentos bajo la categoría más general de remedio, como sería el caso de dos de las participantes en este mismo volumen:

The terms «medicines», «pharmaceuticals» and «drugs» refer to products that contain chemical substances in their isolated form and are developed industrially according to requisites of safety, efficacy, and quality as defined by pharmaceutical sciences. In turn, «remedy» refers to a broader category of therapeutic resources that includes teas and diverse preparations with vegetables, animals, minerals, or other substances used for healing. Medicines are a more restricted class of the broader category of «remedy» (DIEHL y LANGDON, 2020: 52).

Sea como fuere, el autor y las autoras ahora citadas refieren todos a la interesante y productiva perspectiva biográfica de VAN DER GEEST *et alii* (1996) de analizar los estudios socioantropológicos que se han realizado sobre los medicamentos, situándolos en cada una de las diversas fases de la vida de estos, es decir, desde su nacimiento (aislamiento del principio activo, y toda la experimentación previa a su elaboración definitiva como fármaco), a su comercialización (normativas, rol de las compañías farmacéuticas, los Estados y las agencias internacionales en sus negociaciones, estrategias publicitarias, papel de los visitantes médicos,

etc.) y distribución (las relaciones entre farmacias, médicos y hospitales, así como con los vendedores informales o directamente ilegales en diversos lugares del mundo, presencia cada vez más grande de productos «tradicionales»/«alternativos» en las diversas redes de distribución internacionales, rol central de los prescriptores...). Este último aspecto, que implica el análisis de las relaciones especialista en salud/paciente, ha sido uno de los más trabajados. Finalmente, la vida del fármaco terminaría con su consumo por el paciente, en su integración en los cuerpos de estos, para modificar o revertir su estado patológico, lo cual nos remite a su eficacia; desde el punto de vista socioantropológico, se pone de relieve aquí la intervención de muchos más aspectos que no los puramente farmacológicos, tal como se muestra a partir, por lo menos, del clásico análisis de la eficacia simbólica por parte de LÉVI-STRAUSS (1969), hasta los estudios sobre la psiconeuroendocrinoimmunología (ADER *et alii*, 1991; SEPELLI, 2011; SCHIRIPA, 2015) o sobre el efecto placebo (GUESS *et alii*, 2002).

Esto último nos remite a uno de los aspectos más relevantes que ha aportado el análisis socioantropológico del medicamento, al situarlo en el contexto de un conjunto de procesos, rituales, acciones, interrelaciones, etc., que le dan su significado en cada una de las sociedades o grupos sociales en los que se utiliza. El fármaco, en este sentido, nos remitiría al conjunto de transformaciones que se operan a través de su mediación, transformaciones que van más allá de las sociedades humanas en sentido estricto, pues las ponen en relación con un conjunto de procesos vitales, tal como nos plantea GUTIÉRREZ CHOQUEVILCA (2017: 12):

Le pharmakón désignerait ici l'accès, dans un équilibre instable, à une forme de maîtrise sur les processus vivants, qui a pour caractéristique l'instabilité et la réversibilité. Gestuelle, dosage et respect des protocoles institués par les normes sociales en précipitent le basculement, chaque espèce pouvant devenir à l'autre, remède ou poison.

Este impacto del fármaco más allá de la sociedad humana, y en su doble faz de remedio o veneno, podría servir para cerrar el ciclo vital del fármaco si a las diversas fases que acabamos de mencionar le añadimos como fase final (¿o inicio de otro ciclo vital?) el análisis del posible impacto de los residuos que tanto los fármacos no utilizados como los que se han excretado por parte de los cuerpos después de su consumo

podrían producir en el medio ambiente, y, por lo tanto, en las mismas sociedades humanas.<sup>3</sup>

En definitiva, el fármaco o los medicamentos dan para mucho y nos encandilan, tal como nos recuerda ya en el preludio de esta obra Juan Gervas; resultan ser de gran interés porque, desde su materialidad concreta, además de la gran cantidad de roles que pueden llegar a jugar, algunos francamente útiles, y de la gran variedad de aspectos de la vida humana que nos permiten explorar —muchos de los cuales veremos a lo largo de las páginas de este volumen—, ocupan actualmente este lugar estratégico entre lo local y lo global que mencionamos antes y que señalaban hace ya años VAN DER GEEST y WHYTE (1988 y 1989).

Respecto de este lugar estratégico, hay un aspecto que ya hemos adelantado, pero sobre el que antes de finalizar esta primera parte del artículo queremos apuntar algunas cosas, y es el rol de los fármacos —legales o ilegales— en relación con el control social.

De manera muy sintética, recordemos aquí que los cambios sociales producidos desde los Estados del bienestar surgidos después de la Segunda Guerra Mundial hasta la actualidad, pasando por la crisis de mediados de los años setenta del pasado siglo, con el surgimiento de esto que hemos dado en llamar el neoliberalismo, llevan aparejados cambios en los mecanismos de control social, pasando de aquel de tipo predominantemente coercitivo y disciplinar propio del capitalismo liberal a uno tendencialmente mucho más propositivo, mediante la gestión del deseo a través, sobre todo, del mercado. Este sería el lugar donde, a partir de la supuesta libertad individual de sus distintos actores, las interacciones sociales entre estos permitirían satisfacer las necesidades de todos ellos. De ese modo se ha ido diseñando un nuevo tipo de control social, que incluye la utilización de un conjunto de técnicas sociopolíticas (desde la cultura consumista a las técnicas «psi» y la industria de la autoayuda) dirigidas a producir la

3 Por lo que sabemos, en un conjunto de ciudades, sobre todo, pero no exclusivamente, europeas, hay un programa de investigación sobre la presencia de biomarcadores de drogas ilegales —principalmente cocaína y metanfetaminas— (EMCDDA, 2018), aunque en algún caso también incluyen fármacos legales (THOMAIDIS *et alii*, 2016) en sus aguas residuales. Pero este tipo de trabajos están planteados como metodologías complementarias para sistemas de vigilancia epidemiológica de diversas sustancias, y no se focalizan en analizar el impacto de dichos residuos en el medio ambiente; cosa que sí hacen algunas investigaciones sobre productos farmacéuticos pero que, al final, resultan ser sobre todo para-farmacéuticos, como cremas solares (ver, por ejemplo, EDWARDS & KJELLERUP, 2013).

construcción de subjetividades humanas acordes con la «flexibilidad» de dicho mercado. DELEUZE (1995) habló en su momento de las sociedades del control, refiriéndose al monitoreo constante de la conducta a través de un conjunto de redes de prácticas orientadas a la puesta a punto constante de los individuos para el trabajo o el consumo, a través de su formación continuada, de su «reentrenamiento» permanente...

Pero actualmente se ha dado una vuelta de tuerca más y nos encontramos con que muchos de los problemas personales y sociales pretenden presentarse como si fueran dolencias o problemas emanados de nuestro cerebro, con «relatos que privilegian las explicaciones de la aflicción en términos de disfunciones cerebrales, dificultando una conciencia de las dimensiones sociales del sufrimiento y, a la vez, enmascarando el hecho de esta misma obstaculización. Mientras que el *self* se imbrica indefectiblemente en la vida social, las neuronarrativas imaginan un malestar estructurado en términos de individualidad y cerebralidad» (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2017: 308). Siguiendo a este mismo autor, podríamos definir este discurso que se está situando como hegemónico, por lo menos en el campo de la salud (aunque se está extendiendo a muchos otros campos de la vida social), como el de la «neuropolítica».

Pues bien, a lo largo de todos estos procesos de transformación del control social vemos cómo los medicamentos o fármacos, en su sentido más amplio, juegan cada vez un papel más importante en ellos. El fármaco ya ocupaba su lugar en aquello que FOUCAULT (2013) denominaba como «biopolítica», pues era uno más de los elementos disponibles para la disciplinización de los cuerpos. No hay duda de que cuando muchas conductas que antes se gestionaban en el ámbito familiar o que pertenecían a la jurisdicción de la Iglesia caen en el ámbito de los procesos de medicalización (en las prácticas o, sobre todo, en el discurso) que analizaron, entre otros, CONRAD y SCHNEIDER (1980), el medicamento consolida su posición. Pero es en la actual situación, en el marco de la «neuropolítica», cuando el fármaco ocupa una posición estratégica decisiva: tanto la necesidad de estar siempre performativamente preparados para ser los mejores *mánagers* de nosotros mismos como la progresiva presencia cotidiana de dolencias y malestares que se agudizan a la par que las desigualdades sociales nos muestran la funcionalidad de las sustancias en muy distintas situaciones de la vida cotidiana.

Esta posición del medicamento como herramienta de un nuevo tipo de control social, por un lado, no ha sustituido plenamente a un uso más

tradicional de control social, que es el de «calmante químico» para mantener ciertos órdenes institucionales, en cárceles y psiquiátricos, por ejemplo. Y, por el otro lado, no obsta para que reconozcamos su utilidad en muchos momentos de los procesos de salud, enfermedad y atención, sobre todo en aquellas fases agudas de estos. Pero está claro que estas sustancias que resultan tan prácticas deberían poder gestionarse con mayor conocimiento de causa, y, por lo tanto, con mayor capacidad de decisión por parte de los individuos y grupos sociales que viven aquellos procesos de salud, enfermedad, atención y prevención de maneras muy distintas, tal como veremos a continuación.

\* \* \* \* \*

Hemos organizado las distintas aportaciones del volumen, después de esta introducción, a partir de las estimulantes reflexiones generales muy adecuadas en el preludio de Juan Gervas, las cuales nos ponen en una disposición crítica en el momento de tratar la cuestión.

Después hemos planteado diversos apartados, empezando por aquellos de tipo más general (historia y cultura del medicamento, y determinantes socioculturales del medicamento globalizado). En este sentido, el texto de Joana Zaragoza Gras da a conocer la reproducción de estructuras patriarcales desde la sociedad (la figura del mito) hacia la medicina y cómo se refuerza esta dinámica hasta el día de hoy. El texto marca desde un principio un tema de fondo del libro —el tema de género— presente en la gran mayoría de artículos. Es una rueda, un círculo vicioso, y Joana Zaragoza Gras muestra el inicio de un proceso que también se reflejará a lo largo del libro, una subalternidad de lo femenino que se ve tanto en el acceso limitado al sistema de salud (Consuelo Díez Chao y Manuel A. Díaz Rodríguez) como en el uso y la prescripción de los fármacos por las dinámicas del género (no sexo) de una persona (roles, derechos y deberes; textos de Nuria Romo-Avilés, Lourdes Franco López y María José Sáenz Rodríguez). El texto de Eliana Elisabeth Diehl y Esther Jean Langdon, por su parte, nos señala claramente que la biomedicina es el principal actor de estimulación de la demanda, distribución y uso de medicamentos en este contexto intercultural. Las autoras identifican una serie de mediaciones no solo de cada uno de los grupos estudiados, sino más específicamente de los diversos profesionales que concretan a nivel local las políticas ge-



nerales, describiendo usos entre los que destaca la automedicación en el seno de las relaciones de parientes y vecinos, en definitiva, como parte de transacciones sociales más amplias en su vida cotidiana. Después se cierra el primer capítulo con el texto de Cristina Moreno Lozano y su «escucha bilateral entre la biología y la antropología», en la que ambas disciplinas iluminan la trayectoria (sociocultural) del antibiótico simbolizando el poder biomédico desde la «bala mágica» hasta la multirresistencia. El surgimiento del problema de la resistencia antimicrobiana como «emergencia» es verdaderamente reciente, al igual que el planteamiento de la «lucha» intracorporal —el cambio de enemigo y la batalla microbio resistente-probio—. Es un nuevo campo antrobiológico por investigar con cierta urgencia, y ¿quién si no los antropólogos médicos puede aportar una visión crítica que cuestione también la permisividad política con las prácticas de uso y abuso de los antibióticos?

En el segundo capítulo nos dedicamos a los determinantes socioculturales del medicamento. Abrimos con el texto de Rosa María Osorio Carranza, un muy buen análisis del sistema mejicano de los doctores adjuntos a las farmacias (DAP, en inglés) como un proceso de privatización del primer nivel de atención que conviene a distintos actores: sistema público de salud, compañías farmacéuticas, médicos y público popular. Pero bajo la lógica comercial de las farmacéuticas, que tienen a sus doctores trabajando para ellas, no al revés como era antes. Critica la dejadez del Estado por ello, por no garantizar su nivel de calidad, aunque sea dentro de las tendencias macro al dominio del capital privado en los servicios públicos.

Sigue el análisis de las dimensiones de la violencia sobre la salud enmarcada en la historia personal de la enfermedad del padre del autor, Juan Carlos Romero-Villadóniga. Su lenguaje extraordinariamente claro que logra transmitir los sentimientos que quiere describir y comunicar, sin renunciar al rigor y al buen uso de las referencias teóricas, y muy bien centrado en aquello que anuncia en el título, es, sin duda, un análisis muy pertinente de las relaciones tan complejamente mediadas —pero, al mismo tiempo, tan claras en términos de poder— entre los cuerpos de cada persona y la violencia estructural. Carla F. Rodrigues desarrolla de manera clara el objetivo central de la mediación del rol de la confianza en un contexto de pluralismo médico como es el de Maputo, para lo cual se ordenan los distintos niveles en los que se puede detectar que opera dicha confianza (*sistemas médicos, organizações de saúde, experiências pessoais e sociais*), y cómo ello repercute en el uso de determinados sistemas y he-

rramientas de estos, como son, principalmente, los medicamentos y/o las plantas medicinales. Sigue el texto de Ana P. López Lozano, que revisa el papel de las patentes en la transición a la sociedad del conocimiento y explica cómo los Gobiernos han amoldado las leyes de propiedad industrial a sus necesidades de salud, potenciando la competencia de genéricos y mejorando el acceso a medicinas. También hace hincapié en la relevancia de otros factores, plantea retos actuales y propone iniciativas concretas.

En los capítulos tercero y cuarto nos centramos en dos temas específicos de gran calado, como son el de los psicofármacos y la salud mental, y el del género y los medicamentos. Con respecto a la cultura de los medicamentos psicofarmacológicos, Adam Aronovich realiza una revisión de cuatro autores (Martínez Hernández, Ortega, Vidal y Langlitz) acerca de la creación del «sujeto cerebral», de los que destaca en cada caso aquel aspecto que permite demostrar que dicha creación responde a una serie de intereses del «complejo médico-farmacéutico», articulando los elementos económicos, sociales y culturales (científicos incluidos, pero mucho más allá de estos) que permiten ver con claridad los distintos pasos que van del contexto de la globalización neoliberal a la creación de la cultura «neuro» para orientar los procesos de subjetivación de los sujetos contemporáneos. A continuación, Lina Casadó Marín y Mercè Gasull Gomis presentan una descripción sistemática de un cuasi experimento, como es la aplicación del Programa de Gestión de la Demanda del Área Básica de Salud, con una buena contextualización del grupo al que se aplica, en el cual el sesgo de género parece evidente, y con un tipo de análisis que lleva a la exposición clara de los resultados en el apartado de discusión. Lourdes Franco López y María José Sáenz Rodríguez siguen con la relación entre género y salud mental. A partir de clásicos (y también no tan clásicos) de la antropología, las autoras médicas elaboran un marco teórico muy adecuado para sus objetivos, y presentan también el contexto en el cual las mujeres, sujetos centrales de su análisis, sufren y buscan remedios a sus sufrimientos.

En el cuarto capítulo nos centramos en el tema del género. Consuelo Díez Chao y Manuel A. Díaz Rodríguez presentan un texto de carácter claramente activista profundizando en la realidad sanitaria de la mujer. Es un texto que se basa en un estudio sobre el acceso a los medicamentos esenciales y derecho a la salud que realizó Farmamundi en el marco de un proyecto de educación para el desarrollo en el cual analizan los determinantes de salud más destacados para más de treinta personas entrevistadas

de diferentes países. Sigue una revisión sistemática de la existencia y la calidad de estudios con perspectiva de género de Johanna Fröhlich Zapata que muestra que el género no se tiene (suficientemente) en consideración como eje principal que es en la desigualdad de acceso a medicamentos y a la salud en general. Desde el feminismo se ha evidenciado la sobremedicación de los malestares de las mujeres. Nuria Romo-Avilés demuestra que tiene que ver con los mandatos de género y la situación de desigualdad en distintos aspectos de la vida social y de la salud. En este sentido, se vuelve fundamental la sensibilización dirigida a profesionales y pacientes sobre la necesidad del seguimiento en la sobreprescripción de fármacos.

Finalizamos con un tema específico de relevante actualidad, como es el de las vacunas, por parte de Verónica Rocamora Villena, para volver a una perspectiva más general, como es la de las relaciones de poder y los procesos de medicalización, diseccionados por el ojo siempre riguroso y crítico de Eduardo L. Menéndez.

Este libro está compuesto, en gran parte, por las ponencias discutidas en el II Coloquio del Medical Anthropology Research Center (MARC) de la URV, que, bajo el lema «Medicines and Culture», se celebró en Tarragona el mes de noviembre de 2016, organizado por el propio MARC con la colaboración, en esta ocasión, de Farmamundi, que, como es bien sabido, se dedica a trabajar el tema de los medicamentos en el contexto de la cooperación internacional. De todos modos, eso no significa que el libro sea algo así como las actas de este coloquio, sino que, con el tiempo y nuevas aportaciones, ha ido adquiriendo vida propia; así que responde, finalmente, a la lógica del conjunto de textos que lo han acabado constituyendo.

## Bibliografía

- ADER, R.; FELTEN, D. L. y COHEN, N. (eds.) (1991). *Psychoneuroimmunology*. New York; London: Academic Press.
- CONRAD, Peter y SCHNEIDER, Joseph W. (1980). *Deviance and Medicalization: From badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- CSORDAS, T. J. y KLEINMAN, A. (1998 [1990]). «Il processo terapeutico». En LANTERNARI, V. y CIMINELLI, M. L. (coords.). *Medicina, magia, religione, valori* (pp. 99-112) (vol. II). Napoli: Liguori. Citado en SCHIRRIPA (2015).
- DELEUZE, Gilles (1995). *Postscript on control societies*. New York: Columbia University Press.
- EDWARDS, S. J. y KJELLERUP, B. V. (2013). «Applications of biofilms in bioremediation and biotransformation of persistent organic pollutants, pharmaceuticals/personal care products, and heavy metals». *Applied Microbiology and Biotechnology*, 97: 9909-9921.
- EMCDDA (2018). *Wastewater analysis and drugs: a European multicity study, Perspectives on Drugs*, (Updated 7-3-2018). Disponible en: <[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2757/POD\\_Wastewater%20analysis.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2757/POD_Wastewater%20analysis.pdf)> (acceso: 4-10-2018).
- FOUCAULT, Michel (2013). *Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.
- GUESS, Harry A.; KLEINMAN, Arthur; KUSEK, John W. y ENGEL, Linda W. (eds.) (2002). *The Science of the Placebo: Toward an interdisciplinary research agenda*. London: BMJ Books.
- GUTIÉRREZ CHOQUEVILCA, Andréa-Luz (2017). *Introduction. Transformer la nature, anthropologie du pharmakon*. Guérir-Tuer, Cahiers d'Anthropologie Sociale, 14: 9-24.
- HARO ENCINAS, Jesús Armando (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-161). Barcelona: Bellaterra.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1969 [1949]). «La eficacia simbólica». En *Antropología Estructural* (pp. 138-185). Buenos Aires: EUDEBA.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2017). «El secreto está en mi interior: La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos». En PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (ed.). *Promoción*

- de la salud y comunicación. *Perspectivas desde la historia y las ciencias sociales* (pp. 305-320). Tarragona: Publicacions URV.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1990). «Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes». *Antropología Médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones (Cuadernos de la Casa Chata)*, 179: 165- 204.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones* (2.ª ed., 2004). Barcelona: Ariel.
- ROMANÍ, Oriol y COMELLES, Josep M. (1991). «Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendence». *Psychotropes*, 6(3): 39-59.
- SEPPILLI, Tullio (2011). «Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde». *Interface Comunicação Saúde Educação*, 38(15): 903-914.
- SCHIRRIPA, Pino (2015). *La vita sociale dei farmaci: Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*. Perugia: Fondazione A. Celli-Argo.
- THOMASIDIS *et alii* (2016). «Reflection of socioeconomic changes in wasterwater; licit and illicit drug use patterns». *Environmental Science & Technology*, 50(18): 10065-10072.
- VAN DER GEEST, Sjaak y WHYTE, Susan R. (1988). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- VAN DER GEEST, Sjaak y WHYTE, Susan R. (1989). «The charm of medicines: metaphors end metonyms». *Medical Anthropology Quarterly*, 3(4): 345-367.
- VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan R. y HARDON, Anita (1996). «The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach». *Annual Review of Anthropology*, (25): 153-178.



# PRELUDIO





# ¿QUÉ TIENEN LOS MEDICAMENTOS QUE NOS ENCANDILAN? UNA VISIÓN DESDE LA CLÍNICA Y LA SALUD PÚBLICA

Juan Gérvas  
*Escuela Nacional de Sanidad, Madrid*

**Resumen:** Los medicamentos forman parte de la terapéutica médica. Su potencia curativa facilita la prevención y curación de muchas enfermedades, pero al tiempo lleva a sobrevalorarlos y a tratar de emplearlos para resolver todo tipo de problemas de salud. Además, cualquier inconveniente vital se transforma en problema de salud que requiere una píldora. Cegados por dicha potencia, en muchos casos los medicamentos acaban por provocar más daños que beneficios.

**Palabras clave:** medicamentos, medicalización, placebo, expropiación.

*What have the drugs that make us dazzle? A view from the clinic and the public health.*

**Abstract:** Medications are part of medical therapeutics. Its healing power facilitates the prevention and cure of many diseases but at the same time they are overestimated them and used to solve all kinds of health problems. In addition, any daily inconvenience becomes a health problem that requires a pill. Blinded by this power, in many cases the drugs end up causing more harm than benefits.

**Keywords:** medication, medicalization, placebo, expropriation.

*Fascinación tecnológica terapéutica: una píldora para cada mal*

Los medicamentos<sup>1</sup> son productos químicos y biológicos utilizados con el fin específico de cambiar el curso de la salud y la enfermedad en forma que mejor convenga al paciente en particular y a la sociedad en general. Los medicamentos forman parte de las intervenciones médicas, en prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación.

Como tales medicamentos, excluyo de valoración en este texto las intervenciones físicas tipo cirugía, rehabilitación, termalismo y radiología, así como el poder de la palabra, la psicoterapia, la espiritualidad y otras formas de sanación. También excluyo los productos químicos utilizados habitualmente como drogas en sentido lúdico, tipo alcohol etílico, cocaína y demás. Se incluyen estas mismas drogas en su uso terapéutico, por ejemplo, marihuana en el tratamiento de los vómitos por la quimioterapia para el cáncer. Es curioso que dicha marihuana consumida por placer y durante mucho tiempo llegue a producir un grave cuadro de vómitos incoercibles de difícil tratamiento. Es decir, «el remedio puede causar la enfermedad» o «la enfermedad nace del propio remedio», en palabras de Baltasar Gracián; este ejemplo es paradigmático respecto al uso de los medicamentos, que conllevan riesgos muchas veces ignorados por estar fascinados profesionales y pacientes por su poder sanador.

Los medicamentos forman parte de la tecnología científica que brilla hasta cegarnos. Los avances científicos y tecnológicos han transformado la vida diaria, como bien demuestra el dominio de la electricidad, y sus mil aplicaciones, de forma que su poder parecer omnímodo.

En el campo sanitario, la fascinación tecnológica terapéutica es tal que esperamos un diagnóstico y una píldora para cada mal, y transformamos en mal todo inconveniente vital, como si el simple vivir y las adversidades de la vida fueran enfermedades y requirieran el uso de medicamentos.

1 Este texto no pretende ser una revisión de la cuestión sino una valoración clínica y de salud pública. Para el lector interesado en una visión ortodoxa, nada como partir de una revisión clásica tipo VAN DER GEEST, REYNOLDS WHYTE, Susan y HARDON, Anita (1996). «The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach». *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-178. En lo general, sobre antropología médica, puede ser una buena puerta de entrada el texto de MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Los primeros medicamentos fueron casi milagrosos, como el éter (producto químico descubierto en el siglo XIII, sintetizado por primera vez en el siglo XVI y empleado como anestésico desde el siglo XIX), la quinina (de la corteza del quino, empleada desde el siglo XVII para el tratamiento de la malaria) o la vacuna para la viruela (empleada desde finales del siglo XVIII, que logró erradicar la enfermedad en el siglo XX).

Respecto a las enfermedades infecciosas, a la quinina y la vacuna se sumaron el descubrimiento de más vacunas y el desarrollo socioeconómico, y a este arsenal se añadieron los antibióticos con gran espectacularidad social. Esta última defensa ante las enfermedades infecciosas se logró a comienzos del siglo XX con el descubrimiento primero de la arsfenamina (*Salvarsán*, 606) para la sífilis, después de la penicilina y de otros como la estreptomicina, seguidos de muchos más (pero en pleno siglo XXI este no es un campo especialmente fértil). A mediados, y sobre todo a finales del mismo siglo XX, se desarrollaron antivirales de gran eficacia.

Todos estos productos, vacunas, antibióticos y antivirales, requieren un uso racional y prudente, pues los gérmenes se adaptan, cambian y mutan para superar sus efectos. Son las resistencias bacterianas y víricas que disminuyen o anulan el efecto de vacunas como la de la tosferina, de antibióticos como la penicilina y de antivirales como la azidotimidina.

Pese a todo, no es de extrañar la borrachera arrogante que llegó a imaginar un mundo en el que los humanos habrían eliminado las enfermedades infecciosas.

En lo práctico y diario cabe centrar el debate con la simple pregunta del paciente agobiado por los síntomas de la gripe, el típico trancazo, que pregunta: «¿No hay vacuna que evite esto ni medicamento que lo cure habiendo logrado ir a Marte?». La respuesta es negativa, pues sabemos poco sobre la gripe, su vacuna es muy ineficaz (si algo), los antivirales son inútiles y sigue vigente el sabio y antiguo razonar de «la gripe sin tratamiento dura una semana; con tratamiento, siete días».

No hay una píldora para cada mal. Las expectativas son tantas que los logros apenas superan el dintel de los fracasos. Una sociedad exigente y expectante quiere medicamentos que aseguren la juventud eterna; lo demás es el fracaso de la medicina, la ciencia y la tecnología.

*La enfermedad de Alzheimer carece de tratamiento con medicamentos  
(y de diagnóstico precoz)*

Resulta insólito difundir que la enfermedad de Alzheimer no tiene ningún tratamiento con medicamentos, pero es la verdad<sup>2</sup>. «¿Entonces?», preguntan los familiares y la sociedad. «Entonces, alegría, actividad física apropiada, apoyo familiar, buenos alimentos, cariño, compañía, contacto piel con piel con tacto, cortesía, estimulación cognitiva, higiene, masajes, música, optimismo, paciencia, piedad, rehabilitación, soporte y ayuda a los cuidadores y ternura». «Sí, pero nada de eso entra por la Seguridad Social». «Pues habrá que reformar la Seguridad Social, y la sociedad».

«Y para evitar el alzhéimer, ¿qué podemos hacer?». «Lo mejor, ser feliz. Si es posible, disfrutar del máximo nivel de educación formal. Y, en todo caso, mantener la actividad intelectual todo lo que se pueda, desde lectura a asistencia a conferencias y conciertos, desde jugar a las cartas a declamar poesía». «¡Pero todo eso tampoco entra por la Seguridad Social!». «Pues ya sabe, a cambiar esta sociedad que nos enferma y a cambiar las conductas y culturas en torno al enfermar».

Se produce el mismo problema del deslumbramiento por los medicamentos respecto al diagnóstico precoz, y todo se fía a este y al tratamiento preventivo que identifique en sus fases precoces y evite el progresivo deterioro mental.

Es la «tiranía del diagnóstico precoz» que concierne, por ejemplo, al cribado de la demencia en ancianos,

[ya que se etiqueta] a muchas personas con variaciones de la normalidad que nunca progresarían a enfermedad, con el consiguiente daño por el mismo etiquetado y por los inútiles tratamientos consiguientes. Ahora se nos propone el diagnóstico precoz de la demencia mediante la nueva etiqueta y definición de «pre-demencia» (tipo deterioro cognitivo leve) en la DSM-5 (el catálogo de criterios de clasificación de las enfermedades mentales elaborado en Estados Unidos).

Se pretende adelantar el diagnóstico de demencia (sobre todo del Alzheimer) para lograr un tratamiento precoz, pero todo ello carece de fundamento científico. Se confunde diagnóstico precoz con diagnóstico oportuno y apropiado, y la precocidad se justifica por los supuestos beneficios por

2 La revista farmacoterapéutica francesa *Prescrire*, probablemente la mejor del mundo, no recomienda ni donepezilo ni ningún medicamento en alzhéimer: Anónimo (2017). Fármacos a evitar *Prescrire* 2017. *CADIME*, 3 febrero 2017.

el tratamiento del paciente. Pero no hay información para decidir acerca de la efectividad, del coste-beneficio y de las implicaciones para los servicios sanitarios y para la sociedad. No se han demostrado las ventajas de adelantar el diagnóstico de la demencia ni en el presente del paciente ni para su futuro. Falta información, incluso, para valorar los daños (BRAYNE *et alii*, 2012).

Como era de esperar, la «historia natural» del deterioro cognitivo leve es impredecible, y, muchas veces, benigna. Por ejemplo:

[En un trabajo] alemán, de seguimiento en Medicina General/de Familia de 357 pacientes de 75 años, o mayores, con trastorno cognitivo leve, se demostró que el 42% mejoró; tuvo un curso fluctuante el 21% y estable el 15%. El 22% evolucionó a demencia. La evolución fue peor en los más ancianos (edad media 80 años), en los que tenían cuadro más grave (deterioro en más de un campo cognitivo), cuando coexistía depresión y cuando fue casi imposible aprender algo nuevo y recordarlo a los 10 minutos. Así pues, el 78% de los pacientes diagnosticados de «deterioro cognitivo leve» («pre-demencia») no habían empeorado o habían mejorado al cabo de tres años de seguimiento (Kaduskiewicz *et alii*, 2014).

Encandilados con la expectativa de diagnosticar y tratar precozmente se puede hacer mucho daño, tanto por los efectos adversos biológicos como por la creación de expectativas irreales que subyuguen a la población y a los profesionales. Cegados por la tecnología se abandonan los valores e intervenciones que algo pueden hacer en el Alzheimer, por más que «no entren por la Seguridad Social».

### *Las vacunas, de ayer a hoy*

Los medicamentos tienen una historia milenaria en el sentido de «remedios», muy unidos en sus orígenes al chamán, y, posteriormente, a la religión. Como he comentado, hace más de doscientos años se introdujo por primera vez como un medicamento la primera vacuna, la vacuna contra la viruela, que cambió para siempre la relación entre agente infeccioso y huésped, y entre profesionales y pacientes.

Los indios invitados a vacunarse en el curso de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna<sup>3</sup> lo decían: «Esto es enfermar ahora para no en-

<sup>3</sup> La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, conocida como «Expedición Balmis» en referencia al médico español Francisco Javier Balmis, que la dirigió, fue una expedición de carácter filantrópico ordenada por el rey Carlos IV para vacunar contra la viruela a toda la población de las posesiones españolas, que dio la vuelta al mundo y duró desde 1803 hasta 1814.

fermar después». Pese a sus dudas, la vacuna contra la viruela logró erradicar la enfermedad (el último caso se dio en 1978), y, con ello, contribuyó enormemente a la fascinación tecnológica médica.

Sin embargo, la duda vacunal es algo que persiste y también sigue la administración mediante agresión de la «inyección» vacunal, expresión simbólica del poder de la biopolítica. Ha cambiado la política vacunal, más orientada a lo individual y mucho más al negocio de las industrias farmacéuticas, y todo ello contribuye a la reticencia vacunal. Los autores de un estudio al respecto concluyen:

Los discursos reticentes responden al conflicto de individualidad *versus* colectividad: padres y madres, en defensa de su derecho a una crianza sin interferencias del Estado, centran su responsabilidad en el bienestar individual de sus hijos/as independientemente de las consecuencias que su acción u omisión conlleve a la colectividad. En su gestión de los riesgos, elevan los derivados de vacunar por encima de las consecuencias individuales y colectivas de no hacerlo. Las vacunas que más dudas generan son aquellas con mayor controversia en el ámbito científico. La transparencia en la comunicación de efectos adversos, el respeto de las autoridades a otros conceptos de salud/enfermedad, el destierro del término «antivacunas» del lenguaje mediático y científico, y el desarrollo de espacios de diálogo son puentes por construir (CRUZ PIQUERAS *et alii*, 2019).

En el campo de las vacunas, pues, convive el deslumbramiento con la crítica pero predomina una actitud paternalista que en algunos países como Estados Unidos llega a exigir la obligación del cumplimiento del calendario vacunal tanto a la población como especialmente a los profesionales sanitarios.

Incidentalmente, vacunarse puede alterar conductas. Así, por ejemplo, la inútil vacuna de la gripe se acompaña de un cambio de actitud del vacunado, que se hace más tolerante ante los inmigrantes. Es decir, en cierta forma se vacuna contra los prejuicios (HUANG *et alii*, 2011).

### *La aspirina (el termómetro y la fiebre)*

Hace más de cien años, la producción industrial de la aspirina cambió radicalmente la relación de médicos, pacientes y sociedad con el enfermar y los medicamentos. Los derivados salicílicos se conocen y emplean desde la antigüedad, pero su uso no había cambiado las ideas y costumbres

hasta la síntesis industrial y comercialización del ácido acetilsalicílico en 1899.

La producción de la aspirina, y el afán de lucro de Bayer, junto con la popularización del uso del termómetro, transformó la conducta ante la fiebre. De ser algo buscado pasó a ser repudiado.

Todavía persiste la creencia entre legos y profesionales de que la fiebre «es mala» y de que hay que bajarla a toda costa, con medicamentos (incluso metamizol), y, llegado el caso, con medios físicos (baños con agua tibia y otros), lo que provoca más daños que beneficios. Sin embargo, para el paciente, la fiebre es una reacción defensiva útil frente a la infección, y solo es beneficioso disminuirla cuando acompaña a ictus cerebral (hipertermia aparte, que no es fiebre) (GÉRVAS, 2004). El uso de medicamentos en la fiebre debería ser solo paliativo, para disminuir la incomodidad cuando esta fuera mucha, pero se emplean como curativos siendo lo contrario.

Por decirlo todo, la popularidad de la aspirina puede explicar en parte la alta mortalidad de la «gripe española» de 1918 (STARKO, 2009).

### *¿Por qué nos enferma como nos enferma la enfermedad infecciosa?*

Incidentalmente, en casi todos los hogares españoles hay al menos un termómetro, como reflejo de la medicalización y medicamentación de la fiebre. Tal presencia es inusual en los hogares británicos, por ejemplo.

El tratamiento sintomático generalizado de la fiebre puede ser perjudicial no solo para el individuo sino para la sociedad. Al bajar la fiebre se facilita la supervivencia, en el infectado, de los gérmenes infecciosos y su difusión en la comunidad, por lo que las epidemias se tornan más rápidas, intensas y mortales (EARN, ANDREWS y BOLKER, 2014).

Conviene hacer notar que la infección produce un cambio de conducta en los humanos. La enfermedad infecciosa conlleva, además de la fiebre, retraimiento, mal humor, depresión, rechazo a las relaciones sexuales y sociales, anorexia, hipersomnias, astenia y otras conductas cuyo resultado final es la disminución de las interacciones sociales. ¿Por qué nos enferma así la enfermedad infecciosa? No hay una respuesta clara, pero podría ser una respuesta altruista que «condena» al infectado, «avisa» a otros miembros de la familia, amigos y compañeros de trabajo, y favorece a la comunidad en el sentido de disminuir el contagio (Shakar y Shakar,

2015). De nuevo, el tratamiento casi automático de la fiebre conlleva daños no solo para el individuo, sino para la sociedad.

Los medicamentos nos encandilan y ciegan y su uso llega a producir más daños que beneficios, tanto a título individual como social.

### *La expropiación de la salud*

Pese a los daños, el tratamiento de la fiebre se ha transformado en norma imperativa, como otra expresión más de la «expropiación de la salud», de los saberes ancestrales culturales. Buena prueba es el uso y abuso de las peligrosas urgencias hospitalarias por fiebre mínima de duración mínima. En el caso del infante, puede acabar muy fácilmente con una punción lumbar totalmente innecesaria, y no banal.

Ahora es el pediatra «el dueño» de la salud y del enfermar de los niños y la abuela, por ejemplo, es una simple comparsa que visita al médico con su nieto, atemorizada por no comprender lo que se le dice. Aquellas abuelas del estado feliz infantil de «sin escuela y con la abuela» han perdido autonomía y su fe en sí mismas, arrolladas por los «medicamentos para todo», que expropian la salud.

Los medicamentos y las tecnologías ayudan pero no hay solución al agobio de vivir, no hay respuesta científica al miedo a la muerte. De ahí la importancia de comprender que las enfermedades son estados cambiantes mal definidos que cada paciente vive de forma personal y por ello la tecnología y los medicamentos no pueden ofrecer ni la compasión, ni la empatía, ni la piedad que debe ser inherente a todo buen médico, científico y humano. Un gesto, una palabra amable, logra milagros. En muchos casos esa atención se puede prestar por el entorno familiar y por el propio individuo pero se están perdiendo las habilidades incluso para responder sin médicos ni medicamentos a los simples catarros.

La salud se puede promocionar, se puede cuidar y se puede proteger, pero es un bien que nadie puede asegurar. El médico no es un mago sino un simple sanador; no es un científico, aunque utilice la ciencia para discernir lo verdadero de lo falso. Pese a todo el conocimiento acumulado, sabemos poco del sufrimiento humano, como bien demuestra el campo del dolor mental. Por ejemplo, no comprendemos lo que sucede en el cerebro del paciente con esquizofrenia, ni cómo actúan los medicamentos que pueden ser útiles en algunos momentos de su enfermar.



Es pensamiento mágico, en otro problema de salud mental, el atribuir la eficacia de los «antidepresivos» a su efecto sobre el cerebro comparándolos en su acción a la de la insulina en la diabetes («suplementar algo que falta»). Los «antidepresivos» no son superiores al placebo en la depresión leve y moderada y la palabrería pseudocientífica de su promoción es similar a la de los timadores en las esquinas y ferias. Son dos ejemplos de la práctica de una medicina imprudente, sin límites, que centra los problemas, incluso los mentales, en la simple biología.

La medicina prudente ofrece inmensos beneficios. Basta recordar la eficacia de las vacunas esenciales y de otros muchos medicamentos, el valor de la escucha del médico de cabecera, el consuelo de la sedación terminal y la resolución de muchos problemas quirúrgicos, desde apendicitis a cataratas. Por ello los médicos están entre los profesionales más apreciados por la sociedad.

Lamentablemente, toda intervención médica tiene efectos adversos. Conviene no atribuir «inocuidad» a ninguna actividad sanitaria pues hasta la «sencilla» palabra puede provocar muerte; sirva de ejemplo a este respecto el consejo (palabras) de los pediatras para que durmieran los niños «boca abajo» en los años 80 y 90 del siglo xx, que generó una epidemia mundial de «muerte súbita» en bebés, con miles de casos provocados por tal consejo. Así, la recomendación pediátrica de poner a los niños a dormir boca abajo multiplicó casi por 25 la incidencia de la muerte súbita en los bebés pues pasó anualmente de 5 a 120 por 100.000. Solo se advirtió el daño al cabo de 20 años y logró revertirse con una fuerte campaña de «Dormir de Espalda» (Högberg y Bergström, 2000).

Al perder la noción de límites, de prudencia y de humildad, la medicina se convierte en arrogante, peligrosa y tóxica. Por ejemplo, al ofrecer suplementos de testosterona como terapia «antienvjecimiento», ya que carece de tal efecto «contra el paso del tiempo y el decaimiento de la potencia sexual», pero daña por las complicaciones cardiovasculares que induce. Esta situación es paralela a la de las mujeres, que en la menopausia y el climaterio recibieron y reciben «terapia hormonal sustitutiva» (los «parches») para evitar síntomas y para disminuir los infartos de miocardio, tratamiento que, de hecho, ha provocado una epidemia de tamaño inconmensurable de infartos de miocardio, embolias pulmonares, ictus cerebrales y cánceres de mama.

*El monopolio de la respuesta médica de la prescripción de medicamentos (y del farmacéutico en su dispensación). El caso de la epidemia de muertes por opiáceos en Estados Unidos*

La fuerza del médico con sus medicamentos es muy grande. Los medicamentos dan gran poder a los médicos, y otros profesionales quieren romper el monopolio de su prescripción, como podólogos y enfermeras.

Socialmente, muchos medicamentos logran «respetabilidad» justo con dicho monopolio médico, como los «condroprotectores» para la artrosis, en los que gastamos 100 millones de euros anuales a sabiendas de que son inútiles (y perjudiciales) pero el ciclo del poder exige, también, su dispensación en la farmacia. Todo ello da un brillo que encandila y ciega.

Los pacientes recogen migajas, en parte, con el acceso a los «medicamentos de venta libre» (*over the counter*, OTC) y al compartir informalmente medicamentos de prescripción médica. Otros profesionales no médicos también acceden al circuito del poder de prescripción y la dispensación en la farmacia.

El impacto de la respuesta médica con medicamentos es más evidente ante la pobreza, que produce daños físicos, psíquicos y sociales. Entre otras cosas, la pobreza conlleva problemas de salud «pegajosos», que se hacen crónicos, que no curan, que dejan minusvalías y discapacidad, y que se complican con dolor del cuerpo y del alma.

A la mezcla de problemas biológicos, psicológicos y sociales de los pobres, desempleados y marginados en general, habría que responder con programas de «salud en todas las políticas», no con macrocentros de salud llenos de microespecialistas. Los problemas sociales requieren políticas sociales, no respuestas médicas, que se suelen centrar en medicamentos. En Estados Unidos la situación se complica, pues los programas sociales para pobres dependen de los estados y dependen del Estado federal los programas médicos. Lo que se está haciendo es trasvasar los pobres de programas sociales (estatales) a programas sanitarios (federales) como una forma de disminuir los costes locales (KING y STRUMPH y HARPER, 2016). En consecuencia, el asfixiante dolor de la pobreza y la miseria se trata con opio, y el opio en exceso mata en cantidades tales que lleva a la declaración de alarma de salud pública.

### *El poder de los medicamentos, más allá de los médicos*

Para finalizar, da idea del poder de los medicamentos el que, por ejemplo, el precio del placebo empleado en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson influya directamente en la secreción de más dopamina en la sustancia negra cerebral (a mayor precio, mayor secreción de dopamina) (ESPAY *et alii*, 2015).

El precio también puede incrementar el efecto nocebo, de manera que los medicamentos más caros tienen efectos adversos más intensos y frecuentes, exclusivamente por su alto precio (TINNERMANN *et alii*, 2017).

Su poder se expresa, también, con el libre uso de estos. Por ejemplo, como fichas del parchís, según colores, por los ancianos recluidos en los asilos («residencias»). Nada como el conocimiento de los pacientes acerca de los medicamentos que flotan en el agua del retrete, y son por ello difíciles de «evacuar» sin llamar la atención.

En síntesis, los medicamentos son por sí mismos poderosos medios tecnológicos que tienen vida propia y contribuyen a la fascinación tecnológica que lleva a su sobreuso dañando a individuos y sociedades.

### *Bibliografía*

- ANÓNIMO (2017). «Fármacos a evitar Prescrire 2017». *CADIME*, 3 febrero 2017.
- BRAYNE, Carol *et alii* (2012). «There is no evidence base for proposed dementia screening». *BMJ*, 345: e8588.
- CRUZ PIQUERAS, Maite *et alii* (2019). «Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas». *Gaceta Sanitaria*, 33(1): 53-59.
- EARN, David; ANDREWS Paul, y BOLKER Benjamin (2014). «Flu. Fever suppression increases the expected number of cases and deaths. Antipyretics. Population-level effects». *Proceedings of the Royal Society B*, 281: 2013-2570.
- ESPAY, Alberto *et alii* (2015). «Placebo effect of medication cost in Parkinson disease. A randomized double-blind study». *Neurology*, 24, 84(8): 794-802.

- GÉRVAS Juan (2004). «Medidas para combatir la fiebre». En PALOMO, Luis y PASTOR SÁNCHEZ, Raimundo (coords). *Terapéuticas no farmacológicas* (pp. 41-43). Barcelona: Prous Science (Fundación Esteve).
- HÖGGERG, Ulf y BERGSTRÖM, Erik (2000). «Suffocated Prone: The Iatrogenic Tragedy of AIDS». *American Journal of Public Health*, 90: 527-531.
- HUANG, Julie *et alii* (2011). «Immunizing against prejudice: effects of disease protection on attitudes toward out-groups». *Psychological Science*, 22(12): 1550-1556.
- KADUSZKIEWICZ, Hanna *et alii* (2014). «Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: Results of the German AgeCoDe study». *Annals of Family Medicine*, 12(2): 158-165.
- KING, Nicholas; STRUMPF, Erin y HARPER, Sam (2016). «Has the increase in disability insurance participation contributed to increased opioid-related mortality?». *Annals of Internal Medicine*, 165(10): 729-730.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- SHAKHAR, Keren y SHAKHAR, Guy (2015). «Why do we feel sick when infected - Can altruism play a role? Yes, it is better for the community». *PLOS Biology*, 13(10): e1002276.
- STARKO, Karten (2009). «Salicylates and pandemic influenza mortality, 1918-1919, pharmacology, pathology, and historic evidence». *Clinical Infectious Diseases*, 49(9): 1405-1410.
- TINNERMANN, Alexandra *et alii* (2017). «Interactions between brain and spinal cord mediate value effects in placebo hyperalgesia». *Science*, 358(6359): 105-108.
- VAN DER GEEST, Sjaak; REYNOLDS WHYTE, Susan y HARDON, Anita (1996). «The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach». *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-178.

PRIMERA PARTE.  
LA HISTORIA DE LA MEDICINA, LA CULTURA  
DEL MEDICAMENTO Y EL PROCESO  
DE MEDICALIZACIÓN



DEL MITO A LA CIENCIA:  
EL EMPODERAMIENTO DEL SABER FEMENINO

Joana Zaragoza Gras  
*Universitat Rovira i Virgili*

**Resumen:** Si atendemos a la información que nos brinda la literatura griega arcaica y clásica, descubrimos un tipo de sabiduría propia de las mujeres, que se transmitía, por vía oral, de unas a otras y que servía para el cuidado y la sanación de algunas enfermedades. Es la llamada medicina popular, contrapuesta a la medicina técnica. Al analizar los textos médicos, advertimos que muchos de los remedios usados por las mujeres corresponden a los que más tarde serán utilizados por médicos, como Hipócrates o Galeno. Ya la mitología nos había ofrecido ejemplos del empoderamiento de las cualidades femeninas por parte de divinidades y héroes.

En esta exposición pretendo reflexionar sobre las causas de este empoderamiento por parte de los varones, quienes, al mismo tiempo, ejercen su poder patriarcal sobre aquellas, marginándolas y relegándolas al espacio interior de la casa, privándolas de la palabra.

**Palabras clave:** medicina griega, mitología, género.

*From myth to science. The empowerment of female knowledge*

**Abstract:** If we pay attention to the information contained in ancient and classical Greek literature, we find a type of wisdom typical of women that was transmitted orally between them and which could be used for caring for and healing some diseases. This is the so-called popular medicine in contrast to technical medicine. When we analysed medical texts, we realised that many of the remedies they used were the same as the ones that would subsequently be used by doctors such as Hippocrates and Galen. And mythology has provided us with examples of the empowerment of feminine qualities by divinities and heroes.

In this discussion I aim to reflect on the causes of this empowerment by males who, at the same time, exercise their patriarchal power over them, marginalising them and relegating them to the private, thus depriving them of a voice.

**Keywords:** Greek medicine, mythology, gender.

*Del mito a la ciencia. El empoderamiento del saber femenino*

En la Grecia antigua, como en todas las culturas, se crean historias mitológicas para dar respuesta a preguntas cósmicas y teológicas e instaurar valores para la comunidad. Dado que la sociedad griega es una sociedad patriarcal que haya sus puntos de referencia en la superioridad del varón, se inventan narraciones míticas en las que la verosimilitud de la preponderancia de la jerarquía masculina se convierte casi en dogma. Así, el mito con sus elementos simbólicos, guardado en la memoria común de un pueblo, se convierte en instrumento de educación y en la base a la que acude el poder establecido para dar credibilidad a una determinada visión del mundo y del orden social. Por tanto, sirve a los intereses de un grupo.

Por otro lado, el Panteón Olímpico se estructura de modo análogo a la sociedad y las relaciones entre las divinidades corresponden a las relaciones humanas. Si analizamos quién ostenta el poder entre los inmortales, hallamos a Zeus, pero debemos analizar cómo lo consigue para dilucidar si la sabiduría es una de sus cualidades intrínsecas o la adquiere a través de medios externos.

Entre las narraciones referentes al padre de los dioses hallamos aquellas que nos hablan de sus esposas y/o de las diosas a las que rapta. Entre sus mujeres cabe destacar a Metis, que representa aquellos saberes que sirven en cualquier situación de la vida, el buen hacer del artesano, el arte de la magia, la técnica en la guerra..., es decir, cualquier forma de inteligencia. Marcel DETIENNE y Jean Paul VERNANT han estudiado la simbología de esta divinidad femenina en *Las artimañas de la inteligencia. La metis en la Grecia antigua* (1988). Metis, divinidad de la primera generación, será quien le proporcione la sabiduría. De su unión nacerá Atenea, que saldrá de la cabeza de Zeus, puesto que este se traga a Metis cuando está encinta.



Atenea, diosa de la actividad inteligente, característica heredada de su madre, permanecerá virgen y siempre al lado de su padre<sup>1</sup>.

A continuación, Zeus toma como esposa a Temis, la divinidad que se relaciona con el orden concebido como algo establecido e inamovible. De su unión nacerán las Horas o las Estaciones, que representan, según el nombre que se les dé, la justicia, la disciplina y la paz, o el hecho de que la vegetación brote, crezca y dé frutos. Ellas serán quienes aseguren el orden social y el orden de la naturaleza, mientras que Temis le traspasará el poder jurídico.

Más tarde, ama a Eurínome, la gran diosa creadora que había separado el océano del firmamento. De su unión con la serpiente Ofión, también criatura creada por ella, surgen el sol, la luna, los planetas, las estrellas y la Tierra con todos los seres vivientes. A continuación, ordena a Ofión que se ocupe de los procesos de la vida, la muerte y el renacimiento. Su nombre significa «amplio gobierno» y con ella engendra a las tres Cárites, representación de la belleza, la alegría y la naturaleza floreciente. Eurínome es quien le otorga la soberanía.

Finalmente, se casa con Hera, diosa de gran importancia en la primitiva religión griega. Ella era la protectora de las mujeres casadas. De su matrimonio nacen Hefesto, Ares, Ilitia y Hebe. Las plantas que le estaban dedicadas eran el helicriso, el lirio y la granada, asimiladas con la fertilidad y la crianza. Con ella, Zeus obtuvo el poder familiar.

Así, vemos que el más grande de los dioses griegos toma diversas esposas y rapta diversas mujeres, y de todas ellas se queda con aquellas cualidades que le darán el poder. Podríamos, pues, hablar de un empoderamiento, por parte de Zeus, de las cualidades y los gobiernos de las mujeres con las que se esposa o rapta.

Pero no es este el único caso de varón que se aprovecha de la sabiduría de sus compañeras, sino que algunos héroes adquieren características positivas gracias al matrimonio o al rapto.

Tal sería el caso de Heracles, quien casó con Hebe, hija de Zeus, personificación de la juventud eterna. Algunos mitos nos hablan de la adquisición de la inmortalidad del héroe gracias a sus gestas y sufrimientos, pero no podemos olvidar que Hebe pudiera haberle traspasado este don, del

1 Cfr. Zaragoza Gras, J. (2012) «Atenea. ¿Diosa en la esfera masculina?» en M. D. Molas Font (ed.) *De las mujeres, el poder y la guerra*. Barcelona: Icaria, pp. 23-38.

mismo modo que, gracias a ella, habita en el Olimpo y no en los Infiernos como los otros héroes.

Otro caso sería el de Perseo, a quien ayudan en sus hazañas distintas figuras femeninas: Atenea, las Grayas, que le condujeron a la mansión de las Ninfas, y estas, quienes le entregaron las sandalias aladas, el *kibisis* y el casco de Hades. Gracias a estas ayudas pudo conseguir la cabeza de la Medusa<sup>2</sup>.

También Teseo salió ileso del laberinto de Creta, donde combatió contra el Minotauro, por mediación de las artimañas de Ariadna, que le entregó un ovillo para que lo fuera devanando y le indicara el camino de salida, una vez matado el monstruo.

En la poesía épica hallamos otras mujeres mortales que usan sus conocimientos para conseguir sus fines, aunque a veces no los consigan, como los casos de Penélope, Andrómaca, Arete o Casandra.

De igual modo, en la tragedia tenemos ejemplos de sabiduría femenina y esta se constituye en una de las características de algunas protagonistas. Pero no tan solo las grandes heroínas poseen esta cualidad, sino también, y sobre todo, algunas sirvientas, aquellas mujeres sabias que se constituyen en consejeras y en curanderas de sus amas. Sobre este tema tenemos un espléndido estudio de Inés CALERO SECALL, que, bajo el título *Consejeras, confidentes, cómplices* (1999), analiza la relación entre los personajes femeninos de la tragedia. Hallamos en ellas dos tipos de sabiduría: aquella propia de cada una, que viene dada por su capacidad, y la que se transmite de unas a otras y se concibe como propia de género.

Nuestro objetivo, pues, en este trabajo, es profundizar en la idea de la sabiduría de las mujeres griegas como propia de género. El análisis de algunas de las protagonistas nos dará una visión sobre el tipo de sabiduría que se atribuye a estas, sea cual sea su condición social. Este buen hacer de las heroínas o de las sirvientas corresponderá, muy probablemente, a aquel que se relaciona con la naturaleza, en su vertiente de parir, cuidar, sanar... Pero si profundizamos en otros personajes femeninos, como las diosas a las que antes hemos aludido, muy posiblemente hallemos cualidades que contribuyen al bienestar general de la sociedad. Hay que tener en cuenta que, en principio, el hecho de parir o ejercer de cuidadoras está dentro de sus roles de género, así como el de proporcionar bienestar a la

2 Debemos recordar que la sangre de su vena derecha podía resucitar a los muertos.

familia y a la sociedad. Pero no es lo mismo utilizar los conocimientos para atender las necesidades familiares y sociales que hablar de sabiduría. La mujer no tiene raciocinio, según algunos filósofos griegos, y, por tanto, no puede ser calificada de sabia.

Así pues, es nuestra intención estudiar cómo se concibe la sabiduría en las mujeres y a qué fin sirve para dilucidar si realmente esta sabiduría se idea como un bien para la sociedad y una cualidad en la mujer o si, por el contrario, al hacer uso de ella, se lee en la Grecia clásica como una transgresión de la mujer que pretende ocupar un espacio que no es el que le corresponde.

Debemos tener en cuenta que, a partir del siglo VI a. C. da comienzo una revolución cultural y social en Grecia que conllevará una nueva visión del mundo a la vez que un inicio de la ciencia y la técnica.

En este marco de ciencia y técnica griega cabe destacar la figura de Hipócrates. Influenciado por los presocráticos, que abrieron el camino hacia el logos, el médico dirige sus teorías contra aquellas explicaciones sobrenaturales que se habían dado para entender muchos fenómenos naturales. Aquellos conocimientos que, hasta aquel momento, bebían de las fuentes de la magia y la superstición, a partir de Hipócrates se basarán en el raciocinio y la experiencia. Pero el peso de la tradición era todavía muy fuerte y, si bien el paso del mito al logos había dado ya sus primeros pasos, aquella tradición condicionaba factores sociales que ejercían presión sobre el poder establecido. Sus doctrinas son fruto de un nuevo pensamiento renovador, pero, a pesar del gran esfuerzo, junto con la nueva ciencia, quedan rescoldos de antiguas creencias populares, que se plasman en algunas de las terapias utilizadas.

A partir de ahora la medicina será considerada ya como una ciencia y una técnica y se marginará a las mujeres de este saber, si bien los remedios usados por algunas de ellas pasarán a manos de los médicos bajo la calificación de terapias científicas. Así, al examinar las plantas usadas en los medicamentos hipocráticos, e incluso galénicos, podemos reconocer aquellos remedios usados por las mujeres, que eran transmitidos por vía femenina y que, curiosamente, habían sido calificados como inoperantes, y/o supersticiosos, en el mejor de los casos.

A través de los textos de literatura griega podemos esclarecer también la idea que se tenía de las mujeres que sabían sanar o mitigar el dolor.

Si nos fijamos en la poesía épica hallamos el primer ejemplo en Homero (siglo VIII a. C.). Nos dice en la *Odisea* (IV: 219-232):

Entonces Helena, nacida de Zeus, pensó otra cosa: al pronto echó en el vino del que bebían una droga para disipar el dolor y aplacadora de la cólera que hacía echar a olvido todos los males. Quien la tomara después de mezclada en la cratera, no derramaría lágrimas por las mejillas durante un día, ni aunque hubieran muerto su padre y su madre o mataran ante sus ojos con el bronce a su hermano o a su hijo. Tales drogas ingeniosas tenía la hija de Zeus, y excelentes, las que le había dado Polidamna, esposa de Ton, la egipcia<sup>3</sup>, cuya fértil tierra produce muchísimas drogas<sup>4</sup>, y, después de mezclarlas, muchas son buenas y muchas perniciosas; y allí cada uno es médico que sobresale sobre todos los hombres, pues es vástago de Peón.

Este texto nos indica, en primer lugar, el agente que realiza la acción de mitigar el dolor. La mujer poseedora de esta sabiduría es la misma que ha causado la gran desgracia de la guerra de Troya y, por tanto, lleva implícito un cariz negativo. Además, utiliza drogas que provienen de un país extranjero descendiente del dios sanador Peón, que, más tarde, se asimilará a Apolo, y, finalmente, quedará suplantado por Asclepio.

Si repasamos la tragedia, género literario del siglo v a. C., nos hallamos ante otro ejemplo de mujeres sanadoras que nos remite a las sirvientas o a las nodrizas. Leemos en el *Hipólito* de Eurípides (vv. 293-297): «Si tu enfermedad es una de las que no pueden decirse ante varones, considera que estas de aquí son mujeres, dispuestas a ayudar a enderezarla; y si tu caso puede salir a la luz ante varones, habla, para que el asunto en cuestión pueda a los médicos revelarse».

Este es un caso distinto. Nos plantea la división entre enfermedades que se curan entre mujeres y las que se deben consultar a los médicos. Por tanto, las mujeres curan y cuidan aquellas enfermedades propias de su género. En caso contrario, deben acudir al médico.

Aquí debemos tener en cuenta que la enfermedad de Fedra responde a la concepción de enfermedad entendida desde un punto de vista «punitivo», es decir, Fedra está poseída por un dios o quizá no ha ofrecido los sacrificios debidos a una diosa (EURÍPIDES, *Hipólito*: vv. 140 y ss.). Estamos, pues, ante un tipo de medicina credencial y no técnica.

3 Las drogas no provienen de Grecia, sino del extranjero. Si bien Egipto no podía ser concebido como un pueblo bárbaro, en la Grecia arcaica y clásica existen ciertos tabúes referentes a otras culturas. Esta es la razón por la que dejan claro que la droga no es griega, sino que pertenece al mundo de «los otros».

4 Hay testimonios escritos de que en Egipto se usaba el opio.

De este tipo de terapias entre mujeres se queja Hipócrates en uno de sus tratados (*Enfermedades de las mujeres I: 62*), puesto que, según él, cuando acuden ya es demasiado tarde y las prácticas terapéuticas que hacen las mujeres entre ellas no arreglan en absoluto su dolencia: «A veces, a las que no conocen la causa de su trastorno las afecciones les llegan a resultar incurables ya antes de que el médico haya podido aprender correctamente de boca de la enferma el mal por el que se ve aquejada».

También Galeno explicará entre sus casos médicos las curaciones que él consigue, después de haber sido tratadas algunas mujeres por otras de su género, pero, en ese caso, la idea que nos quiere transmitir el médico no es tanto el poco saber femenino sino el mucho saber que él posee, puesto que, en más de una ocasión, nos habla de enfermedades que, después de haber sido tratadas por otros médicos sin éxito, él las soluciona.

También Eurípides presenta el caso de una sirvienta que es requerida por el corifeo para que le explique la dolencia de su ama, Alcestris. En este caso la sirvienta es la *therápainá*. Cabe destacar el significado de este sustantivo, cuya primera acepción es la de servidora o la que cuida de alguien, pero pertenece a la misma raíz de la palabra de la cual derivará el término «terapia».

Estas sirvientas, la mayoría de las veces, nodrizas, van evolucionando en su papel a través de los textos griegos, y, al llegar a época helenística, se han convertido ya en confidentes y alcahuetas de su señora y han perdido su característica de sanadoras, dotándolas, así, de un cariz muy distinto e incluso negativo: se han convertido en encubridoras o celestinas.

La sabiduría médica femenina no es considerada una *téchne* (técnica, ciencia) como la medicina de Hipócrates, que surge de un proceso de racionalización y en un oficio en manos de quien tiene los conocimientos adecuados para tal tarea, y, por tanto, alejada de la magia, sino una *empeiria*, que significa «práctica» o «rutina», otorgando a esta palabra un sentido negativo que no había tenido hasta el *Gorgias* de Platón.

Si tenemos en cuenta que los métodos terapéuticos femeninos se basan en las plantas, debemos entender que los saberes medicinales sobre los efectos curativos de las plantas son considerados femeninos. Hemos visto el caso de Helena y podemos fijarnos también en Agamede<sup>5</sup> de quien dice Menelao que conoce «cuantos conocimientos cría la an-

<sup>5</sup> Según Manel Balasch, podría ser el nombre de Medea, antes de formar parte de la leyenda de los argonautas. Cfr. *La Ilíada* (1997), traducción de M. Balasch. Barcelona: Proa, p. 600.

cha tierra» (*Iliada*: XI, 740). Este saber considerado empírico se une, en muchas ocasiones, a la magia, sobre todo cuando es una mujer quien lo ejerce.

Debemos preguntarnos por qué, en un momento dado de la historia de Grecia, las cosas se tuercen para las mujeres sabias. La respuesta, a mi modo de ver, es sencilla. Cuando la mujer se sale del orden establecido, es decir, quiere ir más allá de los límites que le están impuestos y quiere traspasar la barrera de lo tradicional para acceder al saber racional, se activan los mecanismos para volver a colocarla en el lugar que han decidido los varones, es decir, en el interior del *oikos*, supeditada al poder masculino.

Ahora bien, si leemos los remedios que utiliza Hipócrates podemos advertir que aquellas pócimas y unguentos, que se realizan a partir de las plantas, son los mismos que son usados por las llamadas «mujeres sabias», pero, a partir de los tratados médicos, están ya dotados de un aire de raciocinio y cientificismo. En cualquier caso, lo que adquiere importancia es la experiencia, tanto en uno como en las otras, y precisamente este empirismo es una de las características de la medicina hipocrática. Así, la *empeiria* femenina, opuesta a la teoría y a la ciencia pura, ahora será un valor en la medicina técnica.

Veamos, como ejemplo del empoderamiento por parte de los médicos de terapias practicadas por mujeres, el uso del eléboro, planta que podríamos calificar como típicamente femenina. Hago referencia a ella por lo que comporta de magia y para mostrar cómo se transforma en planta medicinal a partir de Hipócrates.

Esta planta purgante, conocida desde el siglo IV a. C. por los atenienses, según nos cuenta Pausanias<sup>6</sup>, forma parte de algunos mitos griegos y su recogida debe realizarse entre ritos. Cuenta la mitología que las hijas de Preto quedaron libres de la locura que las atacaba<sup>7</sup> gracias a esta planta, administrada por Melampo, el célebre adivino que entendía el lenguaje de los animales y que había aprendido el arte de la medicina del propio Apolo.

6 PAUSANIAS, 10, 37,7.

7 Las Prétides se vieron atacadas de locura por obra de Hera, a quien habían ofendido, y se creían vacas. Fueron purificadas por Melampo, que mezcló la planta en el agua del manantial del que ellas bebían.

Su recolección conlleva una serie de ritos: debe trazarse un círculo alrededor de la planta y cogerla mientras se recitan plegarias dedicadas a Apolo<sup>8</sup> y a Asclepio; previamente debe tomarse vino y ajo, puesto que en caso contrario quien la recolecta se verá aquejado de dolor de cabeza. Además, las águilas protegen la planta y verlas aparecer mientras se recoge el eléboro es señal de una muerte cercana. Toda la historia que rodea al eléboro transpira, pues, un aire de magia, rito y religión. A ello debemos añadir que la locura se considera una enfermedad de origen divino, incluso entrado el siglo V a. C. Será Hipócrates quien defenderá que no existen enfermedades de tal procedencia, sino que todas responden a causas naturales<sup>9</sup>.

Aristófanes, en una de sus obras<sup>10</sup>, enumera los accesorios que lleva una mujer y, junto con los cosméticos o las joyas, incluye el eléboro.

Si prestamos atención a los tratados hipocráticos vemos que, aparte de las afecciones humorales y las pulmonares, donde hallamos en más ocasiones el uso del eléboro es en las enfermedades ginecológicas, siempre como elemento catártico. Así, sirve como estornutatorio, como emético o en forma de lavativa para expulsar restos de aire, de loquios o de otros elementos que se han quedado en la matriz; bajo forma de pesario, para expulsar un feto que no se mueve, es decir, para limpiar de impurezas la matriz, el útero u otras partes de la anatomía femenina. En época romana, sobre todo a partir del siglo III, se usa para curar o disminuir la locura.

Este es, pues, un remedio que tiene sus raíces en la mitología, y que parece ser un elemento muy usado por las mujeres, pero que, a partir de los tratados hipocráticos, se convierte en una planta de uso terapéutico, desprovista, ahora ya, de todo el halo mágico que se le atribuía cuando era un remedio de mujeres.

He dado este ejemplo por ser el que más cariz mágico tiene, pero podemos hallar otras muchas plantas, de las que utilizaban las mujeres y que forman parte, aún hoy, de esta sabiduría femenina, de las «sanadoras», que las hallamos como remedios probadamente científicos en los tratados hipocráticos o galénicos.

8 Hay una estrecha relación entre Apolo y la purificación o *kathársis*, palabra que se usa en medicina para denominar purgación.

9 Cfr. HIPÓCRATES, *Sobre la enfermedad sagrada*, 1.

10 ARISTÓFANES, *Fr.* 320,6.

Sin embargo, pocas mujeres conocemos que formaran parte de las escuelas médicas en la época griega antigua. Conocemos los nombres de Theano (siglo VI a. C.) y Agnodice (IV a. C.). La primera, mujer de Pitágoras, escribió tratados de física, matemáticas y medicina. Pero la mayoría de los fragmentos que nos han llegado son de tema moral; poco más sabemos de ella. Distinto es el caso de Agnodice: se cuenta de ella que ejercía la medicina disfrazada de hombre y, debido a la gran fama que tuvo entre las mujeres atenienses, fue juzgada por el tribunal del Areópago bajo falsos cargos, y, al descubrir que era mujer, se la acusó de suplantación de identidad, salvándose de la pena de muerte gracias al gran número de mujeres que acudieron en su defensa. Gracias a este hecho, se permitió que las mujeres ejercieran la medicina; ahora bien, otra versión la considera una mujer mítica cuya historia explicaría el hecho de que hubiera un cambio en la legislación ateniense referente al ejercicio de la medicina, que dio opción a las mujeres a practicar esta profesión, bajo la excusa de que favorecía la cura y sanación de aquellas que, por pudor, no querían ser visitadas por un médico varón.

Tenemos una inscripción de época helenística referente a otra mujer, Antioquia de Tlos, alabada por sus conocimientos médicos; y una estela dedicada a Fanostrate, en la que esta aparece como partera.

Y aun otra mujer médica, Metrodora (200-400?), de la que conservamos su obra en dos volúmenes *Sobre las enfermedades y cuidados de las mujeres*, que fue reseñada por autores griegos y romanos y sus obras tuvieron gran influencia en época medieval.

Pero todas ellas, como algunas otras, han quedado invisibilizadas, durante largos años, por los estudiosos de la medicina y la ciencia griega que han dedicado todos sus esfuerzos a la investigación sobre médicos varones.

Desde época griega hasta nuestros días ha sido necesario el paso de largo tiempo para que las mujeres puedan llegar a formar parte del cuadro médico como tal. Y cuando esto ocurre, en la mayoría de los casos, se idea una nueva lectura de tal hecho y se entiende como una característica más de la femineidad: la de cuidadora y garante del bienestar familiar y social.

Podemos, pues, concluir, que hubo un empoderamiento de los saberes femeninos por parte del poder masculino que se patentiza en los propios tratados médicos y que tuvo su base en la mitología creada para salvaguardar el «buen orden» de la sociedad.



Bibliografía

- ACHTERBERG, J. (1990). *Woman as healer*. London: Rider.
- BROOKE, E. (1993). *Women healers. Portraits of herbalists, physicians, and midwives*. London: The Women's Press.
- BRULÉ, P. (2001). *Les femmes grecques à l'époque classique*. Paris: Hachette.
- CALERO SECALL, I. (1999). *Consejeras, confidentes, cómplices*. Madrid: Ediciones Clásicas.
- DETIENNE, M. y VERNANT J. P. (1988) *Las artimañas de la inteligencia. La metis en la Grecia antigua*. Madrid: Taurus.
- GARCÍA GUAL, C. (1987). *La mitología: interpretaciones del pensamiento mítico*. Barcelona: Montesinos D. L.
- GÓMEZ RODRÍGUEZ, A. (2000). «Lo femenino en el pensamiento y la ciencia griega». En *Ciencia y cultura en la Grecia Antigua, clásica y helenística*. Actas Año VII.
- KIRSH, S. y KIRSH, F., (2001). *Fabulous Female Physicians*. Toronto: Second Story Press.
- MOSSÉ, C. (2001). *La mujer en la Grecia clásica*. Madrid: Nerea.
- POMEROY, S. B. (1987). *Diosas, ramerías, esposas y esclavas: mujeres en la antigüedad clásica*. Madrid: Akal.
- WOMEN IN MEDICINE (2007). Exposición en la Claude Moore Health Sciences Library. University of Virginia.
- ZARAGOZA GRAS, J. (2012). «Atenea. ¿Diosa en la esfera masculina?». En MOLAS FONT, M. D. (ed.) *De las mujeres, el poder y la guerra*. Barcelona: Icaria.

FUENTES TEXTUALES Y TRADUCCIONES

- EURÍPIDES. *Hipólito* (traducción de Carlos Miralles, 1977). Barcelona: Bosch.
- HOMERO. *La Ilíada* (traducción de M. Balasch, 1997). Barcelona: Proa.
- HOMERO. *La Odisea* (traducción de José Manuel Pabón Suárez de Urbina, 2010). Madrid: Gredos.
- PAUSANIAS. *La descripción de Grecia Libros VII-X* (traducción de M. Cruz Herrero Ingelmo, 1994). Madrid: Gredos.
- SEG = *Supplementum Epigraphicum Graecum*, 54-340, Athens.

- Tratados hipocráticos*, vol. IV, *Enfermedades de las mujeres I* (traducción de Lourdes Sanz Mingote, 1998). Madrid: Gredos.
- VV. AA. *Fragmentos de la Comedia Media* (traducción de Jordi Sanchis Llopis, Rubén Montañés Gómez y Jordi Pérez Asensio, 2007). Madrid: Gredos.

## AN INTERDISCIPLINARY APPROACH TO STUDIES OF MEDICINES<sup>1</sup>

Eliana Elisabeth Diehl

*Federal University of Santa Catarina. Department of Pharmaceutical Sciences.*

Esther Jean Langdon

*Federal University of Santa Catarina. Graduate Program in Anthropology.*

**Abstract:** Drawing on interdisciplinary dialogue, this paper analyzes the impact of primary care systems on the distribution and use of medicines among three indigenous groups in the state of Santa Catarina, Brazil between 1999 and 2009. The ethnographic data indicate that implementation of the National Indigenous Health Care Policy has reinforced biomedical structures, introducing bureaucracy, hierarchy and centralization as well as overly medicalized assistance into indigenous life.

**Keywords:** Medicines; Health Services, Indigenous; Interdisciplinary Research on Medicines; Indians, South American.

### *Un enfoque interdisciplinario para los estudios de medicamentos*

**Resumen:** A partir del diálogo interdisciplinario, analizamos el impacto de los servicios de atención primaria en la distribución y uso de medicamentos entre indígenas en Santa Catarina, Brasil, entre 1999 y 2009. Los datos etnográficos indican que después de la implementación de la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena, la estructura biomédica se ha incrementado, trayendo burocracia, jerarquía y centralización a la vida indígena, manteniendo intervenciones de asistencia hipermedicalizadora.

**Palabras claves:** Medicamentos; Servicios de Salud del Indígena; Investigación Interdisciplinaria sobre Medicamentos; Indios Sudamericanos.

<sup>1</sup> Financial support: Grant 1998 OPS - *Programa de Subvenciones para Tesis de Postgrado en Salud Pública*. Grant n. 003/2004 – MS/CNPq/SES/FAPESC. Grant n. MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT 38/2005. CAPES Foundation (Stage Postdoctoral 2013-2014).

## *Introduction*

This paper dialogues with three disciplinary fields to examine the relationship between the provision of medicines by primary health services and the use of medicines by three indigenous communities in the State of Santa Catarina, Brazil. We used ethnographic qualitative research and interdisciplinary dialogue to increase knowledge about specific realities and demonstrate that local cultures, as Robert Hahn (1999) noted, are not autonomous or independent systems. The research draws from certain theoretical and methodological aspects of anthropology, public/collective health, and pharmaceutical sciences, rather than the total framework of each. In other words, the discussion highlights elements that allow us to observe useful interfaces that can be applied to public health policy with reference to medicines.

The terms «medicines», «pharmaceuticals» and «drugs» refer to products that contain chemical substances in their isolated form and are developed industrially according to safety, efficacy, and quality requisites defined by pharmaceutical sciences. In turn, «remedy» refers to a broader category of therapeutic resources that includes teas and diverse preparations with vegetables, animals, minerals, and other substances used for healing. Medicines are a more restricted class of the broader category of «remedy».

Cooperation between anthropology and public health began in the 1950s, giving rise to medical anthropology, which combined medical care and epidemiology with ethnoscience and ethnomedicine. TROSTLE and SOMMERFELD (1996) observe that cross-disciplinary exchanges between anthropology and epidemiology lie in the appropriation and recontextualization of key social and cultural concepts and the use of multiple methodologies for achieving better descriptions and interventions. Despite decades of interdisciplinary exchange in medical anthropology, it was only in the late 1980s that anthropologists turned their attention to what is considered «the 'hard core' of biomedicine: pharmaceuticals» (VAN DER GEEST, 1988: 330). Only then did medicines, as a symbol of modern medical practice, become an important focus, particularly in research conducted in emerging and developing countries.

«Pharmaceutical anthropology» (VAN DER GEEST, WHYTE, 1988) or «anthropology of medicines», introduces new perspectives for examining the use and distribution of medicines in local contexts (VAN DER GEEST,

1987; ETKIN, ROSS, MUZZAMU, 1990; VAN DER GEEST, WHYTE, HARDON, 1996). Macropolitical and macroeconomic approaches carried out in developing countries are not sufficient for explaining why consumption of medicines is a common practice. Even in places that do not have health services, prescription medicines circulate without control and self-medication is an important care resource. Research into social interaction in local contexts for identifying patterns of prescription, distribution, consumption and evaluation of medicines will aid «greatly in the development of interventions able to change behaviors that indeed pose a threat to health» (DIEHL, RECH, 2004: 156).

From the social and cultural perspective, medicines have a specific character, since they can be eaten, injected, applied or negotiated. They objectify the illness and serve as elements for negotiation between the actors. Distribution and consumption are based on the politics of social interaction and subjective evaluations, as individuals and social groups elaborate judgments on the type, amount, and «power» of remedies they use (NICTER, VUCKOVIC, 1994). According to Van der GEEST and WHYTE (1989), «the charm of medicines» in different contexts arises from their concreteness as substances: they are things and they are commodities that become the center of political, economic, symbolic and social processes. In addition, they are present everywhere, in public health systems as well as local practices. This makes them particularly useful for considering the relationships between local and global spheres.

Research into medicines, the central object of pharmaceutical sciences<sup>2</sup>, is guided by the biomedical science epistemology and method, which is presumed to be universally applicable in all contexts and populations. Its methods focus on biological processes and individual pathologies through clinical practice and scientific research. Pharmacoepidemiological studies are composed of two complementary branches that analyse, assess, and determine the impact of medicines on human populations: pharmacovigilance and drug utilization studies<sup>3</sup> (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000). Pharmacovigilance analyses adverse reactions to

<sup>2</sup> There are areas in pharmaceutical sciences incorporating social and human perspectives to understand the role of medicines, such as social pharmacy (see HASSALI, SHAFIE, AL-HADDAD *et alii*, 2011, for more information) in several countries, and pharmaceutical assistance in Brazil (see SANTOS, 2011, for example).

<sup>3</sup> Some authors also cite pharmaceutical economics (dedicated to the economic impact and health benefits produced by pharmaceuticals) as an approach inserted in drug utilization studies (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

medicines. Drug utilization refers to the «commercialization, distribution, prescription, and use of medicines within a society, with emphasis upon resulting medical, social, and economical consequences» (WHO, 1977 *apud* OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000: 25). Research into drug use is one of the strategies for rationalizing the use of medicine. These studies examine a number of aspects, emphasizing political and economic issues, and are the basis of governmental health policies. They are also used for assessing the efficacy and efficiency of the public use of medicines and determining the positive or negative impacts (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000). However, the epidemiological approach has a biomedical perspective based on a biological, fragmented and reductionist vision of disease, on instrumental efficacy and on a mechanical explanation of how bodies and medicines function.

In spite of advances in collaborative research (HAHN, 1999), there are still large challenges for the dialogue between anthropology and health sciences. The ethnocentric position occupied by biomedicine is reflected in health policies and service implementation, which ignore the knowledge, values and experiences of the people and communities for whom these policies and services are intended. To overcome this impasse, it is necessary to recognize that biomedicine is one health care system among others (KLEINMAN, 1978) and that a plurality of care models (MENÉNDEZ, 2003) co-exist in any situation and are articulated in complementary ways by social actors. Planning and implementation of health programs must acknowledge and take into account other health practices and knowledge. This is the fundamental principle of the Brazilian National Indigenous Health Care Policy, which calls for the respect of cultural specificities in intercultural contexts.

#### *Medicines in three indigenous contexts in Santa Catarina*

In a previous article, DIEHL (2013) observes that, in comparison to other countries, there are few anthropological studies in Brazil that focus on the use and perception of medicines by ethnic or native communities. However, the existing studies demonstrate that Indigenous Peoples are dependent on medicines and on biomedicine in a broader sense. These studies also affirm that health conditions do not necessarily improve with wider access to medicines.

We explore data collected among three indigenous groups in Santa Catarina: Kaingáng, Xokleng, and Guaraní. The studies examine the role of biomedical services in access to medicines, as well as the uses that Indigenous People make of them according to Menéndez's (2003) conception of self-care. For MENÉNDEZ (2003), self-care, in its restricted sense, is the first form of care within the family and is a process that includes the knowledge and practices of the subjects and their social groups in the search to resolve problems that affect their health. In this process, the subjects and social groups apply different care models autonomously to specialists, including self-medication, that is, the use of pharmaceuticals without the direct or indirect intervention of a health professional as well as the use of herbs, alcohol, marijuana, massages, poultices and suction methods.

### *The Indigenous Peoples of the Santa Catarina state*

Santa Catarina, a state in southern Brazil, has 6,248,436 inhabitants (IBGE, 2010a). It has an indigenous population estimated at 16,041 people (IBGE, 2010b), 7,055 of whom live in Indigenous Areas (*Terra Indígena*) (IBGE, 2010c). They are identified principally as Kaingáng, Xokleng and Guaraní peoples. An important characteristic of the situation of these people is that they are in constant contact with non-indigenous societies, either because their settlements are near (or within) urban areas, or because they transit between Indigenous Areas and nearby cities.

The Kaingáng are one of the largest indigenous populations in Brazil and are found throughout the states of Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, and São Paulo. They are part of the Jê linguistic family, and most understand and speak Portuguese. Elders are generally bilingual and children are taught in their native language in school. It is important to highlight that the Kaingáng do not manifest daily practices that identify them as Indigenous, such as body painting and adornment, use of a native language, architecture, etc. This has a directly effect on the conduct of attending health teams, who perceive them as not having an ethnic distinctiveness that would make culturally competent services necessary.

In Santa Catarina, the Xokleng have been reduced to a single Indigenous Area with a total of 1,071 people (IBGE, 2010c). Similarly to the Kaingáng, they belong to the Jê linguistic family and do not use daily markers of indigenous identity, which also influences health professionals' perception of them.

The Guaraní are a large transnational population, spanning through Paraguay, Argentina, and Brazil. They belong to the Tupí-Guaraní linguistic family. In Brazil, they are located in Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo and Mato Grosso do Sul subdivided into the groups Kaiowá, Mbyá, and Nhandeva. The Guaraní Mbyá predominate in Santa Catarina, with an estimated population of 500 people who are dispersed along the coast in several small communities that do not have, for the most part, official recognition as Indigenous Areas (IBGE, 2010c). The Guaraní are culturally more conservative, maintaining their native language and ritual practices. Portuguese is introduced in the villages' schools.

### *Field work research*

Research among the Kaingáng was conducted in the Center village of the Xapecó Indigenous Area during 7 months between 1999 and 2000 (DIEHL, 2001) and for 6 weeks in 2007-2008. Eleven weeks of research were conducted among the Xokleng of the Ibirama-Laklânõ Indigenous Area in 2008 and 2009 under the coordination of an anthropologist (DIEHL, ALMEIDA, 2012). Field work with the Guaraní was conducted for 15 weeks between 2006 and 2008 at Morro dos Cavalos Indigenous Area by the first author and a Master's student (DIEHL, GRASSI, 2010). Participant observation and directed informal conversations on health-illness-care processes were conducted in different situations, such as in family homes, health care services and health-related meetings. In two periods (research among the Kaingáng in 1990/2000 and among the Guaraní in 2008) it was possible to record data on prescriptions made by physicians; in the 1999/2000 study, distribution of medicines by the health post workers without a physician's prescription was also recorded. Surveys of «home pharmacies» were made in all periods. Demographic data were recorded as well as the quantity and classification of medicines stored by the families and the conditions and location of storage. Interviewees were asked who indicated the medicine (physician, other health professional, family or neighbor) as well as whether it was received from the health services, purchased by the family or donated by others. Analysis of home pharmacies was based on a data base with an Excel® spreadsheet and frequency and percentage calculations using the Statistical Package for



the Social Sciences® (SPSS) software. Medicines were classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) index of the World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, identifying the therapeutic subgroup and chemical substance. The broader analysis considered prescription, distribution and/or use of medicines, health service organization and social and political organization in all three Indigenous Areas. The study was approved by the local Ethics Committee for Research, the National Research Ethics Commission (*Comissão Nacional de Ética em Pesquisa* – CONEP) and the National Indian Foundation (*Fundação Nacional do Índio* – FUNAI).

Most research was conducted after implementation of the Subsystem of Indigenous Health in 1999, which increased funding for primary services and medicines. The Subsystem delivers primary care through 34 Special Indigenous Health Districts (*Distritos Sanitários Especiais Indígenas* – DSEI). Primary care is provided in Indigenous Areas by Multidisciplinary Teams for Indigenous Health. More complex cases are referred to the larger network of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS), of which the Subsystem is a part. The National Policy of Health Care for Indigenous Peoples (*Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* – PNASPI) has the principle of «differentiated attention» along with universal, equal, integral care and community participation that are the basis of SUS. Differentiated attention should permeate every health action and is defined as «*respect for conceptions, values, and practices related to the illness-health process and the various specialists that are particular to each Indigenous society*» (BRASIL, 2002: 18). Studies have demonstrated that the definition and operationalization of differentiated attention are confusing and ambiguous. It has been found that within this scenario, health professionals do not connect biomedicine and traditional practices and the autonomous democratic participation by Indigenous Peoples is not yet a reality (DIEHL, LANGDON, 2015, 2018).

#### *Medicines among the Kaingáng: Xaçecó Indigenous Area*

In 1999 and early 2000, there was a single health post «Infirmery» (*Enfermaria*), located in Center village, that attended those seeking health advice. The permanent staff included two auxiliary nurses and three attendant nurses, one of whom was the *Enfermaria's* coordinator and who

had close ties to Kaingáng political hierarchy. Physicians and a dentist made weekly visits to attend patients. A wide variety of medicines were distributed free of cost and were stored in a separate room.

After 2000, primary care was organized by the Subsystem model, with Multidisciplinary Teams for Indigenous Health (*Equipes Multiprofissionais de Atenção Básica à Saúde Indígena* – EMSI) composed of a physician, a dentist, a nurse, and/or nurse technicians and aides, Indigenous health agents (*agentes indígenas de saúde* – AIS) and Indigenous sanitation agents (*agentes indígenas de saneamento* – AISAN). At a later stage, the teams incorporated a nutritionist and a dental aide. There was a high turnover of Multidisciplinary Team staff due to contracting and salary differences. The teams were contracted by two municipalities (*Ipaçu* and *Entre Rios*) in which the Xapecó Indigenous Area was located, as well as by an Indigenous Non-Governmental Organization (NGO) between 2003 and 2008.

A total of 31 people were part of the Multidisciplinary Team in 2007 and 2008 who provided health care in Center village. In addition to the health team, there were three general service assistants hired by the municipality and five drivers. A building was constructed in Center village to house the main health post, with space for a pharmacy and a larger store room. During the research period there was no coordinator. Two smaller health posts were located in the villages of *Pinhalzinho* and *Fazenda São José*.

The main activities were: medical and dental consultations, Papanicolaou smear collection (Pap smear test), weighing, monitoring of hypertension and diabetes, dressing wounds, nebulizing, referrals to specialists and hospitalization, immunization, monitoring of diet and nutritional surveillance system and delivery of medicines.

In the study of 1999/2000, it was observed that medications were widely distributed by the Infirmary. In one month, the physicians prescribed medicines for 85% of patient visits. At times nurse attendants and aides distributed medicines not prescribed by the physician, making a total of 417 medicines in one month. When we analyzed the medical prescriptions, distribution of medicines without prescription by the aide and attending nursing staff, and medicines found in the «home pharmacies» (See Table 1 for «home pharmacy» details), we found that therapeutic subgroups such as antibacterials, analgesics, anti-inflammatory/antirheumatic products, anthelmintics and drugs for obstructive airway diseases (anti-asthmatic medicines) were the most common. In addition, a significant quantity of antiepileptics and psycholeptics (anxiolytic) was found.

The distribution of medicines in the health post was often influenced by the coordinator/nurse attendant based on her assessment of the patient's condition and previous knowledge and experience. In addition, her political connections in the community resulted in power struggles and conflicts with the non-indigenous health professionals in superior positions, and she used her authority to influence the sequence of patients who were attended as well as request prescriptions for psychotropic medicines (anxiolytics, antidepressants and antiepileptics) without the patient being present. Conflicts were evident in the distribution of medicines. Doctor's prescriptions were altered or substituted depending on availability and/or the personal experience of the nurse attendant in charge. For example, paracetamol was substituted with metamizole and ampicillin prescriptions every 6 hours were changed to dosages every 8 hours because the nurse attendant considered 4 doses a day to be too strong.

In 2007 and 2008, medical consultations continued to be based on spontaneous demand and were mainly for acute respiratory infection, diarrhea, malnutrition, parasitic infections, skin diseases, and hypertension. Although field observation indicated evidence of alcohol abuse and sexually transmitted diseases, these conditions were not motives for spontaneous demand and there was no registered epidemiological profile. When the «home pharmacies» (Table 1) were analyzed, medicines continued to be amply provided and their distribution reflected the illnesses presented in the health posts. There was also evidence of a rising distribution of medicines by the health services as well as an increase in self-medication. With the increase of health post staff, there was no longer evidence of a single worker exerting control over the distribution.

The Kaingáng sought biomedical services and medicines, as well as traditional specialists and «forest remedies». They used the Kaingáng term *venh-kagta* to designate both pharmaceuticals (*remédios da farmácia* – pharmacy remedy) and forest remedies (*remédios do mato*). According to an elder, «*Venh-kagta* means medicines. (...) First you say *venh-kagta*, then you say what it's for; and when it's a pharmacy remedy the name of the prescription is added». Evaluations of patient's «strength» and diet requirements are associated with the use of remedies and medicines. For the Kaingáng, to be strong is to be healthy; to be weak brings illness as a consequence. The power of remedies is judged by type and amount. A Kaingáng told us that any remedy «*is okay if you know how to take it - you just can't overdo it*». One of the collaborators stated that she

interrupts use when she observes improvement or recovery. A Kaingáng healer (*curandeira*) indicated that the power of a remedy is related to the quantity used, for both pharmacy and forest remedies. Another woman considered pharmacy medicines to be much stronger than forest remedies.

«White man's» food is perceived to be a main cause of the current generalized physical weakness of the Kaingáng, which in turn is a cause of other health problems. The use of forest remedies always requires a specific diet. In the case of medicines from the pharmacy, this is only true if the physician indicates it.

Qualities of color, odor, and flavor are used to assess the efficacy of a medicine or remedy. Generic medicines or those without a box are seen as less efficacious than familiar commercial brands. Injections or other forms of application were assessed according to faster or slower healing power. Injections are perceived as stronger than pills or drops, but a faster effect can cause limb stiffening and pain that impedes physical activity or causes other illnesses. This ambiguous character of injections is possibly due to alteration or abandonment of the treatment. Anthelmintics were not considered good, since «they don't show the worms in the work», that is, the parasites are not seen in feces after taking the medicine. One Kaingáng mother indicated that she uses ampicillin and amoxicillin, both antibacterials, for the flu. However, in cases of flu with fever, she used amoxicillin, and ampicillin in the case of no fever. She also considered erythromycin, another antibacterial, to be basically the same thing as Ampicillin. This mother's experience with medicines allowed her to judge the strength of these antibacterials: «The strongest, the strongest would be... I think it'd be amoxicillin, the right one. I think. I don't know. It's because amoxicillin... it is... I think it's the best, amoxicillin over ampicillin or erythromycin».

Medicines among the Xokleng: Ibirama-Laklãnõ Indigenous Area

The Multidisciplinary Team for Indigenous Health, contracted by a non-indigenous NGO, included a physician, dentist, nurse, nurse technicians, indigenous health agents, and indigenous sanitation agents. The team visited the Indigenous Area's 7 villages attending to spontaneous demands of diarrhea, the common cold, headaches, and body aches, among other ailments. In addition, they monitored diabetes and hypertension cases and other cases requiring continuous or controlled medicines. Sexually transmissible diseases were diagnosed, and five people were identified as HIV positive in 2007.

The local health posts acted primarily as triage for general demands. In addition, they performed prenatal examinations of pregnant women and Pap smear tests to prevent cervical cancer; children ages 0-5 were weighed; and daily procedures such as dressing wounds, medicine delivery, injections, and referral to more complex SUS or hospital internment services, among others. They also participated in vaccination campaigns.

Medicines were readily available in the village health posts, with an additional supply in the *Polo-Base* pharmacy. Supply was determined by a list of basic medicines established by the non-indigenous NGO and the Brazilian National Health Foundation (*Fundação Nacional de Saúde* – FUNASA) with approximately 150 classes. When necessary, additional medicines were acquired through a contract between the NGO and a pharmacy in the city of Ibirama. The «home pharmacy» survey was conducted in only one Xokleng village and information about the medicines stored in households is shown in Table 2.

Many of the containers of the medicines in the Xokleng «home pharmacies» were not opened or showed little consumption. This is related to both their practices of consumption as well as the circulation of medicines within the different families and self-medication practices. Once symptoms disappeared, treatment was abandoned and the remaining medicine stored. Due to delays in obtaining medicines not available in *Polo-Base*, the medicine was often delivered after the problem had disappeared or been resolved. Other reasons for storing medicines distributed by the health post included packaging changes for name-brand medicines and provision of generic or equivalent formulas. When the physician changed the prescription, some patients stored the new medicine and continued with the previous, even when it was necessary to purchase it. Medicines perceived to cause uncomfortable side-effects were often abandoned, and the patient would return to the health post for a new consultation and different prescription. Unused medicines stored in the home pharmacy were offered to relatives or friends, based on experience and recognition of symptoms common to a previous diagnosis. Thus, the circulation of medicines reinforced social ties and enabled direct access to them without a physician's prescription. Research conducted in the 1980s, a period when there was a paucity of health services and medicines, documented the practice of self-medication and circulation of purchased medicines (Langdon, Rojas, 1991).

Among the Xokleng, the non-indigenous health-post workers were gradually replaced by indigenous workers who were Xokleng trained as

health professionals and contracted in order to satisfy the demand for more and specialized health services and greater indigenous participation. Indigenous nurse technicians came to administrate the health posts and take on the responsibility for maintaining them. Xokleng leadership closely monitored health post and staff activity, and when individuals were dissatisfied they appealed to the leaders to control the services. Consequently, the indigenous health care professionals were torn between employer demands and the demands of the local networks of which they were a part. For example, indigenous health post workers were expected to meet community norms of generosity and were under constant pressure to distribute medicines. On the other hand, the official system pressured them to exert rigorous control over pharmaceutical distribution.

Not only did the Xokleng monitor and attempt to control primary services, but they also demanded the best biomedical treatment available, demanding specialized services, complex exams and sophisticated medicines. They blamed illnesses and deaths on the Subsystem, accusing it of not providing sufficient medical teams and also for the lack of transportation and medicines. Consequently, the health posts reproduced conventional biomedical health care, even when administered by indigenous professionals.

#### *Medicines among the Guaraní: Morro dos Cavalos Indigenous Area*

The Multidisciplinary Teams for Indigenous Health, hired by the same non-indigenous NGO working with the Xokleng, was comprised of a physician, dentist, nurse, nursing technicians, indigenous health agents, and indigenous sanitation agents. This team visited the health post once a week in the only village within the Indigenous Area (population of approximately 120 people). The Guaraní consulted the health post for various complaints, such as the flu, coughs, and diarrhea, and most of the medicines found in their homes were for these ailments. Other motives to seek health care services that we observed and the Guaraní reported included curiosity, the personal attention given by the health team, and an opportunity to meet neighbors and relatives. Thus, the health post served as a socializing space. In addition, they were very in favor of the health services provided by the Subsystem and not SUS, because they

did not have to stand in line as they would in the neighboring municipal health centers.

Prescriptions made by the health team physician for the Guaraní were recorded during the six months of the field work. Between January and June 2008, the physician was present in the health team's 17 visits to the village. A total of 236 consultations were made for a total of 109 people, and 48.7% of these were children from 0-14 years old. A total of 458 medicines were prescribed. The predominating therapeutic classes were preparations for the common cold and coughs (17.5%), primarily ambroxol (13.5%); analgesics (14.2%), paracetamol (7.4%) and mainly metamizole (6.8%); anthelmintics (11.8%), principally albendazole (10.3%); antibacterials (11.4%), mainly azithromycin (6.3%); and anti-inflammatory and anti-rheumatic medicines (7.9%), principally diclofenac (4.4%).

As can be seen in Table 3, which shows the medicines found in the «home pharmacy» surveys, patterns of consumption and distribution were markedly different for the Guaraní. The first choice in the therapeutic itinerary was the *karai* (their spiritual leader) for diagnosis and indication of the therapeutic resource. Illnesses were generally classified by cause – from the spirits and from *djuruá* referring to the origin being contact with the surrounding non-indigenous society. Spiritual causes are related to improper relations with the natural environment, social conflict and harmful thoughts. Only the *karai* can confirm an illness's origin, although almost all adults recognize certain manifestations as indications of *djuruá* illness. When sickness occurs, the *karai* is the first option for diagnosis. After diagnosis by the *karai*, medicines can be sought for *djuruá* illnesses. It is important to observe that the etiological distinction between *djuruá* and spiritual illnesses does not necessarily determine the choice of remedy. The choice depends more upon factors of the specific situation and local context, independent of the etiological category.

The Guaraní justified their use of medicines by the lack of native remedies due to environmental degradation and the small size of their territory, which is on the perimeter of an urban area. As seen in Table 3, most medicines were prescribed by the health team physician and were obtained from the health post or Polo-Base. Although they purchased some medicines from local pharmacies, as did the other indigenous groups, we did not document the circulation of unused medicines as found among the Xokleng.

Medicines to treat the flu, coughs, and diarrhea among other physical symptoms were recognized as efficacious. A number of Guaraní stated that they interrupted treatment when their health state improved. In addition, many were reluctant to initiate treatment when informed of adverse effects by the health care professionals.

#### *Final remarks*

The interdisciplinary research approach that combines an ethnographic method with surveys characteristic of public health and pharmaceutical sciences, demonstrates that local contexts of distribution and use of medicines are influenced by different political, economic and social realities.

In the case of the three indigenous groups examined here, the research indicates that access to medicines was facilitated by the free distribution by the official health system (both before and after the establishment of the Subsystem) as well as self-medication stimulated by the circulation of unused medicines among relatives. This was particularly true for the Kaingáng and Xokleng. Analysis of the family pharmacies and stored medicines demonstrated that in these two groups, the access, prescription and demand mutually fed back on each other to increase the use of medicines. The Guaraní do not connect with medicines so freely and continue to depend more heavily on their traditional system. In addition, the analysis of the use and distribution of medicines before and after the creation of the Subsystem demonstrated that in the first period, distribution was marked by the micropolitical relations of the health post, while in the second period it appears to be characterized more by individual demands with less interference from the indigenous health professional. The Xokleng, on the other hand, showed greater autonomy in the Subsystem, exercising control over the services and access to its technologies.

Our data indicate that the structure, organization, and operationalization of health services and actions under the Subsystem and the Special Indigenous Health Districts has contributed to intense use of medications and knowledges by the indigenous groups studied. Biomedicine is a central protagonist in this intercultural context in stimulating demand, distribution and use of its medicines. However, health professionals do not respond in a reciprocal way as they fail to observe the principle of differentiated attention through a connection with indigenous health practices in these different local contexts. Drawing from interdisciplinary research, ethnographic data indicate that problems



are primarily related to the lack of preparation of managers and health care professionals to act in inter-ethnic contexts, bureaucratic organizational rationalities and the local and regional relations marked by prejudice. Health practices are strongly institutionalized and bureaucratized by the hegemony of the biomedical model. In the meantime, the indigenous people continue to benefit from the new opportunities and increased supplies of medicines, using them as they see appropriate.

The study of medicines in local contexts demonstrates that medical practices in intercultural contexts are a function of the interaction between different social actors. The approach of health care professionals is strongly embedded in notions of biomedical rationality and efficacy, ignoring that indigenous people use and appropriate medicines guided by their own local knowledge and perception. Power disputes interfere with services and the distribution of medicines, and there are also broader political and economic influences.

Anthropological approaches for researching medicines are important to further understand the role and use of medicines in different societies. Our studies have demonstrated that the plurality of available therapies for Indigenous Peoples allows them to combine care resources, thus evidencing the use of medicines in self-care practices. In addition, medicines can provide privileged insight into understanding the insertion of biomedicine, since they occupy a notable space in daily life.

It is fundamental that hyper-medicalization among people (indigenous or not) is understood not as an isolated act in seeking health care but as a relational process including actions by subjects and collective groups, as well as by the different healing specialists intervening in the process. The use and distribution of medicines by both professionals and patients does not follow the rational normative model as expected by biomedicine, but is subject to negotiations in the context of health policies, asymmetric relations between the actors, and indigenous agency in the perceptions and appropriation of medicines. As YODER (1997) highlights, interventions that propose behavioral changes, such as the rational use of medications, often fail, because they ignore existing subjective perceptions and social relations that determine the use and distribution of medicine. It is necessary to go beyond the biomedical rationality and recognize the elements at play in the interactions between the health sectors and the actors involved. In this sense, interventions including public health actions should be considered processes of social and cultural exchange (HAHN 1999), in which the community, patients, and their families are active participants.

Table 1 – Medicines in the «Home pharmacy» survey of the Kaingáng village.

Period of research/ Number of households	Households with medicines (%)	Units found (n)	Therapeutic subgroup/% of most common	Chemical substance/% of most common	How obtained/%	Source obtained/%			
1999-2000/190 (100% of all households)	71	525	Antibacterials/21.7	Sulfamethoxazole + trimethoprim/7.2 Erythromycin/4.4 Ampicillin/3.8	Prescription/59.2 Other professionals/29.5 Self-Medication*/5.0	Health services/82.7 Pharmacy**/11.6			
			Analgesics/14.7	Metamizole/8.6					
			Anti-inflammatory and antirheumatic/4.8	Diclofenac/4.4					
			Anthelmintics/6.3	Mebendazole/4.4					
			Antiasthmatic/5.3	Salbutamol/4.0					
			Antianemic/3.0	Ferrous sulfate/2.5					
			Antiepileptics/1.9	Phenobarbital/0.8 Phenytoin/0.8					
			Psycholeptics/1.9	Diazepam/1.9					
			2007/150 (50% of all households)	100	568	Analgesics/19.7	Metamizole/11.1 Paracetamol/7.4	Prescription/79.9 Other professionals/14.2 Self-medication*/5.8	Health services/88.0 Pharmacy**/11.7

Period of research/ Number of households	Households with medicines (%)	Units found (n)	Therapeutic subgroup/% of most common	Chemical substance/% of most common	How obtained/%	Source obtained/%
			Antibacterials/13.9	Amoxicillin/5.3 Cefalexin/3.3 Sulfamethoxazole + trimethoprim/1.8 Erythromycin/0.5		
			Antiinflammatory and antirheumatic/8.8	Diclofenac/5.6		
			Cough and cold preparations/7.7	Ambroxol/3.0		
			Antihypertensives/5.1	Captopril/2.3 Methyldopa/1.1 Propranolol/0.9		
			Antianemic/4.0	Ferrous sulfate/3.0		
			Anthelmintics/1.4	Mebendazole/1.1		
			Antiepileptics/2.1	Carbamazepine/0.7 Phenobarbital/0.7		
			Psycholeptics/1.0	Diazepam/0.7		
			Psychoanaleptics/0.5	Amitriptyline/0.3		

Period of research/ Number of households	Households with medicines (%)	Units found (n)	Therapeutic subgroup/% of most common	Chemical substance/% of most common	How obtained/%	Source obtained/%
2008/150 (50% of all households)	100	395	Analgesics/20.8	Metamizole/12.1 Paracetamol/7.7	Prescription/69,9 Other professionals/5.3 Self-medication*/24.5	Health services/92.2 Pharmacy**/2.9
			Antiinflammatory and antirheumatic/12.6	Diclofenac/9.0		
			Antibacterials/10.6	Amoxicillin/2.7 Ampicillin/2.4 Cefalexin/2.4 Sulfamethoxazole + trimethoprim/1.7		
			Antihypertensives/6.1%	Captopril/2.4 Methyldopa/1.0		
			Antianemic/2.7	Ferrous sulfate/1.7		
			Cough and cold preparations/1.9	Carbocisteine/1.5		
			Antiepileptics/0.6	Carbamazepine/0.2 Phenobarbital/0.2		
			Psychoanaesthetics/0.7	Amitriptyline/0.7		

\* Self-medication: medicine selected by the interviewee or by the family and/or neighbor.

\*\* Health services indicates free distribution; pharmacy indicates purchase.

Table 2 – Medicines in the «Home pharmacy» survey of the Xokleng village.

Period of research/ Number of households	Households with medicines (%)	Units found (n)	Therapeutic subgroup/% of most common	Chemical substance/% of most common	How obtained/%	Source obtained/%
2008-2009/40 (95% of all households)	100	568	Analgesics/12.7	Metamizole/6.1 Paracetamol/4.6	Prescription/67.1 Other professionals/6.2 Self-medication*/6.6	Health services/75.9 Pharmacy**/7.5 Donation/4.4
Antibacterials/10.7						
Amoxicillin/2.4						
Cefalexin/2.4						
Sulfamethoxazole + trimethoprim/1.3						
Azithromycin /1.1						
Ciprofloxacin/1.1						
Drugs for functional gastrointestinal disorders/10.7						
Butylscopolamine and analgesics/3.1						
Butylscopolamine/2.2						
Metoclopramide/2.2						
Antiinflammatory and antirheumatic/10.7						
Diclofenac/5.0						
Nimesulide/2.2						
Cough and cold preparations/3.0						
Ambroxol/2.6						
Antihypertensives/5.1						
Captopril/2.3						
Methyldopa/1.1						
Propranolol/0.9						

Period of research/ Number of households	Households with medicines (%)	Units found (n)	Therapeutic subgroup/% of most common	Chemical substance/% of most common	How obtained/%	Source obtained/%
			Antianemic/4.0	Ferrous sulfate/3.0		
			Anthelmintics/1.4	Mebendazole/1.1		
			Psychoanaesthetics/1.5	Citalopram/0.7 Fluoxetine/0.4		

\* Self-medication: medicine selected by the interviewee or by the family and/or neighbor.

\*\* Health services indicates free distribution; pharmacy indicates purchase.

Table 3 – Medicines in the «Home pharmacy» survey of the Guarani village.

Period of re-search/Number of households	Households with medicines (%)	Units found (n)	Therapeutic subgroup/% of most common	Chemical substance/% of most common	How obtained/%	Source obtained/%
2006/9 (50% of all households)	88.9	38	Analgesics/18.4	Paracetamol/13.2 Metamizole/5.2	Prescription/84.2 Other professionals/7.9 Self-Medication*/7.9	Health services/92.1 Pharmacy**/7.9
			Cough and cold preparations/18.4	Ambroxol/18.4		
2007/20 (100% of households)	75	45	Antianemic/10.5	Ferrous sulfate/10.5		
			Antibacterials/10.5	Amoxicillin/5.3 Cefalexin/2.6 Ampicillin/2.6		
			Antiinflammatory and antirheumatic/5.4	Diclofenac/5.4		
			Analgesics/15.6	Metamizole/8.9 Paracetamol/6.7	Prescription/74.5 Other professionals/6.7 Self-medication*/8.9	Health services/84.4 Pharmacy**/11.1

2008/19 (100% of households)	52.6	22	Cough and cold preparations/13.3	Ambroxol/13.3	Prescription/95.5 Other professionals/4.5 Self-medication*/0.0	Health services/95.5 Pharmacy**/4.5
			Antibacterials/13.3	Amoxicillin/4.4 Azithromycin/4.4		
			Antiinflammatory and antirheumatic/11.1	Diclofenac/8.9		
2008/19 (100% of households)	52.6	22	Antianemic/22.7	Ferrous sulfate/18.2	Prescription/95.5 Other professionals/4.5 Self-medication*/0.0	Health services/95.5 Pharmacy**/4.5
			Analgesics/18.2	Metamizole/9.1 Paracetamol/9.1		
			Cough and cold preparations/9.1	Ambroxol/9.1		

\* Self-medication: medicine selected by the interviewee or by the family and/or neighbor.

\*\* Health services indicates free distribution; pharmacy indicates purchase.



References

- BRASIL (2002) *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- DIEHL, E. E.. (2001) *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng* (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). (Doctoral Thesis in Public Health). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- DIEHL, E.E. (2013) «Etnofarmacologia e antropologia dos medicamentos em contextos indígenas». En HAVERROTH, M. (org.), *Etnobiologia e Saúde de Povos Indígenas* (pp. 65-100). Recife: NUPEEA.
- DIEHL, E.E. y RECH N. (2004) «Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia». En LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (orgs.), *Saúde dos Povos Indígenas – reflexões sobre antropologia participativa* (pp. 117-135). Rio de Janeiro: Contracapa/ABA.
- DIEHL, E.E. y GRASSI, F. (2010) «Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil». *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (8), 1549-1560.
- DIEHL, E.E. y ALMEIDA, L.K. (2012) «Medicamentos em contexto local indígena: A «farmácia caseira» Xokleng, Santa Catarina». *R@U: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCAR*, 4 (1), 189-206.
- DIEHL, E.E. y LANGDON, E.J. (2015) «Transformações na atenção à saúde Indígena: Tensões e negociações em um contexto Indígena brasileiro». *Revista Universitas Humanística*, 80, 213–236.
- DIEHL, E.E. y LANGDON, E.J. (2018) «Indigenous participation in primary care services in Brazil: Autonomy or bureaucratization?» *Regions and Cohesion*, 8(1), 56-78.
- ETKIN, N.L.; ROSS, P.J. y MUZZAMU, I. (1990) «The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland». *Social Science and Medicine*, 30 (8), 919-928.
- HAHN, R.A. (1999) «Anthropology and the enhancement of Public Health practice». En HAHN, R. A. (ed.) *Anthropology in Public Health— Bridging differences in culture and society* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.

- HASSALI, M.A.; SHAFIE, A.A.; AL-HADDAD, M.S. *et alii* (2011) «Social pharmacy as a field of study: the needs and challenges in global pharmacy education». *Res. Social Adm. Pharm.*, 7 (4), 415-420.
- IBGE. (2010a) *Sinopse do Censo Demográfico 2010* – Santa Catarina. <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=42&dados=11>>. [Accessed on 20/06/2013].
- IBGE. (2010b) *Os indígenas no Censo Demográfico 2010* – primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. <[http://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena\\_censo2010.pdf](http://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf)>. [Accessed on 20/06/2013].
- IBGE. (2010c) *Tabela 3.1 - Pessoas residentes em terras indígenas, por condição de indígena, segundo as Unidades da Federação e as terras indígenas – Brasil – 2010*. [ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Caracteristicas\\_Gerais\\_dos\\_Indigenas/pdf/tab\\_3\\_01.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_dos_Indigenas/pdf/tab_3_01.pdf). [Accessed on 15/05/2013].
- KLEINMAN, A. (1978) «Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems». *Social Science and Medicine*, 12 (2B), 85-93.
- LANGDON, E.J. y ROJAS, B.G. (1991) Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Area Indígena Ibirama (SC). In SANTOS, S.C. (org.), «A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena». *Boletim de Ciências Sociais*, 51/51, 65-89.
- MENÉNDEZ, E. (2003) «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-208.
- NICHTER, M. y VUCKOVIC, N. (1994) «Understanding medication in the context of social transformation». In N. L. ETKIN, M.L. TAN (eds.), *Medicines: Meanings and Contexts* (pp. 285-303). Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University of Amsterdam.
- OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. (2000) *Estudos de utilização de medicamentos: Noções básicas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- SANTOS, R.I. (2011) *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. (Doctoral Thesis in Pharmacy). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- TROSTLE, J. y SOMMERFELD, J. (1996) «Medical anthropology and epidemiology». *Annual Review of Anthropology*, 25, 253-274.

- VAN DER GEEST, S. (1987) «Pharmaceutical in the Third World: the local perspective». *Social Science and Medicine*, 25 (3), 273-76.
- VAN DER GEEST, S. (1988) «Pharmaceutical Anthropology: Perspectives for Research and Application». En S. VAN DER GEEST, S. WHYTE (eds.), *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology* (pp. 329-66). Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. (1988) *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S. (1989) «The charm of medicines: metaphors end metonyms». *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4), 345-367.
- VAN DER GEEST, S. y WHYTE, S.; HARDON, A. (1996) «The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach». *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-78.
- YODER, P.S. (1997) «Negotiating relevance: belief, knowledge, and practice in international health projects». *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (2), 131-146.



## EL PROBLEMA DE LOS ANTIBIÓTICOS: ¿UN NUEVO PROBLEMA SOCIAL?

Cristina Moreno Lozano

*Universitat Rovira i Virgili-Medical Anthropology Research Centre (URV-MARC)*

**Resumen:** Hablar de antibióticos es referirnos a uno de los cimientos de la biomedicina: esa *bala mágica* que ha acompañado a nuestras sociedades durante décadas en sus dolencias más triviales y aquellas más comprometedoras. Aquí consideramos de manera muy general cuál es el llamado «problema del antibiótico» para la sociedad actual, y cómo pueden las ciencias sociales adentrarse en el análisis sociocultural de este objeto-concepto de la *materia médica*, este material fundamental de la biomedicina como la conocemos actualmente en la mayoría de sistemas médicos en Occidente y otras partes del mundo. El «uso racional» de antibióticos, el problema de la automedicación o la venta sin receta, la amenaza de la resistencia antimicrobiana, el consumo y comercialización de probióticos o el uso de antibióticos en la economía agroalimentaria son ya temáticas de gran importancia para la salud. Y ¿para la investigación antropológica?

¿Es el «problema del antibiótico» uno de naturaleza sociocultural? ¿Tiene interés el antibiótico para la antropología médica? ¿Desde qué ángulo deseamos situar la mirada etnográfica para observar este (¿nuevo?) problema? Podríamos aventurarnos a decir que el antibiótico es uno de los medicamentos con más larga trayectoria dentro de la biomedicina desde mediados del siglo xx. Sin embargo, las ciencias sociales, y la antropología médica en particular, han dejado un tanto olvidada su relación con la experiencia humana del proceso de salud/enfermedad/atención. Este capítulo no es un rescate etnográfico de este medicamento; sino más bien un ejercicio reflexivo crítico realizado desde los intersticios de la biología y la antropología, acerca de, por una parte, el porqué de este olvido, y, por otra, las posibilidades que la etnografía tiene por ofrecer en una investiga-

ción social sobre las vidas sociales del antibiótico, las relaciones entre seres humanos y microbios, y el análisis de los discursos y las prácticas sociales alrededor de la enfermedad contagiosa.

**Palabras clave:** antibióticos, antropología farmacéutica, resistencia microbiana, sociología de la ciencia, racionalidad, método etnográfico.

*The problem with antibiotics: a novel social problem?*

**Abstract:** To speak about antibiotics is to refer to one of the pillars of biomedicine as we know it today: that *magic bullet* that has accompanied our societies for decades in their most trivial and most compromising illnesses. Here we will broadly consider how the so-called «problem of antibiotics» is given meaning in our societies. We will also discuss how social science can enter the socio-cultural analysis of this valuable object-concept of *materia medica*; a fundamental material part of today's biomedical systems around the world. «Rational use» of antibiotics, self-medication without prescription, the threat of antimicrobial resistance, the commercialization of probiotics or the use of antibiotics in the food industry will be, already are themes of great importance to healthcare. But, what place do they have in anthropological investigation?

Is the «problem of antibiotics» one of socio-cultural nature? Is the antibiotic interesting to medical anthropology? From which viewpoint do we wish to situate our ethnographic gaze to observe this (new?) problem? We could say that the antibiotic is one of the medicines with the largest presence in the practice of biomedicine since the mid-Twentieth Century. However, social science in general, and medical anthropology in particular, have left somehow forgotten its relationship with the human experience of the process of health/illness/care. This chapter won't be an ethnographic rescue of the antibiotics; rather, it acts as a critical reflective exercise, built within the interstices of biology and anthropology. It will be about, on one hand, the reasons for this long-lasting overlooking. On the other hand, it explores some of the possibilities the ethnographic method offers to a social investigation about the social lives of antibiotics, the relationships between humans and microbes, and the analysis of the discourses and social practices around infectious disease.

**Keywords:** antibiotics, pharmaceutical anthropology, antimicrobial resistance, sociology of science, rationality, ethnographic method.

### *Introducción*

Sugerir un análisis del lugar del antibiótico en la sociedad y la cultura supone un ejercicio de abstracción importante. Este no es un medicamento cualquiera: su trayectoria de vida, su historia y su relación con la vida cotidiana y el cuidado clínico son un tanto singulares. El antibiótico está profundamente incorporado en nuestras experiencias de la enfermedad contagiosa, así como los procesos y prácticas de salud/enfermedad/atención en relación con esta. También tiene una presencia muy notable en la propia investigación biomédica. Animarse a tomarlo como un problema social, como un objeto de estudio para las ciencias sociales, requiere un preámbulo, una reflexión preparatoria (y no solo preparatoria, sino más bien una continuada en el tiempo) sobre qué puede ser «el problema del antibiótico» al que nos queremos acercar. Estas páginas muestran una aproximación fruto del proceso de aprendizaje de la biología humana y la reciente iniciación en la antropología médica en la Universitat Rovira i Virgili (URV). Se trata de un diálogo que se alterna entre la biología y la antropología, las dos ramas de conocimiento dentro de las que se perfila mi investigación. Esta escucha bilateral —con cierta e imprescindible influencia de la filosofía de la ciencia y el enfoque ciencia, tecnología y sociedad (CTS)— me ha venido proporcionando espacios de confluencia y de conflicto, con nuevas preguntas y lecturas teóricas de este importante objeto material de la biomedicina, que han dado lugar a una continuada especulación sobre cómo acercarme al tema de investigación y qué es el antibiótico para nuestras sociedades y culturas. Finalmente, lo que aquí se explorará es cómo podríamos empezar a problematizar el antibiótico y el cuidado de la enfermedad contagiosa como hechos socioculturales, aspectos imprescindibles para la antropología de la biomedicina.

### *¿Qué es el antibiótico?*

Este es precisamente el interrogante fundamental con el que emprender un acercamiento a esta cuestión. En su definición biológica, es una sustancia química de origen natural, producida por ciertos microorganismos, cuya actividad puede inhibir o imposibilitar el crecimiento o el desarrollo de otros microorganismos presentes en el mismo medio. Además, sabemos que se trata de un objeto material de la biomedicina. Su presencia en la historia de la biomedicina a nivel global es de unos setenta

años<sup>1</sup>. Ocupa un lugar excepcional en el grueso de la *materia médica* en uso vigente. Además, es también objeto importante dentro otras actividades humanas profesionales y comerciales relacionadas con la salud, como la farmacia, el desarrollo industrial farmacéutico y la práctica científica experimental.

En 1929 el doctor británico Alexander Fleming descubrió la sustancia química llamada *penicilina* —el primer antibiótico por excelencia, después vendrían muchos otros, como la eritromicina, la tetraciclina o el cloranfenicol—. El antibiótico fue desde entonces poco a poco conceptualizándose como un remedio (con forma de pastilla, inyección u otros formatos) esencial en el recetario y el botiquín del hogar. Pero, siguiendo lo que Bruno LATOUR preguntara acerca de Louis Pasteur en su obra *La pasteurización de Francia* (1989), ¿existían los antibióticos antes de Alexander Fleming? Para adentrarse en esta pregunta, hemos de considerar más en profundidad qué es el antibiótico. Etimológicamente, la palabra proviene del griego *anti-*, «en contra», y *biotikos-*, «dado a la vida». Antivida. El proceso de la *antibiosis* —así se llama la acción de una sustancia antibiótica creada por un (micro)organismo y dirigida a otro— es un fenómeno metabólico presente no solo en la fórmula química del antibiótico, sino también en la vida orgánica de los propios microorganismos. Estos producen sustancias antibióticas de manera natural, liberándolas en el medio compartido con otros microorganismos.

¿Cuándo surge el concepto de antibiosis o antibiótico dentro de los círculos científicos? Es pertinente plantearse que, si Fleming se interesaba por esta sustancia, pudiera haber otros en el ámbito de la microbiología y la química del mismo momento que también lo hicieran. El término ha estado presente en el desarrollo de la microbiología como disciplina científica desde el siglo XIX (KONG, SCHNEPER y MATHEE, 2010), mucho antes de que Fleming investigara con esta sustancia. Por tanto, la antibiosis (y las sustancias antibióticas que la posibilitan), como fenómeno biológico y como concepto, es, desde luego, previa al antibiótico como objeto material, como píldora y remedio terapéutico de uso público.

1 La penicilina, el primer compuesto químico con capacidades antibióticas, se descubrió en 1929 por Alexander Fleming, y se puso a la venta en la década de los años cincuenta en los distintos contextos locales. En España se comercializó nacionalmente por Antibióticos SA y CEPA a partir de 1952 (COMELLES, 2004).



Dada la complejidad, formar una genealogía conceptual y material del antibiótico, comúnmente conocido como *bala mágica*<sup>2</sup>, es sin duda necesaria. Pero esta ha de ser una genealogía del antibiótico tanto como medicamento como objeto científico. Para ello, debemos dejar de dar por hecho que siempre hemos pensado en el antibiótico de la misma manera, en formato píldora. Se debe, además, escapar de la reiterada narración de innovación, normalmente protagonizada por el azar que llevó a Alexander Fleming a descubrir esta sustancia «milagrosa» en un plato de cultivo. El antibiótico ha tenido, y sigue teniendo, una vida social independiente de su famoso descubridor. De hecho, tiene vidas sociales, en plural, entrelazadas con las vidas de los microorganismos, así como sus usuarios, ya sean biocientíficos, profesionales médicos o consumidores, pero no dependiente de ellas. El antibiótico es sin duda, a la vez, materia, conocimiento (científico y profano) y natura (metabólica).

*El «problema del antibiótico»: ¿ante un nuevo problema?  
Algunas orientaciones actuales*

Hoy, los expertos confirman que estamos ante un problema para la salud global. El consumo de antibióticos a día de hoy parece ser ya insostenible. Recientemente, se está registrando un desarrollo creciente de resistencia antimicrobiana<sup>3</sup>, haciendo que algunos casos de infección sean virtualmente incurables y reduciendo el abastecimiento de antibióticos eficaces disponibles en el mercado mundial. Además, la escasez de innovación en tratamientos antibióticos eficaces por la industria farmacéutica en las últimas décadas es un problema añadido, sugieren los expertos, que incita

2 El concepto «bala mágica» fue introducido por el científico alemán Paul Ehrlich en 1906. Este surgió de la idea que se estaba manifestando en el momento de que se podía buscar una terapia específica que selectivamente pudiera acabar con el patógeno causante de infección sin afectar a las células propias del cuerpo (SANTESMASES Y GRADMANN, 2011).

3 La resistencia antimicrobiana es la capacidad de algunos tipos de microorganismos, entre ellos las bacterias, de sobrevivir a la aplicación de sustancias o medicamentos antibióticos destinados a eliminarlos. Esto lo consiguen por medio de adaptaciones en su genoma. Es importante tener en cuenta que a veces se hace referencia a la resistencia antimicrobiana con los términos *resistencia antibiótica*, *resistencia microbiana*, *resistencia bacteriana* (específico a las bacterias), o por sus siglas, RAM. En este texto se utiliza un único término para evitar cualquier tipo de confusión.

a imaginar un futuro lleno de incertidumbre<sup>4</sup>. ¿Dejaremos de disponer de antibióticos en un futuro cercano?

Los protocolos de actuación clínica y divulgación proliferan en los últimos años dentro de los organismos gubernamentales internacionales. Al mismo tiempo, la mención a la resistencia antimicrobiana, el abuso de antibióticos o el uso «irracional» de estos, va en aumento en los medios de comunicación. Documentos oficiales, artículos científicos y periódicos hablan de la «crisis de los antibióticos» y la «amenaza de la resistencia antimicrobiana». Es tiempo de actuar, nos dicen, ya que lo peor está por venir. El escenario que se está dibujando es cuanto menos sombrío. Parece que nos estamos encaminando hacia un horizonte incierto, hacia el «retorno a las tinieblas de la medicina»; hacia un futuro donde los antibióticos serán ineficaces y las infecciones hasta ahora tratables volverán a causar mortalidad en países industrializados (BROWN y NETTLETON, 2016).

La escasez de antibióticos eficaces y el creciente desarrollo de resistencias antimicrobianas parecen ser un problema muy novedoso para la política sanitaria internacional actual. Esto resulta evidente por el número de publicaciones realizadas, en particular por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea (UE).

Ya en los años cincuenta la OMS hacía mención al abuso de antibióticos y las resistencias antimicrobianas (PODOLSKY *et alii*, 2015). En el año 2001, la OMS publicaba su primer documento al respecto: *Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*. Sin embargo, es en 2014 — más de una década después— cuando publicó el primer informe sobre vigilancia de la resistencia antimicrobiana, titulado *Antimicrobial resistance: Global Report on Surveillance*. En 2015 editó un segundo plan estratégico: *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance*.

Además, la Organización de Naciones Unidas (ONU) se reunía el 21 de septiembre de 2016 en Nueva York para reconocer la magnitud global y la emergencia del problema. En mayo de 2017 se reunió por primera vez el Grupo de Coordinación Inter-Agencial sobre Resistencias Antimicro-

4 Ver sección sobre la resistencia antimicrobiana a los antibióticos en la página web de la OMS para más información sobre el estado de la cuestión: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/> (acceso: 16-10-2017).

bianas<sup>5</sup>, formado por representantes de agencias como la OMS, la FAO y la ONU, junto a una serie de representantes nacionales y expertos de diferentes sectores: salud animal, medio ambiente o agricultura, entre otros. Su objetivo es el de guiar y coordinar acciones sostenibles y efectivas en la gestión del antibiótico.

En la región europea, los años noventa vieron nacer esta «amenaza para la salud pública» —curiosamente, a la vez que nacía la propia UE— con la publicación del primer informe oficial sobre antibióticos: *The microbial threat: Copenhagen Recommendations*, en 1998. En ese mismo año se estableció también la institución *European Antimicrobial Resistance Surveillance System* (EARSS, después EARS-Net). La UE redactó, además, un plan estratégico de acción en 2011, incluyendo acciones para mejorar los sistemas de vigilancia y fomentar la concienciación sobre el «uso prudente» de antibióticos en la región. Actualmente, ya está disponible el nuevo plan (2017), titulado *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance* (AMR). En él se presentan tres pilares: apoyar a los países miembros para hacer de la UE la región con las mejores prácticas; impulsar el desarrollo y la innovación tecnológica en antibióticos, y jugar un papel líder en la gobernanza y la creación de la agenda política global de la resistencia antimicrobiana.

Es interesante subrayar que el cambio de retórica en los planes estratégicos es sustancial. En 2017 la UE habla de «lucha contra la resistencia microbiana» y ya no contra los microbios. ¿Acaso hemos cambiado de enemigo? Además, de forma novedosa, apuesta por un enfoque *One Health*<sup>6</sup>. Un análisis de este proceso de cambio en el discurso público podría proporcionar importantes nociones sobre la construcción de la resistencia antimicrobiana como problema actual para la política sanitaria global.

España está entre los dieciséis países —doce de ellos, de hecho, están en Europa— que disponen de un plan de acción a nivel mundial: *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de*

5 UN Interagency Group on Antimicrobial Resistance en inglés. Disponible en: <<https://www.un.org/sg/en/content/sg/personnel-appointments/2017-03-17/interagency-coordination-group-antimicrobial-resistance>> (acceso: 16-10-2017).

6 El concepto *One Health* se suele traducir en referencias de habla hispana como «Única Salud». Este enfoque configura la administración de la salud pública global desde una perspectiva que combina esfuerzos multidisciplinares y concuerda con la creciente preocupación conjunta por la salud humana, la salud animal y la sostenibilidad del medio ambiente. Véase WOLF (2015) para una revisión crítica del concepto desde la antropología social.

la resistencia a los antibióticos (AEMP, 2014). Este dispone de seis líneas estratégicas: la vigilancia, el control, la prevención, la investigación, la formación y la divulgación. En un comunicado del 18 de noviembre de 2016<sup>7</sup> el Ministerio de Sanidad confirmó estar trabajando con las comunidades autónomas para implantar las medidas del Plan lo antes posible.

Parece esta una movilización político-sanitaria que no deja de crecer. Es destacable que otros países en Asia, Latinoamérica o África están ya preparando planes nacionales de estrategia semejantes a los de Estados como España. Cabe mencionar que el surgimiento del problema de la resistencia antimicrobiana como «emergencia» es verdaderamente reciente: este no aparece explícitamente en ninguno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, redactados en 2015 (este capítulo está escrito en 2017)<sup>8</sup>. Es a partir de 2016 que el antibiótico y la resistencia antimicrobiana están siendo objeto de reuniones específicas y movilizaciones de la política sanitaria internacional, grupos de expertos científicos y representantes de la sociedad civil.

### The world is running out of antibiotics: *buscando soluciones*

A grandes rasgos, las autoridades expertas están sugiriendo varias vías para la actuación global frente a este problema. «The world is running out of antibiotics», dice la OMS en un informe de septiembre de 2017. Los resultados de este muestran una seria falta de nuevos antibióticos en desarrollo que puedan combatir el problema creciente de la resistencia antimicrobiana (WHO, 2017). Se trata de un problema de abastecimiento farmacéutico con productos antibióticos eficaces. Como solución principal se plantea la creación de políticas científicas (de I+D) que impulsen el proceso de desarrollo e innovación en antibióticos en los centros científicos públicos y las empresas farmacéuticas. Pero se considera que el de-

7 Nota de prensa del Ministerio de Salud (18 de noviembre de 2016). Disponible en: <[https://www.aemps.gob.es/informa/notasPrensa/docs/2016/nota-prensa\\_2016-11-18-jornada-uso-prudente-antibioticos.pdf](https://www.aemps.gob.es/informa/notasPrensa/docs/2016/nota-prensa_2016-11-18-jornada-uso-prudente-antibioticos.pdf)>.

8 En 2015 se redactó el texto que indica los 17 Objetivos para el Desarrollo Sostenible (o SDG en inglés). El Objetivo 3, de título «Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages», no menciona en ningún momento el problema de la resistencia antimicrobiana o el problema de los antibióticos. Disponible en: <[http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/brochure/SDGs\\_Booklet\\_Web\\_En.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/brochure/SDGs_Booklet_Web_En.pdf)>.

sarrollo de nuevos fármacos no puede ser una solución única y aislada, y que ha de ir acompañada de otros planteamientos clínicos y políticos. Por lo tanto, se consideran dos soluciones complementarias. Por un lado, se plantea la necesidad de construir un sistema de vigilancia del desarrollo de resistencia antimicrobiana en las diferentes poblaciones bacterianas a lo largo del mundo (un buen ejemplo de este sistema de vigilancia es el EARS-Net en la Unión Europea<sup>9</sup>). Por otro lado, se impulsan políticas públicas sanitarias que ayuden a *conservar* al antibiótico aún eficaz, particularmente dirigidas al cambio en las prácticas de uso de antibióticos. Entre otras, se plantean: la priorización del uso médico (humano y animal) frente al uso en la industria agroalimentaria, la incentivación del llamado «uso racional» de antibióticos por parte de pacientes y profesionales, por medio de estrategias de comunicación y educación, la prescripción adaptada al diagnóstico y el acceso controlado al medicamento (NATHAN y CARRS, 2014).

Uno de los aspectos más característicos de este «problema del antibiótico» y el «problema de la resistencia antimicrobiana» son los valores de la responsabilidad y la prudencia implícitos en el discurso experto y público, actualmente en construcción. Ante la inadecuada acción institucional y de la industria es hora de que «la sociedad actúe» (AMABILE-CUEVAS, 2016). Veamos algunos ejemplos de este tipo de expresión de valores:

La naturaleza mundial de la resistencia requiere una respuesta también mundial [...]. Ya que nadie está exento del problema, todos tendrán que tomar parte en su solución. (OMS, 2001: 12).

These issues concern everyone. Military leaders don't want their personnel devastated by infections associated with wounds or close quarters. Drug-company leaders realize that the public expects their firms to produce life-saving medicines and blames them when they don't — an attitude shared in countries whose developing economies offer companies their best prospects for growth. But physicians may care about this problem most passionately, for they must tell more and more families that there is no hope (Nathan y Carrs, 2014: 1763)<sup>10</sup>.

9 EARS-Net, siglas que corresponden a European Antimicrobial Resistance Surveillance Network. Página web disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net> (acceso: 16-10-2017).

10 [T.]: «Estos problemas conciernen a todos. Los líderes militares no quieren que su personal sea devastado por infecciones asociadas con heridas o cuartos cerrados. Los líderes

Entre los afectados por esta amenaza, pero también responsables de combatirla y, por tanto, partícipes del Plan, están: la sociedad en su conjunto, y en especial los pacientes y sus familiares, que deben comprender que los antibióticos no curan todas las enfermedades y que su uso incorrecto puede comprometer su eficacia el día en el que realmente los necesiten. (AEMPS, 2014: 28).

### *¿Cómo de nuevo es este problema?*

Esas balas mágicas que un día convirtieron en realidad la promesa de la salud pública del siglo xx de construir un «mundo sin microbios» parecen estar ahora en peligro. Soluciones convertidas ahora en problemas ellas mismas, como dice Hannah LANDECKER en su imprescindible artículo «Antibiotic resistance and the biology of history» (2015: 1). El «problema del antibiótico» no ha surgido de la nada. Podríamos de hecho preguntarnos si tiene algo de nuevo. ¿Por qué preocupa, en este preciso momento, a la salud internacional, expertos y autoridades? ¿Qué viene después del antibiótico? Todo lo ocurrido es irreversible; se podría decir que nos encontramos incluso ante un momento de involución (LANDECKER, 2015). Se trata no solo de un problema de salud o un problema social, como se podrá deducir al leer estas páginas, sino también de un problema epistémico. El «problema del antibiótico» y la «amenaza de la resistencia antimicrobiana» rompen ciertas asunciones acerca de las divisiones entre la historia humana (la cultura, la política, el discurso, la ciencia) y la historia natural (los genes, la evolución, la ecología, la fisiología o los procesos fisiológicos). Asunciones que han permitido que la historia de la microbiología tuviera historicidad, pero la materia bacteriana en sí misma no la tuviera (LANDECKER, 2015). Desde que se comenzaron a utilizar los antibióticos, se ha conocido la existencia de cepas resistentes, y se ha especulado con lo que un futuro sin antibióticos podría suponer (PODOLSKY y LIE, 2017). Estamos confrontando una realidad que en cierta manera tenemos olvidada: solíamos tener (y ¿seguimos teniendo?) determinadas lógicas de pensamiento y un conocimiento acerca de los patógenos específicos —la

---

de las compañías farmacéuticas se dan cuenta de que el público espera que sus firmas produzcan medicamentos que salven vidas, y los culpabiliza cuando no lo hacen —una actitud compartida por aquellos países cuyas economías en desarrollo ofrecen a las compañías las mejores perspectivas de crecimiento—. Pero puede que los profesionales sanitarios se preocupen acerca de este problema más apasionadamente, ya que cada vez han de decir a más y más familias que no hay esperanzas».

*antibiosis*—, así como unas prácticas industriales, comerciales y clínicas acordes —el tratamiento antibiótico— que han cambiado el futuro y las formas de vida. Pero ¿esto ha sido modificado repentinamente?

El «problema de los antibióticos» y «la amenaza de la resistencia antimicrobiana» no solo son un problema de salud humana, también de salud animal, y una cuestión medioambiental y ecológica, que también atañe a otros seres vivos. Los microorganismos dominan la vida en nuestro planeta, independientemente de que los consideremos desde un punto de vista evolutivo e histórico (DUPRÉ y O'MALLEY, 2007: 156). Como venimos diciendo, es imprescindible considerar el antibiótico como algo más que una pastilla, como una categoría científica y una actividad orgánica habitual en el mundo bacteriano. Estudiar socioculturalmente este antibiótico material-conceptual-metabólico no parece tarea fácil sin una reflexión epistémica sobre qué lugar ocupa el ser humano en este problema, y su relación con otros seres vivos, en este caso, los microbios. En su trabajo *An anthropology of biomedicine*, LOCK y NGUYEN (2010: 99) bien dicen: «In their very make-up, micro-organisms can shed light on precisely how biology is situated, on how humans transform the biological world in which they live and, in so doing, change their own biological make-up»<sup>11</sup>.

Y es que, como diría el evolucionista Stephen JAY GOULD (1994), deberíamos preguntarnos si no estaremos más bien en la «Era de las Bacterias». Pero ¿cómo se hace etnografía en la Era de las Bacterias sobre algo que también atañe a las bacterias? Aparte de lo ya considerado (problema de salud, social, ambiental...), que este es un problema más que humano, no debería ya caber duda: es uno de convivencia, de relaciones entre seres vivos, de entorno y ecología, del desarrollo de conocimiento y la(s) ciencia(s). De vida. Y, como tal, requiere de una antropología a la altura de las circunstancias: menos etnocéntrica, más crítica y más reflexiva.

### *Vida(s) social(es) entrelazadas: antibióticos, humanos y microbios*

Recientemente «el problema del antibiótico» se está politizando de manera muy rápida a nivel global, así como apareciendo en los medios de comunicación cada vez con más frecuencia. En esta última parte, nos

11 [T.]: «En su propia composición, microorganismos pueden arrojar luz precisamente sobre cómo la biología está situada, y cómo los humanos transforman el mundo biológico en el que viven, y al hacerlo, cambian su propia composición».

centramos en considerar brevemente cómo preguntarnos acerca de este problema desde un punto de vista social y cultural. ¿Sabemos lo que la gente piensa acerca del «problema de los antibióticos»? ¿Sabemos cómo son los usos de los antibióticos? ¿Quién los usa, por qué, con qué frecuencia, cómo y para qué?

Desde las ciencias sociales, es urgente preguntarnos cuál es la percepción sociocultural del antibiótico realmente, así como cuáles son las prácticas y los discursos de las personas que, en sus distintos contextos locales, los consumen (o no consumen), usan, prescriben, dispensan o investigan. Estas cuestiones no se incluyen prácticamente en ningún caso en artículos de divulgación, científicos o periodísticos, así como en políticas públicas. Indudablemente, la construcción de ideas acerca del «problema del antibiótico» está conectada con la percepción sociocultural de la enfermedad contagiosa en sí misma, y de la construcción (social y física) de relaciones entre microbios y los seres humanos. Y sin embargo, poco conocemos acerca de las realidades cotidianas en las que encontramos a los antibióticos.

Aspirar a analizar dicho problema por medio de la etnografía requiere, además, atreverse a reflexionar también sobre qué significados tienen para nosotros/as, como antropólogos/as, estos antibióticos, y los propios microbios. En nuestras manos y nuestros escritos les otorgamos un nuevo significado: el de objetos culturales a analizar (WHYTE, VAN DER GEEST y HARDON, 2002). De esta manera, los antibióticos comienzan a encarnar ideas antropológicas sobre las relaciones de poder entre las personas mediadas por estos, sobre los procesos de simbolización o medicalización, entre otras cuestiones. Poner énfasis en la sociabilidad de los medicamentos abre preguntas de investigación fundamentales (WHYTE, VAN DER GEEST y HARDON, 2002). En el caso del antibiótico en particular, algunos ejemplos de temáticas ineludibles de analizar mediante el método etnográfico y la teoría sociocultural son el llamado «uso racional» de los antibióticos y la automedicación y venta sin receta, como veremos a continuación de manera breve.

Una de las propuestas de las autoridades sanitarias para preservar el *stock* de antibióticos eficaces es la de promover el «uso racional». La prescripción político-sanitaria del «uso racional de medicamentos» tiene origen en 1985, cuando la OMS lo definió de la siguiente manera: «Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un pe-



ríodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad» (OMS, 1985). Pero ¿qué significa el «uso racional» en la práctica? ¿Existe un único uso racional? ¿Existen usos irracionales? Sabemos, además, que existen prácticas de automedicación con antibióticos, por medio de la venta sin receta o por otras formas de adquisición, en ciertos contextos locales. Es más que pertinente analizar más a fondo la noción de *racionalidad* en el uso de este medicamento. Una tarea que, por medio de la etnografía, podría acercarnos a un análisis de las distintas lógicas de significación sociales y culturales.

Los usuarios de antibióticos tienen diferentes formas de *razonar* los antibióticos, es decir, de entenderlos y hacer uso de ellos. Cómo los expertos biomédicos, o las autoridades político-sanitarias lo definan es sólo una forma de conocimiento, basado en unas prácticas sociales y culturales específicas, y un grupo social en particular (WHYTE, VAN DER GEEST Y HARDON, 2002). El uso de antibióticos sin receta, por ejemplo, es un buen ejemplo una práctica de automedicación. Como sugiere Eduardo Menéndez: «El personal de salud considera casi unánimemente que la automedicación es negativa o perniciosa; que es producto de la falta de educación o de la ignorancia, y tiende a identificarla como el comportamiento de los estratos sociales más bajos» (2003: 200). La falta de estudios que investiguen profundamente las características socioculturales de estas y otras prácticas de automedicación hace que las actitudes negativas por parte de las autoridades sanitarias, y la biomedicina en general, hacia estas prácticas estén muy generalizadas. Pero ¿cómo de generalizada está la compra sin receta de antibióticos? Lo desconocemos, por lo menos en España, y, por tanto, cualquier afirmación al respecto será producto de la asunción de ciertas circunstancias sociales, no de un estudio científico.

Y es que el uso de antibióticos es parte de experiencias de vida cotidiana muy diversas. Estas adquieren distintos significados en diferentes grupos sociales y culturales, construyendo conocimiento local acerca del valor terapéutico de este producto farmacéutico. Además, es importante recordar que una gran cantidad de antibióticos se consumen para otros usos que no son el consumo humano para el tratamiento de enfermedades infecciosas. Es decir, para el tratamiento de infecciones en animales domésticos y de granja, o como factores de crecimiento en la industria agroalimentaria, entre otros usos. Estos son tanto o más importantes para «el problema de la resistencia antimicrobiana», debido a la escala de consumo que implica el uso de antibióticos en las industrias.

Por tanto, necesitamos comprender los procesos de razonamiento en cada situación, y la manera en la que los antibióticos circulan en la sociedad, los diferentes contextos, profesiones, o cuerpos. Para investigar esta cuestión de la «racionalidad» en el uso de antibióticos debemos preguntarnos cómo las personas experimentan los síntomas de la enfermedad contagiosa y qué elecciones y constreñimientos dirigen o guían su toma de decisiones al adquirir o tomar antibióticos (o no hacerlo) dentro de circunstancias específicas.

Por otra parte, hay ciertas cuestiones culturales y simbólicas también implícitas en el uso de antibióticos que habríamos de tener en cuenta al discutir la «racionalidad» de tales usos. Un ejemplo es la cuestión del milagro, históricamente tan relacionado con la llamada «bala mágica», el antibiótico. Precisamente, esta idea del milagro está particularmente arraigada en España, debido al modo por el que llegaron al país tanto la penicilina como el venerado científico Alexander Fleming. En su reciente libro *The circulation of penicillin in Spain: health, wealth and authority*, la historiadora de la ciencia María Jesús Santesmases (2017) nos ofrece una excelente historiografía de cómo la penicilina, primero, y, más tarde, otros antibióticos entraron en España, cómo fueron recibidos y comenzaron a circular entre fronteras geográficas, profesionales y de clase social. A su llegada a un país en posguerra, e inmerso en una dictadura, el antibiótico fue recibido como un auténtico milagro —aunque, al principio, únicamente accesible a unos pocos— y venerado con fervor por lo que traía consigo, un acercamiento a la modernidad, a la ciencia, proveniente de más allá de las fronteras de la península (SANTESMASSES, 2017).

### *Conclusiones*

Estamos ante una excelente oportunidad para repensar la *antibiosis* —antivida— (LANDECKER, 2015) en este momento de crisis política, sanitaria y epistémica, y para hacer una etnografía que produzca datos sociales sugestivos acerca de esta temática de la antropología de la biomedicina. Es esta una oportunidad para no dejar olvidado al microbio entre probetas y platos de cultivo. Vivimos en la Era de las Bacterias, y, por tanto, investigar acerca de antibióticos y resistencias microbianas requiere más que nunca una mirada etnográfica a la altura de las circunstancias. Anna L. TSING

(2012: 144) escribe: «Species interdependence is a well-known fact -except when it comes to humans. Human exceptionalism blinds us»<sup>12</sup>.

Una etnografía del antibiótico, de las resistencias antimicrobianas o del microbioma no puede seguir cimentándose y justificando este excepcionalismo. La resistencia antimicrobiana supone importantes cambios epistémicos en el desarrollo del conocimiento científico que merecen ser considerados en detalle, teórica y etnográficamente.

12 [T.]: «La interdependencia de las especies es un hecho bien conocido —excepto cuando se trata de los seres humanos—. El excepcionalismo humano nos ciega».

Bibliografía

- AEMPS (2014) *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos*. Disponible en: <<https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf>>.
- AMÁBILE-CUEVAS, C. (2016). «Society must seize control of the antibiotic crisis». *Nature*, 533: 439.
- BROWN, N. y NETTLETON, S. (2016). «‘There is worse to come’: the biopolitics of traumatism in antimicrobial resistance (AMR)». *The Sociological Review*, 0: 1-18.
- COMELLES, J. M. (2004) «Fiebres, médicos y visitantes: notas etnográficas sobre la práctica médica durante el Franquismo». En MARTÍNEZ PÉREZ, J. (ed.). *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.
- EUROPEAN COMMISSION. (1998) *The Copenhagen Recommendations: The Microbial Threat*. Disponible en: <[http://soapimg.icecube.snowfall.se/strama/Kopenhamsmotet\\_1998.pdf](http://soapimg.icecube.snowfall.se/strama/Kopenhamsmotet_1998.pdf)>.
- EUROPEAN COMMISSION (2011). *Action plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance* (COM(2011)0748). Disponible en: <[http://ec.europa.eu/dgs/health\\_food-safety/docs/communication\\_amr\\_2011\\_748\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/docs/communication_amr_2011_748_en.pdf)>.
- EUROPEAN COMMISSION (2012). *Microbial Challenge—Rising threats from Antimicrobial Resistance* (2012/2041(INI)) Disponible en: <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2012-0373+0+DOC+PDF+V0//EN>> (acceso: 14-6-2017).
- EUROPEAN COMMISSION (2017). *A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR)*. Disponible en: <[https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr\\_action\\_plan\\_2017\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_action_plan_2017_en.pdf)>.
- EUROPEAN COMMISSION (2014). *Safer healthcare in Europe: improving patient safety and fighting antimicrobial resistance* (2014/2214(INI)). Disponible en: <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2015-0142+0+DOC+PDF+V0//EN>> (acceso: 14-6-2017).

- GONZÁLEZ, J. y ORERO A. (2007). «La penicilina llega a España. 10 de marzo de 1944: una fecha histórica». *Revista Española Quimioterapia*, 20(4): 446-450.
- JAY GOULD, S. (1994). «The evolution of life on earth». *Scientific American*, 271: 84-91.
- KONG, K. F.; SCHNEPER, L. y MATHEE, K. (2010). «Beta-lactam antibiotics: from antibiosis to resistance and bacteriology». *APMIS*, 11(8): 1-36.
- LANDECKER, H. (2015). «Antibiotic resistance and the biology of history». *Body & Society*, 22(4):19-52.
- LATOUR, B (1988). *The pasteurization of France*. Cambridge, Massachusetts; London: Harvard University Press.
- LOCK, M. y NGUYEN, V. K. (2010). «Chapter 4: Local biologies and human difference». En *An Anthropology of Biomedicine* (pp. 83-108). Oxford: Blackwell Publishing.
- MENÉNDEZ, E. (2002). *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- MENÉNDEZ, E. (2003). «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207.
- NATHAN, C. y CARS, O. (2014). «Antibiotic Resistance – Problems, Progress, and Prospects». *The New England Journal of Medicine*, 371(19): 1761-3.
- PODOLSKY, S. H. *et alii* (2015). «History teaches us that confronting antibiotic resistance requires stronger global collective action». *Journal of Law, Medicine & Ethics Supplement*, 27-32.
- PODOLSKY, S. H. y LIE, A. K. (2016). «Futures and their uses. Antibiotics and therapeutic revolutions». En GREENE, CONDRAU y WATKINS (eds.). *Therapeutic revolutions. Pharmaceuticals and social change in the Twentieth Century*. Chicago: Chicago University Press.
- SANTESMASES, M. J. (2017). *The circulation of penicillin in Spain. Health, wealth and authority*. Medicine and Biomedical Sciences in Modern History E-book Series. Manchester: Palgrave Macmillan.
- SANTESMASES, M. J. y GRADMANN, C. (2011). «Circulation of antibiotics: an introduction». *Dynamis*, 31(2): 293-303.
- TSING, A. (2012). «Unruly edges: mushrooms as companion species (for Donna Haraway)». *Environmental Humanities*, 1: 141-154.
- WHYTE, S. R.; VAN DER GEEST, S. y HARDON, A. (2002) *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

- WOLF, M. (2015). «Is there really such a thing as «one health»? Thinking about a more than human world from the perspective of cultural anthropology». *Social Science & Medicine*, 129: 5-11.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance*. Disponible en: <[http://who.int/drugresistance/WHO\\_Global\\_Strategy\\_English.pdf](http://who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy_English.pdf)>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. Disponible en: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014). *Antimicrobial resistance: Global Report on Surveillance*. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf)>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). *Global Action Plan on Antimicrobials Resistance*. Disponible en: <[http://www.wpro.who.int/entity/drug\\_resistance/resources/global\\_action\\_plan\\_eng.pdf](http://www.wpro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_plan_eng.pdf)>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017). *Antibacterial agents in clinical development. An analysis of the antibacterial clinical development pipeline, including tuberculosis*. Disponible en: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258965/1/WHO-EMP-IAU-2017.11-eng.pdf?ua=1>> (acceso: 16-10-2017).

SEGUNDA PARTE.  
DETERMINANTES SOCIOCULTURALES  
DEL MEDICAMENTO GLOBALIZADO:  
REPENSAR EL ACCESO A LOS FÁRMACOS  
Y A LA SALUD





THE NETWORK OF DOCTOR'S OFFICES IN PHARMACIES.  
TOWARDS THE PRIVATIZATION OF THE FIRST LEVEL  
OF CARE IN MEXICO

Rosa María Osorio Carranza

*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*

**Abstract:** This paper aims to explain some aspects of the growing supply of primary health care services, such as medical offices annexed to pharmacies. In the last five years, this kind of health care service has developed substantively, and has given rise to a private system that parallels and/or complements the public primary health care system.

From the information available on this private general practice system, I want to show that its emergence can be analyzed in the framework of public policies aimed at privatizing health care services and reducing the public health sector in Mexico. Finally, some users evaluate this kind of service and explain why they use it.

**Keywords:** Medical offices, Pharmaceutical industry, Public policy in Mexico.

*La red de consultorios médicos en farmacias. Hacia la privatización en el primer nivel de atención en México.*

**Resumen:** El trabajo propone dar cuenta del proceso de expansión de servicios de atención médica en el primer nivel de atención, de un sistema de consultorios privados anexos a farmacias, dando lugar a un sistema de salud privado que es paralelo y/o complementario al sistema público de atención. A partir de la información disponible respecto de este sistema de atención me interesa mostrar cómo el surgimiento del mismo puede ser analizado en el marco de las políticas públicas tendientes a la privatización de la atención a la salud y el repliegue del Sector Salud Público en

México. Por último, se presenta la evaluación de algunos usuarios respecto a esta clase de servicio y las razones de su uso.

**Palabras clave:** consultorios anexos a farmacias, industria farmacéutica, políticas públicas en México.

### *Introduction*

In recent years, we have witnessed the expansion of a private health-care system promoted by the pharmaceutical industry, characterized by the installation and operation of doctor's offices next to the pharmacies. This system is being spread all over Mexico by certain pharmaceutical chains, trademarks, self-service stores or independent pharmacies. It has been referred to as Doctors' offices Adjacent to Pharmacies (DAP) and defined as «medical offices that are adjacent to a pharmacy with a direct or indirect link such as belonging to the same business group, being on the same property, sharing a commercial brand and where the pharmaceutical company can implement the operating procedures of a doctor's office» (FUNSALUD, 2014: 15).

The doctors' offices provide medical attention for certain health problems at the primary care level via qualified physicians who give their services at a very low cost (between 35 and 70 pesos<sup>1</sup>) or even for free. They are increasingly to be found throughout the country, mainly in urban areas so users have the option of consulting a physician very close to their home, with a relatively short waiting time and no admission requirements. All of these features mean that it is now the private primary care system that is most accessible economically, geographically and institutionally to certain social sectors of the population.

Most of these doctors' offices belong to pharmaceutical chains such as Farmacias Similares, Farmacias del Ahorro, Farmacias Unión, Farmacias Guadalajara, Farmacias Benavides, Farmacias de Genéricos Intercambiables, Farmacias Dr. Descuento, Farmacias Multigenéricos, Red Médica Yza. Some are associated with commercial brands such as FEMSA

<sup>1</sup> Prices fluctuate depending on the commercial company, the service hours or city. This amount is equivalent to between \$1.50 USD and \$3.00 USD (exchange rate September 2017).

(Oxxo-Coca Cola) and self-service stores (Walmart, Soriana, Waldos), while others have been set up by independent pharmacies. Currently almost half of the pharmacies in the country have an annexed doctor's office. In 2014, 62% of DAPs were dependent on large pharmaceutical chains, 16% on self-service stores and 16% on private pharmacies.

My aim is to provide an overview of the conditions in which this DAP system has arisen and is now operating, and to contextualize the impact that this care system is having. I shall attempt to establish some lines of analysis that enable it to be compared with the public primary-care system and, to this end, I present the opinions of some users who explain their reasons for using the system and share some of their experiences.

For the pharmaceutical industry, the system is an excellent new business niche that can grow rapidly because it attracts and generates real or potential clients for the medications sold in the attached pharmacy. This means not only that pharmacies can expand their market, but also that they can produce consumers (users-patients-clients) through the processes of medicalization and induction to a greater consumption of medicines (medication). The medicalization process has increasingly been incorporating, recognizing and even generating biological conditions and/or socio-cultural behaviors within the field of biomedical care. The medication process focuses on establishing —with or without justification— the prescription drug as the key therapeutic characteristic of biomedicine to deal with the medical conditions that professionals consider to be in their area of competence.

The positive and negative consequences of DAPs on the population's health at the micro and macro level have not been fully identified or analyzed. Neither has the quality of care been evaluated. It would be simplistic to attempt to reduce the analysis to the business and economic dimension of the pharmaceutical industry. Other actors and interests within the DAP system need to be considered. The users themselves, for example, are undoubtedly glad to have greater access to professional medical care even though the aforementioned biomedical processes mean that they will increase their consumption of medication, and have to pay for the consultation, both of which are out-of-pocket health expenditures that will surely impact the family economy (TORRES & GUTIÉRREZ, 2009).

From the medical profession's point of view, this means possible sources of employment —even though the employment conditions are precarious— because the number of jobs available for doctors is a

significant number of the total in the current national health-care system. Most of the employees are practitioners who are at the beginning or the end of their working lives as health professionals. They are not involved in the complex training circuit of medical specialties and subspecialties or in the public or private health system of second and third levels of care. However, the working conditions are precarious, the contracts temporary, and the lack of social benefits affect not only their economic position but also their professional status (LEYVA & PICHARDO, 2012).

For the Ministry of Health and other government agencies, the DAP system is a challenge because it is a private system that is growing day-by-day without any clearly defined connection with the three levels of the National Health System. Likewise it is regulated as a sector within private medicine, despite the fact that currently it plays a very important role in ambulatory medical care for the population, particularly in urban areas and some rural communities, where it is one of the few services available (MURAYAMA & RUESGA, 2013).

*Public Health Policies: the driving force behind the system of doctors' offices*

One of the public health policies that favored this exponential growth of Doctors' offices Adjacent to Pharmacies (DAP) had its origin in the law passed by the Ministry of Health on August 2010, which for the first time prohibited the sale of antibiotics without a medical prescription.<sup>2</sup> The arguments were that the inappropriate or excessive use of antibiotics generated a problem of bacterial resistance and that self-medication involved such a risk that a large number of the deaths recorded during the AH1N1 influenza epidemic in Mexico in 2009 were due to mistakes in the self-administration of antibiotics.<sup>3</sup>

According to data provided by the Federal Commission for the Protection of Health Risks (COFEPRIS), this government decision led to sales of antibiotics —the second best-selling drug in the country— being reduced by almost 14% in the period 2010–2012, from around 61 million

2 <[http://www.insp.mx/images/stories/Lineas/medicamentos/doc/acciones\\_antibioticos.pdf](http://www.insp.mx/images/stories/Lineas/medicamentos/doc/acciones_antibioticos.pdf)> February 2010 quoted on <http://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/medicamentos-en-salud-publica/de-nteres/publicaciones.html>> (visited on September 29th 2015).

3 COFEPRIS 2013, Acuerdo sobre venta de antibióticos: <[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5144336&fecha=27/05/2010](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144336&fecha=27/05/2010)> (visited on September 29th 2015).

units sold in 2010, to 49 million in 2011 and almost 45 million in 2012.<sup>4</sup> On the basis of this law, and arguing that the population could not be left unprotected and needed to be able to obtain antibiotics in accordance with legislation, the Ministry of Health modified its policy towards the pharmaceutical industry. In 2010, it authorized them to set up and manage doctors' offices annexed to pharmacies (FUNSALUD, 2014; WIRTZ, *et alii*, 2011).

This decision in 2010 coincided with the homologation as pharmacological equivalents those drugs that could demonstrate before 2015, their chemical bioequivalence with patented drugs. This meant that in 2010 there were no longer three categories of drug (patent, interchangeable generics and similar) but only two (patent and generic) (COFEPRIS, 2010). This reclassification would eventually lead to the mass production of the generic drugs prescribed and/or distributed in these doctor's offices, all of which were associated with pharmaceutical laboratories producing their own brands of generics.

So, two key public policy decisions by the Health Ministry in 2010 sparked the proliferation of this type of clinic throughout the country. The response of the pharmaceutical industry was rapid and definitive: doctors' offices were set up next to pharmacies and the production of the pharmaceutical chains' own brands of cheap generic drugs was increased.

By the beginning of 2015, government data shows that of the 28,000 pharmacies in the country, over half (53%) had a clinic. Since the aforementioned 2010 agreement, this type of establishment had tripled from 4,000 to 15,000, meaning that in a period of only four years (2010–2014) it had grown by 340% (Table 1).

This growth occurred so fast that it contrasted with the passivity or omission of the Ministry of Health. It was not until 2013 that it decided to regulate and supervise these establishments with a guide that defined best practices, and explained that any breach of regulations would be punished by fines or, in extreme cases, temporary or definitive closure.<sup>5</sup> Among the main regulations are that direct communication between

4 COFEPRIS 2010 El Mercado de los antibióticos en México. <<http://www.cofepris.gob.mx/Paginas/Antibioticos/Antibioticos.aspx>>.

5 COFEPRIS, Guía de fármaco-vigilancia. <<http://www.cofepris.gob.mx/AZ/Paginas/Farmacovigilancia/Gu%C3%ADaLasLineamientosRequerimientosFarmacovigilancia.aspx>> (visited October 29th 2016).

the medical office and the pharmacy is prohibited, and that physicians must be qualified and have a professional certificate, the appropriate facilities for diagnosis and auscultation, and a clinical file (LEYVA, ERVITI & KAGEYAMA, 1998).

The growing supply of medical offices annexed to pharmacies represents, first of all, a diversification and expansion of access to primary care for the entire population and particularly for those sectors that do not have effective and timely access to public health services. It indirectly decreased the demand for care at public health centers and clinics, not only in terms of medical consultations but also in terms of the free medicines supplied by social security institutions or those that depend on the Ministry of Health (DÍAZ PORTILLO, 2012; PÉREZ CUEVAS, *et alii*, 2012).

The production, distribution and sale of generic medicines at low cost through the DAP system transfers expenses from the public sector to the users of services, patients of particular practitioners and customers who are potential consumers of medication. They buy the prescription at the pharmacy adjacent to the doctor's office, and by absorbing the cost they increase the so-called pocket expenses.<sup>6</sup> This reduces demand for both consultations and drugs in public services, thus decreasing public spending on health; it is a safety valve for the pressure of expanding coverage by the public health sector (CHU M. & GARCÍA CUÉLLAR, 2007).

### *The same but cheaper. Dr. Simi and Farmacias Similares*

The medical practice associated with a pharmacy is not new. Throughout the 20<sup>th</sup> century private medicine was expanded by general practitioners who set up their office in rural and urban areas and, after a period of time, opened their own pharmacy, where their patients could purchase the medicines they had been prescribed. The pharmacy was set up by the private doctor, so the medical professional was in the foreground and the commercial logic of selling medications in the background. In the current

6 According to the World Health Organization, out-of-pocket expenses «encompass all types of health expenses incurred at the moment that a home benefits from health services», e.g. doctors' fees, the cost of medication and hospitalization receipts [...] without taking into consideration transport expenses or special nutrition» (XU, 2005, quoted in MURAYAMA, 2016: 25).

context, this relationship has been reversed: it is the pharmacy which decides to engage in medical practice. Now, it is the large pharmaceutical chains that set up and manage clinics, and employ the doctor who works for them.

The logic of the pharmaceutical industry displaces and imposes itself on the medical professional, thus creating a highly sophisticated interface between the industry and the medical profession. By prescribing medicines during consultation, practitioners had been one of the main agents of drug retail. And for this reason pharmaceutical representatives would do their utmost to persuade doctors to prescribe one medicine or another. Now, by annexing clinics to pharmacies—in combination with the mass production of generic medicines—the pharmaceutical industry has started to employ doctors. In this way, it has literally managed to put the medical profession at its service, subsuming these autonomous professionals to the logic of its operation.

In Mexico, this new way of linking pharmacy and medical practice began in 1997, when the entrepreneur Víctor González Torres, a business pioneer who eventually became popularly known as «Dr. Simi», launched this business project through the corporation «For a Better Country». He called the approach «altruistic», and it had both business and social ramifications. The business group included a selection of companies that covered the production chain, marketing, distribution and sale of drugs. On the social side, there were several foundations such as the Dr. Simi Foundation, the Best Foundation, the Association of Mexican Doctors in Defense of Health and the Family Economy, which directly operate the Similares pharmacies and their network of doctor's offices (LEYVA PIÑA, PICHARDO, 2012: 153-155).

The business strategy was loaded with a strong moral discourse based on the self-styled social altruism of these organizations with the motto «United to help», pharmacies and doctors committed to «help the poor». In 1997 the goal was to provide low-cost medical consultations for a minimum amount of 10 pesos (eighty US cents). In 2018, consultation costs varied between regions and municipalities, fluctuating from 35 to 45 pesos (between 1.5 and 2 USD) for daytime consultations from Monday to Saturday, and 2 USD at nights or on Sunday.<sup>7</sup> At the same time, cheap

<sup>7</sup> The exchange rate during 2017 fluctuated around 18 pesos per USD.

medicines started to be distributed and sold at prices up to 60-75% lower than the current commercial value. At first these medicines were known as «similar drugs» because it was not until 2010 that the homologation of bioequivalence was granted and they could be registered as generic. Among the most famous of the company's advertising slogans are «The same but cheaper» and «We are generics but we call ourselves Similares», which have identified the company for almost twenty years as has the image of Doctor Simi.

Over time, Farmacias Similares has become the sector leader, and is now the main reference in the system of adjacent clinics with a market share of more than 30%. Over the years the sector has been characterized by the diversification of health services and, in addition to consultations and pharmacies, it now provides clinical analyses, radiological studies, dental services and psychological care.

Dr. Simi has consolidated this expansion with more than 200 new units every year for over twenty years in Mexico and also Central and South America. Half of them are part of the franchise and the other half belong to the same owner through the Best Foundation. However, as noted above, commercial competence is growing day by day.

According to data provided by the Best Foundation on the Similares doctor's offices, by January 2016 there were a total of 5,250 offices, which employed 10,227 doctors, of whom 83 were supervisors and the rest general practitioners. It has a committee of medical prescriptions who have given a total of 6,958,071 consultations.<sup>8</sup>

These data mean that clinics give a national average of 47 consultations per day (ranging from 38 to 71), with just over 74 million consultations during 2015. However, according to the regulatory authority, the whole national DAP system gives 25 to 35 consultations per day to approximately 8 million patients a month, that is, 96 million annual consultations nationwide.

8 Fundación Best <<http://www.fundacionbest.org.mx/div-salud.html>>, reviewed March 22, 2016.



*Primary care: public and private health services*

To get some idea of the importance of the DAP system, we need to compare it with the first level of care of the Mexican public health system, which treats specific health problems on an outpatient basis. These are the main causes of demand for care by the general public who go to the clinics attached to pharmacies. The National Health and Nutrition Survey (ENSANUT, 2012) estimated that 21.39% of the national population (more than 24 million people) did not have a health protection system.

However, there was a trend towards universal coverage, either through social security institutions, including beneficiaries of the programs of medical coverage, or other social services as part of the health policy implemented by the Ministry of Health that focuses on the population living in poverty or who lack social security. However, beneficiaries need to comply with certain official requirements, which reduces the possibilities of universal access. According to the official national data on the use of outpatient services (during the 15 days prior to the survey), 61.1% of the total number of consultations were offered in the public sector, and 38.9% in the private sector. And it points out that in the private sector independent medical offices and pharmacy-dependent clinics provide 58.5% and 41.5% of private outpatient consultations, respectively (ENSANUT, 2012: 44).<sup>9</sup> In terms of infrastructure, in 2012 the Ministry of Health informed that 71,767 clinics belonged to public institutions, of which 29,208 (40.7%) corresponded to State or Federal social security institutions, while 42,559 were outpatient clinics (59.3%) available to the non-beneficiary population.

These figures give us a clearer idea not only of the dimension of this private care system but also of how it is related to the public health sector. According to data from the National Health Survey, one-third of people who had taken out some sort of public insurance reported using pharmacy clinics, while two-thirds of the population without insurance used the private sector for outpatient consultation (ENSANUT, 2012: 44).

In order to compare the total number of outpatient consultations of the public health-care system with the DAP system (see Chart 6), I used as an indicator the number of general medical consultations offered in all the

9 ENSANUT-2012. (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*, Cuernavaca, INSP. <<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>>.

public health services, which is close to 223.5 million per year. According to COFEPRIS, the DAP system as a whole offered about 9.7 million consultations per month, which means 117 million consultations per year.<sup>10</sup> This data shows the relative importance of this private outpatient care system which operates in parallel and complements the public health system at the first level of care and which is gradually becoming more influential.

*Users give their opinion. Why do you prefer clinics attached to pharmacies?*

The overview given above shows that an extensive and low-cost private health-care system has developed in primary care. This system complements the public outpatient system and, to some extent, displaces or at least competes with the traditional scheme of the independent private physician whose consultations are comparatively more expensive. Several questions arise. For example, how have the care trajectories for the most frequent diseases been transformed? How are these clinics articulated to the public health-care services at all three levels? What new processes of medicalization, or reduction in self-care, may derive from this greater access to medical services and over-prescription of medicines? In an attempt to respond to these questions, I interviewed a group of clinic users to find out their opinion of the quality of care provided by these clinics and what advantages and disadvantages they identified as users of the primary health center or the private physician. Short interviews were conducted in a middle-class neighborhood in the south of Mexico City, where three clinics from different pharmaceutical chains (Similares, Unión, Ahorro) are located less than a hundred meters from each other, and they all have a high number of users.

The first two of them provide medical care every day of the week, from 9 a.m. to 10 p.m. from Monday to Saturday, and from 10 a.m. to 5 p.m. on Sundays, with doctors working in two shifts. Free medical advice is offered in Farmacias del Ahorro only from Monday to Saturday, from 9 a.m. to 7 p.m. with a break for lunch. The number of patients depends on the day, the time and the professional on shift. On weekends and some days in the evening there are more users in the Similares doctor's office,

10 COFEPRIS Documento 12022015 COFEPRIS, regulación de establecimientos, abril 2014.

while the doctor who attends the Unión pharmacy has been able to gain the confidence of users, some of whom told us that this doctor is «very experienced» and «very effective».

In this exploratory approach, I interviewed ten middle-aged women, who had used the services of these clinics at least once, asking them about the reasons for their visits, their experience of the type of care received and how they compare to other primary care services, such as the health center and the clinics of the Mexican Institute of Social Security (IMSS).

I expected that for health problems considered to be non-serious the general public would choose to go to a doctor's office or pharmacy near their home, instead of the public health center or clinic, for reasons of time, needs and results. The reasons they required medical attention were various: for example, episodes of acute respiratory or gastrointestinal infections, accidents, the monitoring of chronic diseases such as diabetes and hypertension, and the issuance of medical certificates.

So far this year (four-month period) I have been four times to *Similares*, to take a blood test (glucose), once for the flu and another one for a medical certificate for my daughter. I also went with my eldest son (28 years old) so the doctor would prescribe him vitamins because he was very thin; he asked me to accompany him. For the whole family (five members) I think we go about eight times a year; my husband almost never goes. I always go for minor conditions. Now there are also some pharmacies with doctors' offices, and you can also go for fractures, to remove stitches, or apply serum. They can't cope with more serious illnesses because they do not have enough medical equipment).<sup>11</sup>

In general, the frequency of use is conditioned firstly by the socioeconomic level of the user, indicated by occupation and schooling, but also by where they come from and the type of social security or private medical insurance. Even though they may have only used only one or two brands, users recognize that the major pharmaceutical chains provide different levels of service. Particularly evident is the preference for the Similar doctors' offices, whose marketing strategy —the attractive character of Dr. Simi— undoubtedly influences choice although users tend to value the type of care given and where the offices are located.

11 Mrs.AC, 44 y/o, and three children, domestic service, second grade of primary, she does not use the public health center.

Dr. Simi is closer and always open. The medicines are cheaper, almost half of the patent medicines. I cannot find flaw with the Farmacias Similares. I went to the Farmacias del Ahorro only to buy the medicine three times (AB).

The informants also compare the primary care provided by the doctors' offices annexed to pharmacies with public and private services. The basic differences between the two are waiting time for consultation, pocket expenses, quality of care, infrastructure, and the physician's qualification.

I think Similar is better than the Primary Health Center because at Similar, it's your turn and it's done, there's a doctor and he examines you calmly. At the Health Center, I have to see a particular doctor and there are so many people the doctors barely have time for a coffee. They are desperately busy and won't see you until they are ready (AC).

On the other hand, the main disadvantages of the DAP are the professional qualifications of the doctors, the clinic's equipment and the quality of the medicines. Users largely compare the doctors with private doctors, who have traditionally been consulted in their neighborhoods.

Similar doctors (sic) are young practitioners who have just finished studying and have no experience. But they do attend you well, and the medicines are the same, but cheaper. I think private doctors are best, but as you pay, it makes the consultation better. It is very expensive, which is why I prefer the health center, because it's covered by the general insurance and they do not charge me (AB).

The reference to the type of drugs prescribed indicates that people recognize that the quality of patent, generic and even similar medicines is different. Thus, the slogan «It is the same, but cheaper» is not assumed to be absolutely true, since it is conceived to be of lower quality or less therapeutic efficacy. This is similar to the assessment made of private physicians, where it appears that quality is directly proportional to the price paid.

Finally, I asked informants to make an overall assessment of the public health services they have used, in order to verify what positive and negative representations they have of them. They complained mainly of the waiting time, the lack of organization and warmth, and waiting lists, although they recognized they saved out-of-pocket costs for both the consultation and medicines. It should be pointed out that social assistance programs are an additional variable in people's choice to go to health centers or not,

since the target population of these programs has greater opportunities to access this health service.

Users recount the aspects that influence their choice of service, such as long waiting times, restricted consultation hours, mishandling of patient care and deficient installations. All these issues stop some from going to public health centers, although they recognize that care is free for those who have these benefits.

Overall, we can see that people choose adjacent clinics —mostly Similares— because of shorter waiting times, lower costs, and acceptable relative efficacy for conditions perceived as mild. The disadvantages are physicians who are less well trained; insufficient capacity to attend major health problems; lower quality of generic or similar drugs compared to patent medicines; and out-of-pocket expenses.

In all cases, users acknowledge that better care would be offered by private doctors, private clinics or even private hospitals because the doctors are better prepared and patent medicines are prescribed, although of course the obstacle is the cost of the consultation and the medicines.

### *Final Considerations*

The expansion of this DAP network in the last ten years has introduced a new form of private service system to primary care. However, the medical-health, socio-cultural or political economic consequences on the Mexican health care system have yet to be analyzed and evaluated.

Its main advantages are its therapeutic efficacy for certain health problems, its geographical accessibility, the lack of enrollment requirements, minimum waiting times and low consultation costs. The disadvantages are the almost non-existent regulation and supervision, limited equipment, poor labor conditions and low medical qualifications, over-prescription of medicines, and the lack of information on the doctor-patient relationship and quality of care within these clinics. This situation complements the negative evaluation of the public health care services because of long waiting times and the poor quality of service, although the free medication is recognized as an advantage. Private practitioners—in the traditional sense—are seen as providing better care but also as the most expensive.

This new type of DAP private service is now the second system of outpatient care at the national level, and is acquiring increasing importance within the care trajectories for various health problems.

In other studies we have analyzed the systems of knowledge and action that are put in place to activate the care trajectory (OSORIO, 2001, 2016, 2013). We have shown that this knowledge is a social construction that responds to rationalities as a pragmatism in the search for efficiency and reduction in times and costs. Social groups have empirical or theoretical knowledge, social representations and practices that involve technical and ideological-symbolic knowledge of their own socioeconomic conditions. All these factors enable them to make their own decisions about what care resources they need in their medical care trajectory, and make them aware of what services are actually available to them and which they can use in an effective and timely manner.

Medical care seeking behavior, at least for certain causes considered to be non-serious or for the follow-up of some chronic processes, are still initiated through self-care as the real primary level of care, but the therapeutic pathway is redirected towards this network of private outpatient coverage that provides them with faster and timelier medical care. These micro-social processes are parallel to macro-social structural trends, such as medicalization and medication processes, the expansion of the pharmaceutical industry and its economic gains through the drug market, the control of the medical labor market, and the consolidation of national or international monopolies.

In this regard, it is significant that much of the information on the DAP system in the printed or digital media offers the commercial and business perspective, and gives minimal information from the point of view of health care systems, or medical-health impact.

In the same line of analysis, it has been noted that the National Health Survey 2012 does not acknowledge the impact of this system and that the Ministry of Health does not generate systematic information about it. It is striking that it is easier to find statistical information under the category «general practice doctors' offices in the private sector» in the Statistical Directory of Economic Units (DENUE-INEGI) than the Ministry of Health data on private ambulatory health services.

The analysis of this system should focus on its medical-health and cultural importance, as well as the economic-political dimension. Hence,

our study attempts to discuss various perspectives of this complex process, as well as the view of the social actors involved.

As we have seen, public policies explain how and why this privatization process is in line with the state's withdrawal and the growing deficiencies in the public health system. From this perspective, the central criticism is that the health sector and governmental institutions should guarantee the right to health for the population and offer a real universal coverage scheme that at least allows effective and timely access to the first level of care.

The right of people to decide is affected when they perceive the deterioration of public services, the lack of budgetary financing, the shortage of medicines, the inability to respond to demand, insufficient medical and paramedical personnel, long waiting lists, inadequate welfare programs, among other aspects. The Mexican government has delegated part of its responsibility, and has transferred this social function to private pharmaceutical companies, which, although they effectively fulfill this role, they conceive it as a field of business and profit making. In short, it is one further step in the global trend towards the privatization of health and profit from disease.

It is going to be difficult to reverse this privatization process, so a comprehensive analysis is necessary, not only from the economic cost-benefit perspective, but also from the logic of health, commercialization, the expansion of the pharmaceutical industry and the state's withdrawal from the health segment. And the perspective of users cannot be forgotten for it is they who, through this system, will find solutions to some of their disease problems in an effective and accessible way.

The current challenge for the Ministry of Health is to implement public policies that guarantee the quality of care in this private mode, regulate its growth and how it operates, and recognize the doctors' training. The expectation is to optimize the service and articulate it with the other public and private services in the three levels of health care. The State should not give up its leading role in the provision of health services and leave the population's needs in the hands of private enterprises, in the free market of supply and demand, where health problems are the source of juicy profits for the profitable business of the pharmaceutical industry.

This DAP network could be used as a platform for implementing and improving epidemiological surveillance systems, prevention programs and health promotion campaigns that already operate in the public health system. Given the importance of their day-to-day work, the role

of physicians in the DAP system needs to be vindicated not only in terms of social prestige within and outside their profession, but also in terms of improved labor conditions.

Finally, I believe that it is fundamental to reflect the point of view of all the actors involved, the interests and needs that are at stake, and to recognize the virtues and deficiencies, possibilities and risks, that this new private system of attention can signify in the present and in the immediate future. Because, for better or for worse, there is no doubt that it is a system that has come to stay.

**Table 1. Growth of medical offices annexed to pharmacies in Mexico**

Year	2010	2011	2012	2013	2014
Number	4,370	6,611	10,000	13,000	15,000

Source: Documento 12022015 COFEPRIS, Regulación de establecimientos, April, 2014.



### References

- CHU, M. y GARCÍA, R. (2007) *Farmacias Similares Private and Public Health Care for the Base of the Pyramid in Mexico*, Harvard Business School. Case 307-092, January 2007.
- DÍAZ, S.P. (2012) *Percepción del entorno laboral y de los servicios ofrecidos del personal de salud en los consultorios médicos privados en México*. Master's thesis. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- DENUE-INEGI (2017) *Directorio Estadístico de Unidades Económicas*– Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. <<http://www.beta.inegi.org.mx/app/mapa/denue/>>.
- ENSANUT-2012. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*, Cuernavaca, INSP. <<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>>.
- FREIDSON, E. (1978) *La Profesión Médica*. Barcelona. Ed. Península.
- FUNSALUD (2014) *Estudios sobre la práctica de atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas*. Mexico, D.F. FUNSALUD. Instituto Nacional de Salud Pública, IMSS/Health. <<http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2015/07/Informe-final-CAF-v300615-e-book.pdf>>.
- LEYVA, M.A. y PICHARDO, S. (2012) «Los médicos de las Farmacias Similares ¿degradación de la profesión médica?». *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, vol. 8 (1):143-175. Mexico, UAM-Iztapalapa.
- LEYVA, R.; ERVITI-ERICE, J.; KAGEYAMA, M. L., et alii (1998) «Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México». *Salud Pública de México*, (40): 24-31.
- MARTÍNEZ, J. y MURAYAMA C., (2016) «El sistema de atención a la salud en México». En MURAYAMA, C. y RUESGA, S. (coords.) *Hacia un sistema nacional de salud en México*. Mexico, UNAM- Senado de la República. pp. 19-124.
- MURAYAMA, C.; RUESGA, S. (2016) «Resumen y conclusiones de los análisis de casos nacionales». En MURAYAMA, C.; RUESGA, S. (coords.), *Hacia un sistema nacional de salud en México*. México, UNAM-Senado de la República, pp. 305-338.
- OLÁIZ, G. (2013) *Resultados en Salud Pública ENSANUT 2012*. <<http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/SAPSC04.pdf>>.

- OSORIO, R. M. (2001) *Entender y Atender la Enfermedad. Los Saberes Maternos frente a los Padecimientos Infantiles*. Mexico, Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. CIESAS-INI-Conaculta-INAH.
- OSORIO, R. M., (2013) «La cultura médica materna y la salud infantil. Un análisis de las enfermedades respiratorias desde la epidemiología popular en México». En CABRÉ I PAIRET, Montserrat y SALMÓN MUÑIZ, Fernando (eds). *Sexo, género y medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*. pp. 229-251. Santander, Ediciones de la Universidad de Cantabria.
- OSORIO, R. M., (2016) «La cultura de atención médica materna en las enfermedades infantiles». En CAMPOS-NAVARRO, Roberto (coord.) *Antropología médica e interculturalidad*. México, UNAM-McGraw-Hill-Interamericana pp. 201-213.
- PACHECO, P. (2012) *Análisis de la Cobertura Geográfica del Programa Carravanas de la Salud*. Master's thesis on public policies. Universidad Iberoamericana México.
- PÉREZ, R.; DOBOVA, S.; WIRTZ, V., et alii (2012) «Consultorios médicos en farmacias privadas: Efectos inesperados en el uso de los servicios de salud y el acceso a medicamentos». *Documento analítico de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- 2012*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- SECRETARÍA DE SALUD-DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (SSA-DGIS). (2012) *Boletín de Información Estadística* No. 32, vol. III. 2012. Mexico 2013.
- TORRES, S.; GUTIÉRREZ, J. P. (2009) «Mercado farmacéutico en México: tamaño, valor y concentración». En CISS, *Investigación en Sistemas de Salud: Contribuciones selectas del INSP* in XV Aniversario del Centro de Investigaciones en Servicios de Salud: 272-277. Mexico.
- WIRTZ, V. J.; LEYVA, R.; DRESER, A., et alii (2011) «Organización y funcionamiento de las farmacias en México». En HOMEDES, N. y UGALDE, A. (eds.) *Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de los medicamentos en América Latina*. Buenos Aires. Ed. Lugar. pp. 59-81.

VULNERABILIDAD SOCIAL Y ESTIGMA EN EL ACCESO  
A LA SALUD SOBRE EL DESIGUAL ACCESO A LOS RECURSOS  
MÉDICOS EN POBLACIÓN AROPE DE UN CENTRO EDUCATIVO  
DE DIFÍCIL DESEMPEÑO

Juan Carlos Romero-Villadóniga

*Grupo HUM 556 «Mundialización e Identidad» de la Universidad de Huelva*

**Resumen:** Existe una relación indisociable entre vulnerabilidad, estigma y violencia. Ello se observa en fenómenos de invisibilización sobre los sujetos, mediante prácticas de poder cuyo fin último es el control de los cuerpos. El artículo analiza cómo población de AROPE es víctima de una violencia simbólica en el acceso al consumo de medicamentos. Por medio de etnografías realizadas en una barriada desfavorecida de Huelva, se analizan los circuitos y dimensiones de la violencia sobre la salud.

**Palabras clave:** vulnerabilidad, estigma, medicamentos, violencia, AROPE.

*Social vulnerability and stigma in access to health on the unequal access to medical resources in AROPE population of a difficult performance education center*

**Abstract:** There is an indissociable link among vulnerability, social stigma and violence. Consequently, the invisibility of individuals may be noted by using power practices to gain control over the bodies. This paper analyses how people at risk of social exclusion (ARPE) are the victims of symbolic violence, particularly on access to medical products. By undertaking an ethnographic study of a social deprived urban area in Huelva, the dimensions of violence as a health issue are analyzed.

**Keywords:** vulnerability, social stigma, medicine, violence, AROPE.

*Introducción. Todos somos vulnerables...*

Hoy he experimentado, de forma encarnada, el sentimiento de impotencia asociada a la vulnerabilidad social. Cuando leía a BAUMAN (2007) nunca llegaba a entender a qué se refería exactamente cuando decía que, hoy en día, debido a la precariedad y la inestabilidad que nos envuelve en las cotidianidades, había derivado todo ello en la desprotección del sujeto. Y he aquí que, experimentando en primera persona sus palabras, me encuentro escribiendo sobre vulnerabilidad social mientras contemplo cómo mi padre, sumido en un coma inducido tras un traumatismo craneoencefálico, lloraba horas antes pidiendo un calmante, o simplemente que se le atendiese ante la actitud despreocupada del personal sanitario presente. Definitivamente, la *macdonalización* de la sociedad (RITZER, 2002) ha llegado también al mundo asistencial.

Es en esas situaciones cuando uno se da cuenta del alcance real de las prácticas de poder asociadas a la salud, cuando el sentido de vulnerabilidad cobra forma y se encarna en los cuidados y atenciones que uno reclama al tiempo que no es correspondido. Como bien apunta García Blanca:

El terreno representado por lo que habitualmente llamamos salud y enfermedad es campo abonado para el ejercicio del poder. Y ello en una doble acepción: es una jurisdicción donde se ejerce el poder, y es también —y esto es mucho más importante— un complejo conjunto de mecanismos que producen efectos de poder: fabricación de verdad, manipulación de discursos, imposición de modelos éticos y de comportamiento, implantación de automatismos (GARCÍA BLANCA, 2016: 15).

Alzo la mirada. Mi padre se encuentra inquieto debido a los dolores en su maltrecha cabeza. Horas antes se encontraba en otro hospital, prácticamente abandonado a su suerte, sin derecho a ser tratado con dignidad por el simple hecho de no pertenecer a la compañía médica de referencia, con un cráneo fracturado por varios sitios y sin posibilidad de desplazarlo, en una tierra de nadie, un limbo deshumanizador que no se aproxima, ni siquiera en sus formas, a los principios éticos básicos que debe guiar cualquier práctica médica.

Sin duda, en casos así, las diversas prácticas de poder, tanto las de corte biopolítico (FOUCAULT, 2007) como las psicopolíticas (HAN, 2016), van influyendo en las diferentes dimensiones humanas. Mientras sus edemas cerebrales iban creciendo y extendiéndose por su ser, los médicos se

emperraban en hacerme ver que el ser de una compañía médica diferente hacía que no se le pudiera atender como era debido, no pudiendo hacer más que una primera acción de emergencia. Y lo malo de todo era que lo entendía y, hasta cierto punto, aceptaba como algo lógico. La psicopolítica había entrado en mí y trataba de convencerme, mediante la interiorización de su discurso, de que desatender a un ser humano forma parte del juego, de la cotidianeidad del sistema, y debe ser aceptado como algo natural de las actuales lógicas del mercado. Definitivamente, el sistema está por encima de las personas, y nosotros, como seres complejos, sumidos en la dialógica continua, participamos de él. Las tramas ocultas de la sociedad (CAPRA, 2003) permean, a modo de tela de araña, condicionando nuestras subjetividades, modelando los imaginarios, generando una naturalización de las violencias intrínsecas del sistema sobre los sujetos.

Estas tramas ocultas van a servir como referentes para el sujeto complejo, definido, entre otros autores, por MORIN (2004) o POZZOLI (2006). Para estos, el ser humano se compondrá de varias dimensiones constitutivas, el autoegocentrismo, por medio del cual se convierte en el centro de todo su universo vital, la egoautorreferencia, en la cual el sujeto se va a nutrir de todos los elementos presentes en su entorno que puedan servir para su autoconstrucción, y la autoegofinalidad, la cual, como su propio nombre indica, va a ser la deriva vital hacia la cual irá conduciendo su acción (SOLANA, 2000).

Complementando esta concepción del sujeto complejo, para Javier SAN MARTÍN (2016) la vida humana está constituida por la suma de varias estructuras, las cuales se encuentran interseccionadas. Se tratarían de «aquellas dimensiones básicas que constituyen la condición de posibilidad del conocimiento» (2016: 35), teniendo como cualidades la necesidad, la cooriginalidad y la inseparabilidad *de facto* (GARCÍA GÓMEZ, 2014). Para él estas estructuras van a estar compuestas por la corporalidad (el ser corporal), la mundanidad del sujeto (horizonte espacial), la temporalidad, la lingüística, la mismidad y la socialidad. Cuando el sujeto enferma, cuando se vuelve dependiente de unas prácticas médicas tales como cuidados o consumo de productos farmacéuticos, ello genera un cambio en todas las estructuras que le dan sentido como ser, practicándose sobre estas toda suerte de violencias, entendiéndose estas como prácticas en las cuales hay una imposición, un abuso, a partir de la existencia de asimetrías entre los sujetos (FERRÁNDIZ, 2004), en este caso, el sistema. Los abusos a los que va a ser sometida la corporalidad traerán consecuencias en el resto de las

dimensiones que constituyen el ser. El poder va a actuar sobre los sujetos y le va a condicionar en sus tiempos y espacios, en su relación respecto a la alteridad, lo va a convertir en un cuerpo sujeto a unas prácticas médicas contra su voluntad.

Por esta razón, toda práctica médica va a revestirse de una lógica de poder. Se realizará en unas condiciones de asimetría, se impondrán prácticas que van a suponer una forma de agresión sobre los sujetos, por muy bienintencionadas que estas sean, afectando a todas las dimensiones constitutivas de su condición humana, no solo la corporalidad, al tiempo que genera una situación de dependencia, aunque sea temporal, por parte del paciente.

Son prácticas de poder cuya visibilización se hará más notoria cuando entren en juego situaciones tales como imposibilitaciones físicas o falta de autonomía, provocando situaciones de naturalización de la violencia entre sus usuarios a partir de la aceptación de un rol impuesto desde las relaciones consensuadas desde la sociedad hegemónica.

*... pero unos son más que otros*

A pesar de ser todos vulnerables, el actual desmantelamiento del Estado del bienestar ha traído consigo una nueva y cruda realidad, la dependencia de los colectivos más vulnerables, siendo cierto que no todos los sujetos están sometidos al mismo grado de afección. Como apunta HARO: «La dependencia como carga no es rentable, sino económicamente lesiva. Los dependientes son residuos que no nos podemos permitir. La dependencia se ha estigmatizado, pues se valora en términos económicos y no éticos y humanos» (2012: 41).

De esta forma, el cuarto informe de seguimiento del estado de la pobreza (LLANO, 2015), con datos referidos al quinquenio 2009-2013, pone el dedo en la llaga en la población en situación de AROPE (*at risk of poverty and/or exclusion*), índice que mide el riesgo de pobreza y exclusión social en el marco de la UE. Define de manera agrupada a las personas que cumplen uno o más de los criterios definitorios, es decir, a los individuos que componen aquellos hogares cuyos ingresos totales están bajo el umbral de la pobreza y/o sufren de privación material severa y/o tienen baja intensidad del trabajo (LLANO, 2015: 6).

Los datos ofrecidos por el estudio son realmente abrumadores. Por sexo, el 26% de los hombres y el 28% de las mujeres del territorio peninsular se encuentran en situación AROPE (estimaciones del INE en 2013), siendo aún más notorias estas asimetrías cuando se aplica el criterio de grupo de edad. De esta forma, según la base de datos del INE del año 2013, recogidos en el estudio anteriormente reseñado (LLANO, 2015: 11), el grupo de población con edades comprendidas entre los 16 y 29 años, con un 33%, seguido por el de menos de 16 años, con un 31,9%, forman el grueso poblacional en situación de precariedad, siendo el de ancianos, con un 14,5%, el de menor incidencia. Estos datos pueden arrojar una primera lectura: las poblaciones infantil y adolescente es la que se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad social frente a otros grupos de edad, como la población anciana, la cual, gracias al sistema de pensiones, tendría garantizados unos mínimos de vida.

Sin embargo, estos datos contrastan con los ofrecidos por CRUZ ROJA ESPAÑOLA (2014), donde incorporan nuevas variables a la hora del estudio de las vulnerabilidades sociales en el conjunto de la sociedad española. Así, en el *Boletín sobre vulnerabilidad social*, de septiembre de 2014, se realiza un estudio pormenorizado acerca de la incidencia de los problemas de salud, así como en las respuestas que se ofrecen desde el sistema sanitario. El objetivo final no será sino aportar claves explicativas sobre la influencia de los determinantes sociales en la salud de un porcentaje de población en situación de AROPE, tales como la percepción del estado de salud, la influencia que ejercen factores discapacitantes, o la incidencia de enfermedades crónicas en las cotidianidades.

Por medio de una encuesta realizada entre los beneficiarios de la organización, repartidos por todo el territorio español, se van a estudiar las dificultades para afrontar los gastos sanitarios, manifestando el 35,1% de las personas encuestadas tener dificultades económicas en relación con la atención a su salud. De esta forma:

Las dificultades más frecuentes son no tener capacidad para pagar medicinas que ya no cubre la Seguridad Social (20,1% de las mujeres y 14,6% de los hombres), no poder pagar los honorarios del dentista (19,9% de las mujeres y 15,6% de los hombres) y tener que hacer frente al copago de las medicinas (16,2% de las mujeres y 12,7% de los hombres) (CRUZ ROJA, 2014: 47).

Esta situación de marcada vulnerabilidad va a tener, igualmente, su traslado al ámbito familiar, siendo los problemas de copago de medica-

mentos unos de los principales problemas a los que se deberá enfrentar la economía familiar de población AROPE. De esta forma:

Un 45% de quienes están en AROPE manifestaron tener dificultades económicas en relación con la atención de su salud, siendo las más frecuentes los problemas para pagar al dentista (25%), para costear medicinas que ya no cubre la Seguridad Social (23%) y para hacer frente al copago de medicinas (19%) (CRUZ ROJA, 2014: 52).

Para el caso que nos ocupa, la práctica totalidad de sus habitantes se encuentran en situación AROPE. Construida en 1977 por el Instituto Nacional de la Vivienda, la barriada Diego Sayago acoge a población mayoritariamente de etnia gitana, proveniente de asentamientos chabolistas de Pilar de Balbuena, Marismas del Odiel y el Chorrito, todas ellas zonas periféricas sometidas a la presión del desarrollismo industrial de la época.

En sus primeros tiempos la barriada se encontrará en una zona periférica alejada del centro urbano de la capital onubense, siendo sinónimo de marginalidad y exclusión. Con una población con baja cualificación e instrucción, las principales actividades económicas de la zona se centrarán en la compra y venta de chatarras, así como en la venta de droga.

Actualmente, la barriada presenta el perfil de una zona considerada en «alto riesgo de exclusión social», con altas tasas de desempleo, muy superiores al 35%, que afectan a la población juvenil principalmente. Del mismo modo, la carencia de infraestructuras, la abundancia de infraviviendas y la casi ausencia de servicios marcan sus señas de identidad en el territorio.

Los informes realizados desde el proyecto Distrito V, así como desde los servicios sociales comunitarios, visibilizan datos muy preocupantes en lo referido a la precariedad vital de sus ocupantes, encontrándose el 20% del total en una situación de pobreza extrema, ampliándose la cifra al 65% la población en riesgo de exclusión o con síntomas graves de vulnerabilidad social.

Todo ello se traduce en situaciones de marcada dependencia económica, problemas de subsistencia cronificados y sumisión extrema de los servicios sociales comunitarios, así como organizaciones no gubernamentales que operan en la zona. La elevada precariedad laboral, la cual afecta a más del 50% de la población activa y la existencia de numerosos problemas de origen étnico forman parte, igualmente, de la cotidianeidad de la barriada.



*Historias encarnadas. La importancia de los procesos de memorialización*

El consumo de medicamentos y su dependencia de las redes de adquisición de estos resultan ser situaciones muy usuales y cotidianas para la población en situación de AROPE. Desde hace nueve años me encuentro realizando una investigación sobre las diferentes violencias presentes en el sujeto complejo, tomando para ello un contexto geográfico de la ciudad de Huelva, donde la vulnerabilidad social se visibiliza a través de prejuicios y atributos negativos, en sus múltiples formas. A pesar de centrarme en el campo educativo, las prácticas de consumo de medicamentos aparecen constantemente en las etnografías registradas hasta la fecha. Como seres complejos, la intersección de las diferentes dimensiones constitutivas de su realidad hace que se deba prestar atención a tan complejo tema.

El vivir en un contexto social tan específico confiere igualmente una especificidad de interpretación del espacio, el cual es apropiado y recreado simbólicamente (ROMERO VILLADÓNIGA, 2014) al objeto de dar un sentido dentro de su mismidad. Genera, lo que BIASSATTY *et alii* denominan memorias sujetas, las cuales «no solamente utilizan trazas materiales donde aferrarse sino, además, memorias elaboradas por sujetos que las acarrearán y las comparten, les dan forma y las disputan, les agregan matices, música, colores y palabras, les prestan contexto social e histórico, las recrean a través de distintas prácticas colectivas, etc.» (2015: 24).

A nivel espacial ello se traduce en la existencia de lugares con una significatividad simbólica. Tal va a ser el caso del único centro médico presente en la barriada, el cual atiende a unas 15.000 personas, siendo concebido en el imaginario colectivo como un «enorme dispensario de medicamentos». Cada mañana, arremolinados en sus ventanillas, numerosos usuarios acuden buscando medicaciones las cuales consideran imprescindibles para su salud, generando situaciones de tensión con los profesionales que atienden el centro, al no estimarlas necesarias.

Como cada mañana desde hace tantos años, he vuelto a pasar por delante del centro médico. Las familias, siguiendo un ritual cotidiano, se arremolinan en sus puertas de forma parsimoniosa, en un orden pactado entre todos para evitar así tener más problemas. El guardia de seguridad, más que acostumbrado a las peleas que allí se forman, trata de mediar entre unos y otros, ganándose su confianza, para poder recurrir a ella cuando vengan los problemas. Cuesta creer que algunos de los allí presentes están desde las seis de la mañana guardando cola para que le vuelvan a recetar las medicinas que toman desde

tiempos inmemoriales, mientras que luego no son capaces de esperar cinco minutos a que el profesor termine las clases para poder hablar con él (diario de campo, 14-2-2017).

Ello genera la creación de un espacio de conflicto en la zona, reproduciéndose en las relaciones toda suerte de violencias, desde las sistémicas a las interiores o naturalizadas. Y es que, tal y como definen autores como BOURGOIS (2006) o FERRÁNDIZ y FEIXA (2004), se debe entender el fenómeno de las violencias como una forma de comunicación, un lenguaje con unos códigos concretos, un lenguaje en toda regla.

Estoy tomando café en el salón de juegos que hay frente al centro médico. De pronto observo cómo una patrulla de la policía local entra en el Centro de Salud y se escucha un alboroto. En esos momentos veo cómo Moisés abandona el lugar y se viene hacia donde me encuentro. «¿Qué ha pasado?», le pregunto medio entre bromas y lleno de curiosidad. «Lo de siempre maestro, que el médico se ha negado a recetar un medicamento a la madre de Joselito y se ha liado parda, porque querían hasta pegarle. Si no viene la policía hay sangre, como ocurre prácticamente cada día» (diario de campo, 4-10-2017).

Esta situación de dependencia hacia el fármaco, así como sus formas de adquisición, se reproduce en otros contextos muy diferentes, como puede ser el caso de los centros educativos. De forma sistemática, y sin posibilidad de mediación previa, el alumnado proveniente de la barriada, el cual ha logrado establecer un vínculo dependiente con el medicamento, reclama el uso y consumo de estos productos al personal educativo, al cual se le prohíbe de forma expresa mediante instrucciones de las delegaciones territoriales de educación poder facilitar cualquier tipo de fármaco. Ello genera fuertes situaciones de tensión, al existir dos subjetividades muy diferenciadas entre sí.

Escucho un griterío en la conserjería. María, la conserje, está tratando de convencer a Zaira de que no está autorizada a dispensar cualquier tipo de medicación al alumnado, ya que hay instrucciones precisas, así como prohibición por parte de la Dirección siguiendo órdenes.

—María: Por más que grites no estoy autorizada a darte ninguna medicina. Si necesitas algo lo tienes que traer de casa, porque no sabemos si eres alérgica a alguna medicación y no nos podemos jugar el cuello.

—Zaira: ¡Qué más te da, paya! Si no me crees, llama a mi madre, que verás cómo deja que me lo tome.

—María: No insistas que estoy cumpliendo órdenes y no puedo hacer nada. Así que no insistas que no te voy a dar ninguna pastilla, por muy pesada que te pongas.

Entre insultos y aspavientos, Zaira se marcha a clases. No sin antes amenazar a la conserje con volver con su madre (diario de campo, marzo, 2015).

La dependencia se visibiliza aún más cuando el consumo de medicamentos se convierte en sustitutivo de prácticas de salud saludables. Tal va ser el empleo de protectores gástricos por parte del alumnado en ayunas a lo largo de la jornada escolar, lo cual viene motivado por la existencia de molestias derivadas por unos estilos de vida muy descompensados o deficientes, visibilizados en prácticas como la ausencia de la ingesta de desayunos o el excesivo consumo de grasas saturadas en su alimentación de forma cotidiana. No resulta extraño encontrar, en diferentes etnografías registradas, que, a la hora de hablar de la alimentación, comentan cómo han ido a almorzar a una conocida cadena de comida rápida rica en grasas polisaturadas, han cenado pizza encargada a otra cadena de similares características, mientras que, a la mañana siguiente, han tomado los restos dejados en la jornada anterior.

Me encuentro a Agus con mala cara tirado en un banco del pasillo. Me acerco a él, pues me preocupa su maltrecho estado y le pregunto por la causa de tal situación. «Tengo un dolor de estómago y barriga espantoso, maestro», me contesta como puede entre retortijones y malas caras.

Es entonces cuando, en un intento de hacerle olvidar su actual estado, le pregunto por lo que hizo el día anterior, confiando en que así se le pasase algo su malestar. «Ayer salí a comer con mi hermano al *burger* que hay cerca del hospital, lo suelo hacer casi cada día, y ya para cenar nos fuimos a un kebab para aprovechar el dinero que nos había sobrado del almuerzo. Como esta mañana ya me encontraba mal mi madre me ha dado un protector para el estómago que tiene en casa y me ha dicho que no desayune nada para que se limpie y deje de dolerme, pero estoy peor que cuando me levanté» (diario de campo, 15-2-2017).

Igualmente llamativo va a ser el consumo de fármacos asociados a determinadas enfermedades, las cuales son residuales en poblaciones adolescentes lejanas a una condición de vulnerabilidad. Tales son los casos del colesterol y el azúcar, presentes en una parte importante de la población estudiada en el centro educativo. De esta forma, la falta de hábitos de salud (alimenticios y de actividades deportivas) es encubierta con su condición social. Expresiones del tipo «en este barrio es lo más normal», o hasta «no-

sotros, los gitanos, solemos tener siempre, desde chico, el colesterol alto», no hacen sino naturalizar e interiorizar prácticas asociadas a su condición de vulnerabilidad, convirtiéndose, de esta forma, en un tipo de violencia interior de gran calado entre los sujetos.

Yo paso de practicar deporte. Una gitana que se precie no puede ponerse el chándal delante de los demás y moverse así de esa forma. Además, yo no puedo hacer mucho deporte, porque tengo azúcar y colesterol del malo. Aquí muchos lo tenemos, es lo más normal que con trece o catorce años tengamos ya el colesterol muy alto, ya que eso es cosa de familia, por eso mis padres tienen que ir cada dos por tres al centro médico a que me receten las pastillas del colesterol, ya que es la única forma de mantenerlo a raya (entrevista a Sara, 20-1-2016).

Esta dependencia farmacológica va a estar presente, de igual manera, en las vivencias del alumnado para con sus familias. Las visitas al centro médico, la cotidianeidad del empleo de los usos de servicios de urgencia y la dependencia de determinados fármacos forman parte del día a día en sus etnografías, generando profundas discontinuidades entre sus necesidades y las de sus familiares. De esta forma describe uno de los sujetos estudiados su relación con el mundo de la salud y sus prácticas asociadas.

Si quieres buscar a mi padre ve al centro médico que allí lo verás cada mañana. Tiene sida, al igual que mi madre, y cuando no es uno es otro el que va. Siempre están allí pidiendo al médico que les recete medicinas para sus dolores, o para la garganta, que les duele, o por un resfriado. Y cuando no es para ellos, están allí acompañando a mi abuela o a alguno de mis tíos. Parece que hasta les gusta estar allí, nada más que pidiendo medicinas todo el día, que hasta van a montar una farmacia en la casa de tantas como tienen. Por eso, cuando el médico se encabrona y les dice que ya no les va a recetar más, la lían, están enganchados los dos a toda esa mierda (entrevista a Tara, 2-12-2015).

Todas las dimensiones humanas van a estar condicionadas por la necesidad de acceso al fármaco, desde la temporalidad con las colas en el centro médico y las farmacias hasta su mundanidad o la espacialidad, influyendo todo ello en la mismidad de la persona. Entre el fármaco y el sujeto se establece una situación de dependencia, no solo física, naturalizando la dependencia como algo inevitable y necesario para su bien, siendo innato a su condición de sujeto vulnerable. Forma parte de sus atributos negativos y su estigma asociado, estableciéndose una ligazón indisoluble, lo cual no es sino una práctica de poder, en este caso desde

la psicopolítica (HAN, 2015a), para el control de los sujetos. Es una forma de catalogar, vigilar, controlar y castigar a la alteridad, de rechazar a las minorías a la manera que establece APPADURAI (2007), mediante la creación de diferencias entre la masa social hegemónica y su alteridad residual (HAN, 2015b), más lejana a los circuitos de consumo. Es una forma de violencia sistémica, interiorizada y asimilada por el sujeto como condición indisociable a su ser, una nueva forma más sutil y elaborada de generar neoesclavismo, en este caso farmacológico y/o asociado a prácticas de salud, en pleno siglo XXI.

### *Concluyendo..., que es gerundio*

Sin duda alguna, las prácticas médicas se encuentran asociadas al poder en sus múltiples dimensiones. Unas veces por medio del uso de elementos propios de la biopolítica, otras, por los de la psicopolítica, permea sobre los sujetos, condicionando y/o determinando sus diferentes dimensiones constitutivas.

Estas violencias del poder sobre los cuerpos afectan a su capacidad política, al limitar capacidades no solo de agencia sino, igualmente, de autonomía como sujeto social. Ello se pone todavía más manifiesto cuando hablamos de los vulnerables entre los vulnerables, la población en situación AROPE, donde la interiorización de las prácticas psicopolíticas se ha traducido en la asunción y naturalización de su situación estigmatizada, reproduciendo violencias sobre sí mismos debido a la soterrada acción que ejerce el sistema sobre estos. El consumo masivo de medicamentos y su absoluta dependencia emocional, la falta de capacidad de adquisición y la naturalización de la situación que se genera provocan la creación de parias (HARO, 2014), gente superflua que no interesa al sistema por encontrarse fuera de los circuitos de consumo, en este caso, la salud.

Y es que las prácticas médicas, asociadas a su dimensión asistencial o a la de consumo de productos, se han convertido, en muchas ocasiones, en vasos comunicantes entre los cuerpos y una globalización que construye una realidad únicamente válida para la grandes empresas farmacéuticas y corporaciones sanitarias, las cuales erigen discursos a través del miedo, la principal herramienta de control del poder en el siglo XXI, como apunta BAUMAN (2010), pues no hay mejor forma de controlar a los sujetos que

por medio del sometimiento de sus cuerpos a través de prácticas visibilizadas en la atención sanitaria o el consumo de medicamentos.

Por esta razón, al ver en estos momentos a mi padre sedado, sin capacidad de controlar su cuerpo, sin poder ser dueño de las diferentes dimensiones constitutivas de su ser, llego a preguntarme: ¿realmente te están cuidando o solo quieren hacerme creer en un discurso que lo único que encierra es el control de los sujetos?

### Bibliografía

- AUGÉ, M. (2008). *Los no lugares. Espacios del anonimato*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- APPADURAI, A. (2007). *El rechazo de las minorías*. Barcelona: Tusquets.
- BAUMAN, Z. (2007). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.
- BAUMAN, Z. (2010). *Miedo líquido*. Madrid: Akal.
- BIASATY, S. y COMPANY, G. (2014). *Memorias sujetadas*. Madrid: JAS.
- BOURGOIS, P. (2009). «Treinta años de retrospectiva etnográfica sobre la violencia en las Américas». En LÓPEZ, Julián (coord.). *Guatemala, violencias desbordadas* (pp. 29-62). Córdoba: Servicio Publicaciones Universidad de Córdoba.
- CAPRA, F. (2003). *Las conexiones ocultas*. Barcelona: Anagrama.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA (2014). *Boletín sobre vulnerabilidad social*, 9. Madrid: Cruz Roja Española.
- FERRÁNDIZ, F. y FEIXA, C. (2004). «Una mirada antropológica sobre las violencias». *Alteridades*, 14(27), 159-174.
- FOUCAULT, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.
- GARCÍA, J. (2009). *El rapto de Higea*. Barcelona: Virus Editorial.
- GARCÍA-GÓMEZ, J. (2010). *Caminos de la reflexión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- HAN, B.-C. (2015). *El rechazo de los otros*. Barcelona: Herder.
- HAN, B.-C. (2016). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- HARO, A. (2012). «Antropología del conflicto. Reflexiones sobre el nuevo orden global». *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, 60: 177-204.
- HARO, A. (2014) «La globalización y sus parias. A propósito de Zygmunt Bauman». *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 2: 25-64.
- INE (2013). *Riesgo de pobreza o exclusión*. Disponible en: <[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)>. [Consultado el 13/04/2016].
- LLANO, J. C. (2015). *El estado de la pobreza*. Madrid: EAPN.
- MORÍN, E. (2004). *Introducción al pensamiento complejo*. México, DF: Gedisa.

- POZZOLI, M. T. (2006). «El sujeto de la complejidad. La construcción de un Modelo Teórico Transdisciplinar (eco-psico-socio-histórico-educativo)». *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 5(15): 1-14.
- RITZER, G. (2002). *La macdonalización de la sociedad. Un análisis de la racionalización en la vida cotidiana*. Barcelona: Ariel Sociedad Económica.
- ROMERO-VILLADÓNIGA, J. C. (2016). «Mi gente, mi mundo». *Revista de Antropología Experimental*, 16: 431-441.
- SAN MARTÍN, J. (2015). *Antropología filosófica II. Vida humana, persona y cultura*. Madrid: UNED.
- SOLANA, J. L. (2000). *Antropología y complejidad humana. La antropología compleja de Edgar Morin*. Jaén: Comares.



ENTRE O RISCO E A (IN)CERTEZA: O PAPEL DA CONFIANÇA  
NAS PRÁTICAS E RELAÇÕES SOCIAIS COM OS MEDICAMENTOS  
NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE<sup>1</sup>

Carla F. Rodrigues

Department of Anthropology, University of Amsterdam y Departamento  
de Sociologia, Universidade Eduardo Mondlane  
*carla.af.rodrigues@gmail.com*

**Resumo:** Este capítulo debruça-se sobre o papel da confiança na gestão da incerteza e do risco relativamente ao uso de medicamentos. Com base numa pesquisa sociológica em Maputo, Moçambique, esta análise procura compreender como diferentes modalidades de confiança, desdobradas analiticamente em três ‘camadas’ ou bases relacionais —confiança nos sistemas médicos, nas organizações e nos provedores de saúde, e nas experiências pessoais e socialmente partilhadas— operam em conjunto dando forma às relações dos indivíduos com os medicamentos, num contexto de crescente pluralismo terapêutico.

**Palavras-chave:** confiança, risco, medicamentos, pluralismo terapêutico, Maputo, Moçambique

**Resumen:** Este capítulo aborda el papel de la confianza en la gestión de la incertidumbre y el riesgo con respecto al uso cotidiano de medicamentos. Basado en una investigación sociológica en Maputo, Mozambique, este análisis busca comprender cómo diferentes modalidades de confianza, analíticamente dividido en tres ‘capas’ o bases relacionales —en los sistemas médicos, en las organizaciones y proveedores de salud, y en las experiencias personales y socialmente compartidas— operan juntas dando forma a las relaciones de los individuos con los medicamentos en un contexto de creciente pluralismo terapêutico.

**Palabras clave:** confianza, riesgo, medicamentos, pluralismo terapêutico, Maputo, Mozambique

1 Esta pesquisa foi financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/78172/2011). Parte dos resultados e das considerações analíticas apresentadas neste capítulo foram desenvolvidos com maior profundidade em Rodrigues (2016).

## Introdução

Como resultado de processos de globalização, uma crescente variedade de práticas e de recursos terapêuticos estão cada vez mais disponíveis em diversos contextos locais, um pouco por todo o mundo. Esta diversidade, muitas vezes enraizada em diferentes sistemas médicos e de conhecimento (embora intrincados entre si) com estatutos sociais e políticos diferenciados, tende a aumentar a incerteza nos processos de avaliação e de escolha por parte dos indivíduos. No contexto destas paisagens terapêuticas plurais e em constante mudança, interessa perceber de que forma os indivíduos avaliam, categorizam e interpretam diferentes recursos terapêuticos; e como gerem os seus consumos quotidianos no âmbito dessa diversidade terapêutica.

Com base numa pesquisa sociológica conduzida em Maputo, Moçambique, este capítulo analisa concepções sociais de eficácia, segurança e risco relativamente aos recursos terapêuticos disponíveis localmente, debruçando-se, em particular, sobre o papel da confiança nos processos de escolha e decisão no uso de medicamentos. Para esse efeito, a análise centra-se no uso de medicamentos para a gestão de problemas de saúde ligeiros, incluindo a gestão de sintomas como a febre, tosse, dores, etc. Estas são, de acordo com os participantes deste estudo, condições comuns que muitas vezes tendem a ser geridas, em primeira instância, sem o recurso a um profissional de saúde.

Partindo das narrativas dos indivíduos, esta análise situa-se numa abordagem sociológica e antropológica que salienta a legitimidade de várias racionalidades em saúde (Cohen *et alii*, 2001), opondo-se a uma conceção dicotomizada do uso racional/irracional de medicamentos (ver, por exemplo, Craig, 2002; Etkin e Tan, 1994; Whyte *et alii*, 2002; Britten, 2008; Lopes, 2010; Rodrigues, 2020). Esses e outros estudos enfatizam a importância do estudo dos medicamentos como fenómenos sociais e culturais, a fim de compreender e contextualizar as lógicas e motivações subjacentes às diferentes formas de uso.

Seguindo essa perspetiva, e usando uma abordagem fenomenológica (Schutz, 1970), procura-se então analisar as narrativas e interpretações dos indivíduos relativamente às suas práticas e experiências com medicamentos, explorando a forma como diferentes modalidades de confiança influenciam os processos de tomada de decisão num contexto de crescente pluralismo terapêutico<sup>2</sup>.

2 Para uma discussão sobre a noção de pluralismo terapêutico, e a sua distinção analítica de pluralismo médico, ver Rodrigues, 2016: 389-390. Ver também Clamote (2008) e Lopes (2010).

### *Confiança como um processo relacional multifacetado*

Vários teóricos sociais têm sublinhado a crescente importância da confiança nas sociedades modernas, particularmente em condições de incerteza e nos contextos globais do mundo atual (Misztal, 1996). Como elemento fundamental nos cuidados de saúde, o papel da confiança nas relações interpessoais e/ou institucionais entre pacientes e profissionais de saúde, organizações, sistemas médicos e governamentais, começou a receber maior atenção sociológica nas últimas décadas (e.g. Davis, 1999; Mechanic e Meyer, 2000; Gilson, 2003; Van der Schee *et alii*, 2007; Calnan e Rowe, 2008; Meyer *et alii*, 2008). Destacam-se, neste campo, estudos centrados nas relações de confiança em torno de tecnologias médicas, nomeadamente no que respeita a injeções (e.g. Birungi, 1998), a produtos farmacêuticos (e.g. Bissell *et alii*, 2001; Brown & Calnan, 2010; Brown *et alii*, 2015) e a medicamentos em geral (e.g. Rodrigues, 2016). Estes estudos enfatizam a importância da confiança na gestão de situações de incerteza e risco (cf. Zinn, 2008), e como elemento orientador nos processos de tomada de decisão. A mobilização da confiança permite que os indivíduos se envolvam em atividades, neste caso de consumo, com base num conjunto de informações incompletas (Luhmann, 1979), ou conhecimento ‘pertinente’ limitado (Möllering, 2001; Barbalet, 2009), acerca da realidade sobre a qual pretendem atuar. Assim, o estudo dos processos de confiança não pode ser desligado de uma compreensão contextualizada das percepções e dos significados sociais do risco e da incerteza, tendo em conta a sua contingência sociocultural (Douglas & Wildavsky, 1982), mas também a sua ponderação e contraposição face a potenciais benefícios socialmente valorizados (Raposo, 2010).

Ao conceptualizar a confiança como um conjunto de expectativas, Misztal (1996: 24) argumenta que confiar “é acreditar que os resultados da ação intencional de alguém serão, do nosso ponto de vista, adequados”<sup>3</sup>. Essa ‘ação intencional’ refere-se, não só, à intenção consciente da ação, mas também à capacidade emocional, técnica e/ou material do outro para executá-la. Nesse sentido, a análise da confiança em contextos de prescrição, por exemplo, implica ter em conta diferentes aspetos: confiança nas motivações pessoais e nas competências profissionais do/a prescritor(a), nos sistemas de saúde e de conhecimento que ele/a representa, na estrutu-

3 Tradução livre da autora.

ra que o/a treinou, no contexto profissional/organizacional no qual trabalha, entre outros aspetos. Estamos, portanto, a falar de diferentes relações e modalidades de confiança que, apesar de analiticamente separáveis, estão na realidade profundamente intrincadas.

Sendo um conceito complexo e multifacetado, a construção da confiança envolve uma combinação de elementos cognitivos, mobilizados com base em processos avaliativos racionais, e de elementos afetivos, desenvolvidos com base nos contextos de relações sociais onde os indivíduos estão inseridos (Lewis & Weigert, 1985; Calnan & Rowe, 2008). Os aspetos situacionais (cf. Pederson *et alii*, 2016; ver também Hampshire *et alii*, 2017) das interações presenciais em contextos de prescrição, recomendação, venda e/ou dispensa de medicamentos, e os entendimentos que os indivíduos articulam acerca dos sistemas e instituições periciais mais amplos (Luhmann, 1988 ; Giddens, 1990) são, por isso, apenas uma parte da ‘rede de interações’ (Meyer *et alii* 2008) envolvida no processo de confiança depositada no uso de recursos terapêuticos específicos. Como os exemplos empíricos de Maputo permitirão dar conta, para além das experiências corporais dos indivíduos com o uso prévio de diferentes medicamentos, os conhecimentos e as experiências quotidianas partilhadas entre pares são fundamentais no processo de confiança.

A confiança é, então, um processo social e relacional e requer a mobilização de um quadro interpretativo (Schutz, 1970) enraizado no mundo social quotidiano em que os indivíduos estão inseridos, o qual é continuamente revisto com base nos conhecimentos experienciais do dia-a-dia. O que aqui se pretende explorar, seguindo a análise fenomenológica de Brown e Calnan (2012), é como diferentes formas de conhecimento experiencial – mais concretas ou abstratas, resultantes de experiências e interações diretas, mediadas e remotas – influenciam a construção da confiança. Para esse efeito, a análise debruçar-se-á sobre a forma como a confiança nos medicamentos resulta de uma combinação de relações de confiança com diferentes sistemas médicos, com seus representantes institucionais (unidades e trabalhadores/provedores de cuidados de saúde) e com as experiências pessoais e socialmente partilhadas.

### *Abordagem metodológica: recolha e análise dos dados*

Os exemplos empíricos analisados neste capítulo resultam, essencialmente, de sete grupos focais (GFs) com um total de 42 participantes, conduzidos em 2014. A sua interpretação, no entanto, é articulada com o restante material etnográfico recolhido durante 10 meses de trabalho de campo na cidade de Maputo (entre 2013 e 2014, e em 2016), incluindo conversas informais e entrevistas com membros do Ministério da Saúde e representantes de diferentes organizações de saúde (medicina tradicional Moçambicana, medicina Chinesa, fitoterapia e medicinas holísticas), observações em farmácias, inquérito por questionário e entrevistas individuais em profundidade na comunidade. Usada como uma das principais técnicas exploratórias da pesquisa, procurou-se garantir que a composição dos GFs fosse diversificada em termos dos níveis socioeconómicos e educacionais dos participantes, bem como dos contextos sociais onde foram aplicados. Assim, a amostra incluiu estudantes universitários (dos cursos de história e medicina), membros de um grupo de teatro local, e indivíduos residentes em áreas socioeconomicamente diferenciadas: um grupo num bairro mais centralizado (BC), situado numa área mais privilegiada da cidade, e outro grupo num bairro periférico (BP) localizado nos subúrbios de Maputo, com condições de vida menos favoráveis. Os GFs variaram, também, de acordo com o número de participantes (de 3 a 15), sexo (separados na maioria dos grupos focais, exceto no grupo de teatro) e idade (de 18 a 49 anos). Os conteúdos das entrevistas foram analisados tematicamente (Green & Thorogood, 2014), o que envolveu uma abordagem iterativa na qual a estrutura analítica foi continuamente revista, de forma a incorporar novos temas e dimensões não previstas no início do estudo. Esta análise seguiu uma perspetiva fenomenológica (Schutz, 1970), focando-se, especialmente, nas narrativas e interpretações das experiências quotidianas dos indivíduos.

### *Contexto do estudo*

Maputo é a capital de Moçambique e tem aproximadamente 1,1 milhões de pessoas (INE, 2019), com habitantes vindos de várias províncias do país e de outras partes do mundo. A cidade divide-se, essencialmente, entre uma pequena área urbanizada central (cidade de cimento) com edifícios convencionais, estradas pavimentadas, água canalizada, eletricidade e sistemas

de drenagem, e por uma área periférica mais alargada (cidade de caniço), onde vive a maioria da população da cidade (UN-HABITAT, 2010).

Após independência de Portugal em 1975, amplos programas de reforma e desenvolvimentos nos setores de saúde e farmacêutico melhoraram consideravelmente o acesso da população a serviços públicos de saúde, assim como o fornecimento e distribuição de medicamentos essenciais (Barker, 1983). A falta de recursos materiais e humanos, juntamente com a deterioração da economia e o aumento da instabilidade política e militar, impediram a consolidação dos esforços políticos do governo em diversas áreas sociais (DHS, 2013). Apesar dos vários constrangimentos ocorridos durante estas décadas, o acesso a produtos farmacêuticos aumentou significativamente: de 10% da população em 1975 para 80% em 2007 (WHO, 2007). Por outro lado, a introdução de políticas neoliberais na década de 1980, assim como a liberalização das práticas de medicina privada em 1991 (Meneses, 2004), contribuíram para o aumento da variedade de práticas e produtos terapêuticos disponíveis em Maputo. Na capital do país, existe hoje um vasto repertório de recursos terapêuticos, incluindo produtos farmacêuticos, medicamentos tradicionais (Moçambicanos, Chineses, etc.), homeopáticos, fitoterápicos, entre outros, disponíveis através de diferentes canais (formais e informais), como hospitais, clínicas, farmácias, lojas, mercados de rua, esquemas em pirâmide, etc.

Não obstante o pluralismo médico e terapêutico existente em Maputo, nem todos os recursos e práticas médicas foram sempre oficialmente reconhecidos com o mesmo grau de legitimidade. O projeto modernista pós-independência da Frelimo (Frente de Libertação de Moçambique; partido político dominante e primeiro governo de Moçambique aquando da independência), que promoveu o pensamento racional e científico do *novo homem* (livre de ignorância e superstição), rejeitou certas práticas da medicina tradicional (apenas legalizadas após a liberalização do mercado) e formas tradicionais de conhecimento. De acordo com o 'Plano Estratégico para o Setor de Saúde 2014–2019' (MISAU, 2013), a maioria dos moçambicanos é vista pela primeira vez por um praticante de medicina tradicional (PMT), cujas atividades cobrem cerca de 70% dos serviços de saúde primários na comunidade. Consciente de sua cobertura insuficiente, o Ministério da Saúde (MISAU) reconhece a existência de plantas com 'valor medicinal considerável', assim como os resultados 'satisfatórios' em cuidados de saúde prestados por PMT. No entanto, como argumenta Granjo (2009: 250), apesar do reconhecimento de possíveis ingredientes

ativos para a maioria das plantas utilizadas pelos PMT, «os procedimentos e conceitos restantes envolvidos nas práticas dos *vanyanga* [PMT] tendem a ser vistos como uma ganga de superstição, magia e feitiçaria [...] que polui os saberes “verdadeiros” e com a qual a medicina dificilmente poderá compactuar e, ainda menos, legitimar».

O que importa reter para a presente análise é que, apesar dos esforços para reconhecer e integrar oficialmente os PMT e seus recursos num sistema integrado de saúde, existem processos contextuais sociais, históricos e políticos que enquadram a legitimidade das diferentes práticas e dos diferentes recursos terapêuticos de forma desigual. Isso poderá ter impacto não apenas nas práticas de consumo da população, mas também na forma como as pessoas na comunidade avaliam, categorizam e interpretam esses diferentes recursos terapêuticos em termos dos seus potenciais riscos ou da sua segurança (ou confiabilidade).

### *Significados sociais atribuídos aos medicamentos*

De acordo com os participantes deste estudo, a categoria ‘medicamento’ pode compreender uma variedade de substâncias entendidas como detentoras de propriedades terapêuticas. Medicamento é ‘algo que cura’, ‘algo que alivia a dor’ ou ‘algo que tem um efeito imediato’ e pode incluir fármacos, plantas, raízes ou mesmo água (se abençoada na igreja ou dada por uma pessoa com ‘poderes sobrenaturais’). Dentro da variedade de produtos disponíveis em Maputo, e num plano mais abstrato, as discussões em torno das suas principais distinções tenderam a centrar-se nas características essencialmente atribuídas aos fármacos (químicos), por um lado, e a todas as outras substâncias à base de plantas (naturais) – apesar de, na prática, os participantes darem conta de um crescente esbater dessas fronteiras, e da circulação de diferentes recursos terapêuticos entre os diversos tipos de organizações e provedores de saúde.

Ao discutir essas distinções, bem como as lógicas que estruturam os processos de tomada de decisão —os quais, muitas vezes, incluíam itinerários terapêuticos ecléticos— os participantes mencionavam vários aspetos. Esses aspetos prendiam-se, por um lado, com a perceção do tipo e da intensidade dos sintomas ou situações em causa e, por outro lado, com as características intrínsecas dos próprios produtos: a forma como são produzidos e/ou preparados, como são preservados, o seu formato,

como afetam o corpo, a sua eficácia, o preço, mas também o local onde são adquiridos e quem os receitou ou recomendou. Ao elaborar sobre as principais razões e critérios de escolha entre os recursos terapêuticos disponíveis, a confiança surgiu como uma dimensão importante e multifacetada nos processos de tomada de decisão. Interessa, então, compreender como diferentes modalidades de confiança, desdobradas analiticamente em três ‘camadas’ ou bases relacionais —confiança em sistemas médicos, em organizações e provedores de cuidados de saúde, e em experiências pessoais e socialmente partilhadas— operam em conjunto e dão forma às relações dos indivíduos com os medicamentos.

### *Confiança em sistemas médicos*

Não obstante a relativa ambivalência na categorização concreta de certos recursos terapêuticos, como referido no ponto anterior, de uma forma geral, parte das discussões em torno das noções de confiança centraram-se, essencialmente, nas principais características atribuídas aos sistemas que estariam por trás da conceção, produção e usos dos diferentes medicamentos. Isto é, aos sistemas que produzem conhecimentos e etiologias sobre saúde, doença, cura e bem-estar; que produzem ferramentas para diagnosticar, monitorizar e tratar; e que produzem especialistas que aplicam (esse conhecimento e essas ferramentas) nas suas práticas terapêuticas. Esses sistemas, abordados durante os GFs, incluíam o que os participantes consideravam como bases essenciais da medicina tradicional Moçambicana (com as suas variações culturais e geográficas), da medicina convencional (biomedicina, ou medicina científica) e da medicina Chinesa. Com base nos entendimentos subjetivos sobre esses sistemas, as avaliações dos medicamentos eram, muitas vezes, alicerçadas nos seus princípios científicos, ou na experiência tradicional dos fitoterapeutas ou pela orientação espiritual dos PMT.

Algumas das vantagens atribuídas aos produtos farmacêuticos, face a outros medicamentos (sobretudo aos tradicionais), estavam associadas à evidência científica relativamente à sua eficácia, ao controlo das dosagens e à sua forma de conservação. Estas distinções foram destacadas principalmente por estudantes e participantes com estudos universitários<sup>4</sup>:

4 Parte das citações usadas neste capítulo foram originalmente publicadas em Rodrigues (2016).



Eu acho que a grande diferença que existe entre a medicina tradicional e esta científica é o facto da medicina tradicional não ter uma dosagem exata [outros participantes concordam], o que não acontece com os outros. Pode estar a usar-se o mesmo medicamento: um passa por um processamento, produtos químicos, de forma a dar maior substância, conservação, coisinhas dessas; do outro lado já não. [Na medicina tradicional] poem-nos a tomar aquelas garrafinhas onde se põe aquela água, não se sabe quando é que se deitam as raízes... só vamos aumentar a água, aumentar a água, sem saber que chega a uma fase em que as próprias raízes fazem com que a água fique estragada. [outros participantes concordam] Aí é que está o problema. (homem, BC)

A esta discussão sobre diferenças entre fármacos e medicamentos tradicionais justaram-se percepções relativas a medicamentos Chineses:

A medicina chinesa parece um mix, porque eles pegam no produto natural e trabalham [outros participantes concordam]. Ficam mais higiénicos, tiram mais as impurezas. E depois uma dosagem, do nosso ponto de vista, mais aceitável... enquanto do outro lado [na medicina tradicional] já não. Dão-te e nem pesam! Só poem num plastiquinho e dizem: “vai pôr” [...]. É assim. Nunca se fala de mililitros, só “uma colherinha”. Mas as colherinhas são variadas!

Ao situar a discussão em torno das características atribuídas aos diferentes recursos terapêuticos, os participantes salientaram elementos de risco, de segurança e de incerteza que estão diretamente associados aos sistemas onde esses produtos são produzidos. As incertezas das dosagens nos medicamentos tradicionais são, neste caso, contrapostas ao carácter mais concreto das dosagens dos fármacos, as quais são testadas e pré-definidas por um sistema abstrato (Giddens, 1990), associado a um conhecimento científico, no qual estes participantes depositam uma maior confiança.

Apesar da confiança atribuída ao sistema de conhecimento científico, principalmente entre universitários e moradores do bairro mais central, o consumo de fármacos levantava outras preocupações. Nomeadamente, a possível dependência e toxicidade para o organismo, quando consumidos em doses mais elevadas. Como refere esta estudante de medicina:

Eu acho que [os fármacos] são eficazes. Agora o meu problema já são os efeitos colaterais ou os danos que os fármacos podem causar, podem provocar, no corpo da pessoa, no organismo da pessoa. Porque fala-se muito disso, que quando se ingere muito determinado medicamento pode ser tóxico, provocar danos em certos órgãos, principalmente no fígado. Então, nesse aspeto, eu costumo preferir os tradicionais. (Mulher, estudante de medicina.)

Assim, enquanto a confiança na ciência era mobilizada como contraponto a alguns dos elementos de risco associados à medicina tradicional, o uso de medicamentos tradicionais, por sua vez, apareceu nalgumas discussões como uma possível solução para evitar os riscos associados aos fármacos. Estas concepções de risco, tal como esta participante referiu, têm por base narrativas mediadas publicamente (Brown & Calnan, 2012) que se distanciam das suas práticas concretas:

O problema é que na televisão, na internet, falam mais dos efeitos colaterais dos fármacos e da automedicação. Eu, quando era mais nova, não tinha problemas em tomar comprimidos; se me dessem, eu tomava. Mas depois, à medida que eu fui lendo, fui ficando um pouco apreensiva em relação aos medicamentos. Então fui procurando substitutos naturais que eu, ou lia, ou me diziam que eram bons.

Os possíveis efeitos secundários resultantes do consumo de fármacos foram contrastados, na maioria das discussões em grupo, com a inocuidade associada aos medicamentos naturais, onde os tradicionais estavam incluídos. Tal como em outros contextos (e.g. Lopes *et alii*, 2012; ver também Stevenson, 2004), uso de produtos naturais era visto por vários participantes como uma forma de evitar ou minimizar os riscos associados aos produtos farmacêuticos. Por outro lado, alguns participantes, principalmente universitários e com níveis socioeconómicos mais elevados, estabeleceram uma relação direta entre risco (ou inocuidade) e eficácia, onde uma maior eficácia estaria associada a um risco potencialmente maior (também cf. Raposo, 2010). A atribuição de maior eficácia aos fármacos, comparativamente aos tradicionais, não era, no entanto, consensual.

Apesar das concepções mais gerais relativamente às características intrínsecas dos produtos, as discussões em torno de alguns medicamentos específicos ilustram a complexidade, e as tensões, por trás da gestão de certos consumos. Um dos exemplos discutidos foi o uso do ‘remédio da lua’ ou da ‘panelinha’, tradicionalmente administrado a bebés e crianças no Sul de Moçambique. Para alguns participantes, sobretudo com níveis educacionais e socioeconómicos mais elevados, estes e outros consumos tradicionais tendem a ser seguidos por respeito à cultura, aos mais velhos e aos ancestrais, sem grande questionamento por parte da maioria da população. No entanto, os argumentos enunciados relativamente às práticas dos próprios, nomeadamente no grupo BC, são reveladoras de algumas ambiguidades: um dos participantes, que inicialmente descreveu o consumo deste remédio como uma superstição desprovida de qualquer

base científica, justificou a não administração aos seus filhos com o facto de a sua igreja associar essas práticas a espíritos maus (revelando uma preocupação face ao risco de consumo); outro participante, apesar de não acreditar nessa prática, optou por dar o remédio à sua filha, com receio das consequências resultantes da ausência da toma (revelando uma preocupação face ao risco de não consumo):

No meu caso, a pergunta que eu faço é: se não faz mal a ninguém, vale a pena não arriscar em não dar. À minha filha a gente deu até um ano e meio e depois foi aquela questão de... de não existir insistência «dou ou não dou?». Pensei: «Eu venho de outra terra onde não se faz isso, ela tem meu sangue, então não vai acontecer nada». (homem, BC)

Estas articulações mostram como diferentes concepções em torno de sistemas ideológicos —religiosos, científicos, tradicionais, ou outros— estão profundamente intrincadas e fazem parte da vida quotidiano dos indivíduos. Importa, agora, perceber como outras modalidades de confiança, desenvolvidas por meio de experiências mais concretas e relações sociais em contextos terapêuticos, influenciam as práticas de consumo.

### *Confiança em organizações e provedores cuidados de saúde*

Uma segunda dimensão presente nas narrativas em torno do uso e da credibilidade dos diferentes recursos medicamentosos, situou-se nas relações de confiança com os diferentes provedores e organizações de cuidados de saúde. Estes incluem profissionais ligados à biomedicina (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.), PMT, vendedores informais (ambulantes, nos mercados locais, ou em esquemas em pirâmide), pastores, e as próprias instalações e locais de acesso como hospitais, centros de saúde, clínicas, farmácias, mercados, igrejas curativas, etc. Estes diferentes provedores, assim como as organizações e instituições onde exercem as suas práticas, podem ser vistos, em muitos contextos, como guardiões de conhecimento e de tecnologias (incluindo medicamentos), representando e incorporando o sistema ideológico que está por trás da sua prática, ao mesmo tempo que interagem com os indivíduos.

De uma forma geral, as discussões em torno da legitimidade do consumo de medicamentos, nomeadamente de fármacos, e a qualidade dos próprios produtos, estavam muito associadas à confiança nos 'pontos de acesso' (Giddens, 1990) enquanto mediadores desse consumo. A maior

confiança em certas organizações, parecia por vezes compensar a falta de informação que acompanhava os medicamentos. Como uma estudante de história explicou, em contraponto à falta de credibilidade dos medicamentos comprados e recomendados nos mercados:

Quando vem da farmácia já tem aquela credibilidade de: «comprei na farmácia, pronto, e como foi prescrição médica, vou tomar.» (Mulher, estudante de história.)

Por um lado, estas avaliações têm por base relações mais simbólicas de confiança na legitimidade formal que certos locais de venda e provedores (prescritores ou vendedores) representam. Por outro lado, refletem também experiências de consumo e de interação concretas. No caso dos medicamentos vendidos no mercado, além dos alertas oficiais para os riscos associados ao seu consumo, a falta de compromisso e assistência pós-venda dos próprios vendedores, referida por vários participantes, assim como o seu carácter essencialmente itinerante, resultavam numa desresponsabilização dos mesmos e numa maior incerteza relativamente aos possíveis efeitos destes consumos.

No caso dos médicos e das instituições formais de cuidados de saúde em geral, as relações de confiança revelaram-se mais complexas e multifacetadas. Apesar da maior credibilidade atribuída a estas entidades, como referido no excerto anterior, na prática, esta confiança mais simbólica nem sempre encontrava espaço para se cristalizar durante as interações com os profissionais de saúde. Por exemplo, quando se discutiam alguns dos fatores associados às práticas de automedicação, a mesma participante salientou:

Os nossos hospitais não estão assim tão evoluídos, não é? [...] Quando tenho meu filho doente, vou ao hospital. É preciso madrugar: saio às 5h horas e vou ser atendida às 10h. E, depois de me atender, o que vão me receitar não tem no hospital [farmácia hospitalar], tem que depois ir à farmácia [privada]. Então, eu vejo meu o tempo perdido. Acordei às 4h, preparei, fui para o hospital e nada. E, por conhecer meu filho, da próxima vez que ficar doente, o quê que eu faço? Eu vou à farmácia [outros participantes concordam] [...]. Essa coisa de ir ao hospital... porque ali já nem fazem análise, não é? Geralmente, nem olham para o doente. É só: «nome», «o que é que ele tem»? [*imita o médico de maneira mecânica, prescrevendo o medicamento sem olhar para o paciente*]

Este exemplo é ilustrativo de alguns dos desafios e constrangimentos, também partilhados por outros entrevistados, associados aos serviços públicos de saúde em Maputo; i.e., uma insuficiência de recursos (humanos

e tecnológicos), acompanhada, muitas das vezes, pela falta de atenção e cuidados entendidos como desejáveis e expectáveis em contexto terapêutico. Se, por um lado, e apesar dessa manifesta insatisfação, alguns dos relatos indicavam uma confiança nas prescrições médicas —muitas vezes usadas, posteriormente, como fonte de legitimação para práticas de automedicação— por outro, a falta de tempo na consulta, os problemas de comunicação e a desadequação dos cuidados relativamente às expectativas dos pacientes, levavam a que, por vezes, os indivíduos saíssem das consultas com dúvidas sobre o que lhes tinha sido prescrito (Rodrigues, 2020). Ou seja, apesar da importância simbólica da prescrição no final de um encontro terapêutico possa ser entendida como uma forma de comunicação (Whyte *et alii*, 2002) e como uma troca social (Hall, 1980) onde os profissionais de saúde procuram legitimar e dar uma resposta concreta às queixas apresentadas pelos pacientes durante a consulta, a falta de outros elementos comunicativos e igualmente valorizados pelos indivíduos pode comprometer a confiança no que está sendo prescrito.

Apesar dos constrangimentos assinalados, e das experiências relacionais descritas nos contextos de consulta, de uma forma geral, os participantes não pareciam pôr em causa a confiança depositada na tecnologia médica. Pelo contrário, era precisamente a expectativa de acesso a certas tecnologias (exames médicos, medicamentos a preços mais reduzidos, etc.) que, muitas vezes, pareciam justificar algumas idas aos hospitais ou centros de saúde. O descontentamento com a não prescrição de análises, assinalado por vários participantes, era muitas vezes visto como uma falta de interesse, de atenção e de cuidado por parte dos médicos. Como observado por Whyte (2004) num outro contexto Africano, para os indivíduos na comunidade, o uso de diagnósticos e de tecnologias modernas aumentava a confiança ao tratamento e a esperança no seu resultado. O uso destes instrumentos por parte dos profissionais de saúde era, então, visto como parte do ritual de procura de soluções, assumindo um papel essencial na relação de confiança com os profissionais e com as instituições médicas onde eles trabalhavam.

A importância do recurso a determinados instrumentos e rituais em contexto terapêutico é, embora com as suas variações, transversal aos diferentes sistemas médicos. No entanto, enquanto a formação técnica e o conhecimento científico foram elementos várias vezes usados na avaliação das competências de médicos e de outros agentes da medicina convencional, no caso dos PMT o fator mais destacado foi a sua experiência. A credibilidade atribuída a essa experiência, embora não fosse consensual

entre os todos participantes, era uma das componentes mais valorizadas da sua prática. Uma outra componente dizia respeito aos resultados efetivos da sua prática, muitas vezes aferidos através da sua reputação na comunidade:

A escolha do medicamento, do curandeiro, tem a ver com o testemunho das outras pessoas. Dificilmente as pessoas vão só porque ali tem um curandeiro. Não. Ficam à espera de um testemunho. (homem, BC)

Outro participante do mesmo GF acrescenta:

Um bom hospital tem uma boa fama, uma boa clínica é uma boa clínica, e um bom curandeiro adquire boa fama quando presta bons serviços. Então, localmente já é conhecido. E para quem vem de fora, vem de longe, chega na localidade lá e pergunta: «olha, quero um bom curandeiro, onde é que fica o melhor curandeiro?» vão indicar: «epá, é fulano X», porque já existe lá aderência da parte dele na comunidade. (Homem, BC.)

Este último excerto mostra como, apesar da reputação ser um fator importante em qualquer ponto de acesso a prestações de saúde, no contexto da medicina convencional esse estatuto é muitas das vezes atribuído à organização como um todo (o que talvez seja justificado por não haver médicos de família especificamente designados para os diferentes utentes), enquanto no caso dos PMT essa característica é personalizada. Por outro lado, o carácter pragmático da avaliação baseada em resultados concretos, e em reputações construídas e partilhadas socialmente, faz a ponte para a última dimensão analítica das relações de confiança.

### *Confiança nas experiências pessoais e socialmente partilhadas*

A terceira e última dimensão analítica foca-se na confiança baseada em experiências de consumo pessoais e socialmente partilhadas de diferentes medicamentos. Como se verificou no final do ponto anterior, uma das componentes mais pragmáticas na avaliação de medicamentos, tem por base as perceções de eficácia dos resultados concretos de (e experiências corporais com) diferentes recursos. Como uma das participantes do grupo situado no bairro periférico descreveu:

[Um medicamento] é bom quando dá bons resultados, não é? Estou com dor de barriga, tomei o medicamento tradicional, melhorei. Eu vou dizer que o medicamento é bom. Até vou recomendar a vizinha para tomar também, quando não estiver bem. Com os medicamentos do hospital, também é mesma coisa. (Mulher, BP.)

A experiência corporal direta constitui, assim, um meio privilegiado para a avaliação da eficácia dos medicamentos (Lopes, 2007; Williams e Popay, 2006). Tal como descrito no excerto anterior, o uso de respostas corporais como critério de avaliação é transversal a diferentes recursos terapêuticos —podendo reforçar (ou não) a confiança nos sistemas médicos e nos diferentes provedores associados a esse consumo. É, também, através desse consumo direto que o medicamento é testado quanto à sua compatibilidade com o indivíduo (cf. Whyte *et alii*, 2002) e com a situação específica. Por outro lado, a experiência pessoal e a familiaridade com certos medicamentos através de consumos repetidos, ainda que circunstanciais, ajudam a diluir possíveis preocupações com fatores de risco associados ao uso desses recursos (cf. Bissell *et alii*, 2001; Lopes *et alii*, 2012).

Um outro aspeto dessa componente mais pragmática prende-se com a partilha da avaliação subjetiva dos resultados desse consumo dentro das redes de sociabilidade onde os indivíduos estão inseridos. Essas trocas de experiências e de recomendações que circulam dentro desta estrutura referencial —ou ‘sistema referencial leigo’ (Freidson, 1960)— são, no entanto, assentes em modalidades de confiança diferentes das expectativas depositadas em médicos ou especialistas. Tratam-se, pois, de relações mais afetivas de proximidade social com pessoas —familiares, amigos, vizinhos— com quem os indivíduos compartilham aspetos mais amplos da vida quotidiana. A confiança, nestes contextos, é menos baseada nos conhecimentos médicos técnicos de quem recomenda, e mais no seu conhecimento experiencial:

Mas no meu caso não vou mentir. Para mim a experiência também conta muito. Eu, quando tenho um problema, converso com alguém que teve o mesmo problema e se a pessoa me diz: «eu fiz isto, eu fiz isto e fiz isto, e o melhor que deu foi isto», eu também experimento. Mas eu julgo o resultado à minha maneira. Se não deu certo aqui, vou procurar noutra parte para ir tentar.

Essa procura de resultados dá muitas vezes origem a itinerários terapêuticos ecléticos e ao consumo diferentes recursos medicamentosos. Embora não remova por completo as incertezas relativamente aos resultados, as experiências diretas partilhadas nas redes de sociabilidade ajudam a minimizá-las. Esta confiança interpessoal varia, no entanto, consoante o tipo de laços relacionais existentes entre os indivíduos e com os diferentes tipos de competências atribuídas a essa fonte de recomendação. Neste contexto, o papel das mães e das avós destacou-se como a principal fonte de aconselhamento, sobretudo (mas não só) nas fases iniciais dos percursos terapêuticos:

O primeiro ciclo de aconselhamento, o primeiro ciclo de ajuda, tem sido no seio da própria família, principalmente as mães. Como dizem por aí, as mães são como leões, protegem as suas crias. Então, existe uma grande confiança nas mães. Na maioria dos casos que eu convivi ou vivenciei, o primeiro lugar onde pediram ajuda foi sempre com a mãe. (homem, estudante de história.)

Assim, não obstante as concepções mais teóricas sobre atribuições de risco e de segurança associados aos diferentes tipos de medicamentos, a confiança nalguns membros mais próximos (dentro das suas redes de sociabilidade) desempenha um papel significativo —e, por vezes, mais relevante— na ponderação e nas tomadas de decisão. Este aspeto ficou evidente, por exemplo, numa discussão com um dos grupos de estudantes de medicina. Apesar da valorização, várias vezes mencionada, das provas científicas como critério de avaliação da segurança e da eficácia dos medicamentos, um dos participantes comentou que, apesar de confiar mais num hospital do que num PMT, preferia remédios naturais com efeitos comprovados. Ao questioná-la sobre como poderia verificar essa ‘prova’ nos medicamentos naturais, a estudante respondeu:

Ver, ver, eu não vejo. Mas, por exemplo, se os meus familiares dizem que para eles funcionou, não vejo porque não experimentar. Mas eu experimento quando é alguém de confiança que diz que é bom. (Mulher, estudante de medicina.)

A referência a alguém da sua família, da sua confiança, mostra novamente como se trata de um tipo de confiança que se baseia em laços relacionais diferentes do tipo de relações de confiança desenvolvidas em torno de sistemas médicos e instituições de saúde. Nesse sentido, e como vários outros participantes deste estudo deram conta, embora os indivíduos desenvolvam e mantenham diferentes tipos de relações e modalidades de confiança com provedores de cuidados e serviços de saúde, com organizações e com sistemas médicos, é a confiança mais direta e pragmática na rede de sociabilidade mais próxima, e adquirida através de experiências mais concretas (dos próprios ou socialmente partilhadas), que tende a prevalecer nas tomadas de decisão —quer na indicação de consumos, quer na validação de recomendações ou prescrições médicas.



### *Conclusões*

Este capítulo procurou analisar o papel da confiança na forma como os indivíduos percebem e se relacionam com diferentes recursos medicamentosos. Como os exemplos analisados procuraram mostrar, os entendimentos sociais sobre a variedade de medicamentos —mais *naturais* ou mais *processados*— existentes em Maputo, estão imbuídos de diferentes noções de risco, incerteza e segurança. Tenho em conta a relação intrínseca entre risco e confiança (Luhmann, 1988; Zinn, 2008), procurou-se explorar como os indivíduos avaliam, classificam e organizam as suas escolhas (Douglas & Wildavsky, 1982; ver também Raposo, 2010) e a forma como diferentes modalidades de confiança influenciam os processos de tomada de decisão relativamente ao uso de medicamentos, num contexto de pluralismo terapêutico em constante mudança. A análise das diferentes modalidades de confiança evidenciadas pelas narrativas dos participantes deste estudo foi, então, desenvolvida em torno de três principais ‘camadas’ ou bases relacionais de confiança —i.e., confiança em sistemas médicos, em organizações e provedores de saúde, e em experiências pessoais e socialmente partilhadas— construídas com base em diferentes formas de conhecimento experiencial (direto ou mediado) e interações diárias.

Num plano mais teórico, e tendo por base um conhecimento experiencial mais abstrato (cf. Brown & Calnan, 2012), a confiança no sistema médico envolveu associações entre medicamentos e entendimentos sobre os sistemas que os produziram, contrastando avaliações subjetivas sobre ciência e experiência, natural e processado, eficácia e risco. Os significados atribuídos aos diferentes recursos medicamentosos, muitas vezes por via do seu contraste (também encontrado noutros estudos, e.g. Sussman, 1988; Whyte *et alii*, 2002), resultam de uma combinação de elementos, complexamente intrincados, associados a diferentes sistemas de conhecimento.

Tais conceções estruturam e são estruturadas pela confiança relacional desenvolvida com diferentes organizações e provedores de cuidados e serviços de saúde. As relações de confiança (ou não confiança) construídas com os diferentes ‘pontos de acesso’ (Giddens, 1990) têm, por um lado, um carácter mais simbólico, relacionado com os sistemas que estes muitas vezes representam e, por outro lado, são moldadas pelas experiências de interação direta com tais instâncias, tanto pelo desempenho pessoal dos profissionais, especialistas e outros provedores de cuidados

de saúde, como pela disponibilidade de recursos tecnológicos. Ou seja, a confiança nos recursos medicamentosos prescritos, recomendados ou disponibilizados nesses pontos de acesso é construída tendo em conta uma série de aspetos situacionais (Pedersen *et alii*, 2016) que vão para além das motivações e competências técnicas dos provedores de cuidados de saúde (Calnan & Rowe, 2008), e que incluem o recurso a tecnologias e outras ferramentas nos processos de procura de soluções terapêuticas —particularmente valorizados em contextos de gestão de incerteza (Whyte, 2004).

Não obstante os entendimentos mais abstratos relativamente aos diferentes produtos, e as relações desenvolvidas nos contextos de prescrição e dispensa de medicamentos, a maioria dos participantes deste estudo enfatizou o papel das experiências diretas de consumo (avaliado através das respostas corporais) e das recomendações dentro das suas redes de sociabilidade —em particular de familiares, amigos, vizinhos— no processo de tomada de decisão. O papel destas redes contribui, por um lado, para a construção de um quadro interpretativo (Schutz, 1972) com base no qual noções de risco, incerteza, segurança e eficácia dos medicamentos são ponderadas. Por outro lado, estas redes têm igualmente um papel preponderante na indicação ou validação de certas estratégias terapêuticas (cf. outros estudos, e.g. Clamote, 2010; ver também Faria, 2017). Trata-se, como vimos, de uma modalidade de confiança menos assente em conhecimentos médicos técnicos, do que no conhecimento pessoal do próprio indivíduo (Feierman, 1985) e na adequação dos tratamentos ao contexto sociocultural e económico em que os indivíduos estão inseridos.

A confiança é um processo social dinâmico, em constante construção e transformação por meio de interações e experiências diárias. De forma a analisar diferentes modalidades de confiança num contexto de crescente pluralismo terapêutico, as discussões foram conduzidas em torno do uso de medicamentos para a gestão de problemas de saúde ligeiros e de sintomas comuns. É importante notar, no entanto, que as diferentes dimensões e relações de confiança analisadas podem ter variações ou uma preponderância diferente em situações de doenças específicas. São, também, necessários mais estudos para compreender, de forma mais aprofundada, como essas relações de confiança são construídas dentro de cada uma das dimensões analisadas.

Referências bibliográficas

- BARBALET, J. (2009). «A characterization of trust, and its consequences». *Theory and Society*, 38, 367–382.
- BARKER, C. (1983). «The Mozambique pharmaceutical policy». *The Lancet*, 322(8353), 780–782.
- BIRUNGI, H. (1998). «Injections and self-help: Risk and trust in Ugandan health care». *Social Science & Medicine*, 47(10), 1455–1462.
- BISSELL, P.; WARD, P. R., & NOYCE, P. R. (2001). «The dependent consumer: Reflections on accounts of the risks of non-prescription medicines». *Health*, 5(1), 5–30.
- BRITTEN, N. (2008). *Medicines and Society – patients, professionals and the dominance of pharmaceuticals*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- BROWN, P., & CALNAN, M. (2010). «Braving a faceless new world? Conceptualizing trust in the pharmaceutical industry and its products». *Health*, 16(1), 57–75.
- BROWN, P., & CALNAN, M. (2012). *Trusting on the edge: Managing uncertainty and vulnerability in the midst of serious mental health problems*. Bristol: Policy press.
- BROWN, P.; GRAAF, S.; HILLEN, M., & SMETS, E. (2015). «The interweaving of pharmaceutical and medical expectations as dynamics of micro-pharmaceuticalisation: Advanced-stage cancer patients' hope in medicines alongside trust in professionals». *Social Science & Medicine*, 131, 313–321.
- CALNAN, M., & ROWE, R. (2008). *Trust matters in health care*. Maidenhead: Open University Press.
- CLAMOTE, T. (2010). «Consumos terapêuticos e fontes de informação». In N. LOPES (org.), *Medicamentos e pluralismo terapêutico – práticas e lógicas sociais em mudança* (pp. 87–157). Porto: Edições Afrontamento.
- COHEN, D.; MCCUBBIN, M.; COLLIN, J.; PÉRODEAU, G. (2001). «Medications as social phenomena». *Health*, 5(4): 441-469.
- CRAIG, D. (2002). *Familiar Medicine – everyday health knowledge and practice in today's Vietnam*. Honolulu: University of Hawai'i Press.
- [MISAU, INE e MEASURE] DHS (2013). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Maputo: Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Estatística.

- DAVIES, H. (1999). «Falling public trust in health services - implications for accountability». *Journal of Health Services Research & Policy*, 4 (4):193-194.
- DOUGLAS, M., & WILDAVSKY, A. (1982). *Risk and culture: An essay on the selection of technical and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.
- ETKIN, M.L. & TAN, N.L. (eds.). (1994). *Medicines: meanings and contexts*. Quezon City, Philippines: Health Action Information Network.
- FARIA, I. (2018). «Therapeutic Navigations and Social Networking: Mozambican Women's Quests for Fertility». *Medical Anthropology*, 27(4): 343-357
- FEIERMAN, S. (1985). «Struggles for control: The social roots of health and healing in modern Africa». *African Studies Review*, 28(2/3), 73.
- FREIDSON, E. (1960). «Client control and medical practice». *American Journal of Sociology*. 65(4):374-382.
- GIDDENS, A. (1990). *Consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- GILSON, L. (2003). «Trust and the development of health care as a social institution». *Social Science & Medicine*, 56: 1453-1468.
- GRANJO, P. (2009). «Saúde, doença e cura em Moçambique». In E. LECHNER (org.). *Migração, saúde e diversidade cultural* (pp. 249-274). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- GREEN, J., & THOROGOOD, N. (2014). *Qualitative methods for health research* (3rd ed.). London: Sage.
- HALL, D. (1980). «Prescribing as social exchange». In R. MAPES (ed.) *Prescribing practice and drug usage* (pp. 39-57). London: Croom Helm.
- HAMPSHIRE, K.; HAMILL, H.; MARIWAH, S.; MWANGA, J.; AMOAKO-SAKYI, D. (2017). «The application of Signalling Theory to health-related trust problems: the example of herbal clinics in Ghana and Tanzania». *Social Science & Medicine*, 188: 109-118.
- INE, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2019) *IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: Resultados Definitivos - Moçambique*. Maputo, Abril 2019.
- LEWIS, J. E; WEIGERT, A. (1985). «Trust as a social reality». *Social Forces*, 63, 967-985.
- LOPES, N. (2007). «Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança». *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78: 119-138.

- LOPES, N. (org.). (2010). *Medicamentos e pluralismo terapêutico – práticas e lógicas sociais em mudança*. Porto: Edições Afrontamento.
- LOPES, N.; CLAMOTE, T.; RAPOSO, H.; PEGADO, E.; e RODRIGUES, C. (2012). «O natural e o farmacológico: Padrões de consumo terapêutico na população portuguesa». *Saúde e Tecnologia*, 8, 5–17.
- LUHMANN, N. (1979). *Trust and Power*. Chichester: Wiley.
- LUHMANN, N. (1988). «Trust: Making and breaking cooperative relations». In D. GAMBETTA (ed.), *Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives* (pp. 94–107). New York, NY: Basil Blackwell.
- MECHANIC, D. & MEYER, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51: 657-668.
- MENESES, M.P. (2004). «Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada’: Para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas». In B. S. SANTOS & T. C. SILVA (org.), *Moçambique e a reinvenção da emancipação social* (pp. 77–110). Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária.
- MEYER, S.; WARD, P.; COVENEY, J., & ROGERS, W. (2008). «Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann». *Health Sociology Review*, 17, 177–186.
- MISAU (2013). *Plano Estratégico do Sector da Saúde – PESS 2014-2019*. Maputo: Governo de Moçambique.
- MISZTAL, B. (1996). *Trust in modern societies: The search for the bases of social order*. Cambridge, MA: Polity Press.
- MÖLLERING, G. (2001). «The nature of trust: From George Simmel to a theory of expectation, interpretation and suspension». *Sociology*, 35(2), 403-420.
- PEDERSEN, I.; HANSEN, V., & GRÜNENBERG, K. (2016). «The emergence of trust in clinics of alternative medicine.» *Sociology of Health & Illness*, 38(1), 43–57.
- RAPOSO, H. (2010). «Consumos terapêuticos, percepção e gestão do risco». In N. LOPES (org.), *Medicamentos e pluralismo terapêutico – práticas e lógicas sociais em mudança* (pp. 159–222). Porto: Edições Afrontamento.
- RODRIGUES, C.F. (2016). «Medicines and therapeutic pluralism: exploring modalities of trust and the (un)certainties of everyday users». *Health, Risk & Society*, 18(7-8): 385-406.

- RODRIGUES, C.F. (2020). «Self-medication with antibiotics in Maputo, Mozambique: practices, rationales and relationships». *Palgrave Communications*, 6(6).
- SCHUTZ, A. (1970). *On phenomenology and social relations*. Chicago: The University Chicago Press.
- SCHUTZ, A. (1972 [1932]). *The phenomenology of the social world*. Heinemann, London, [1932]
- STEVENSON, F. (2004). Images of nature in relation to mood modifying medicines: a user perspective. *Health*, 8(2): 241-262.
- SUSSMAN, L. K. (1988). The use of herbal and biomedical pharmaceuticals on Mauritius. In S. van der Geest & S. Whyte (Eds.), *The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology* (pp. 199–215). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- UN-HABITAT (2010). Mozambican cities profile: Maputo, Nacala and Manica. Retrieved from <http://unhabitat.org/books/mozambique-cities-profile-maputo-nacala-and-manica/>
- VAN DER SCHEE, E.; BRAUN, B.; CALNAN, M.; SCHNEE, M. & GROENEWEGEN, P. (2007), «Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales». *Health Policy* 81: 56–67.
- WHYTE, S. (2004). «Uncertain undertakings: Practicing health care in the subjunctive mood». In R. Jenkins, H. Jessen, & V. Steffen (eds.), *Managing uncertainty – ethnographic studies of illness, risk and the struggle for control* (pp. 245–264). Copenhagen: Museum Tusulanum Press.
- WHYTE, S. GEEST, S., & HARDON, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007). «WHO Drug Information». 21 (4). Retrieved from <[http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/Vol\\_21-4.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/Vol_21-4.pdf)>.
- WILLIAMS, G. & POPAY, J. (2006). «Lay knowledge and the privilege of experience». In D. KELLEHER, J. GABE & G. WILLIAMS (eds.), *Challenging Medicine*. 2<sup>nd</sup> Edition. London: Routledge, 122-145.
- ZINN, J. (2008). «Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty». *Health, Risk & Society*, 10(5), 439–450.

INTELLECTUAL PROPERTY AND ACCESS TO MEDICINES:  
A SHIELD OR A SWORD

Ana P. López Lozano<sup>1</sup>  
*Esteve Química, S.A.*

**Abstract:** This article reviews the role of patents in the transition to the knowledge society and how governments have tailored intellectual property laws to their health needs, increasing generic competition and enhancing affordability of medicines. It also points out the relevance of other factors and looks at present challenges and proposed initiatives.

**Keywords:** Patents, TRIPS, Medicines, Generics, Access.

*Propiedad Industrial y acceso a medicinas: Protección o Arma*

**Resumen:** El presente artículo revisa el papel de las patentes en la transición a la sociedad del conocimiento y explica cómo los gobiernos han amoldado las leyes de propiedad industrial a sus necesidades de salud, potenciando la competencia de genéricos y mejorando el acceso a medicinas. También hace hincapié en la relevancia de otros factores, plantea retos actuales e iniciativas propuestas.

**Palabras clave:** Patentes, ADPIC, Medicamentos, Genéricos, Accesibilidad.

<sup>1</sup> Disclaimer: The views expressed in this publication are those of the author and do not necessarily represent those of Esteve or its affiliates.

### *Origins of the Patent System*

The origins of patents for invention are rather diffuse and no country can really claim to have given rise to the oldest patent in history. However, in Italy, more specifically in Venice, as well as in Britain, remnants of patents can be tracked back to the 15<sup>th</sup> century, when monarchs or heads of states started making specific grants of privilege to manufacturers and traders through the so-called Letters patent. The corresponding patent Acts enacted in Venice and England clearly defined basic concepts which are still influencing the present patent systems. The primary aim of the letters patent was to reward inventors through particular monopolies and therefore to stimulate other potential inventors, thus promoting the economic welfare of the city and also attracting foreign technology (COWAN, 2007).

During and immediately following the Industrial Revolution, during the transition from a rural society to a manufacturing society, intellectual property rights emerged as a strategically important legal instrument. Dominant rights like patents, copyright and trademarks, started to materialize into the forms they have today. By the end of the 19<sup>th</sup> century, most industrialized countries had developed fairly efficient intellectual property (IP) systems. In the transition to a «knowledge society», where the growth and wealth of society is no longer dependent on natural resources and manual labor but increasingly based on the deployment of ideas, science and education, the patent system has taken on even greater significance. In view of the rapid technological innovation and the social and economic challenges in the knowledge society, the function, value and impact of the patent system need to be constantly evaluated and adjusted. Governing laws have to be evaluated and amended accordingly to achieve the optimal balance between innovators, competition and the civil society (OECD, 2004).

### *The Pillars of the Patent System*

The patent system tries to balance both the interests of inventors and those of the general public and is based on two main pillars: (i) granting inventors exclusive property rights over the inventions they have discovered —provided they succeed in proving that they comply with the



requirements of novelty, non-obviousness and industrial application; and (ii) disclosing all the technical information about the claimed invention that would allow an average expert in the field to understand and possibly implement the invention in full. In turn, this disclosure facilitates the dissemination of knowledge that may inspire others to build further inventions, thus stimulating economic and technological development and promoting competition.

It is important to note that these exclusive rights are territorial, i.e. an inventor should apply for a patent in all the territories or countries where he or she desires to have protection, and they do not last forever —according to most patent systems, nowadays a patent lasts 20 years at most— During the period of exclusive rights, the patent holder can prevent others from using the invention without their authorization. A common «deadly sin» of some patent holders is to believe that a patent allows them to apply their invention unconditionally; however, the application of the invention is actually conditioned by the non-existence of conflicting patents or IP rights.

### *Generics vs. Brand Drugs*

Providing affordable healthcare that meets acceptable standards is a major challenge in most countries. Public expenditure on health care represents an important percentage of gross domestic product (GDP), and varies widely between different countries. Spending on pharmaceuticals is one of the main components of all healthcare expenditure, and as the economies struggle to raise sufficient funds to cover their budgets, the use of generic medicines is often promoted as a measure to reduce costs and increase consumer access.

Broadly speaking, generic medicines use the same active ingredients as brand-name medicines and work the same way, so they have the same risks and benefits as the brand-name medicines. They are generally marketed under the name of the active ingredient (International Non-proprietary Name, INN) and not under a brand (proprietary name or trade name). In many, but not all countries, medicines are considered to be «therapeutic equivalents» and thus suitable for generic substitution if, amongst other factors, they are «pharmaceutical equivalents» (same dosage form, comparable standards, same administration route) and/or «bioequivalent». The corresponding Medicines Regulatory Authority

responsible for authorizing generics in the country or region check that a generic drug has the same safety, quality and performance as the existing brand-name drug. It should be pointed out that there are differences in the requirements for market authorization of generic medicines between countries and the name under which they can be sold. These differences account for different understandings of what is defined as a generic medicine (KAPLAN, 2016).

Once patents and exclusivities protecting the brand-name version end, the door is open to competition and generics can enter the market. On average, the first generic competitor prices its product only slightly lower than the brand-name manufacturer. However, the appearance of a second generic manufacturer reduces the average generic price to nearly half the brand name price. As additional generic manufacturers market the product, the price continues to fall.

Generic medicines cost less than their brand-name counterparts upfront because they do not have to undergo the animal and clinical (human) studies that were required of the brand-name medicines to demonstrate safety and effectiveness and because associated research and development costs are considerably lower. However, the generics market is subject to high competitiveness and increasing pricing pressure, so that they are often produced in countries with a more favorable environment and lower cost structure for manufacturing and labor, such as China or India.

#### *Access to medicines in low- and middle-income countries*

In low- and middle-income countries (LMICs), a significant proportion of the population lack access to essential medicines. Although medicines are often supplied for free or at a low cost in public sector facilities, availability is often low. Furthermore, social health insurance schemes are limited in low income countries. As a result, consumers continue to pay for a substantial amount of health care directly out of their own pockets and high prices can be a barrier to access. Given the important and often dominant role of the private sector in supplying medicines in LMICs, national medicine policies often focus on affordability. The use of generic medicines is often promoted as a measure to reduce medicine costs and increase consumer access and can be included in national medicine policies as part of the strategies to encourage the cost-effective use of medicines by health professionals and consumers.

However, it has been shown that not only generic competition *per se* is relevant for the prices to fall, and other factors may have a greater influence over the dominance of generics in the market, in particular the external influence of politics, perceptions, and lobbying. The health care system rests on a triangular relationship between the consumers, the providers of healthcare and the agencies that finance it or pay for it.

Governments can improve access to affordable medicines by including additional measures in their national medicines policies. They can influence the perception of the quality of the generics through regulations that apply to authorities responsible for authorizing medicines and quality assurance. They may also control the cost of drugs for consumers through convenient pricing and reimbursement policies. More importantly for LMICs is to acknowledge the influencing role of health personnel prescribing or dispensing medicines. Finally, consumer education about generics should also be strengthened, as it has been observed that some patients are willing to pay for higher-priced products due to the misconception or misleading advice of prescribers and/or dispensers (KAPLAN, 2016). Particular attention should be paid to patients directly purchasing medicines through unregulated channels (e.g., street vendors) in countries where regulations are not sufficiently enforced.

In any case, policies should consider the complexities of the local context. Many LMICs have technical, financial and political constraints that result in less effective health policies.

#### *The role of international agreements in the access to medicines: TRIPS*

The World Trade Organization (WTO) is an international organization of 164 member countries (as of July 2016) created in January 1995, which deals with the rules of trade. It represented the biggest reform of international trade since the end of the Second World War. In joining the WTO, members must adhere to specific agreements. Among them, the Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) establishes minimum standards that members should institute through national legislation. TRIPS was a major step in the harmonization of the minimum standards for the protection of intellectual property, including patents for pharmaceuticals. However, TRIPS was primarily driven by the trade interests of the industrialized nations (SELL, 2003). Although certain

flexibilities and transition periods were introduced in the agreement, TRIPS was not focused on public health and most developing countries do not have intellectual property experts with a clear understanding of the implications of TRIPS. Médecins sans Frontières (MSF) together with other non-governmental organizations (NGOs) expressed concerns regarding the possible effect of TRIPS on medicine prices. Some controversial aspects of TRIPS were that the patent term was set at 20 years (until then, many countries had granted patents for shorter periods) and the obligation to protect confidential test data generated by the originator from «unfair commercial use». But the most controversial aspect was the absolute product protection for pharmaceuticals. Before TRIPS, many countries only provided protection for the manufacturing method of pharmaceuticals, so that patents did not prevent the manufacture of the drug by an alternative manufacturing process.

TRIPS includes safeguards to ensure that countries can override patents whenever they are a barrier to accessing medicines. TRIPS allows a transitional period so that less developed countries have additional time to bring national legislation into full conformity with TRIPS. The transition period was initially established to be until 2005, but has been extended twice, until 2013 and recently until 2021. With regard to pharmaceuticals, this period was extended until 2016 and recently until 2033.

However, TRIPS introduced some flexibilities, so that any country may provide compulsory licensing (TRIPS Article 31), voluntary licensing (TRIPS Article 40) and parallel importation (TRIPS Article 6). Compulsory licensing would allow a government to authorize the production of a patented product without the patent holder's consent as long as certain conditions are met. However, there are some barriers for resource-limited countries, because prior negotiations with the patent holder are usually required or the country may not have the appropriate manufacturing infrastructure.

Parallel importation may allow importing a medicine that has already been put on the market abroad more cheaply. The practice is based on the principle that the patent holder has been compensated through the first sale of the product and their rights have been «exhausted».

*Time to strive for change*

From the late 1990s to 2001, it was apparent that the use of TRIPS safeguards for the benefit of public health purposes in developing countries was often frustrated and needed clarification.

In early 1998, the South African Pharmaceutical Manufacturer's Association and 40 mainly pharmaceutical drug companies sued Mandela's new democratic post-apartheid government of South Africa over amendments made in 1997 to its Medicines Act for lack of compliance with the TRIPS Agreement. The lawsuit was filed against the backdrop of the AIDS crisis and caused public outrage. The initial support of the US and the European Commission was withdrawn, and the case was unconditionally dropped in April 2001. Later, the Treatment Action Campaign effectively leveraged the Medicines Act in a campaign for multinational pharmaceutical companies to issue voluntary licenses for a number of antiretrovirals (ARVs).

This widely publicized case underlined two key issues. First, the interpretation of the flexibilities of TRIPS and their use for public health purposes needed to be clarified to ensure that developing countries could use its provisions. Second, it became clear that industrialized countries that had exercised trade pressures to defend the interests of their multinational industries had to reconsider their positioning and could no longer exert pressure without repercussions (T'HOEN, 2003).

Around the same time, the US filed a complaint against Brazil's compulsory licensing provisions at the WTO. Brazil had offered comprehensive AIDS care since the mid 1990s (Rosenberg, 2001). The high success of the AIDS program was based on its ability to manufacture medicines locally and to negotiate lower prices for patented drugs by using the threat of production under a compulsory license. Moreover, Brazil played a leading role through a cooperation agreement to help developing countries increase manufacturing of generic ARV drugs.

In February 2001, the United States took action against Brazil at the WTO Dispute Settlement Body arguing violation of TRIPS. Article 68 of the Brazilian intellectual property required that a patent should be exploited in Brazil in a period of three years after the grant. Otherwise, it can be subject to compulsory licensing without the consent of the patent holder or, if the patent holder is allowed to work their patent by importation instead of manufacturing in Brazil, parallel import by

others will be permitted. The dispute was settled through negotiations without a WTO ruling (COOPER, 2001).

India is often referred to as «the pharmacy of the developing world». India's robust generic pharmaceutical industry and its emergence as the world's largest supplier of affordable medicines is in large part due to India's public health-oriented patent policy. The Indian Patents Act, 1970 abolished product patent protection in pharmaceuticals in order to ensure that medicines were available to the public at reasonable prices. The Act was based largely on the recommendations of a report of a commission chaired by the jurist Rajagopala Ayyangar in 1959. As a result, India's generic manufacturers were able to offer triple-combination antiretrovirals (ARVs) at a fraction of the price of those made by patent-holding multinational pharmaceutical companies.

However, the world observed with great concern the amendment of the Indian Patents Law in order to comply with TRIPS. Accordingly, India re-introduced product patent protection for pharmaceuticals from January 2005.

In response to concerns about the continuing ability of Indian generic companies to supply generic medicines, the Indian Parliament integrated some unique provisions based on a largely overlooked TRIPS «flexibility»: The freedom awarded to member countries to set their own criteria for patentability going beyond the minimum requirements. «Secondary» patents are known to be strategically used by patent holding pharmaceutical companies to «evergreen» their patent monopoly periods and thus create additional barriers to the entry of generic competition. However, the Indian Patent System applies strict criteria for patentability that prevent many of these secondary patents being granted (UNDP, 2010).

### *The Doha Declaration*

NGOs and civil society have played a key role in defending the right to access affordable medicines. Actions in the ARV field have been led by aid agencies like Médecins sans Frontières, Oxfam and Action Aid, consumer groups like Consumer Project on Technology, Health Action International and activists like Act Up Paris and Health Gap Coalition. Even of greater importance have been national NGOs and patient groups such as the Treatment Action Campaign in South Africa and the Aids

Access Coalition in Thailand. As a result, attention was drawn to TRIPS provisions that can be used to increase access to medicines (Ford, 2004).

A number of international institutions and United Nations agencies and other organizations such as UNAIDS contributed to the debate on access to medicines and after successive conferences and negotiations, and in an unprecedented move, the WTO adopted in 2001 a Declaration on TRIPS and Public Health (The Doha Declaration), which put public health before commercial interests and helped clarify ambiguities of TRIPS.

The Declaration lays out the key flexibilities within TRIPS that can be used to overcome intellectual property barriers to accessing medicines. It is now unambiguously clear that the use of compulsory licenses is in no way confined to cases of emergency or urgency; and are indeed unlimited. In addition, the Declaration leaves Members free to determine what constitutes a national emergency or urgency, which makes issuing a compulsory license easier and faster. The Doha Declaration has also reaffirmed that Members do have the right to implement parallel importation practices, stating that each Member is free to establish its own regime for this exhaustion of rights.

A key issue that remained unresolved in Doha is the restriction of TRIPS to uses that are predominantly for the supply of the domestic market. The Doha declaration recognized in Paragraph 6 that this restriction could hamper the effective use of compulsory licensing by countries with insufficient or no manufacturing capacities in the pharmaceutical sector and asked for an expeditious solution. Countries agreed that further action was necessary and the TRIPS Agreement was amended in 2003 by removing limitations on exports under compulsory license to countries that cannot manufacture pharmaceuticals themselves. This allows low cost generic medicines to be produced and exported under a compulsory license exclusively for the purpose of serving the needs of developing countries.

### *Beyond TRIPS and the access to essential Medicines*

States should pay special attention to international agreements that may impose more stringent intellectual property provisions exceeding those of TRIPS requirements (the so-called «TRIPS-plus» provisions). For example, the Trans-Pacific Partnership (TPP) tried to include such provisions. As the USA withdrew from the negotiations, the remaining

countries engaged in a Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership (CPTPP). Although the parties have agreed to suspend a number of IP provisions that were originally agreed on in the TPP, it is currently unclear whether the suspensions are permanent or will be reinstated at a later date. Middle-income developing countries that cannot benefit from the transitional provisions of TRIPS and that are seen as potentially lucrative emerging markets, in particular, have been subject to strong bilateral pressure from industrialized countries to refrain from using TRIPS flexibilities. However, despite these persistent pressures the use of TRIPS flexibilities to access generic medicines has been widespread and represents a major normative and policy shift from 2000.

### *List of essential medicines*

The WHO concept of essential medicines, developed over 30 years ago, and its associated Model Essential Medicines List (EML), assists countries to select safe and effective medicines that satisfy the priority health care needs of their population.

The WHO Model Lists of Essential Medicines has been updated every two years since 1977. The current versions are the 20<sup>th</sup> WHO Essential Medicines List (EML) and the 6<sup>th</sup> WHO Essential Medicines List for Children (EMLc) updated in March 2017 and including 433 essential medicines.

According to information published by the World Intellectual Property Organization (WIPO), from the early 2000s to 2013, the percentage of essential medicines on the WHO's EML that were off-patent has consistently been between 90 and 95 percent. 95 percent, indicating a high likelihood that low-cost generic equivalents of treatments were available (BEALL, 2016). However, the WIPO report raised some controversy, among others because it focused on the 18th edition of the WHO EML, which was issued in 2013, at a time when there was more reluctance to include patented medicines on the list because of cost constraints and because it failed to analyze the barrier that patented medicines could impose to their being included on the list. The issue of patented drugs on the EML has been very slowly reviewed and more recent versions of the EML have added to the list several HIV drugs, new cancer drugs, drugs for Hepatitis C and tuberculosis, many of them under patent. The WHO is now considering a much more ambitious effort to



expand the number of patented medicines on the EML, but they still have to deal with the challenges associated with the very high prices for these medicines.

While patent information is publicly available around the world, resources that directly link granted patents to marketed medicines are currently only available publicly in certain countries (e.g. the USA's 'Orange Book') or through private third-party databases. In order to increase transparency on patent information about medicine in the EML, in October 2017 the World Intellectual Property Organization (WIPO) and the International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (IFPMA) launched a new partnership to promote the accessibility of patent information for health agencies tasked with procurement of medicines.

### *The Patent Pool*

In order to ensure access to essential medicines in low and middle-income countries it is necessary to take advantage of the existing flexibilities in patent law, to promote generic competition and to look for new models to address the second wave of the access crisis.

One promising new mechanism is the Medicines Patent Pool (MPP), established with the support of UNITAID (T'HOEN, 2011). The Medicines Patent Pool (MPP) is a United Nations-backed public health organization working to increase access to HIV, hepatitis C and tuberculosis treatments in low- and middle-income countries. It is the first voluntary licensing and patent pooling mechanism in public health. The Pool is a systematic and predictable way of making voluntary licenses available, offering legal certainty to all parties involved. For the Pool to work, no change in international or national law is required, but rather a change in mindset from the patent holders, without whose collaboration this initiative cannot succeed. Several major leading patent holders have expressed willingness to engage with the Pool (SERAFINO, 2007).

### *The cost of a new drug*

The high prices for originator products have been greatly criticized and they are justified on the basis of the high R&D costs incurred by originator pharmaceutical companies. Presently, new drugs are discovered and

developed under a monopoly-based innovation model. Research and development is mainly undertaken by pharmaceutical companies in the private sector, which invest large quantities of money during the different «life-cycle» phases of development. This extends from early stages of discovery to later stages of development, pre-clinical and clinical trials and marketing approval by the Medicines Regulatory Authorities. About 8 to 12 years are needed for a new molecule, not previously developed, to pass through the clinical trials and receive approval for marketing by Medicines Regulatory Agencies. Once approved, the originator will enjoy a time-limited monopoly of at most 15 years and 6 months (in Europe) or 14 years and 6 months (in the USA), framed by the product patent term, regulatory approval delays and corresponding compensations. When the monopoly ends, generic medicines may enter the market. The development of generics does not involve such extensive R&D costs, which provides the opportunity for major savings in health-care expenditure. However, even generic medicine companies are profit-driven and need to provide an assured quality medicine that yields a return on investment.

Part of the early discovery research work may be funded by government structures such as science councils. Frequently, early stage trials are conducted by a small company, but then the technology is sold or licensed to a larger pharmaceutical company who must finish the development, clinical trials, product registration and commercialization steps.

The full cost of bringing a new drug (more specifically a new chemical entity) to the market—from discovery through clinical trials to approval—is complex and controversial. Typically, companies spend tens to hundreds of millions of U.S. dollars. One element of the complexity is that the much-publicized final numbers often do not only include expenses from identification of the candidate drug during discovery up to clinical trials, but also the costs of other candidates that failed in one of the stages of the life cycle. Marketing costs are sometimes also included. The costs also depend on the complexity of the technology (biologics cost far more money than chemical entities). One study assessed capitalized and out-of-pocket costs for bringing a single new drug to market as about US\$1.8 billion and \$870 million, respectively (PAUL, 2010).

Irrespective of whether the originator product is patent protected or not, the originator company will seek to recover the claimed cost of R&D and obtain profits as soon as possible upon market approval and

before generics enter the market, because then prices will be eroded. Their profits are also impacted by competition from sales of other medicines (for instance, a medicine with a similar therapeutic profile that would be a therapeutic competitor) (KAPLAN, 2016).

*Thinking out-of-the-box: Delinkage and new approaches*

Despite the progress in scaling up access to ARVs and other essential medicines, the increase in voluntary licensing or the patent pool, many challenges still lay ahead. Interrelated problems of market-driven setting of pharmaceutical R&D priorities, declining innovation and high drug prices should be addressed.

In 2006, the WHO Commission on Intellectual Property, Innovation and Public Health concluded that «there is no evidence that the implementation of the TRIPS Agreement in developing countries will significantly boost R&D in pharmaceuticals on Type II and particularly Type III neglected diseases. Insufficient market incentives are the decisive factor». It is necessary to search for new ways to generate needs driven medical innovation that will meet the needs of both the developing countries and developed countries. Indeed, the crisis in innovation is not limited to developing countries or neglected diseases alone. Rare diseases, chronic diseases and biotechnology solutions are a challenge for developed countries, where an increasing number of «me-too drugs» of little or no therapeutic gain have arisen.

The present monopoly-based innovation model for developing new drugs has been questioned in view of the present challenges for accessing medicines. New innovation models based on the concept of «delinkage» hold the promise of solving affordability issues. This means «delinking» the price of drugs from R&D costs, so that R&D costs do not need to be recuperated through high prices but rather are rewarded through other mechanisms (UN, 2016).

Some approaches that incorporate aspects of delinkage include upfront grants to mitigate the prohibitive costs of R&D, incentives once milestones are reached (such as tax breaks, prizes or so-called advance market commitments, faster regulatory review periods, among others). Other approaches focus on joining forces, such as pooling for funding, sharing data and/or intellectual property or open collaborative research

platforms, like the Open Source Drug Discovery consortium. Public-private partnerships and product development partnerships, which may be funded by some of the delinkage mechanisms described above, synergize both the resources and strengths of the private and public sectors, as for example the Drugs for Neglected Diseases initiative.

### *Conclusion*

During the HIV/AIDS crisis, the high prices of drugs was a problem relegated to the developing world. Governments have used TRIPS flexibilities to promote the access to generic medicines in developing countries following a major normative and policy shift from 2000. There is also a change within the industry, which is taking initiatives towards voluntary licensing, reducing prices for the least developed countries or limiting enforcement of their patents.

However, these actions are far from making medicines affordable. In particular, middle-income countries can hardly benefit from TRIPS. On the other hand, governments are under constant threat from powerful governments and corporate actors who want to limit the use of TRIPS, for example through new free trade agreements going beyond TRIPS. Moreover, patents are not the only factor with an impact on affordability. The triangle forming the health system should not be underestimated, in particular the role of health personnel and consumer education. Countries can also use the power they have as consumers, alone or collectively, to negotiate lower prices.

Developed countries also face affordability and innovation challenges. Innovative therapies are either too costly or too troublesome. The way medicines are priced is presently questioned. One solution could be delinking, i.e. separating R&D investments from the price companies charge for a new drug. More transparency and public-private collaboration is required while searching for out-of-the-box incentives for the pharmaceutical industry.

*Bibliography*

- BEALL, R.F. (2016) *Patents and the WHO Model List of Essential Medicines (18th Edition): Clarifying the Debate on IP and Access*. WIPO: Geneva.
- CAMERON, A; EWEN, M.; ROSS-DEGNAN, D. *et alii* (2009) «Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis». *Lancet*, 373:240 –9.
- COOPER, H. (2001) «U.S. Drops WTO Complaint Against Brazilian Patent Law». *Wall Street Journal Europe*, A2.
- COWAN, R; VAN DER EIJK, W.; LISSONI, F. *et alii* (2007) «Policy Options for the Improvement of the European Patent System». *STOA*. Available at the European Parliament webpage.
- FORD, N. (2004) «Patents, access to medicines and the role of non-governmental organisations». *Journal of generic medicines*. Vol. 1, 2: 137-145.
- KAPLAN, W; WIRTZ, V; NGUTEN, A. *et alii* (2016) «Policy Options for Promoting the Use of Generic Medicines in Low and Middle-income Countries». Available from HAI webpage.
- OECD (2004) *Patents and Innovation: Trends and Policy Challenges*. OECD Publishing: Paris.
- PAUL, S.M.; MYTELKA, D.S.; DUNWIDDIE, C.T. *et alii* (2010). «How to improve R&D productivity: The pharmaceutical industry's grand challenge». *Nature Reviews Drug Discovery*, 9: 203–14.
- ROSENBERG, T. (2001) «Look at Brazil». *NY Times* 6: 26-28. SELL, S.K. (2003) *Private power, public law: the globalization of intellectual property rights*. Cambridge University Press.
- SERAFINO, D (2007) «Survey of Patent Pools Demonstrates Variety of Purposes and Management Structures». *Knowledge Ecology International*; 6. KEI Research Note 2007. Washington, D.C.
- T'HOEN, E. (2003) «TRIPS, pharmaceutical patents and access to essential medicines: Seattle, Doha and Beyond». *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries. Issues and challenges*, 39-67. Sciences Sociales et Sida. Paris: ANRS.
- T'HOEN, E.; BERGER, J.; CALMY, A. *et alii* (2011) «Driving a decade of change; HIV/AIDS, patents and access of medicines for all». *Journal of the International AIDS Society*, 14:15.
- UN (2016) *Report of the United Nations secretary-general's high-level panel on access to medicines*. Available from the United Nations webpage.
- UNDP (2010) *Five years into the product patent regime: India's response*. Available from the United Nations Development Programme website.



TERCERA PARTE.  
EL PODER DE LOS PSICOFÁRMACOS:  
LA MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL





## NEURO CULTURES IN THE GLOBAL CITIES: DRUGS, STORIES AND THE CEREBRAL SUBJECT<sup>1</sup>

Adam Aronovich

*Rovira i Virgili University-Medical Anthropology Research Centre (URV-MARC)*

**Abstracts:** In this paper I review ideas put forward by Martínez-Hernández, Ortega, Vidal and Langlitz, opening a space for dialogue between the authors who contribute to our understanding of how political, economic and ideological forces all converge in the institution of biological psychiatry. These factors all add up, emerge from and reiterate a completely decontextualized view of psychic suffering as cerebral disease, while ignoring the social and cultural factors that influence the mental health of individuals and communities. I make the case that the identity *a priori* assertion that «we are our brains» and its retrospective «validation» by the neurosciences, coupled with the inherent financial and socio-political interests of the medical-industrial complex support and feed an ideology that paves the way for a continuing expansion of the reach of its products and definitions of normalcy, now marketed to the global consumer-commodity cerebral subject-object.

**Keywords:** Psychiatry, Neurodiversity, Neuroscience, Neurotheology, Psychedelic.

*Neuroculturas en las ciudades globales: drogas, historias y el sujeto cerebral*

**Resumen:** En este artículo reviso ideas presentadas por Martínez-Hernández, Ortega, Vidal y Langlitz, abriendo un espacio de diálogo entre los autores que contribuye a comprender cómo fuerzas políticas, económicas e ideológicas convergen en la institución de la psiquiatría biológica. Todos estos factores se suman, surgen desde y al mismo tiempo reiteran

<sup>1</sup> Presented as part of the Final Project of the Inter-university Master's Degree in Medical Anthropology and Global Health, 2015-2016. Tutor: Angel Martínez-Hernández

una visión descontextualizada del sufrimiento psíquico como enfermedad cerebral, ignorando los factores sociales y culturales que influyen en la salud mental de las personas y las comunidades. Observo que la afirmación identitaria *a priori* de que «somos nuestros cerebros» y su «validación» retrospectiva por parte de las neurociencias, junto con los intereses financieros y socio-políticos inherentes del complejo médico-industrial apoyan y alimentan una ideología que propicia la continua expansión del alcance de sus productos y definiciones de normalidad, ahora comercializados hacia el objeto-sujeto cerebral consumidor-producto global.

**Palabras Clave:** Psiquiatría, Neurodiversidad, Neurociencia, Neuroteología, Psicodélico.

### *Introduction*

In April 2015, readers of *The Lancet* came across an unsettling commentary piece written by the journal's editor-in-chief, Richard Horton. In this piece, Horton unabashedly declared that much of published research is in fact unreliable at best, if not completely false:

The case against science is straightforward: much of the scientific literature, perhaps half, may simply be untrue. Afflicted by studies with small sample sizes, tiny effects, invalid exploratory analyses, and flagrant conflicts of interest, together with an obsession for pursuing fashionable trends of dubious importance, science has taken a turn towards darkness. (HORTON 2015: 1380)

Although at first glance it may appear highly controversial and categorical, Horton's statement is not the first nor the only high-profile criticism of the current state of biomedical research. Exactly a decade before Horton, a prominent epidemiologist at the Stanford University School of Medicine, John Ioannidis, published an article that would become the most widely accessed article in the history of PLoS, the Public Library of Science (a non-profit open access scientific publishing project). The article is titled «Why Most Published Research Findings Are False», and although Ioannidis focuses heavily on the flawed methodology of most scientific research, he also pinpoints the underlying ideological and financial biases and restrictions hindering the research community, specifically, pharmaceutical industry interests that play an enormous part in deciding what fields and which researchers get funded, on the basis

of their production of statistically significant results that are profitable and politically useful (IOANNIDIS 2005: 124). This last point has also been brought to public attention by another prominent figure in the North American medical establishment, former editor-in-chief of *The New England Journal of Medicine*, Marcia Angell, who argues flat-out that the pharmaceutical industry's primary mission is not to produce innovative products but to exploit consumers:

Over the past two decades the pharmaceutical industry has moved very far from its original high purpose of discovering and producing useful new drugs. Now primarily a marketing machine to sell drugs of dubious benefit, this industry uses its wealth and power to co-opt every institution that might stand in its way, including the US Congress, the FDA, academic medical centers, and the medical profession itself. (Most of its marketing efforts are focused on influencing doctors, since they must write the prescriptions). (ANGELL, 2004)

This same conflict in interests, apparently inherent to the modern-day medical profession, is probably epitomized in a term coined by Harvard Professor of Medicine, Arnold Seymour Relman, who, while serving as editor of *The New England Journal of Medicine* a quarter of a century before Angell, had already defined the «medical-industrial complex» as «the network of corporations which supply health care services and products for a profit», arguing in the same paper that the medical profession has basically been bought by the pharmaceutical industry (RELMAN 1980).

This paper will take a deeper look at this conflict of interest in the healthcare industry by reviewing two different dimensions of economic, political and ideological influences. These converge into a very focalized theory of *self* that undermines the wellbeing of the people by, as Foucault would say, localising the *medical gaze* in ever-smaller parts of the human brain, contributing to the ongoing biopsychiatric effort of eradicating the subjective narratives of the afflicted by supplanting them with an «objective» brain-based diagnostic identity. We will look, firstly, at the effects of globalization and neoliberal capitalism on our perception of and identification with the body and the crystallization in it of a special kind of consumer-commodity double-entity as put forward by MARTÍNEZ-HERNÁEZ (2009). Secondly, we will examine some of the ways in which the individualization of illness and its abstraction from its social and cultural context has been pushed strongly forward not only by neoliberal health policies and their increasing somatization of the body but also

by the ideological view of identity that positions the *self* in the brain, as conceptualized by Francisco Vidal in his 2009 paper «Brainhood, Anthropological Figure of Modernity».

We will focus on two different but related *neuro* fields of particular interest to me, exploring how each of them (the *neurodiversity movement* within the autistic community on one hand and the *neurotheology* underlying much of the new wave of psychedelic drug research on the other) not only serve to feed the popular notion of «brainhood» but are in themselves a result of the rise of a global *neuro*-culture and the popular mediatization of its *cerebral subject*, creating an ideological self-feeding loop that both impulses and informs their activity but also consolidates and legitimises them as fields of inquiry (VIDAL 2009).

### *Phantasmal subjects in a global world*

In the chapter titled «Health and hegemonic ideology», Rafael Huertas identifies two basic models through which the capitalist state intervenes with the sanitary sector: firstly, a «negative selection» criterion that excludes from the system those strategies that collide against the classist nature of capitalist society; and secondly, a «positive selection» criterion that implements strategies that foster capital accumulation. (HUERTAS 1998: 91). One of the main mechanisms of negative selection, argues Huertas, is the ideological one: the negation of the social causes of illness in favour of a reductionist individualization that tends to blame the subject for their illness as a result of their choice of lifestyle. This paves the way to implementing interventions focused on the individual, completely ignoring economic and politic climates (HUERTAS 1998: 95-96). For Huertas, this results not only in a serious distancing from an integral conception of individual and collective health, but also in an ideological trap and a domination strategy (HUERTAS 1998: 98).

Further evidence of the individualising role played by the modern economic and politic climate can be found in «Ghostly Bodies in the Global City», in which Angel Martínez-Hernández observes that modern cultures have lost the capacity to give meaning and organise the experience of their members. Society has become liquid, unable to crystallize «ways of being» and «ways of doing» (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ 2009: 224). Although instability and uncertainty have become the only constants for the global

citizen of modernity, argues the author, this fluidity also allows some very specific mechanisms of reiteration to take hold. The consumer-commodity bond is no longer only a social bond but also a political-economic and cultural bond, a bond that if not publicly and constantly reiterated could lead to rejection and marginalization (MARTÍNEZ-HERNÁEZ 2009: 224). These confluences of relations have facilitated the emergence of the «ghostly body»: one that is simultaneously subjectified as the *consumer-body* and objectified as the *commodified-body*, an entity ideally adapted to consumer society (ib.: 225).

One of the main features of globalization, according to Martínez-Hernández, is the increasing internationalization of capital and the subsequent loss of power and leverage of state structures. Nation-states are more vulnerable than ever to the interests of international financial structures. Moreover, since most relations no longer take place in «places» within space and time but rather in de-localized «spaces of flow» made possible by the rise of information technologies, spatial and temporal contiguity is no longer a condition for the spreading of hegemonic processes of production, power or culture (MARTÍNEZ-HERNÁEZ 2009: 226).

The author argues that the global city is nothing but that «space of flow», now re-organized and superimposed onto the still-existing old social forms of organization. This «network-society» (*sociedad red*), establishes, through coercion or ideology, a logic of domination and hegemony that reaches and penetrates the farthest and most secluded *places* – where people still live and social relations happen (ib.: 227). The global city has thus rendered obsolete the identification of culture with territory: cultural diversity has been supplanted by a dominating metaculture that has created an asymmetric scenario not so much characterized by a dialogue between equals but by hegemony and market relationships that turn «cultural» products into global repackaged commodities, while at the same time penetrating local markets and imposing what commodities are to be produced or rejected (ib.: 227-8).

The citizen of the global city is, says Martínez-Hernández, «a cosmopolitan consumer with access to products of other local worlds as never before» (MARTÍNEZ-HERNÁEZ 2009: 229). This new access is, however, inevitably ruled by the consumer-commodity bond, a logic that has turned the global metaculture into a culture of consumption, encouraging a new consumerist subjectivity: whoever is not aboard

runs the risk of marginalization and exclusion (ib.: 229). Furthermore, the constant consumption of every sort of conceivable commodity embedded within the endless flood of information and fashions will never suffice to appease the consumer-citizen: whenever a need seems to be fulfilled by a commodity, a whole range of other frustrations and needs are created by its mere consumption. The consumer-citizen is embedded in and dependent on a self-replicating endless loop of unfulfilled desires and needs, a machinery designated never to fully satisfy in order to keep the wheels of consumerism running (ib.: 229-30).

One of the conditions to keep the consumerist machinery going, argues Martínez-Hernández, is that the consumer-citizen needs to maintain their illusory belief that they are in fact an autonomous subject able to make individual choices (2009: 229). This illusion, writes the author, goes hand in hand with the central role played in modernity by the body, not only as a means but now also as the goal (ib.: 230). As we will see later in this paper when we talk about psychedelic research and autistic self-advocacy, the body plays a central role in many central debates, including issues of personal liberties and identity.

In contemporary consumption based societies, the body becomes the main protagonist, overshadowing the subject, emerging in commodity form as an object of utility in the creation of unsatisfiable desires. The body is both the agent of consumption, as a subjectified body, and the commodity, as an objectified body (ib.: 230-1). As Martínez-Hernández points out, this dialectic between the subjectification and the objectification of the body is reminiscent of the Marxist idea that capitalism supposes the reification of persons and social relations and the personification of things, and although pertaining to the logic of market fetishism, it can be extrapolated to different structures and social or knowledge systems, including medical systems (ib.: 231).

Martínez-Hernández, leaning on Foucault's archaeology of the medical gaze, traces the medical reification of the body, from the transformation of the more holistic, classificatory system prevalent in medicine until the late 18th century to the more systematic and fragmented incursion into the individual bodily organs. This process is epitomized in the shift from an open-ended inquiry of «what's happening with you?» towards a highly localized «where does it hurt?» (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ 2009: 231). This «where», argues Martínez-Hernández, from now on becomes the main protagonist in medical language, whereas the subject inhabiting the body

where that «where» is located has been dissolved and largely omitted: the body has been reified and naturalized while the illness has been personified. The pathology, argues the author, is now a character with a life of its own in the medical imaginarium, allowing the construction of a «ghostly objectivity» that detaches the disease from the social world of the afflicted (MARTÍNEZ-HERNÁEZ 2009: 232). Neither poverty, social exclusion, poor diets or the constant pollution of our physical and mental spaces by toxic products and ideas are relevant to the modern medical gaze.

### *Cerebral subjects*

This incremental individualization of illness and the subsequent mystification of structural violence is most evident in the field of mental health. When looked upon through the interlocking lenses of neoliberalism and individualism, mental health follows the same model as poverty: if somebody suffers, it is because they want to or because they are not trying hard enough to get better. Furthermore, the diagnosis carries a personal stigma that facilitates a lack of inquiry about the socio-politic conditions that contribute to the disease. It is much easier to direct the gaze at neurochemical imbalances than it is to really address structural problems inherent to society. This process has been exacerbated by a certain view of the human being that prevails in modern neuroscience, called the «cerebral subject» by Fernando Vidal (VIDAL 2009: 6). The «ghostly objectivity» of psychopathology has thus been further focalized and localized not only in the body, but in the brain of the consumer-citizen.

Vidal argues that such a cerebral subject is in fact «the anthropological figure inherent to modernity», in times when the assertion «You are your brain» is taken as a self-evident truth (VIDAL 2009: 6). Just as Huertas argues for the role of capitalist ideology in the construction of an individualist approach to health (HUERTAS 1998), Vidal traces the emergence of the «cerebral subject» in medicalized societies back to the pineal gland as the «seat of the soul» of Descartes (VIDAL 2009: 12), through the early 19th century and the reductionist notions of the mind as an emergent property of the brain that prevail ever since (VIDAL 2009: 10), all the way back to Huertas and the political and economic factors such as the privatization of

health systems and the financial interests of insurance companies and the pharmaceutical industry (HUERTAS 2009:5-6).

Vidal adds thus the influence of modern neuro-cultural and neuroscientific discourses to the list of factors that converge to maintain and reproduce the highly individualistic values of westernized societies that tend to ignore social contexts (VIDAL 2009: 7). Vidal argues that although many neuroscientists believe that our modern notions of selfhood are supported by neuroscientific data, this ideology actually predates modern findings. It is indeed this deeply rooted notion of «brainhood» that first motivated the neuroscientific hype that has in turn validated and legitimized it (VIDAL 2009: 14).

Moreover, the author observes that many of our philosophical games and thought experiments that seem to intuitively place our identity in the brain alone neglect the fact that the brain is in fact a part of the body, causing what Vidal calls the body-brain dichotomy (VIDAL 2009: 21). This view has been picked up and perpetuated not only by academic philosophy but also by mainstream media's coverage of popular neurosciences, resulting in what the author calls «the personification of the brain», a process «which has become one of the most powerful mechanisms for the perpetuation of the cerebral subject» (VIDAL 2009: 21). Vidal argues that this «personification» of the brain is constructed on an «ontological reversal», whereas the assertion «You are yourself» becomes a part of figurative language in contrast to «You are your brain», now a fact (VIDAL 2009: 6).

### *Brain-centred identities: Neurodiversity*

One very clear and illustrative example of this «ontological reversal» we find in the way that the neurodiversity movement constructs their identity through the use of cerebral language. Francisco Ortega argues that the notion of «brainhood» has played a large role in organising the «autistic identities» within the autism self-advocacy movement. This movement, since the 90's, has campaigned for autism to be recognized as a human specificity that must be honoured and respected instead of treated or «cured» (ORTEGA 2009: 426). Advocates of neurodiversity, he writes, believe that their difference stems from an «atypical neurological 'wiring' and not a pathological cognitive organisation» (ORTEGA 2009: 426). This



approach validates their experience and counters the need to label it as abnormal. Just as Vidal argues for the reproduction of «the cerebral subject» ideology through normalized media channels, Ortega claims that a big part of the autistic identity claims of neurodiversity stems from «the diffusion of neuroscientific claims beyond the laboratory and their penetration in different domains of life in contemporary biomedicalized societies» (ORTEGA 2009: 426).

In the article, Ortega warns that although the biosocial field of autism is indeed very complex and not as antagonistic or polarized as it may appear at first glance (ORTEGA 2009: 431), there is nonetheless a fundamental conflict between the self-advocacy perspective within the autistic community and the «pro-cure» groups (mostly parents and professional associations) who see autism not as an identity to embrace with pride but as an affliction to treat. This conflict can be highlighted by the choice of terminology used by each faction: while autistic self-advocates prefer to simply be called «autistic», pro-cure individuals and associations prefer the term «person with autism». This preference in identity terminology, Ortega argues, reflects the deep cerebralization of autism: «people define themselves as autistics (rather than as having autism) because their brains are 'wired' in an atypical way» (ORTEGA 2009: 427).

The cerebralization of mental illnesses and conditions, writes Ortega (citing T.M. Luhrmann's ethnography of American Psychiatry), «often does away with the subjective and experiential dimension of the disease» (ORTEGA 2009: 434). For cases such as schizophrenia, bipolar disorder or eating disorders this may result in very positive consequences, at least from the perspective of moral fault, since blame can now be shifted from the individual towards the body. Furthermore, blame is shifted from the mind to the brain, rendering the patients and their families free from the burden of blame for their conditions since anything can now be reduced to neural structures and neurotransmitter deficiencies. It is easier for people to deal with potentially curable «cerebral disorders» than with a «mental illness» that is ingrained within the identity of the person (ORTEGA 2009: 434).

In the case of autism, particularly within the neurodiversity movement, this cerebralization seems to naturalise the identity in a different way, not so much by diminishing the burden of blame but by opening the way to redefining the condition in terms of cerebral difference (ORTEGA 2009: 434). Going back to the «Brainhood» narrative of Fernando Vidal, we can draw parallels between his assertion that «the cerebral subject» did not

arise from neuroscientific advances but that neuroscientific research was catalysed by brainhood ideology (ORTEGA 2009: 14), and Ortega's paper, in which, quoting Blume, he notes that autism is not the only nor the main reason for the current elevation of neurology, but rather that the elevation of neurology has resulted in increased attention towards autism (ORTEGA 2009: 436).

This somatization of the self has not only raised important and interesting identity questions within autistic circles but very diverse issues in fields such as neurology, psychology, linguistics, the philosophy of mind and artificial intelligence. Moreover, the development of new brain-imaging techniques in the 1990's, such as the fMRI, with its novel temporal resolution in the mapping of blood flow in the brain has «driven the development of *neuro* fields whose common purpose is (with varying degrees of explicit reductionism) to reform the human sciences on the basis of knowledge about the brain» (VIDAL, 2009: 22). The officially proclaimed «Decade of the Brain» was fertile ground for the emergence of the new *neuro* fields, such as «neuroesthetics, neuroeconomics, neuropsychanalysis, neurotheology, neuroeducation, neurolaw, social neuro-science and others» (VIDAL, 2009: 22). According to the author, most of these new *neuro* research fields, such as research into consciousness or the brain localization of the self, «are mostly about material foundations and 'neural correlates'». One such field, endorsed by the Dalai Lama's scientific interest, «aims at investigating the neurological bases of spiritual and mystical experience»: *Neurotheology* (VIDAL, 2009: 23).

### *Neurotheology and the cerebralization of mystical experience*

Nicolas Langlitz argues for another significant contributor to the «neurohype» that has taken prominence in society since the «Decade of the Brain»: the «widespread discussion and consumption of psychoactive drugs» (LANGLITZ 2011: 141). The author points out that the personal drug experiences of millions of users, whether of legal psychopharmaceuticals or illicit substances, have given consumers a first-hand experience of «what it feels like to elevate their serotonin level or to stimulate the dopamine system» (LANGLITZ 2011: 141). The growing global consumption of drugs, coupled with the spreading and popularization of brain-science, argues Langlitz, «has shifted the otherwise abstract philosophical doctrine of

mind-brain identity into the realm of everyday life» (LANGLITZ 2011: 141). This has not only resulted in a booming pharmaceutical industry but also in a wide array of spiritual, religious and ethical questions posed by now widely prescribed drugs such as Prozac and Ritalin, and more recently, by the comeback to the psychological and neuroscientific discourse of psychedelic drugs (LANGLITZ 2011: 141).

Langlitz anchors his discussion of the «political neurotheology» underlying the modern prohibitive drug policies in the United States and the politics of «psychopharmacologically induced religious experiences» in two well-known books by the British writer Aldous Huxley: *Brave New World*, first published in 1932, and *Island*, published 30 years after the former, in 1962. The common thread that Langlitz follows as he navigates through the work of Huxley is the use, in both books, of a fictional though apparently different psychoactive substance: In *Brave New World*, Huxley's early dystopia, citizens are made docile and obedient through the manipulation of brain chemistry via the constant consumption of a substance called *soma*. Soma creates a false sense of happiness and contentment in society that effectively prevents its citizens from realising their true condition and revolting against the state. In *Island*, Huxley envisions a utopian Buddhist community named Pala, whose members undergo initiatory rites aided by a drug called *moksha*, a substance that, unlike the *soma* of *Brave New World*, is not constantly used for escapism and «superficial cheerfulness» but rather used very sparingly and as a catalyst for very deep and long-term psychospiritual processes. The use of *moksha* thus resulted in important insights and mystical experiences that wove a permanent climate of cosmic unity and boundless compassion for the community and its members (LANGLITZ, 2011: 144). In *Island*, the Palinese people «do not dismiss their drug experiences as mere hallucinations because they presuppose a different neurology» (LANGLITZ, 2011: 144), a vision of the brain not as the producer of consciousness but rather as a «cerebral reducing valve» that filters all sensory stimuli not relevant for biological survival, with different drugs merely modulating the flow of information the brain can access. Moksha re-configured the people's filters in a way that granted them access to a «stream of cosmic consciousness» that went beyond the individual mind: a mystical experience (ib.: 146). This notion of the brain is a direct result of Huxley's own experimentation with psychedelics during the 1950's. It was a major influence on the interpretation of the

effects of these substances in the 60's by the new wave of psychonauts and hippies, epitomized in the term chosen to represent them: «psychedelic» (manifesting the mind) as opposed to «hallucinogenic» (producing hallucinations) or «psychotomimetic» (mimicking psychosis) (ib.: 146). The term «neurotheology» came thus to encompass the emerging interest in the study of the relationship between physiology and spirituality (ib.: 147). Huxley's psychoactive utopia helped catalyse a whole dimension of research, both as self-experimentation and academic inquiry. One of the most prominent figures in the early spread of psychedelic research was Harvard psychology professor Timothy Leary who, after conducting research with psilocybin (the main psychoactive substance in what is colloquially known as «magic mushrooms»), remarked that it was not merely the drug that caused the mystical experience but rather the «set and setting» (both the personal emotional and psychological background and the context in which the «chemical key» is taken) that defined the nature of the experience (LANGLITZ 2011: 148).

This claim had already been made in 1959 when Anthony Wallace discovered there were substantial differences in the experiences of Native American Indians who were given Peyote (a cactus that contains the active substance Mescaline) in religious rituals and those of white subjects who were given the same substance in a laboratory setting. Much like Leary giving precedence to the set and setting, Wallace claimed that all experiences modulated by psychoactive drugs were «molded by psychological, social, cultural and environmental factors» (ib.: 148). Although many subsequent experiments failed to replicate and reproduce experiences under controlled experimental settings, the notion that context plays a primary role in the quality of pharmacologically induced experiences, writes Langlitz, never really caught on since it conflicted with a number of political, economic and scientific interests: the view of drug action as «solely determined by the neurochemical properties of the substance», coined by DeGrandpre as «pharmacologicalism», has prevailed since (ib.: 148).

The political and subversive neurotheology aggressively proposed by Leary and others, coupled with some highly-mediatized drug-related accidents and the pervasive Calvinist theology underlying American protestant society (which valued work above experience) resulted in prohibition and an effective halt in psychedelic research by the late 60's (LANGLITZ 2011: 149-153). It resurfaced again from the underground with the proclamation of the «Decade of the Brain» and the

neuroscientific hype that was strategically used to boost renewed interest in the potential therapeutic effects of psychedelic medicines, as they were to be known, reintroduced to academic circles by organizations such as the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) and the Heffter Institute. (ib.: 153). Catalysed by the personal experiences of many researchers who doubled as both academics and psychonauts, and a new activist ethos that hoped to introduce the therapeutic benefits not only of psychedelics, but also of diverse spiritual technologies, such as prayer and meditation, into the heart of mainstream society (instead of following Leary's famous dictum to «Turn on, tune in, drop out»), the new tools of cognitive neuroscience and brain imaging are again being applied, in controlled settings, in order to ultimately provide health professionals with new effective tools for treating a wide range of afflictions and also bridge the perceived gap between science and spirituality. «In contemporary neurotheology», writes Langlitz,

an experience-centered spirituality and the heuristic individualism of cognitive neuroscience meet in the abstraction of experience from its social and cultural context. Mysticism is narrowed down to peak experiences and isolated neural events. Thereby it is also stripped of cultural difference and antagonism (LANGLITZ 2011: 157).

The same reductionist science and «brainhood» ideology proposed by Vidal is clearly seen in this psychedelic revival. Although many of the new experiments try to mimic a more natural setting, such as lying down in a comfortable living room with soothing and evocative music in the presence of an experienced psychedelic therapist instead of the sterile coldness of a university lab, most research still fails to take into account «the cultural conditions of experience», or what Leary called «set and setting». Furthermore, Langlitz claims that there are indications that mysticism does not consist of sporadic, detached experiences but of a whole and dedicated lifestyle (ib.: 157).

It is these two points, according to Langlitz, that make the real difference between the role played by soma in *Brave New World's* terrifying social order and the role of *moksha* in Island's utopia. Whereas we don't really know about any substantial differences between the molecular make up of these fictional substances, we do know that at least in particular doses they shared some characteristics (2011: 160). While a specific drug might offer an opportunity to gain new insights and catalyse profound personal

and social change, it may also induce conformity or even terror depending on the context. Given the described importance of the set and setting, Langlitz argues that «it is not simply soma and other biotechnologies, which have created the deplorable society of *Brave New World*, but also *Brave New World* as a totalitarian society, which turned soma into the drug described» (LANGLITZ 2011: 160).

Although fictional, the substances of Huxley's imagined worlds point to the necessity to include context when the value of psychopharmaceuticals are assessed in the «real-world», where the «effects and uses of most drugs turn out to be ambiguous» (ib.: 160). In order to bring back these marginalized substances, says Langlitz, researchers are trying to follow the well-established neuropsychopharmacological methodology. They follow the model of placebo-controlled trials in the majority of cases and do not study systematically the set and setting where these substances are taken (ib.: 160).

Langlitz ultimately believes that this psychedelic revival in scientific discourse is an opportunity not only to «reconsider a marginalized class of substances, but also to take a new look at the aborted methodologies that emerged in the vicinity of these drugs» (LANGLITZ 2011: 160). The author calls for an alternative psychopharmacology «that does not reduce drug experiences to neurochemistry, but situates them in a more complex sociocultural context» (LANGLITZ 2011: 142). He points out that the effects of other better-established psychopharmaceuticals, such as Ritalin and Prozac, appear to be significantly dependant on context as well and advocates for a break with the doctrine of pharmacologicalism (ib.: 161).

Moreover, he advocates for a new form of contextualist bioethics where «set and setting» are considered fully instead of plainly «dividing psychopharmaceuticals into good drugs and bad drugs»: to look not merely at drugs but rather «entire drug cultures as one of the most important manifestations of neuroscience in society» (ib.: 161).

### *Integration*

In the same vein as Langlitz, Fernando Vidal criticizes the emerging *neuro* fields for suffering from «*brain over-claim syndrome*». With all the emphasis on methodological precision, many studies fail to make sense of their results, focusing exclusively on neural correlations and

ignoring for the most part contextual factors that may influence the observed brain activation patterns (VIDAL 2009: 23). Moreover, Vidal argues, the discoveries of the neuro fields, embodied in the kind of visual neuroimaging that made them popular in the public domain, serve more to «sustain the legitimacy of the disciplines that produce them, and affect the way we understand the relation of brain to personhood» (ib.: 24). The mediatization of neuroscientific findings has resulted in the objectification of normality and the emergence of the popular imagination of a cerebral typology that suggests «the existence of natural kinds of persons (e.g. normal, healthy, depressed, handicapped)» (ib.: 24).

Neuroimaging, argues Vidal, has convinced both the public and the neuroscientific community that people are different because their brains are different (ib.: 24). As we saw above when we addressed neurodiversity in the context of autistic people, this reductionist approach can be of certain value, particularly when the objectification of illness can contribute to destigmatization and to the possibility of allowing the afflicted to redefine their collective identities. However, it can also be overwhelmingly disempowering, overriding narratives of complex and subjective affliction that often include social, political and environmental factors that, when made invisible, enable the perpetuation and reproduction of structural violence. The neurocultural universe, argues Vidal, is capable of assimilating diverse perspectives, it is not «a black hole from which nothing can escape after having fallen past its event horizon» (VIDAL 2009: 25). The author refers to a growing critical literature of brainhood, surfacing not only in the human and social sciences but also within the neurosciences themselves, including a discipline named «neurophenomenology» aimed at «reintegrating embodiment and the first-person experience into the neurosciences» (ib.: 25).

«The self», Vidal writes, «depends on the integrity of brain function, but does not exist enclosed within its biological boundaries» (ib.: 25). It is not only hard science that can help us deepen the understanding between us and our brains. In the closing section of the article, Vidal describes various artistic projects that criticise «the cerebral subject», while they also significantly reflect popular notions of brain-mind discourse. However, unlike neuroscience, the arts are able to remain open-ended and can thus «explore this apparently incongruous situation without making clear-cut explicit choices nor searching for conclusive solutions» (VIDAL 2009: 27). The author closes his article by suggesting that perhaps such an inconclusiveness

is in fact not a flaw but a positive response «to the polymorphic nature of personhood and the intrinsically polysemous character of the concepts involved» and the multifaceted problems of representation inherent to the brainhood paradigm, epitomized, he ventures, by the question «what do we see when we look at a brain scan?» (ib.: 27). Vidal argues that ultimately, a better use of neuroimaging technologies must avoid reducing its results «to an arbitrary manipulation of numbers, and raising them to the status of portraits of the self» (ib.: 27).

The comprehensive review and integration of the threads followed in these four important works by Martínez-Hernández, Ortega, Vidal and Langlitz should allow us to better understand how political, economic and ideological forces have all converged in the field of biopsychiatry in order to give us a decontextualized view of cerebral disease while ignoring, for the most part, the social and cultural factors that influence the mental health of individuals and communities. The identity *a priori* assertion that «we are our brains» and its retrospective «validation» by the neurosciences, coupled with the inherent financial interests and socio-political agendas of the medical-industrial complex support and feed an ideology that paves the way for the continuing expansion of the reach of its products and ideologies, now marketed to the global consumer-commodity cerebral subject-object.

### Conclusion

Psychotropic or psychedelic medicines, neuroimaging techniques, mass and social media, literature and discourse are all immeasurably powerful technologies. They all, in their own way, hold the power to radically shift and alter the way in which individuals and societies perceive and understand themselves and the world. Yet all of these technologies are context dependent; none of them are self-sufficient in their power to transform. Like seeds, they require fertile ground in which they can sprout and the right environmental conditions in which they can be nurtured. As Langlitz has shown through Huxley's books, it isn't only the effect of particular drugs that shape a society, but also the society that provides the socio-cultural context in which the drugs will be experienced and which determines how they will help shape subjectivities. This is widely recognized to be true for psychedelics: most modern therapeutic



approaches and harm reduction projects do emphasize and pay special attention to the «set and setting». This must also be understood to be true of prescription psychopharmaceuticals.

Psychiatric medications have benefits to offer, to some people, some of the time. Antidepressants can save lives and give some people an opportunity to emerge from the abyss with enough energy to start unravelling the knot of despair; anxiolytics allow people to go on with life without the weight of the world on their shoulders; and methylphenidate can be helpful to keep us focused for long periods of time and get tedious tasks done. However, how these drugs will be used and experienced is context and discourse dependent. They can be used to catalyse or support important psychospiritual processes of healing and growth or they can be used to maintain and regulate a narrow and political discourse about what is normal, productive and adaptive and who is healthy and sane.

Good stories are similar to drugs. Neurocultures tell a pretty compelling story: a story about our brains-as-identity that has induced and supported deep changes in the way we experience ourselves, modulate our experience and address psychic suffering. Its derived discourses can be empowering (as we saw with the neurodiversity movement), just as they can be disempowering, alienating and authoritarian, as is the case with the prevalent views of schizophrenia, the medicalization and pathologization of non-ordinary experience (ARONOVICH, 2017) or the implementation of prohibitionist drug policies.

Stories and drugs can be used to enforce social conventions and maintain economic hierarchies just as much as they can be channelled to subvert and challenge power. Certain drugs and stories, embedded within a particular ethos can (and are being) used to promote values such as competitive individualism, hyper-rationality and obedience to authority, as is the case with the rocketing number of children prescribed with methylphenidate worldwide or the forced use of antipsychotic medication in order to enforce social constructions of normalcy and sanity.

At the same time, the resurgence of psychedelic medicine and research point towards the possibility of a different story, emerging just as much from the pharmacology and phenomenology of the substances themselves as from the historical and cultural contexts that make this new story plausible: a widespread imperative to move beyond the obsolete and alienating convergence of reductive biologism, clinical authoritarianism

and corporate mercantilism that underlies and shapes our hegemonic mental healthcare institutions and practices.

This new story, woven and crafted by those who can't submit to the faint simulacrum of a ghostly existence as commodity-consumer cerebral subjects —whether psychonauts, advocates for cognitive liberty, neurodiverse people or psychiatric patients needing better options— is one that must take into account the complex and irreducible interactions between neurology, pharmacology, society, culture, environment and story. Neurocultures have a lot to offer to humankind. Embedded within a more holistic and compassionate discourse they can pave the way to a psychiatry that promotes connectedness, mutual care, empathy and curiosity about the infinite diversity of human experience.

References

- ARONOVICH, A. (2017) «Psychosis and its conceptualisations: a journey from pathology to difference». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (17), 9-32.
- ANGELL, A. (2004) «The Truth About the Drug Companies». *The New York Review of Books*. Retrieved online, December 24, 2015.
- HORTON, R. (2015) «What is medicine's 5 sigma?» *The Lancet*; 385 (9976): e1380.
- HUERTAS, R. (1999) *Neoliberalismo y políticas de salud*. Madrid. El Viejo Topo. Fundación de Investigaciones Marxistas. 187 pp.
- IOANNIDIS, J.P.A. (2005) «Why Most Published Research Findings Are False». *PLoS Medicine* 2 (8):e124
- LANGLITZ, N. (2011) «Political Neurotheology. Emergence and Revival of a Psychedelic Alternative to Cosmetic Psychopharmacology». En ORTEGA, FRANCISCO y VIDAL, Fernando (eds.), *Neurocultures. Glimpses into an Expanding Universe*. Peter Lang: Frankfurt/M. 141-165.
- CORREA URQUIZA, M.; SILVA, T.J.; BELLOC, M.M.; MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2006) «La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales, y narrativas locales». *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* 22: 47-69.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. (2009) «Cuerpos fantasmales en la urbe global». *Fractal: Revista de Psicología*. Vol. 21 (2): 223-236.
- ORTEGA, F. (2009) «The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity». *BioSocieties*, 4(4), 425-445.
- RELMAN, A.S. (1980) «The New Medical-Industrial Complex». *New England Journal of Medicine* 303 (17): 963-970.
- VIDAL, F. (2009) «Brainhood, anthropological figure of modernity». *History of the Human Sciences*, 22(1), 5-36.



COMMUNITY-ORIENTED MENTAL HEALTH: REFLECTIONS  
ON THE IMPLEMENTATION AND EFFECTIVENESS  
OF A PSYCHOEDUCATIONAL GROUP PROGRAMME  
IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER (GAD)

Lina Casadó Marín

*Medical Anthropology Research Centre (MARC) and Department of Nursing  
of Rovira i Virgili University*

Mercè Gasull Gomis

*Medical Anthropology Research Centre (MARC), Catalan Health Institute (ICS),  
Department of Nursing of Rovira i Virgili University*

**Abstract:** Mental health problems are creating increasing demand in primary healthcare services. The objective of this paper is to assess the effectiveness of a nurse-led psychoeducational group programme for Generalized Anxiety Disorder (GAD) in a rural community in Catalonia. It is a quasi-experimental pre-post intervention study, in which we worked with a sample of 32 patients diagnosed with GAD in a rural Basic Health Area in different years.

**Keywords:** Primary health care, Generalized anxiety disorder, Community nurses, Psychoeducational groups.

*Salud mental orientada a la comunidad. Reflexiones acerca de la implementación y efectividad de un programa de intervención psicoeducativa en el trastorno de la ansiedad generalizada (TAG)*

**Resumen:** Los problemas de salud mental generan una demanda creciente en Atención Primaria de Salud. El objetivo de este trabajo es evaluar la implementación de grupos psicoeducativos dirigidos por personal de enfermería a personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se trata de un estudio experimental pre-post intervención, en el que trabajamos con

una muestra de 32 pacientes diagnosticados de TAG captados en distintos años en un Área Básica de Salud Rural.

**Palabras clave:** Atención primaria, Trastorno de ansiedad generalizada, Enfermería comunitaria, Grupos psicoeducativos.

### *Introduction*

Mental health problems are creating increasing demand in primary healthcare services (ESCA, 2015)<sup>1</sup>. According to GILI, ROCA, BASU, *et. al.* (2013) much of the increase in the *psychological disorders* treated in primary healthcare —mainly anxiety (19.7%), dysthymia (25.1%), depression (47.5%) and alcohol dependence (2.7%)— is related to the economic crisis. These authors, who compared data from 2006 and 2010 in Primary Healthcare Centres in 17 Spanish regions, found that generalized anxiety disorder (GAD) had increased by 8.4%, major depression by 19.4%, dysthymia by 10.8% and alcohol dependence by 4.6%. In this paper, the authors highlight the risk factors that determine the increase in the prevalence of mental disorders in primary healthcare services, including unemployment (one's own or that of a family member), eviction and financial hardship.

According to data published by the Ministry of Health, Social Services and Equality (2013), the annual prevalence and lifetime prevalence for anxiety disorders is 10.6% and 16.6% respectively. However, studies that have been carried out among users attending primary healthcare centres raise this prevalence by between 20 and 40%<sup>2</sup>. According to the Spanish Medicinal and Health Products Agency<sup>3</sup> (AEMPS), the consumption of anxiolytics and hypnotics in Spain increased from 56.7 DHD in 2000 to

1 Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), 2015; 99 páginas. Available in URL: <[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca\\_2015.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca_2015.pdf)>.

2 The variability of the epidemiological data presented is related to factors such as the inclusion criteria, the country studied, the sample size and diagnostic instruments used. Clinical Practice Guidelines for the management of anxiety in the AP, 2009. Available at URL: <[http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocolos/Protocolo\\_Intervencio\\_Grupal\\_Psicoeducativa.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocolos/Protocolo_Intervencio_Grupal_Psicoeducativa.pdf)>.

3 Memoria de Actividades de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2012. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Avail-

89.3 in 2012 – an increase of 57.4%. One of the most widely used drugs is Diazepam. While the number of people taking Diazepam in 2008 was less than 6 per 1,000 inhabitants, by 2012 this figure had increased to 8 people per 1,000 inhabitants. Another drug that has seen an increase is Lorazepam, which has gone from being prescribed to 11 per 1,000 people in 2000 to 22 per 1,000 in 2016. It is also noteworthy that Spain leads the consumption of Orfidal, Lexatin and Valium in Europe (NOVAK, HAKANSON, MARTÍNEZ *et. al.*, 2016).

The Spanish Society for the Study of Anxiety and Stress<sup>4</sup> (SSAS) notes that 15.5% of the Spanish population regularly takes anxiolytics (6). This figure is three points higher than the European average, and double the average consumption in countries such as Germany (5.9%) and the Netherlands (7.4%), and is only surpassed by France (19.2%) (SSAS, 2013).

It is therefore interesting to consider the variations in spending on psychotropic drugs in Spain over the last decade (2003-2013): The expenditure on antidepressants has increased most, as it has risen by 38.7%, ahead of antipsychotics (32.6%), hypnotics (28.4%) and anxiolytics (7.8%). It is also important to note that in Spain, the bulk of prescriptions for antidepressants and anxiolytics are provided in primary healthcare, and in fact, only 30% of these drugs are prescribed by a specialist. The studies are varied and show that the start of the economic crisis was a turning point. The Spanish Neuropsychiatry Association<sup>5</sup> (SNA) warns of the consequences that may result from excessive and widespread prescription of medication, and we should remember that the consumption of anxiolytics provides a temporary relief of symptoms, which indirectly and directly contributes to medicating and medicalizing these patients' suffering while failing to address the underlying problem that leads them to develop the disorder.

As an example of community nursing, our study presents the effectiveness of psychoeducational intervention for Generalized Anxiety Disorder. While we are aware of the macro-structural factors affecting people's mental health, our proposal uses a psychoeducational group

---

able at URL: <[http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/laAEMPS/2012/NI-AEMPS\\_02-2012.htm](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/laAEMPS/2012/NI-AEMPS_02-2012.htm)>.

4 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (2013) Boletín SEAS núm. 39. Octubre. Available at URL: <<http://www.ansiedadystres.org/boletin-39-oct-2013>>.

5 Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (SNA). Available at URL: <<http://www.observatorio-aen.es/generador-de-estadisticas/>>.

intervention to provide people, who have been diagnosed with GAD in a Basic Health Area located in a rural environment with around 10,000 inhabitants, with the tools they need to be able to manage their discomfort, improve their quality of life and indirectly reduce the consumption of psychotropic drugs for the relief of symptoms of anxiety.

In this context, we propose psychoeducational groups for patients with GAD led by primary healthcare nursing staff. The content covered in each session is established by the group's psychoeducational intervention protocol for patients with anxiety symptoms, published by the Catalan Health Institute<sup>6</sup> (ICS) and divided into four areas: training and information on signs and strategies for symptom control, practical workshops on relaxation and deep breathing, group dynamics involving work on expressing emotions and coping strategies for crisis situations, and lastly, a final stage covering behavioural change and adopting healthy lifestyles.

Some studies provide evidence for the effectiveness of psychoeducational groups in primary care. Casañas, Raya, Ibáñez *et alii* (2008) discuss improvements in scores in the Goldberg test and the Anxiety and Depression Scale (HADS) before and immediately after the group intervention in 87 patients with anxious-depressive symptoms. The number of visits to the primary healthcare centre fell by 45% over the course of the sessions. This detail is interesting for a cost/benefit analysis of the psychoeducational group, and can also be used to incorporate two new dimensions into our study. The first is related to including the EuroQol-5D test to objectify health-related quality of life, which is added to the Goldberg test and the HADS test pre-and post-intervention. The second is related to leaving a period of three months after the end of the group sessions before the assessment of the three tests, in order to prevent bias when the data are collected immediately after the intervention.

The research is a quasi-experimental pre-post intervention study. We worked with a sample of 32 patients diagnosed with GAD in a rural Basic Health Area. These patients were referred to the nursing centre by either the family doctor/nurse or they were recruited by the Demand Management programme in the Basic Health Area.

6 Available at URL: <[http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/Protocol\\_Intervencio\\_Grupal\\_Psicoeducativa.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/Protocol_Intervencio_Grupal_Psicoeducativa.pdf)>.



## Methods

We performed a quasi-experimental pre-post intervention study with patients diagnosed with Generalized Anxiety Disorder<sup>7</sup> (GAD) in a rural Basic Health Area (BHA) between 2009 and 2012. These patients were referred to the nursing centre, either by the family doctor/nurse or they were recruited by the Basic Health Area's Demand Management programme. The psychoeducational intervention programme consisted of ten sessions, and involved one session per week lasting approximately ninety minutes. Each group consisted of a maximum of 12 participants and was led by a nurse. In addition to the solidarity and reciprocity intrinsic to the dynamics of the group (CANALS, 2002), in each session the group worked on contents related to educational information on signs, mechanisms for controlling symptoms, and coping strategies in crisis situations.

We excluded patients who could not be evaluated using the Goldberg test, HADS and EuroQol-5D after the intervention. Participants who missed more than 50% of the sessions were also excluded.

We used the following data collection instruments:

### THE GOLDBERG ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

This test was developed by Goldberg in 1988, based on a modified version of the *Psychiatric Assessment Schedule*, in order to produce an easily administered test that could be used by healthcare workers, not necessarily medical staff, as a screening tool. The Spanish version was validated by MONTÓN C. *et alii* (1993), due to its simplicity, sensitivity, specificity and ability to discriminate between anxiety and depression. It is designed to detect «probable cases,» not to diagnose them. Its ability to discriminate helps guide the diagnosis. Symptoms with a duration of less than two

<sup>7</sup> Generalized Anxiety Disorder was included in the psychiatric nosology in 1980. In the DSM-IV (2002), GAD is listed as an Anxiety Disorder and its diagnosis requires the presence of 4 of the 22 symptoms which are listed in Appendix 1 (DSM-IV, 2002: 534). However, in the DSM-5 (2013), Anxiety Disorder is included in Section II for the first time, and in contrast to the DSM-IV. Although GAD is listed as a diagnosis in its own right, post-traumatic stress disorder and obsessive compulsive disorder are removed from the anxiety disorders, and panic disorder, selective mutism and separation anxiety disorder are added to Anxiety Disorders.

weeks and/or are mild in intensity do not score on the scale. It consists of two separate scales, one for anxiety and one for depression, with 9 items each and a dichotomous answer (yes/no). Only the affirmative answers obtain a point.

### HADS

This scale was designed by Zigmond and Snaith in 1983. The Spanish translation and adaptation was performed by Snaith in collaboration with A. Bulbena and G. Berrios. It was validated in 1986 by Tejero *et. al.* The HADS test is a 14-item self-administered questionnaire consisting of two 7-item subscales, one for anxiety (odd-numbered items) and one for depression (even-numbered items). The intensity of the symptom is assessed using a Likert-type scale. Although the questions are formulated in the present, the timeframe refers to the previous week. For each item, the individual has to select the response alternative that best reflects their situation. The score for each subscale is obtained by totalling the values of the selected statements (0-3) for the respective items (even-numbered items for depression, odd-numbered items for anxiety). The score range is 0-21 for each subscale, and 0-42 for the total score.

### EUROQOL-5D

This is a questionnaire on quality of life related to health and consists in two sections: a descriptive system and the Visual Analogue Scale (VAS). The descriptive system consists of five sections that evaluate five dimensions: mobility, self-care, everyday activities, pain/discomfort and anxiety/depression. Each question has three response options, ranging from 1: «I have no problems» to 3: «I have a lot of problems». In the VAS, the patients have to rate their health on a scale ranging from 0 (the worst health imaginable) to 10 (the best health imaginable).

### SEMI-STRUCTURED (SE) INTERVIEWS

The SE interviews are divided into two parts. The first part includes sociodemographic and health variables related to Anxiety Disorder symptoms. In the second part, the patients are asked about their life story and the factors they consider have triggered the mental health problem.

*Results: Sociodemographic data*

Thirty-two patients with a diagnosis of Generalized Anxiety Disorder between 2009 and 2012 were selected in the BHA studied. All the patients joined the psychoeducational groups voluntarily. Among all the group participants, the gender ratio was 93.7% women (mean age 36.6 years old, ranging between 25 and 56 years old), and 6.25% men (mean age 32 years old). This factor should be taken into account when qualitative research is carried out on this topic.

The drop-out rate for the group was 18.75%. In terms of medication, 40.6% were taking psychotropic drugs in different proportions, while 28% were not taking anything, or taking valerian infusions/tablets if necessary.

Regarding the participants' employment status, 37.5% were not working and/or unemployed when the data were collected. The qualitative data show that workplace stress and financial difficulties in making ends meet are among the main reasons that our informants developed their disorder (55%).

«Workplace stress, poor working environment. I have a position of responsibility, and either I've been unable or the company's management has been unable to give me enough authority to assert myself.» JCM, 31 years old. Woman. Works in an optometry practice.

«The household economy: my husband and I don't have jobs.» MME, 38 years old. Unemployed. Trained as an administrative assistant.

«My father's death, my sister's illness, problems with my oldest daughter, with my brother who has come to live with us and my brother-in-law has also come to live with us.» ZBT, 56 years old. Not working. No educational training.

«Mainly because of work. I have one or two problems as a result of the crisis and I want to sort things out myself without having to ask for help. I often feel alone.» TFS, 41 years old. Self-employed. Primary education.

«Physical problems – breathlessness, headache, wanting to cry, I get upset very quickly; I suppose it has to do with the amount of work, especially at home and the little time I have because of my working hours.» JCC, 49 years old. Accountant. University education.

«I often think that something bad will happen to my husband, or my children, we're not going to make it out of our current financial situation.» MME, 37 years old. Waitress. Vocational training as a clerical worker.

Regarding their family situation, 53% were married when the data were collected, 25% were single, 12.5% were separated or divorced and 9.37% lived with a partner. A total of 68.75% had children (ranging between 1 and 5 children).

The qualitative data showed that 45% said «family factors» were the trigger for their disorder:

«A lot of fear, I'm scared that something bad will happen to me or my family, a strong desire to be with people who love me.»

«Everything around me: work, home, my child...» EDC, 38 years old. Shop assistant. Primary education.

«Personal disappointment with my partner and stress at work.» JPM, 25 years old. Shop assistant. Higher secondary education.

«Keeping my family going. My separation.» MAA, 33 years old. Unemployed. Primary education.

«I have a 2½-year-old daughter and nobody to turn to. Having a health problem is a luxury for me, I have to cope with her and my job.» SFM, 30 years old. Not working. Vocational training in Electronics.

### *Pre-and post-intervention test results (Goldberg Scale, HADS and EuroQol)*

The Goldberg scales of anxiety and depression, the HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (instruments measuring the level of anxiety and depression symptoms) and the EuroQol-5D Health Questionnaire, administered in 15 patients before and after the group intervention, were used to evaluate the intervention.

The Wilcoxon test for paired data was performed to check the variation in the scales using SPSS.

The Goldberg scale results obtained after the corresponding test was applied are shown in the figure. The study showed statistically significant differences in the results of the scale at the start. The significance level was 0.033, which is less than 0.05, and as such there are differences in the level of anxiety and depression in the participants before and after attending the psychoeducational group.

The results of the EuroQol questionnaire on health-related quality of life obtained after the Wilcoxon test was applied are shown in Figure 1. The level of significance was found to be 0.027 ( $p = 0.027$ ). As this score is

lower than 0.05, there are differences in the perceived quality of life before and after attending the psychoeducational group.

The results of the HADS hospital anxiety and depression test obtained after applying the Wilcoxon test are shown in Figure 1. The level of significance was found to be 0.111, which is more than 0.05, and as such there are no differences in the participants' level of anxiety and depression before and after attending the psychoeducational group.

Given that the values of the critical level on the Goldberg scale (0.033) and in the EuroQol questionnaire (0.027) are less than 0.05, we can conclude that the variables compared (test pre-and post-intervention) differ significantly.

### *Discussion*

The study highlights the effectiveness of applying psychoeducational groups for people with Generalized Anxiety Disorder symptoms, as the groups improve their knowledge about the mental health problem and they show an improvement in symptoms only three months after they complete the intervention. The results demonstrate the potential of primary healthcare nurses in dealing with GAD, which is a field in which interventions have traditionally been limited to follow-up and adherence to medical prescriptions.

The improvements in mean Goldberg test scores show the potential of nurse-led psychoeducational groups as a focus and activity for promoting health. This would increase the population's health assets and increase awareness, leading to an improvement in symptoms. This is an important point, as we are convinced that the implementation of psychoeducational groups can help to alleviate the nature of Anxiety Disorders and may also contribute to a decline in the consumption of psychotropic drugs, and thus decrease pharmaceutical expenditure. The results of the EuroQol scale administered before and three months after the intervention enable us to numerically objectify the positive perception of the control of anxiety symptoms and the improvement in the patients' health-related quality of life. Specifically, although the data compared using the Wilcoxon test were not as we anticipated, we believe it is necessary to give special consideration to applying the HADS test in studies arising from this work in order to determine trends related to changes in how symptoms of anxiety are expressed.

Another point we would have liked to cover, and which we are considering as a line of research based on this study, concerns the need for multicentre experimental studies, which as well as evaluating the efficiency in terms of cost-benefit, also evaluate the effectiveness of the groups: a decreased use of psychotropic drugs and a reduced number of visits to primary healthcare centres three months after the end of the intervention. We also believe that as well as performing quantitative studies that evaluate the effectiveness and efficiency of the groups, it is necessary to implement a qualitative methodology using semi-structured interviews and participant observation in groups. This would enable us to analyse some of the factors mentioned in depth, such as the «situations» that contribute to developing the disorder in the context of the patient's life story; the structural factors contributing to the unequal distribution of the disorder according to the gender variable; the factors determining non-adherence to the group, and the significance and meanings that patients attach to psychotropic drugs. We are thus convinced that we will be able to provide a more complex reading and propose broader measures that will gradually be implemented in the community nursing practice.

Figure 1. Median results before and after the psychoeducational intervention according to Goldberg, HADS and EuroQol Tests.

	<b>Before the Intervention (Median)</b>	<b>After the Intervention (Median)</b>	<b>P</b>
Goldberg	12	8	0.033
HADS	23.8	18.3	0.11
EuroQol	4.5	6.4	0.027

## References

- BADOSA, P.; CEBRIAN, H.; FERRER, M.T. *et alii* (2009) *Programa de Gestió de la Demanda Espontanea*. Institut Català de la Salut, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- BULBENA, A.; CASQUERO, R., DE SANTIAGO, M. *et alii* (2011) *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- CANALS, J. (2002) *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de grupos de personas afectadas en la Crisis del Estado del Bienestar*. Tesis Doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social.
- CASAÑAS, R.; ARMENGOL, J.; PUIGDEVALL, E. *et alii* (2006) *Guia per a la Infermera. Sessió Grupals Psicoeducatives en el Trastorn d'Ansietat a l'Atenció Primària*. Institut Català de la Salut, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2009.
- CASAÑAS, R.; RAYA; IBÁÑEZ *et alii* (2008) «Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en Atención Primaria». *Atención Primaria*. 2008. Vol. 41. Núm. 04 (pp. 227-232)
- DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Director de la edición española: Juan J. López-Ibor Aliño. 2002.
- DSM-5. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- GIL, M.; ROCA, M.; BASU, S. *et alii* (2013) «The Mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres» *European Journal of Public Health*. Feb; 23(1): 103-108.
- GOLDBERG, D.; BRIDGES, K.; DUNCAN, P. *et alii* (1988) «Detecting anxiety and depression in general medical settings». *British Medical Journal* 8; 297 (6653): 897-9.
- NOVAK, S.; HAKANSSON, A.; MARTÍNEZ, J. *et alii* (2016) «Nonmedical use of prescription drugs in the European Union». *BMC Psychiatry series*. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0909-3>
- MONTÓN, C.; PÉREZ, M.J.; CAMPOS, R. *et alii* (1993) «Escala de ansiedad y depresión de goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico». *Atención primaria*; 12: 345-349.

TEJERO, A.; GUIMERA, E.; FARRÉ, J.M. *et alii* (1986). «Uso clínico del HADS en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez». *Revista del Departamento de Psiquiatria*, Facultad de Medicina, U. de Barcelona, 12, 223-238.

ZIGMOND A.S. y SNAITH, R.P. (1983) «The hospital anxiety and depression scale». *Acta psychiatrica scandinavica*. 67 (6): 361-370.



## FEMINIZACIÓN DEL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS

Lourdes Franco López

*Medical Anthropology Research Center and Institut Català de la Salut*

María José Sáenz Rodríguez

*Institut Català de la Salut*

**Resumen:** Con este trabajo etnográfico se presentan nuevas oportunidades en el abordaje del tratamiento crónico con benzodiazepinas desde la atención primaria, desarrollando la atención comunitaria, utilizando las técnicas cualitativas e incluyendo los saberes de las mujeres, permitiendo la reconstrucción de las identidades y la restitución de las reciprocidades que conlleve una verdadera reparación de la «crisis de la presencia» y el abandono del fármaco.

**Palabras clave:** benzodiazepinas, mujeres, consumo crónico, crisis de la presencia.

### *Feminization of benzodiazepine use*

**Abstract:** This ethnographic work presents new opportunities in the chronic treatment with benzodiazepines from Primary Care, developing community care, using qualitative techniques and including the knowledge of women, allowing the reconstruction of identities and the restitution of reciprocities which entails a real repair of the «crisis of the presence» and the abandonment of the drug.

**Keywords:** benzodiazepines, women, chronic consumption, presence crisis.

*Introducción: del mundo vital, de la reciprocidad  
y de la crisis de la presencia*

«No estamos en una urna, aislados de cualquier entorno, vivimos e interactuamos y eso nos afecta». Con frases como estas intentamos conciliar a los pacientes con sus acontecimientos sociales, sobre todo cuando la sintomatología que presentan es claramente de este origen y ellos insisten en encontrar una causa, y, por lo tanto, una solución, física.

Así pues, tratar la enfermedad como un hecho biopsicosocial (o sociopsicobiológico, según se prefiera) total es completamente acertado. No somos islas patológicas, ni debemos cosificar nuestros órganos enfermos. Así como nos dice GOOD (2003: 216): «La enfermedad estaba presente en el mundo vital. Era experimentada como un cambio en el mundo vital». En cambio, a gran parte de la población les cuesta darse cuenta de esta realidad y buscan en el modelo biomédico, representado por el médico, la solución a todos sus problemas, e incluso se sorprenden cuando se les pregunta si tienen alguna preocupación o se les ponen en relación los problemas laborales con la opresión que sienten en el pecho, por nombrar uno de tantos ejemplos. Evidentemente, esta situación está propiciada por el propio sistema biomédico, por su hegemonía, respecto al resto de saberes y sistemas médicos, y su cientificismo extremo, que ha dejado por el camino histórico la esencia de sus bases, en las que se tenían en cuenta los determinantes sociales como causalidades de patología, para convertirse en una megaestructura al servicio de la evidencia clínica, la industria farmacéutica y los protocolos clínicos.

A nuestro entender son múltiples las razones de este fenómeno: lo que llamaremos un efecto *penicilina like* que genera una deificación del fármaco como la «bala mágica» que todo lo cura; una sociedad en la que no tienen cabida la inactividad, la apatía, la tristeza, la aflicción o el sufrimiento, todo tiene que ser positivamente perfecto y altamente eficiente; la hegemonía de la biomedicina que relega a los demás sistemas médicos, así como a los saberes populares, a conocimientos subalternos sin validez, cosa que provoca una pérdida en la capacidad de agencia de los individuos, que pasan a depender totalmente del sistema biomédico; un exceso de reduccionismo de la biomedicina que convierte todas las dolencias en alteraciones bioquímicas, entre otras razones. Estos fenómenos provocan en los individuos altas tasas de frustración, descontento e inadaptación. Entonces uno depende de sus redes sociales, de los soportes relacionales

de los que disponga para poder resolverlo, para no quedarse descolgado del mundo. A continuación, exploraremos cada uno de los supuestos un poco más profundamente, para poder posteriormente contrastarlos con los resultados obtenidos en la investigación.

Los procesos de medicalización de nuestra sociedad están históricamente determinados. Aunque este no es el espacio para hacer un análisis de estos procesos, sí comentaremos un par de cuestiones clave que están relacionadas con nuestro estudio. Por un lado, la progresiva tecnificación de la medicina y de los entornos hospitalarios, durante los siglos XIX y XX, condujo a mejoras en la calidad asistencial que consiguieron una importante disminución en las morbimortalidades de enfermedades comunes, tales como la apendicitis, que deja de ser mortal en esta época. Por otro lado, la aparición de la penicilina y la generalización de su uso producen unas consecuencias similares al caso anterior, causando conjuntamente un efecto de «milagro técnico» en la población, generando una experiencia compartida en la sociedad e incorporándose a los procesos asistenciales domésticos. Estas cuestiones, unidas al efecto de «eficacia simbólica» que produce el sistema biomédico, encarnado por la figura del médico, nos dan como resultado la elección preferente de la institución y de sus capacidades terapéuticas. Así:

La carga simbólica de tales actos les permite construir un lenguaje: en realidad, el médico dialoga con su paciente no mediante la palabra, sino mediante operaciones concretas, verdaderos ritos que atraviesan la pantalla de la consciencia sin encontrar obstáculo, para aportar directamente su mensaje al inconsciente (LÉVI-STRAUSS, 2011 [1958]: 223).

Pero esto es posible porque existe un marco simbólico compartido por profesionales y enfermos que permite la construcción de un lenguaje común.

Todos estos fenómenos tienen lugar en una sociedad neocapitalista, donde no hay lugar para las aflicciones y malestares, ya que el objetivo es conseguir la máxima eficacia,

[...] una forma eficiente de subjetivación y de sometimiento. El yo como proyecto, que cree haberse liberado de las coacciones externas y de las coacciones ajenas, se somete a coacciones internas y a coacciones propias en forma de una coacción al rendimiento y la optimización [...]. La libertad del *poder hacer* genera incluso más coacciones que el disciplinario *deber* (HAN, 2014: 11, énfasis del autor).

De esta forma, «el sujeto del rendimiento, que se pretende libre, es en realidad un esclavo. Es un «esclavo absoluto» en la medida en que sin amo alguno se explota a sí mismo de forma voluntaria» (HAN, 2014: 12, énfasis del autor). En este contexto, además, tenemos que la biomedicina es hegemónica, en el sentido gramsciano del término, olvidando formas de resistencia y saberes profanos de los agentes subalternos. Así pues,

[...] la hegemonía es también una política de transformación ejercitada a través de la capacidad crítica de desnaturalizar, a partir del propio cuerpo, la acción modelante del Estado, enfocando por tanto las complicidades dialécticas entre el Estado y la intimidad de los sujetos. El Estado actúa [...] transformando el cuerpo y produciendo la idea misma de subjetividad individual. El estado actúa por lo tanto en la intimidad de los sujetos (PIZZA, 2005: 21).

Cuando Pizza y Gramsci hablan de Estado se podría sustituir por instituciones sanitarias o biomedicina, ya que es esta la que actúa controlando los cuerpos y redirigiéndolos según sus criterios y paradigmas. De esta forma se produce un fenómeno de *embodied* de los saberes hegemónicos por la población, alterando las formas de percibir y de estar en el mundo, así como las actuaciones, los *habitus*, a propósito de sus malestares, conduciendo a «modos somáticos de atención» que son «modos culturalmente elaborados de prestar atención a, y con, el propio cuerpo, en entornos que incluyen la presencia corporizada de otros», incluyendo una «atención culturalmente «elaborada, a y hacia» el cuerpo en la inmediatez de un entorno «intersubjetivo»» (CSORDAS, 2010: 87-88, énfasis del autor). Consiguiendo, así, limitar la capacidad de actuar, la *agency*, de los individuos.

Esta agencia puede llegar a desaparecer cuando actúan acontecimientos vitales y del entorno social suficientemente relevantes como para que puedan generar una «crisis de la presencia». De esta forma:

Todo sucede como si una presencia frágil, no asegurada, lábil, no resistiera el *shock* determinado por un particular contenido emocionante, no encontrara la energía suficiente para mantenerse presente en él, reaprehendiéndolo, reconociéndolo y dominándolo en una red de relaciones definidas. De tal manera el contenido se pierde como contenido de una conciencia presente. La presencia tiende a quedar polarizada en un cierto contenido, no se arriesga a ir más allá de éste, y por lo tanto desaparece y abdica como presencia. Se derrumba la distinción entre presencia y mundo que se hace presente (DE MARTINO, 2004: 137, énfasis del autor).

Es en este momento cuando aparece la «crisis», dando lugar a una pérdida de relación con el mundo, de la relación entre el sujeto y la realidad objetiva, el sujeto es activado por el mundo; la magia es el horizonte que rescata al individuo pero lo deslocaliza, es ahistórico, reconstituye la crisis pero no explica las causas que la han provocado. Pero como nos dice ROMERO (2013: 99), «la ausencia de solidaridad social genuina trata de salvarse con atenciones individuales (pagadas) que no hacen más que poner parches, si es que no continúan, simple y llanamente, reproduciendo el problema». De esta forma llegamos a Marcel MAUSS (2009 [1924]: 71), quien nos habla del don como intercambio de regalos y reciprocidades entre miembros de la comunidad, que tienen un «carácter voluntario, por así decirlo, en apariencia libre y gratuito y, sin embargo, forzado e interesado de esas prestaciones». Todo regalo que nos hacen o hacemos a los demás es, en principio, de forma altruista, pero, en el fondo, «detrás de él hay obligación e interés económico». El mismo autor, en *Sociología y antropología* (MAUSS, 1991 [1950]: 262), escribe: «Las sociedades han progresado en la medida en que ellas mismas, sus subgrupos y sus individuos, han sabido estabilizar sus relaciones, dando, recibiendo y devolviendo». Pero ¿qué ocurre cuando esto no sucede así? Nuestras sociedades neoliberales en las que prima el individualismo tienden a no devolver lo recibido, al menos, en la medida en la que el donante espera que se le devuelva. Esperamos una compensación a cambio, bien sea de forma material o de cualquier otra forma que satisfaga nuestras expectativas de aquello que deberíamos recibir por lo que damos. Si estas no se cumplen sucede un quiebro en la reciprocidad de estos dones, generando un desequilibrio para en el individuo, el cual desencadena la pérdida de soportes con el mundo, diluyendo la agencia y, en último término, produciendo la «crisis», la cual, a su vez, inicia la búsqueda de la eficacia simbólica en el fármaco proporcionado por la biomedicina hegemónica.

### *De mujeres y territorio*

Deltebre es un municipio localizado a orillas del río Ebro, en su tramo final, justo en la desembocadura. Con una extensión de 107,4 km<sup>2</sup>, está compuesto por dos núcleos urbanos: La Cava, Jesús y María, y por la urbanización de Riomar. En ellos habitan 11.544 personas, de las cuales 5.703 son mujeres (INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA, 2016). Se trata de

asentamientos recientes, alrededor de unos 200 años de vida, con terrenos considerados salados y poco productivos, con enfermedades transmisibles graves antaño, tales como la malaria, ocasionadas por las aguas estancadas, todo ello unido a desbordamientos continuos del río que amenazaban las propiedades de la zona, además de la presencia de animales y microorganismos que generaban patologías, lo que ha generado que la vida en el delta del Ebro no fuera nada fácil, y, agravado por la privación de los servicios básicos (agua potable, alcantarillado, red eléctrica), hacía de la supervivencia en esta zona una dura lucha. No fue hasta que se produjo la segregación de Tortosa en 1977, y la constitución como municipio independiente, cuando los habitantes pudieron comenzar a disfrutar de unas infraestructuras básicas. Así, en Deltebre, la vida diaria hasta la década de los ochenta del pasado siglo se asemejaba más a la de cualquier poblado del África profunda que a un municipio de la Europa del Estado de bienestar. En cuanto a la estructura social, Rosa Queral (2007) explica:

El modelo de organización social está basado en la división del trabajo por sexos, que establece categorías de trabajo productivo versus reproductivo, ha dado reminiscencia a los valores masculinos y ha dejado en un segundo término los valores femeninos. La crianza de las hijas e hijos; la atención a la gente mayor y a las personas enfermas; la higiene y el cuidado del hogar; la consecución, la preparación y la conservación de los alimentos para la subsistencia; la trasmisión del habla, de las costumbres, de los valores comunitarios, constituyen, en nuestra sociedad patriarcal, trabajos de segundo orden, subsidiarios, poco relevantes y sin reconocimiento social como acciones civilizadoras, aunque, sin ninguna duda ha permitido tener la sociedad que tenemos (ROSA QUERAL, 2007: 15).

### *De fármacos para las aflicciones*

Las benzodiazepinas (BZD) son psicofármacos que actúan aumentando la acción del ácido gammaaminobutírico, principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central. Tienen indicaciones terapéuticas diversas, y aunque su uso más habitual es en el tratamiento de la ansiedad e insomnio, también se utilizan en la inducción a la anestesia, en el tratamiento de las crisis comiciales, en el síndrome de abstinencia alcohólica, como tratamiento coadyuvante de dolor músculo-esquelético, etc. (MONTES, PLASENCIA, AMELA *et alii*, 2004). Por otro lado, sabemos que los trastornos de ansiedad representan uno de los problemas de salud mental más

frecuentes entre la población general, llegando a ser, según datos de la Generalitat de Catalunya, «el segundo problema de salud que más afecta a la calidad de vida». Así pues, encontramos que, en diciembre de 2015, a 84 de cada 1.000 habitantes se le había prescrito una BZP en Cataluña, representando una de las cifras más altas del mundo (DEPARTAMENT DE SALUT, 2016). Todas las guías aconsejan no superar las cuatro semanas de tratamiento por los riesgos de dependencia, abuso y tolerancia, así como la aparición de efectos adversos. A pesar de esas recomendaciones, la encuesta nacional sobre drogas nos muestra un aumento creciente en el consumo crónico de BZP, es decir, de más de 12 meses, pasando de un 5,1% en 2005 a un 12,2% en 2013, y siendo la única droga, de las 23 testadas, en la que el consumo de las mujeres duplica el de los hombres (un 8,5% frente a un 16%) (PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, 2013). En esta misma línea BEJARANO (2008) encontró que en el Campo de Tarragona el perfil de consumidor crónico de BZP era una mujer (con un 70,9% de prevalencia respecto al total de consumidores), de edad superior a 65 años (siendo el 73,4% de las mujeres) y de ámbito urbano (el 73% de las consumidoras), obteniendo una prevalencia global de consumo crónico de BZP del 6,9%. Así pues, en nuestro ámbito de estudio, el municipio de Deltebre, el centro de atención primaria (CAP) atiende a 10.247 habitantes mayores de 15 años, repartidos entre siete médicos de familia. Entre ellos, 1.654 consumen de forma crónica BZP, lo que supone una prevalencia del 16,14%. Analizando el consumo por sexos tenemos 1.142 mujeres consumidoras, lo que representa un 69% del total de los consumidores. Por lo tanto, la prevalencia en nuestro entorno es superior a las medias nacionales y regionales, manteniendo la feminización del consumo. Ante esta situación nos planteamos como objetivo de estudio analizar los conocimientos y las prácticas del uso de BZP entre las mujeres de Deltebre y las situaciones que llevan a los profesionales a iniciar y mantener su prescripción.

### *Material y método*

Se trata de un estudio cualitativo de base etnográfica desarrollado en la población de Deltebre. Las dos autoras han desarrollado parte de su actividad profesional en esta área, por lo que aportan un conocimiento local que se incorpora, conscientemente, como perspectiva autoetnográfica. Los criterios de inclusión que se adoptaron fueron los siguientes: a) muje-

res con consumo crónico de BZP, b) mayores de edad, y c) que aceptasen la participación en el grupo, por un lado, y, d) profesionales médicos que ejercen su práctica profesional en el CAP de Deltebre de forma continuada, por el otro. Todos ellos fueron informados de las condiciones del estudio y se solicitó el consentimiento informado para su participación, la cual fue totalmente voluntaria, anónima y no supuso ninguna retribución económica.

Se realizó un grupo de discusión al que se convocó a seis mujeres, de las cuales cuatro asistieron a todas las sesiones propuestas. En la tabla 1 se exponen las principales características socioeconómicas de cada una de ellas. El grupo se desarrolló una vez por la semana durante el mes de setiembre de 2016. La dinámica que se siguió fue la de fomentar la libre participación con el intercambio de ideas entre las participantes, guiadas en ocasiones por preguntas abiertas por parte de las investigadoras para instar a nuevas aportaciones. Por otro lado, se realizaron tres entrevistas en profundidad a médicos y médicas del CAP de Deltebre con asignación de usuarios (véase tabla 2); entrevistas estandarizadas, no programadas, basadas en un guion, pero con un enfoque no directivo, semiestructuradas y abiertas según la predisposición del informante.

### *Resultados*

Todas las mujeres del grupo están casadas, con hijos y nietos, sus edades oscilan entre los 53 y los 75 años. Todas ellas se ocupan de las tareas típicamente asignadas a su rol de género, es decir: los trabajos domésticos, el cuidado de todos los miembros de la familia (pareja, hijos, padres, nietos...), además de trabajos remunerados en el mercado laboral, en el pasado o actualmente, según su estatus laboral. En conjunto sienten que se encuentran en un estado «liminal» (STOLLER, 2009), entre todos los miembros de la familia, entre las diferentes generaciones y los diferentes roles familiares, justificándolos a todos y sirviéndolos, expresando que se encuentran atrapadas entre sus responsabilidades, autoimpuestas por las presiones sociales, y sus necesidades, ante las cuales manifiestan que «nadie» las tiene en cuenta (respuesta unánime y unísona): «Callo y perdono para no perderlos (refiriéndose a los hijos y los nietos)» (M1) (la narrativa 1 ejemplifica este hecho). Se convierten «esclavas absolutas», realizando actividades múltiples para otros miembros de la familia sin demanda pre-



via pero que las esclavizan y las obligan a reproducirlo para evitar conflictos interfamiliares posteriores.

Narrativa 1. Una de las mujeres explicando que el fin de semana anterior se había celebrado en su casa el bautizo de la nieta y que sus hijos no habían invitado a la comida a sus padres y suegros:

M4: Parece que quieras que no gasten, bueno, si lo tengo yo, pues no hace falta, la preocupación de siempre. Me sabe mal por los yayos, y yo sin decir nada, porque no tengo nada que decir yo. Yo no mando, mandan mis hijos, [...] yo ya sabía que nos tocaría ayudar. [...] Que las he pagado yo, porque no quería que ellos compraran más bolsitas del debido..., hoy he ido donde mi suegra y no sabía cómo decirlo para decir perdón, yo he sufrido porque se hacía en mi casa..., tenía que dar una explicación creía yo, ¡sin ser culpable! Pero me siento culpable, a mediodía he ido donde mi madre, no he podido hablar porque había gente de fuera, pero me tocará volver a dar una explicación. Tengo una preocupación, me siento culpable, pero lo han decidido ellos, yo..., esto me lo cargo yo y no es culpa mía.

M1: Seguro que tú la has tenido y tu marido no.

M4: ¡No, él no! [...] He tenido una preocupación que no me hubiera hecho falta, ahora yo, hoy, estoy agotada, me duele todo. Y qué tengo que hacer, qué puedo hacer.

Todas las informantes narran acontecimientos pasados en sus contextos sociales y familiares que han podido superar con éxito por ellas mismas, sin precisar de ningún fármaco. Pero en todas ellas hay un momento concreto que rompe con el equilibrio y que genera una desafiliación, llevando a ese episodio que les produce la ruptura y descuelgue de sus soportes, momento en el que el mundo empieza a actuar sobre ellas y el *self* se vuelve frágil, ocurre la «crisis de la presencia» y es el momento en el que se acercan a la biomedicina en busca de la «pastilla mágica» (véase la narrativa 2) que las devuelva a su estado inicial, que les haga recuperar la agencia y que el mundo deje de actuar en ellas para volver a actuar ellas sobre el mundo. Pero como ocurre con la magia, las BZP no regeneran las causas, no retornan la reciprocidad perdida, y, por tanto, el equilibrio no puede suceder, quedando ligadas de forma crónica en el tiempo a la pastilla, a la cual mitifican y otorgan un poder simbólico de estabilidad y bienestar: «Sé que lo necesito» (M2), «Me hace falta la pastilla» (M3), «No me las puedo sacar» (M4), «Las tengo que ver allí» (M1).

Narrativa 2. M3: El día que fui al médico de cabecera por el tema de las pastillas pues me..., así, de repente, porque, al no dormir, yo veía que aquello era mucho, fue pensamiento de decir al médico, pero yo también he visto que el médico de cabecera cuando vas, eh..., puede ser porque vamos cuando estamos un poquito más mal, lo que hace es esto, ¿ah? Te receta esto, porque tú comienzas diciendo que te duele la cabeza que ya hace tiempo que ya estás mal y yo he visto el caso este de que te dice: «Pues te haré unas pastillitas para ver si esto te alivia». Esto lo he visto, que es lo que el médico..., en mi caso no, ¡eh! En mi caso fui yo que le dije: «Me tienes que hacer algo porque si no esto no lo aguantaré».

Por otro lado, sucede una incorporación y asimilación de la enfermedad como alguna cosa propia, que produce un efecto patologizante. El síntoma (la ansiedad, los nervios) acaba siendo una identidad totalizante, completamente asumida por la mujer, por lo que existe la creencia firme en la necesidad del fármaco de forma indefinida: «Lo necesito, es así, no puedo hacer más, soy nerviosa» (M4). Una autopercepción del *self* objetivado que se cosifica, se siente y se piensa alrededor de la enfermedad (véase narrativa 3); se convierte en un sujeto subjetivado por las condiciones de existencia. El mundo en el ser, creando una corporización del mundo, un *embodiment* de esta condición.

Narrativa 3. M4: Pues me dio el alprazolam y así he estado todos los años, subiendo, empecé por 25, 50, una y media, volvía a una..., y dijo ¡de por vida!, pues de por vida, ¡yo que sé!... Yo ya tenía, se ve, que la ansiedad, estaba toda..., yo estaba muy mala, debía de tener ansiedad o depresión, ¡qué sé yo! No lo sé...

Así pues, se produce una normalización de la neurosis, cuando quieren expresar sus malestares, sus maridos les dicen: «No lo pienses», «No hagas caso», cosa que anula cualquier posibilidad de reposición. En este sentido GOOD (2003: 223) escribe: «Cuando el resultado imaginado de la historia no logra materializarse, cuando el sufrimiento no se alivia, tampoco el relato adquiere autoridad, y el yo se ve amenazado de disolución». Esta desafiliación y pérdida de vínculos, de espacios para expresar y narrar sus malestares y sufrimientos, promueve y perpetúa el consumo de BZP como una forma de sustitución para evitar «la destrucción del mundo vital». En esta línea, nos pusieron de manifiesto la falta de espacios donde poder expresar sus malestares, y abocar sus narrativas de sufrimiento: «Si pudiéramos sustituir las pastillas por autocares sería ideal» (M3), «Si hubiera más actividades no tomaríamos tanta pastilla» (M4) (en la narrativa 4 podemos ver ejemplos):

Narrativa 4. M1: ¡Ay, Enrique, que me voy! ¡Me ha llamado la nuera que pasa tu hijo a buscarme! Fuimos a Inglaterra, pasamos cinco días, para mí fueron bonitos, vimos un montón de paisajes, un montón de pueblecitos, pasamos el estrecho en el barco y a la venida pasamos bajo el mar, aunque lo cogimos de noche, pero tuve gusto, ay, cuando llegué a casa..., que *lup* llevaba mi marido y que enfadado que estaba..., es que tú eres una rondacalles, una rondacalles, ¡que siempre estoy en casa con él!... En total, que no he podido hacerme más la maleta para irme con mi hijo.

M4: A mí la natación me iba muy bien, yo era la natación, la relajación total, estaba perfecta.

M3: Yo encuentro que venimos todas a tener el mismo problema, para ir a bailar necesitas tener pareja, y mi marido no es de ir a bailar... La mayoría de veces la mujer tiene eso al lado que, o la anima mucho y te va muy bien o, la mayoría de veces, encuentro que no te anima a ti ya, te baja la autoestima, porque te la hacen bajar muchas veces, tú ya te sientes mal porque querías hacer todo lo que pudieras y más y no lo puedes llegar a hacer y encima ellos te dicen que no podrás hacer eso, no podrás hacer aquello, no es ruin y por eso no voy a bailar yo, y a mí me encanta! yo soy mucho de salir y ¡él no me acompaña!

Por otro lado, analizando las entrevistas a los profesionales podemos observar que, aunque hay un reconocimiento de los factores psicosociales como desencadenantes y perpetuadores de la sintomatología, no existe ninguna actuación en este sentido para su modificación. Así, la prescripción inicial de BZP se realiza por razones muy normativas y protocolarias: elevada sintomatología ansiosa, para tratar insomnio. En cambio, la continuación en la prescripción tiene tres elementos clave: en primer lugar, las prescripciones generadas por otros profesionales, especialistas o de la actividad privada; en segundo lugar, la creencia en un determinismo neurobiológico, «es como un gradiente, como una estrella, lo normal es estar en el medio pero hay gente que está más en las puntas, entonces tienen más riesgo, y esto es así, no lo puedes cambiar por mucho que hagas y esta gente necesita medicación siempre, para no caer» (P2), y, en tercer lugar, una elevada presión asistencial en las consultas del médico de atención primaria que genera una falta de tiempo y espacio para la expresión de los malestares, perpetuando tanto la patologización como la falta de reciprocidad (véase la narrativa 5). Otra cuestión que salió en el grupo de discusión fueron los comentarios de las mujeres respecto a que eran los médicos prescriptores quienes explicitaban que la toma de BZP tenía que ser crónica e indefinida

en el tiempo: «El médico me dijo: esto es para toda la vida» (M4), pero cuando preguntamos a los profesionales por esta cuestión no reconocían este tipo de aseveraciones (en la narrativa 5 se observa la discordancia entre las experiencias de las mujeres y la opinión de los profesionales).

Narrativa 5. P1: En cuanto a la autoridad, nosotros, como médicos, cada vez estamos más a la altura de ellos, como un equipo, yo pienso que no hay esta distancia y tenemos un nivel de comunicación con la gente en todas las consultas, es bastante llano con la gente, hemos ido bajando, pues eso, la figura autoritaria ha pasado ya a la historia..., lo que sí que nos cuesta es lo de negociar, esto nos falta más aprendizaje e implica un poquito más de tiempo; claro, es más fácil: tómesese esto, esto durante este tiempo, y no esperar la reacción de ellos a ver qué cara ponen, ¿no?, y si aceptan o no, y..., por eso (BZP) y para todos los tratamientos [...]. Intento poner tolerancia, entender y tener buena relación con las personas, tengo, tengo, varias personas que toman BZP y en estas personas lo que hago es mantener, que no me aumenten el consumo, porque pienso: si no aumentan el consumo ya hago ya...

P3: Es muy importante la relación médico-paciente en el momento que se plantea la retirada, y la confianza del paciente con el médico, y también es importante quién ha hecho la primera prescripción, y qué es lo que se le explicó al paciente sobre la medicación. En este punto, también se tiene que hacer énfasis, en que el momento en que se prescribieron las BZP, el paciente estaba pasando un muy mal momento, y el miedo de volver a empeorar hace que a veces no quieran o no acepten hacer la retirada [...], es mejor no iniciar si no es estrictamente necesario, por la dependencia y la dificultad de la retirada; por eso es importante que los profesionales estén concienciados en este sentido, ¡y no solo los médicos de primaria, sino también los psiquiatras, que nunca hacen retirada, solo hacen prescripción! (muy a menudo tienes que perpetuar la prescripción que ha hecho otro profesional). Siempre tenemos que tener presente que a este paciente le ha prescrito algún profesional, si no, no la tomaría esta medicación. Puede ser si se explicara después cómo de difícil será sacarla, muchos no aceptarían tomarla. También hay que decir que ¡la presión asistencial hace que sea una manera fácil de acabar la visita! en mayor brevedad: «Si no puede dormir tome esta pastilla 30 minutos antes de irse a dormir», siempre es más fácil que explicar qué ha de evitar, averiguar qué le ha podido causar esta situación, qué otras opciones tiene, etc. Como tú ya conoces, en Deltebre, tenemos mucha presión asistencial. Tampoco se debería iniciar un tratamiento así en una visita urgente de un paciente al que no vas a hacer seguimiento.

P2: A la pregunta de que los profesionales les habían dicho a las mujeres que era un tratamiento para siempre. Yo nunca diría eso a un paciente. Pienso

que siempre se puede intentar la retirada, siempre que el paciente también lo quiera y esté dispuesto. Se tiene que explicar que es costoso pero que se puede conseguir, con los beneficios que le puede reportar la retirada. Es un poco triste pero a veces el poco tiempo del que disponemos por visita te hace que no te lo plantees. Sí que lo propongo casi sistemáticamente en la población mayor de 65 años.

En oposición a lo expresado por los profesionales, M2 señaló:

Yo lo tomo desde hace ya muchos años (el Lexatin©) y el médico me dijo: «¡Esto lo tienes que tomar de por vida!». Pero no me gusta como medicamento y se lo dije al doctor de cabecera y me dijo: «Es que si lo dejas no podrás estar, estarás nerviosísima», pero yo, sin decir nada a nadie, a veces lo dejo una temporada y estoy bien. Me lo tomo porque sé que lo necesito, estoy mejor, duermo mejor, pero que si tuviera que escoger pastillas, paso, ¡eh! Sí, es que me atonta, me atonta demasiado, me duerme de seguida, pero rápido, ¡eh! A los diez minutos ya estoy durmiendo como un tronco... Yo se lo digo a la doctora y me dice: «¡No me lo digas más! Tienes que tomarlas, tienes que tomarlas, ¡ya!», o sea, que toda la vida estaré con el Lexatin©. Lo tengo recetado de 6, pero, a base de insistir, insistir..., pero de aquí no pasa, uno y medio siempre.

Las posiciones de certeza en las cuales se encuentran los médicos hacen que no permitan las relaciones horizontales, a pesar de que se tenga la creencia de que son así. No existe un reconocimiento de los saberes de las mujeres y se hace una apropiación, por parte del profesional, de la otra persona, colocándola en una posición de subordinación, todo ello sin que el propio profesional sea realmente consciente de ello (véase un ejemplo en la narrativa 5). A este fenómeno lo hemos llamado *paternalismo light*, ya que persiste en el imaginario de los individuos un efecto de eficacia simbólica de la figura del médico que lo coloca en una posición jerárquica aunque no sea expresamente buscada y de la cual no son conscientes que está operando y mediando en la relación médico-paciente.

### Discusión

El sujeto del rendimiento se encuentra en guerra consigo mismo, y el depresivo es el inválido de esta guerra interiorizada. La depresión es la enfermedad de una sociedad que sufre bajo el exceso de positividad. Refleja aquella humanidad que dirige la guerra contra ella misma (HAN, 2015: 26).

Según este autor las exigencias autoimpuestas en la nueva sociedad del rendimiento nos llevan a encontrarnos bajo el control de nuestras propias psiques, dominadas por el sistema, el mercado, el neocapitalismo y la sociedad de consumo. Cuando nuestros deseos y nuestras capacidades se ven sobrepasadas por las exigencias requeridas se produce un desmoronamiento de las sujeciones al mundo, la «crisis de la presencia», que nos hace buscar sustitutos en la biomedicina, la cual,

[...] formula la enfermedad desde una perspectiva materialista e individualizadora. La enfermedad reside en el cuerpo del individuo, y el objetivo del tratamiento es entender los fenómenos superficiales con referencia a un orden ontológico más profundo, vincular los síntomas y los signos con una estructura o funcionamiento fisiológico y adoptar medidas a ese nivel (BYRON GOOD, 2003: 161).

Así pues, se inician los consumos de BZP. Pero no hay restitución, no existen cambios en ninguna de las esferas del individuo, excepto en el propio cuerpo que incorpora la crisis, naturalizando la sintomatología aparecida, cosificando la enfermedad, lo que conlleva una cronificación del consumo de estos fármacos. Esto unido a una idea del «*self* como un acontecimiento y la sociedad y la cultura como realidades estructurantes, las neuronarrativas transforman la cerebralidad en estructura y reducen el mundo social a mero acontecimiento» (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2016: 5), sobre todo por parte de los profesionales. «De esta forma se produce una negación del mundo social [...], y se privilegia la idea que el secreto está en el interior» (*op. cit.*). Por otro lado, la sobresaturación de las consultas en atención primaria y la elevada presión asistencial que soportan los médicos llevan a perpetuar los tratamientos en una forma rápida y sencilla de resolver las consultas, sin profundizar en los malestares y las aflicciones, contribuyendo, así, a la desnarrativización y a la no restitución de la «crisis».

Todo ello nos ofrece nuevas oportunidades en el abordaje de los tratamientos con BZP desde la atención primaria; la aplicación de las técnicas cualitativas nos permite llegar a un conocimiento más profundo del problema y conseguir, así, diseñar estrategias de deshabitación que incluyan a las mujeres, a sus saberes, y que permitan espacios para la reconstrucción del *self* y la restitución de las reciprocidades que conlleven una verdadera superación de la «crisis de la presencia» y el abandono del fármaco.

**Tabla 1. Codificación y características de las componentes del grupo de discusión.**

Código	Edad	Benzodiazepina	Inicio del consumo	Características
M1	75	Deprelío	Claudicación de cuidadora principal	Casada, madre de dos hijos, con nietos y cuidadora principal de su marido con pluri-patología. Jubilada, había trabajado en Francia en la vendimia como cocinera. Clase V
M2	70	Lexatin	Insomnio y secundarismo a hipertensión intracraneal	Casada, madre de dos hijos, con nietos. Jubilada, trabajó en una fábrica. Clase IV
M3	52	Alprazolam	Situación de enfermedad terminal en la familia	Casada, con hijos y nietos. En activo, autónoma, regenta una tienda. Clase III
M4	60	Alprazolam	Crisis de ansiedad	Casada, madre de dos hijos, con nietos. En activo, trabaja realizando labores de limpieza en el servicio municipal. Clase IV

La clase social se aplica según las categorías de la Clasificación de Clase Social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (Regidor, 2001).

**Tabla 2. Codificación y características de los profesionales sanitarios.**

Código	Sexo y edad	Características
P1	Hombre de 64 años	Médico de familia y tutor de residentes con largo ejercicio en Deltebre
P2	Mujer de 52 años	Médico de familia y tutora de residentes. Autóctona de Deltebre y con largo ejercicio en el centro de salud
P3	Mujer de 36 años	Médico de familia. Nacida en Deltebre. Ha ejercido en varias ocasiones en el centro de salud; la última etapa, de dos años de duración.



Bibliografía

- BEJARANO ROMERO, F.; PIÑOL MORESO, J. L.; MORA GILABERT, N.; CLAVER LUQUE, P.; BRULL LÓPEZ, N. y BASORA GALLISA, J. (2008). «Elevado consumo de benzodicepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria». *Atención Primaria*, 40(12): 617-621.
- CSORDAS, T. J. (2010). «Modos somáticos de atención». En CITRO, S. (coord.) (2010). *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos.
- DEPARTAMENT DE SALUT (2016). *Tractament prolongat amb benzodicepinas en persones adultes amb trastorns d'ansietat*.
- DE MARTINO, E. (2004). *El mundo mágico*. Buenos Aires: Libros de la Araucaria.
- GOOD, B. J., (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- HAN, B. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Heder Editorial.
- HAN, B. (2015). *La societat del cansament*. Barcelona: Herder Editorial.
- INSTITUT D'ESTADÍSTICA DE CATALUNYA (10 de octubre de 2016). *Idescat. cat*. Disponible en: <<http://www.idescat.cat>>.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (2011 [1958]). *Antropología estructural*. Barcelona: Espasa Libros.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. (2016). «El secreto está en mi interior. La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos». En *Educación, promoción de la salud y comunicación. Perspectivas desde la historia y las ciencias sociales*. Tarragona: Publicaciones URV.
- MAUSS, M. (1991 [1950]). *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos.
- MAUSS, M. (2009 [1924]). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Altuna.
- MONTES GÓMEZ, E. et alii (2004). «Uso adecuado de Benzodicepinas en insomnio y ansiedad». *BOLCAN. Boletín Canario de Uso Racional del Medicamento*, 6(1): 1-8.
- PIZZA, G. (2005). «Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona». *Revista de Antropología Social*, 14: 15-32.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*.

- QUERAL CASANOVA, R. (2007). *Aigua a genolls. Les dones del Delta*. Barcelona: Escua.
- REGIDOR, E. (2001). «La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología». *Revista Española de Salud Pública*, 75(1).
- ROMERO NOGUERA, P. (2013). «Tiqqun en el sur de Italia: magia, «crisis de la presencia» y crítica del sujeto clásico». *Estudios*, 3(3): 94-106.
- STOLLER, P. (2009). *The Power of the Between. An Anthropological Odyssey. The power of the abstract*. Chicago: The University of Chicago.

CUARTA PARTE.  
EL MEDICAMENTO EN CLAVES DE GÉNERO:  
ACCESO Y CONSUMO CONDICIONADO



## SOCIEDAD, EQUIDAD DE GÉNERO Y DERECHO A LA SALUD

Consuelo Díez Chao  
Manuel A. Díaz Rodríguez  
*Farmamundi*

**Resumen:** Profundizamos en la realidad sanitaria de la mujer, partiendo de una visión y experiencia desde el sur, basándonos en un estudio sobre acceso a medicamentos esenciales y derecho a la salud que realizamos en Farmamundi hace unos años, en el marco de un proyecto de educación para el desarrollo financiado por la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo, en el cual analizamos los determinantes de salud más destacados por más de treinta personas entrevistadas de diferentes países, y, estructurando, en un árbol de problemas, algunas de las causas que provocan esa inequidad de género en salud. A partir de él, hemos desarrollado herramientas de divulgación, información y consulta, accesibles en formato *online*.

**Palabras clave:** género, salud, equidad, derecho, mujer, igualdad.

*Society, gender equality and right to health*

**Abstract:** We delve into the health reality of women to incorporate the experience and the vision of the South, based on a study on access to essential medicines and the right to health, carried out in Farmamundi a few years ago. This study, which was part of a project of educational development funded by the Agency for International Cooperation for Development of Extremadura, analyzed the determinants of health highlighted by more than thirty people from different countries and structured, in a problem tree, some of the causes at the base of inequity of gender in health. From it, we have developed awareness, information and other online materials.

**Keywords:** Gender, health, equity, right, woman, equality.

Los estereotipos de género ejercidos en múltiples redes de poder han hecho a las mujeres y su salud invisibles, considerándolas inferiores y ejerciendo estrategias de control a través del acto médico y de la medicalización de la vida cotidiana y de la prevención.

Carme Valls-Llobet  
*Mujeres, salud y poder* (2016)

### *Introducción*

La toma de conciencia sobre una realidad injusta es el primer paso para lograr la implicación de personas y colectivos en cuanto a revertir esa situación. Es por ello que enfocamos parte de nuestro trabajo en sensibilizar y aumentar los conocimientos e implicación de profesionales sanitarios, de cooperación y de otros sectores sociales sobre la falta de acceso sanitario desde una perspectiva de derechos humanos, género y acceso a medicamentos esenciales; promoviendo procesos de cambio y reflexión colectiva en el ámbito personal, profesional e institucional, y contribuyendo a la implantación de mejoras políticas, económicas y socioculturales que fortalezcan alianzas hacia la reducción de las condiciones que perpetúan la pobreza y desigualdad.

Si nos paramos a analizar qué ocurre en nuestro mundo globalizado respecto al derecho universal a la salud, vemos que no estamos avanzando hacia una atención sanitaria más efectiva y más igualitaria. Nos preguntamos si la sociedad es consciente de que las desigualdades de género pueden afectar a su salud, y si los sistemas sanitarios y sociales están adaptados para detectar cuáles son las causas que las provocan y cómo afecta a la salud de las mujeres.

Entendemos que la inequidad de género en salud hace referencia, entre otros, al contraste de la situación, cuidado y protección de la salud entre hombres y mujeres, la falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la impunidad hacia la violencia de género y los condicionantes sociales y culturales provocan esas desigualdades que, como bien indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), son innecesarias, evitables e injustas, y que, por tanto, no pueden tolerarse ni perpetuarse.

Identificada, como problema central, la mencionada inequidad de género en salud, podemos analizar las diferentes causas que conducen a la aparición de ese gran problema, que provocan un deterioro del bienestar

físico, social y mental, que, indudablemente, podría ser minimizado partiendo de un reconocimiento integral y una actuación intersectorial sobre dichas causas.

La realidad es que mujeres y niñas, en cualquier lugar del planeta, tienen que enfrentarse a lo largo de su vida a situaciones injustas que les impiden desarrollarse con libertad e igualdad, reduciéndose gravemente sus oportunidades de salud.

En cuanto al análisis de las causas, se pone en evidencia que, dada su complejidad, no puede ser abordado sin atender a diferentes componentes que permiten una visión integral del problema; así, se han agrupado en tres clases: de derechos, sociales y culturales, y de salud; a partir de las que hemos podido aislar cada uno de los aspectos que contribuyen a la existencia o agravamiento del problema central.

### *Componente de derechos*

El componente de derechos agruparía las causas relacionadas con los derechos en materia de género y de salud. Tanto el incumplimiento y vulneración de los referidos derechos como la falta de conocimiento, por parte de buena parte de la población, en este caso femenina, de sus propios derechos; lo que les impide cualquier capacidad de maniobra en cuanto a reclamar y luchar por su reconocimiento.

Ya la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979, en su artículo 12, comprometía a los Estados partes a «adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia». Desde este hito hasta hoy, se han sucedido otros que ponen en la agenda internacional la atención en salud de la mujer de una u otra forma: la Conferencia sobre población y desarrollo en El Cairo en 1994; la cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer celebrada en Pekín en 1995; la adopción por las Naciones Unidas de los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), en el marco de la Cumbre del Milenio, en 2000; la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (también de 2000) sobre mujeres, paz y seguridad, y la nueva agenda para el desarrollo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030.

Igualmente, existen mecanismos de promoción de la igualdad de género y de protección de los derechos de las mujeres. Pero la realidad en pleno siglo XXI va más allá de los acuerdos y documentos y continúa existiendo, a pesar de todo, una falta de compromiso real y efectivo de la comunidad internacional y de los Estados para con esa promoción y esa protección. Queda mucho por cumplir y mucho por continuar reclamando.

### *Componente social y cultural*

Este componente atiende a algunas de las causas que pueden afectar negativamente a la salud de millones de mujeres y niñas en diferentes partes del mundo, analizadas desde un modelo social y cultural desigual e injusto.

El género alude a los roles socialmente construidos alrededor de las diferencias naturales o biológicas que pueda haber entre sexos; a las desigualdades en la distribución de funciones que una sociedad considera apropiadas para mujeres y hombres, y a la interrelación entre ellas y ellos, sobre todo en las relaciones de poder/subordinación.

Existen unos condicionantes de género que afectan a la vida de las mujeres: patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales, tipos de ocupación, independencia económica y un largo etcétera. Todos ellos aspectos que tener en cuenta ante cualquier acción de promoción de la salud con equidad de género. Como no hay garantías de igualdad en derechos, libertades, oportunidades y responsabilidades sociales y culturales para hombres y mujeres es fundamental aplicar siempre los análisis de salud con un amplio y adecuado enfoque de género.

En un análisis de salud con enfoque de género se visualizan patrones que modelan distintos perfiles de salud y enfermedad. Este enfoque propone aunar el cumplimiento de derechos y la protección de la salud, considerando las diferencias biológicas entre mujeres y hombres (factores hereditarios, genéticos y fisiológicos que afectan a su salud y a los riesgos de padecer ciertas enfermedades), así como las desigualdades sociales derivadas de sistemas tradicionales que perjudican al sexo femenino. Analiza la situación de salud de mujeres y hombres buscando reducir el impacto nocivo sobre la salud determinado por roles, estereotipos y relaciones desiguales. Y establece los mecanismos para la igualdad en el acceso a medicamentos y la atención sanitaria, para favorecer el disfrute de una vida



saludable, y una más adecuada detección y atención de los problemas de salud de la población femenina. Además, reconoce a la mujer, al margen de estereotipos, como agente divulgadora muy importante dentro de su hogar y en su comunidad, considerándola desde el diseño de las estrategias y acciones como un factor fundamental en la mejora de la situación sociosanitaria de la población.

Por lo tanto, si la necesidad está más que demostrada y hay diseñado un modelo teórico para aplicar ese análisis de género a los programas de salud, debemos preguntarnos lo siguiente: ¿por qué en la mayoría de los casos no se lleva a la práctica?, ¿por qué no se integran indicadores de salud sensibles al género que aporten datos para dirigir las acciones de forma más efectiva hacia la equidad? Los avances tecnológicos de estas últimas décadas deberían haberse enfocado para facilitar esta labor, reduciendo, así, desigualdades, pero, en cambio, como bien reconoce la OMS, «a pesar del progreso alcanzado, la sociedad sigue fallando a las mujeres en los momentos clave de la vida».

Dentro de este componente sociocultural, desarrollaremos a continuación varios aspectos o situaciones que lo fundamentan; como son el modelo machista patriarcal, la violencia hacia la mujer o las religiones coercitivas.

El modelo machista-patriarcal justifica la subordinación de las mujeres en función de unos roles que les impone por el mero hecho de nacer mujer, basándose exclusivamente en lo que considera natural o tradicional, anteponiendo esta argumentación incluso a veces a los derechos humanos. Dicha situación reduce oportunidades para su desarrollo personal, su libertad y su salud; y lo más grave es que el mantenimiento de este modelo social es una responsabilidad compartida de todas las instituciones de la sociedad, como la familia, el Estado, la educación, las religiones, las ciencias y la justicia.

Por supuesto, se han ido logrando mejoras y reconocimientos a nivel de igualdad de género; pero los pasos no son siempre hacia delante ni en todos los lugares y culturas el avance es igual. Con una visión global pero adentrándonos en lo local, podemos visualizar situaciones cercanas de mujeres, adolescentes o niñas que siguen asumiendo tareas y roles sociales que les perjudican y afectan a su desarrollo personal, a su calidad de vida y a su salud. Debemos, por tanto, ser conscientes de nuestra responsabilidad y no bajar la guardia desde ningún ámbito profesional para reconocer y analizar cada modelo social y lo que provoca en cuanto a un

menor acceso a la educación y menor autonomía económica y social, o carga doméstica, limitaciones en la toma de decisiones sobre su vida y su cuerpo.

Incluimos, a partir de este punto, testimonios procedentes de las entrevistas realizadas durante la documentación de este estudio para así dar voz a responsables de entidades que trabajan en materia de salud en diferentes países, visualizando al mismo tiempo similitudes cercanas.

La imposición de roles domésticos hace que el peso de la responsabilidad familiar descansa habitualmente sobre la mujer, que se ve obligada a asumir, a menudo, su labor de cuidadora y reproductora en solitario: la alimentación, las tareas del hogar, la educación y el cuidado de los hijos e hijas, la atención de la salud de toda la familia, asistencia permanente a familiares en situación de discapacidad. Todo ello agravado por la falta de corresponsabilidad institucional y social ante la maternidad, que supone una sobrecarga mental y física en las mujeres con consecuencias para su salud.

Hay mujeres, que tienen bajo su responsabilidad a cuatro o seis hijos, y, además, son cuidadoras de otros familiares, como madre, padre o hermanos, y no logran cubrir las necesidades de sus hijos (Taña Velásquez, Servicios para el Desarrollo, Guatemala).

Además, la falta de autonomía en la toma de decisiones que sufren millones de mujeres del planeta, consecuencia de su subordinación respecto a los hombres, provoca muchos problemas de salud, tanto para ellas como para sus familiares; les impide actuar como mujeres libres, constituyendo un obstáculo ante el acceso igualitario a la atención en salud. Por ejemplo, necesitando la autorización del varón a la hora de acudir a los servicios de salud para revisiones, diagnósticos o tratamientos, situaciones estas de graves consecuencias en su salud sexual y reproductiva.

La falta de autonomía de las mujeres es una barrera para el desarrollo de ellas mismas, de sus familias, de sus comunidades y de los países. No hay voluntad política ni social ni religiosa de caminar hacia la autonomía de las mujeres; la agudización de la manipulación del cuerpo de la mujer, trata de personas, violencia sexual y comercio sexual infantil, agresiones y feminicidios a nivel mundial son una muestra de que la sociedad en general y los que toman las decisiones todavía consideran que las mujeres no somos sujetas de derechos (Ana Ara, Colectivo de Mujeres de Matagalpa, Nicaragua).

En cuanto a la violencia hacia la mujer, se puede considerar una pandemia global; pero su magnitud es mayor allí donde las leyes y la sociedad no defienden los derechos de las mujeres.

En algunos lugares, la indefensión femenina desde la infancia es enorme, la violencia puede proceder de todo el entorno de la mujer. La llamada violencia intrafamiliar, de parejas, padres, hermanos, que pueden llegar a sentirse superiores y con derecho a golpear, explotar físicamente o abusar sexualmente de las mujeres en su casa. A nivel sanitario es muy grave ya que es frecuentemente ocultada, por lo que las mujeres no acuden a centros sanitarios ni de atención social o bien no son atendidas correctamente poniendo en riesgo su salud —sin prevención, diagnóstico ni tratamiento están indefensas ante enfermedades de transmisión sexual: embarazos no deseados, prácticas de riesgo en interrupciones del embarazo, trastornos psicológicos permanentes, etc.—. Nadie conocerá las causas, nadie actuará ni comprenderá consecuencias, agravando su oscura, solitaria y silenciada realidad. Siendo en algunos países uno de los grandes problemas que no consiguen erradicar.

El delito del incesto es una práctica muy común porque algunos padres piensan que, si ellos les han ayudado a crecer y les han dado de comer a sus hijas, ellos tienen derecho, antes de que vengan otros a usarlas..., de ser los primeros (Margarita Posada, Asociación de Promotores Comunales Salvadoreños/ Foro Nacional de Salud, de El Salvador).

La llamada violencia externa o fuera del ámbito familiar reconoce tanto los abusos a nivel individual en el ámbito laboral y espacios públicos como a las grandes tramas de trata sexual o esclavitud que implican a varios sectores y países al mismo tiempo. Entre graves secuelas físicas y mentales, provoca altos índices de enfermedades de transmisión sexual y otras situaciones sanitarias graves que, al permanecer ocultas, no aparecen ni en los registros sanitarios ni se pueden prevenir ni tratar adecuadamente. El resultado es mujeres con miedo, más expuestas a enfermedades, y, al mismo tiempo, más desprotegidas, al carecer, la mayoría de los Estados, de herramientas suficientes y apropiadas para proteger sus derechos y cuidar su salud. Además, no podemos perder de vista que desde los países ricos, llamados desarrollados, se promueven, permiten y crean estas tramas; aprovechándose de la vulnerabilidad legal de las mujeres en países empobrecidos económicamente. Nos parece importante destacar la necesidad de sensibilizar sobre estas realidades crueles y visibilizar el daño que

provocan ciertos actos de consumo humano como si de objetos se tratara. En los últimos años, en nuestro país y en otros muchos, se ha constatado como el abuso sexual se va incluso normalizando, exponiendo a la mujer cada vez más a este tipo de violencia en entornos considerados seguros hasta ahora. Las noticias nos alertan de algunos casos muy graves de violaciones múltiples sufridas por mujeres jóvenes; si esto está ocurriendo en un país desarrollado y con derechos garantizados, está claro que nos estamos equivocando como sociedad. Para detectar errores y corregirlos no debemos quedarnos en la gravedad o inmediatez de una noticia, habrá que bajar al fondo, estos crueles casos son solo la punta de un iceberg, lo único que se ve en la superficie, lo que es mediático y sale a la luz, pero la gran masa esta debajo, lo que realmente lo sostiene. Es necesario profundizar en la gran parte invisible de ese iceberg, reconocer que afecta a una importante pata de la sociedad y supone miles de abusos a mujeres, así como malas prácticas de relación machistas y sexistas que día a día van deteriorando la salud de muchas mujeres y dañando a toda la sociedad en su conjunto. Si no conseguimos visibilizar todo esto y coordinarnos eficazmente para actuar de manera intersectorial, jamás lograremos una sociedad sin violencia hacia las mujeres.

Por todo ello, si los Gobiernos no se comprometen al seguimiento permanente del cumplimiento y efectividad de las leyes que penalicen y promuevan la eliminación total de la violencia hacia las mujeres, y si desde la sociedad civil no se mantiene la reivindicación constante para una tolerancia cero a dicha violencia, las mujeres continuarán sufriendo. No valen parches políticos, es necesaria una inversión multinivel y multisectorial (ámbitos social, político, educativo, sanitario, cultural, de la comunicación y otros) que de forma permanente y coordinada actúe a nivel internacional, nacional y local.

Por otra parte, es bien conocida la influencia de diversas creencias y religiones en la vida de la mujer, en su desarrollo como persona, su autonomía y su salud. Una religión coercitiva puede dificultar su acceso a controles de salud y prevención, y a la atención de enfermedades, como las infecciones de transmisión sexual; a la propia atención adecuada del embarazo, parto y postparto, y a una atención sanitaria digna para la planificación familiar o la interrupción voluntaria del embarazo. Prácticas religiosas dañinas pueden aumentar en mujeres adultas, adolescentes y niñas, los riesgos de contraer mayor número de enfermedades e incluso perder la vida.

La educación en salud es casi nula y mucho más la salud sexual y reproductiva, hay tabúes e imposiciones religiosas en los contenidos educativos, y lejos de educar, promueven la intolerancia y el irrespeto...; esto margina a las mujeres, las hace proclives a embarazos no deseados, muerte en parto o puerperio y muerte infantil (Graciela Columga, Provida, El Salvador.)

Algunos poderes religiosos son, y han sido a lo largo de la historia, una influencia negativa sobre las políticas de igualdad, regulando la vida civil desde su relación con los poderes políticos. Esto impide, en muchos países, poner en práctica, por ejemplo, programas educativos y sanitarios que permitan desarrollar una atención digna y adecuada en salud sexual y reproductiva.

### *Componente de salud*

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25

Continuando con el análisis de causas de la inequidad de género en salud, junto con los componentes de derechos y social-culturales, anteriormente resumidos, tenemos que abordar el componente propio de la salud, que incluye las políticas y los servicios sanitarios y la atención diferenciada a la mujer.

En cuanto a las políticas sanitarias, destacaríamos el predominio, frente a las preventivas, de políticas asistencialistas que, aun siendo más costosas y menos efectivas, son las más extendidas. Esta realidad tiene que ver con los intereses particulares de los grupos de presión o *lobbies* en el campo de la salud, fundamentalmente de la industria farmacéutica, que promueve el modelo asistencial —consumista de recursos— frente al modelo preventivo de protección/promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

También es importante destacar la ausencia de políticas y programas que integren la medicina tradicional/medicina complementaria alternativa, potencialmente sinérgicas con la «occidental» y de gran utilidad para optimizar recursos y complementar a los servicios de salud institucionales. En algunos países esto es una necesidad, especialmente en zonas rurales y con diversidad cultural; sin el reconocimiento de agentes comunitarios dentro del sistema de salud no es posible dar servicio sanitario a toda la población; las comadronas son un claro ejemplo de importancia en la salud materno-infantil.

Las comadronas juegan un papel determinante, si en Guatemala no existieran, la mortalidad materna sería mucho más alta; asisten a la mayor parte de los partos que no tienen complicaciones y alguno con complicación si no hay servicio de salud gubernamental que lo haga (Giovanni Salazar, Farmamundi, Guatemala).

Desde nuestro punto de vista, una cooperación internacional transformadora debe perseguir un verdadero fortalecimiento de las capacidades de las personas, colectivos e instituciones; de forma que la interrupción o disminución de la inversión no haga desaparecer los avances conseguidos en salud y equidad. Una disminución de fondos de cooperación que ha sido una constante en los últimos tiempos, y está poniendo en peligro grandes logros sanitarios y cambios sociales importantes que ya se habían alcanzado. La salud global y la equidad de género deben ser siempre una prioridad, impidiendo recortes económicos y malas gestiones políticas que entorpezcan el avance hacia la equidad en salud.

Adentrándonos en el análisis de los servicios sanitarios, cabría diferenciar entre las deficiencias generales y las específicas en el acceso a medicamentos esenciales.

En las deficiencias generales nos asalta de forma inmediata la insuficiencia de recursos humanos y materiales que repercute directamente en la cantidad y calidad de esos servicios, y, finalmente, en la salud de las personas. Para agravar la situación, es común una deficiente capacitación de agentes de salud para poder desarrollar una atención diferenciada, que incida especialmente en los problemas y el manejo de la salud de la mujer y la diversidad cultural.

Podemos decir que existen cuatro brechas fundamentales en el acceso a medicamentos esenciales: 1) de disponibilidad, vinculada al desabastecimiento; 2) económica, ya que el financiamiento de los tratamientos conti-

núa siendo, en la mayoría de los lugares y casos, asumido por la población; 3) terapéutica, que reduce la capacidad curativa por calidad insuficiente, prescripción inadecuada o uso irracional, y 4) de transparencia, relacionada con el marco regulatorio.

Estas brechas se relacionan con problemas estructurales como el alto precio de los medicamentos, que impide el acceso a gran parte de la población; prescripción a veces guiada por los propios laboratorios fabricantes, bajo presupuesto de algunos ministerios de salud; insuficiente vigilancia de la calidad; falta de transparencia, e insuficiente participación ciudadana en la toma de decisiones.

Si se apuesta por un verdadero acceso igualitario a medicamentos esenciales, se debería empezar por corregir las regulaciones que afectan a la igualdad de acceso con nuevos acuerdos internacionales sobre I+D+i, patentes y comercio que permitan desarrollar políticas sanitarias que partan de análisis independientes y que tengan en cuenta a los sectores de la población más vulnerables. Políticas y programas sanitarios que, como ya hemos mencionado, reconozcan e incluyan el valor de la medicina tradicional, complementaria o alternativa.

El principal «asunto» (que no quisiera llamar problema) es el de las diferencias culturales. Nuestra cultura occidental (suponiendo que exista algo así) resuelve sus problemas de salud con medicamentos, a partir de un diagnóstico basado en el conocimiento científico. Pero ni la salud es solo ciencia, ni el conocimiento científico es el único ni el mejor conocimiento, ni todo se resuelve con medicamentos (Francisco Rossi, Fundación IFARMA, Colombia).

Para finalizar, mencionamos los aspectos relacionados directamente con la atención sanitaria a la mujer; entre ellos, destacaríamos esa falta de integración de género en los análisis de salud; la inexistencia o insuficiencia de indicadores de salud sensibles al género, registros de morbilidad diferencial, conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres. Esto lleva a insuficientes estrategias de salud con esa perspectiva de género fundamental para poderlas llevar a cabo de forma efectiva.

Igualmente, los programas de educación y promoción de la salud de la mujer suelen ser insuficientes o inadecuados; es necesario tener en cuenta que las mujeres tienen a lo largo de su vida mayores requerimientos de atención dado su papel reproductor, el mayor índice de morbilidad que sufren y su mayor longevidad frente al sexo masculino. Todo ello,

unido a las circunstancias de desigualdad de género, que pueden agravar diversos problemas de salud o dificultar las actuaciones sanitarias, hace que la prevención y los cuidados en salud sean actuaciones que requieren estar estratégicamente diseñadas para garantizar un igualitario y buen resultado.

Con la importancia que, se reconoce, tiene para la mujer y las consecuencias que conlleva para ella y la sociedad una mala práctica en atención sexual y reproductiva, lo más común es encontrar sistemas de salud con deficientes programas de planificación familiar que no dan una adecuada atención integral a las mujeres y siguen sin incluir a hombres en sus acciones, dejando al margen esa corresponsabilidad de pareja en la prevención y control.

Además, esta atención está demasiado centrada en la maternidad, dejando en segundo plano temas tan importantes como la salud afectivo-sexual que rara vez está integrada en los servicios de salud públicos. No hay duda de que, para obtener resultados positivos en cuanto a salud sexual y reproductiva, es fundamental contar con una correcta y permanente coordinación entre los centros sanitarios y los sistemas educativos y sociales, así como no desatender necesidades de otras etapas de la vida de la mujer e incluir, desde edades tempranas, en campañas educativas y formativas tanto a chicos como a chicas.

No podemos dejar al margen de este análisis las consecuencias de una desregulación o incluso persecución de la interrupción voluntaria del embarazo que provoca que más de la mitad de estas interrupciones se hagan en condiciones peligrosas en muchas partes del planeta, estimadas en unas 25 millones al año, cobrándose miles de fallecidas y dejando millones de mujeres y niñas lesionadas o discapacitadas.

Y, por último, y no menos importante, la falta de empoderamiento sanitario provoca que las mujeres estén ausentes en los foros de decisión en materia de salud, que no puedan aportar su visión sobre las necesidades detectadas para adecuar esa atención diferenciada. Nada de lo anteriormente expuesto, pensamos, podrá mejorar y corregirse sin activar previamente los mecanismos para fortalecer ese empoderamiento de la mujer.



### *Conclusiones*

Atendiendo a la definición de salud de la OMS, «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», no hay duda de que las causas de inequidad de género, como las anteriormente citadas, van deteriorando el estado de salud de la mujer tanto a nivel físico y mental como a nivel social.

No podemos olvidar que afecta a mujeres y niñas en cualquier lugar del planeta pero en países y sectores de la población económicamente empobrecidos las consecuencias son mucho mayores, por lo que ciertos factores deben atenderse muy especialmente para evitar que las poblaciones más vulnerables siempre sean las grandes perjudicadas.

La salud mental afectada de muchas mujeres, por causas que durante su vida no se tienen en cuenta, como abusos, violencia, sobrecarga física y de responsabilidades, pueden provocar trastornos emocionales, obesidad, anorexia, insomnio y un sinnúmero de problemas de salud mal comprendidos y tratados exclusivamente como síntomas.

El desgaste físico y mental, el miedo, la baja autoestima o la frustración no son tenidos en cuenta a la hora de diagnosticar o prescribir.

Los sistemas de salud habitualmente afrontan estos efectos, pero no sus causas, utilizando las herramientas terapéuticas de que disponen, así la vida de la mujer se medicaliza, ocultando mediante un tratamiento el drama en el que vive.

En muchos lugares del mundo aún se produce un número inaceptablemente elevado de embarazos en niñas y adolescentes, y, por tanto, una alta incidencia de maternidad precoz. Y, en general, altas tasas de fecundidad; embarazos sin espaciar o no deseados. Así, el embarazo, el parto y el puerperio siguen siendo, en muchos lugares, situaciones de riesgo para la salud y la vida de la mujer y su descendencia.

La situación de inferioridad y sometimiento en la que viven millones de mujeres en el plano sexual hace que estén expuestas a un mayor riesgo de contraer infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS).

El efecto final de todo esto es un menor nivel de salud evidenciado por altos índices de morbilidad innecesaria y de mortalidad prematura por el simple hecho de ser mujer.

En resumen, la base para el logro de la equidad de género en salud, y muy especialmente en países empobrecidos, parte de varios determinantes fundamentales para la consecución de objetivos de desarrollo en salud.

Dichos determinantes son la igualdad de género a nivel económico, social y cultural; la intolerancia y protección ante la violencia hacia las mujeres; el aprendizaje y los procesos de cambio frente a prácticas machistas; la equivalencia en la atención en salud sin discriminación por sexo, raza ni clase social; el reconocimiento de agentes comunitarios y prácticas de salud tradicionales; la promoción de alianzas y empoderamiento de mujeres y poblaciones indígenas, así como el uso racional, control de calidad y de precios de fármacos, y accesibilidad geográfica y económica a medicamentos esenciales. Para alcanzarlos, son necesarios grandes cambios en políticas internacionales para que sean efectivas, y estén basadas en los derechos de las personas y su derecho a la salud frente a los intereses comerciales y de poder que rigen actualmente el mundo.

Finalizamos lanzando una serie de orientaciones que planteamos necesarias para conseguir este gran reto de lograr la equidad de género en salud.

- Desarrollar políticas sanitarias con una metodología de trabajo en promoción de la salud con mujeres; una educación para la salud basada en las experiencias de las propias mujeres y de sus intereses. Además, dichas políticas deben anteponer la dimensión preventiva frente a la asistencialista.
- Considerar la relación directa de la violencia contra la mujer con los problemas de salud e incluirla en toda estrategia sanitaria.
- Crear entornos saludables con enfoque de género en su dimensión física, social, política y económica.
- Potenciar una sociedad intolerante ante cualquier tipo de violencia o discriminación hacia las mujeres.
- Favorecer que las tareas del cuidado de la salud en la familia sean compartidas equitativamente con los hombres.
- Potenciar el empoderamiento de la mujer; reforzando su confianza, autoestima, habilidades personales y su derecho a decidir en la salud.
- Fortalecer redes de género locales que faciliten el intercambio de conocimientos, visiones y experiencias entre mujeres, grupos e instituciones que promuevan acciones contra la inequidad de género. Establecer estrategias que fomenten y fortalezcan su liderazgo colectivo en la esfera comunitaria y política.

- Reforzar el empoderamiento sanitario; la participación activa y la representación comunitaria en los consejos de salud con grupos de apoyo de colectivos y con presencia efectiva de todos los sectores implicados. Promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre la salud de la población general y la suya propia.
- Establecer estrategias de salud con perspectiva de género, promoviendo su conocimiento entre la población. Reorientar los servicios de salud a las necesidades y percepciones del sexo femenino, valorando las propuestas de asociaciones de mujeres relacionadas con salud.
- Evitar la imposición de un modelo de salud, potenciar entre la población la comprensión de problemas y la apropiación de recursos y acciones en salud. Para ello, se deben generar y fortalecer espacios donde las mujeres se sientan seguras y puedan exponer sus necesidades, dudas y miedos libremente y participar activamente en los procesos de cambio.
- Promover la salud sexual y reproductiva desde la planificación familiar; atender conjuntamente a mujeres y hombres de todas las edades. Garantizar a las mujeres el derecho a una atención sin riesgos y de calidad, desde la prevención, seguimiento e interrupción del embarazo. Incluir programas de educación afectiva sexual integral, coordinados entre los sistemas educativo y sanitario, que permitan a las y los jóvenes desarrollar y mantener relaciones personales basadas en el respeto y la corresponsabilidad.
- Favorecer el acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables.
- Implementar la capacitación integral de agentes de salud. Formación adecuada para abordar los retos que plantea la atención efectiva y de calidad en salud sexual y reproductiva, tendente a transformar las actitudes y prácticas sexistas y discriminatorias. Información independiente, objetiva y de calidad con amplio enfoque de género.
- Garantizar un reconocimiento y coordinación institucional de las parteras o comadronas cuando son necesarias por razones geográficas, económicas y culturales.

- Ampliar su capacitación y recursos, y fomentar su labor en las campañas de sensibilización y apropiación en salud. Incluir en los mecanismos de coordinación a las mediadoras, articuladoras sociales de las comadronas, capaces de intervenir entre su comunidad y los servicios sanitarios institucionales.
- Favorecer el acceso y uso racional a medicamentos esenciales mediante una regulación adecuada que reduzca las brechas del acceso relativas al género.
- Evitar la medicalización de los procesos fisiológicos normales de las mujeres, centrándose en el análisis de causas y la promoción de cuidados integrales de salud.
- Promover y fomentar investigaciones que incluyan las relaciones biológicas, sociales y culturales que influyen en el estado de salud de la mujer. Aumentar las fuentes y lugares de recogida de información respecto a la salud y necesidades de las mujeres, especialmente en zonas rurales. Ampliar datos estadísticos con indicadores sensibles al género y al enfoque intercultural.
- Tener siempre presente que un análisis de género, como parte integral de todo proceso de planificación, ejecución y evaluación, permite identificar los intereses estratégicos de la mujer, mejorar la redistribución y la equidad de políticas, programas y proyectos. Además de mejorar la previsión de los resultados, de los costes y los beneficios; aumentando la efectividad y eficacia de las acciones en salud.

Referencias bibliográficas y audiovisuales

- EXPOSICIÓN *Género y Salud. Equidad y Derecho*. Disponible en: <<http://esencialesparalavida.org/genero-y-salud-equidad-y-derecho/>>.
- INFORME DE LA OMS. *La salud de la mujer. Los datos de hoy, la agenda de mañana*. Disponible en: <[http://www.who.int/gender/women\\_health\\_report/es/](http://www.who.int/gender/women_health_report/es/)>.
- LIBRO SOBRE EL ESTUDIO DE REFERENCIA. *La igualdad de género en salud, un gran reto internacional*. Disponible en: <<https://goo.gl/6JlV1L>>.
- MICROSITE WEB «INEQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD»: herramienta digital que sistematiza las causas y los efectos de esta inequidad, así como aporta testimonios de personas que han compartido con Farmamundi su visión y experiencia desde el sur. Disponible en: <<http://genero.esencialesparalavida.org/>>.
- SPOT AUDIOVISUAL «Mi salud, mi derecho». Difunde conceptos de la temática tratada y promueve e invita a profundizar en todo ello a través del *microsite* «Inequidad de género en salud». Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=C37af6t7dRc>>.
- SPOT «Imagina tu meta». Visualiza la inequidad desde lo cotidiano simbolizada en una carrera de géneros. Disponible en: <<https://www.youtube.com/watch?v=nj6YXNgOlx0>>.
- PÁGINA DE FACEBOOK «Salud con Igualdad de Género. Farmamundi Extremadura». Disponible en: <<https://www.facebook.com/Inequidadgenerosalud/?fref=ts>>.



# GÉNERO Y SALUD: EL IMPACTO DE GÉNERO EN EL ACCESO A MEDICAMENTOS<sup>1</sup>

Johanna Fröhlich Zapata

*Universitat Rovira i Virgili-Medical Anthropology Research Centre*

**Resumen:** El texto es una revisión sistemática de la existencia y la calidad de estudios médicos con perspectiva de género que, en el campo de la salud, revelan los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención basados en la división social por el sistema de género que condiciona el estado de la salud de las personas. Tanto desde el punto de vista epistemológico como también en la práctica biomédica, el patrón ha sido y aún sigue siendo el masculino, lo que conlleva una diferencia en el acceso a la salud.

**Palabras claves:** género y salud, acceso a medicamentos, revisión sistemática.

*Gender and Health: The gender impact on the access to medicines*

**Abstract:** I systematically review the existence and quality of medical studies with a gender perspective that reveals the processes of health, disease, care and prevention based on social division by the gender system that conditions the health status of people, since both from the epistemological point of view as well as in the biomedical practice, the pattern has been and still is masculine which entails a difference in the access to health.

**Keywords:** gender and health, access to medicines, systematic review.

<sup>1</sup> Johanna Fröhlich Zapata was in charge of this investigation associated with a grant of collaboration between «Farmacèutics Mundi Catalunya» and the «Medical Anthropology Research Center-Universitat Rovira i Virgili of Tarragona» about «Gender as a determinant to the access to medicines» which has been developed during the academic year 2015-2016 within the Project «Gender and Global Health: research, education and social transformation to promote women's rights and health» financed by the Catalanian Agency of Cooperation and Development (ACCD).

---

FRÖHLICH ZAPATA, Johanna; GARCÍA, Cecilia y ROMANÍ, Oriol (eds.), *Medicamentos, cultura y sociedad*. Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2020, p. 239–263.  
ISBN: 978-84-8424-825-5. DOI: 10.17345/9788484248255

## Introducción

La variedad de respuestas humanas a la experiencia de la salud, la enfermedad, la cura y la muerte es el punto clave en torno a la búsqueda del funcionamiento de una sociedad. La salud es *la* indicadora de la condición humana que desvela la forma de organización social de una sociedad. Puesta la salud en el centro de una organización teórica de la sociedad, el manejo de temas de salud da cuenta del grado de la medicalización y la hegemonización de la biomedicina en una población. Aunque el modelo médico hegemónico (de aquí en adelante, MMH) fue revisado, sigue siendo un modelo útil para esquematizar las principales características estructurales de la biomedicina, que son las siguientes: biologismo (posibilitando la propuesta de una «evolución» natural de la enfermedad), individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática (MENÉNDEZ, 2005: 12).

Mi intención en este artículo es hablar de la salud como un estado relativo a una condición política. Sostengo que el estado de salud y de enfermedad de una población está profundamente determinado por la estructura social, política y económica. El bienestar no está dado únicamente por el código genético o la mera existencia de servicios o seguros sanitarios; existen diferencias estructurales injustas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud. Estas diferencias se definen social, económica, demográfica o geográficamente. Así, por ejemplo, la esperanza de vida al nacer de los varones en el barrio de Calton, Glasgow, es de 54 años, 28 años menor que la de los varones de Lenzie, a unos pocos kilómetros de distancia (OMS, 2009).

### *Determinantes estructurales de las desigualdades de género en salud*

El ejemplo ilustra los ejes determinantes estructurales de las desigualdades en salud como pueden ser la clase social, la edad, la etnia, el territorio y el género (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, 2010).

Dentro de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, el género ocupa aquí una posición transversal, ya que se refiere a un sistema de prácticas referentes a la construcción social de ser hombre o mujer, además de pertenecer, por ejemplo, a una clase social y/o a un



grupo étnico, considerando la cambiante vigencia de los ejes de identidad de una misma persona (ROHLFS BARBOSA, 2010: 35 y ss.; MOORE, 1993: 193-204). De este modo, el género no tiene un impacto aislado en la salud, sino que interactúa entre la variable sexo y la variable de construcción social alrededor de este, aparte de los demás determinantes ya expuestos.

### *El sistema de género*

El género no es una variable demográfica más mediante la cual se podría dividir la población entre hombres y mujeres para conocer sus características, ni es una categoría biológica (como es el sexo). El género es la manera en la cual mujeres y hombres aprenden a construir su subjetividad bajo los parámetros de la feminidad y masculinidad hegemónicos en un determinado momento histórico (ROHLFS BARBOSA *et alii*, 2005). Sherry ORTNER y otras investigadoras pudieron demostrar desde la antropología que no solo el género sino también el sexo y la sexualidad son construcciones culturales; en ese momento «se establecen las condiciones para reforzar al máximo el proyecto feminista por antonomasia, la tarea antideterminista y antiesencialista» (*ibid.*: 50; ORTNER, 1993: 27-54). También desde la perspectiva de la epidemiología social (que dado mi enfoque de trabajo se tendría que considerar) el género se define como el «conjunto de comportamientos ligados a la cultura que se asignan a hombres y mujeres, niños y niñas, así como a las relaciones recíprocas entre éstos» (KRIEGER, 2001: 694). Los roles de género presentan una gama de variaciones que afectan a todas las esferas de la vida. Las desigualdades de género se explican por dicha asignación social ligada a lo masculino y lo femenino —un sexismo que implica que los miembros del grupo de género dominante (comúnmente, los hombres) acumulan privilegios con respecto al grupo subordinado (generalmente, las mujeres), justificando la desigualdad con la diferencia naturalizada (ROHLFS BARBOSA, 2005; KRIEGER, 2001: 694). La existente subordinación del grupo de las mujeres se basa en estrategias de desvalorización de lo femenino en comparación con el modelo masculino a lo largo de la historia, y se encuentra apoyada en las premisas del poder y la autoridad.

La desigualdad es fruto de una lucha de poder que en nuestro contexto occidental se encuentra reflejada tanto en la cosmovisión judeo-

cristiana (LA BIBLIA, Génesis 3: 1-6) como en los modelos de filosofía política, como cuando Hobbes define el reparto de papeles de la siguiente manera: «Ella para él y él para el Estado». Dichos ejemplos solo ilustran que los contextos históricos, políticos, socioculturales y económicos son los pilares de lo que hoy en día tan a menudo se denomina «desigualdad de género».

*¿Cómo se mide el acceso a la salud? Revisión de conceptos existentes para evaluar la inequidad del acceso a los medicamentos*

Examinando las publicaciones realizadas por organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud global, el acceso inequitativo a los servicios sanitarios está generalmente determinado por las necesidades de la población, más que por otros criterios (como podrían ser socioeconómicos, factores demográficos o —a un nivel macro— factores institucionales como cobertura de seguridad social o el copago). Los estudios con base empírica y orientados a políticas de la salud se mueven dentro de tres ejes: primero, la medición del grado de desigualdad, segundo, la identificación de los factores que determinan la desigualdad, y, por último, la identificación de medidas que puedan reducir desigualdades existentes. Hay que señalar que en las últimas dos décadas se ha producido un aumento de estudios que procuran medir la desigualdad socioeconómica y sus determinantes en salud (VOGLER, 2015). Los primeros conceptos para medir los ejes que determinan el acceso a servicios sanitarios se basan en el modelo de comportamiento de Andersen (*ibid.*), aunque haya extensiones y variaciones del modelo, el acercamiento difiere principalmente entre factores que predisponen (incluyendo factores demográficos como edad y género, factores socioecoculturales), factores que habilitan (situación económica del usuario, el transporte disponible, pero también condiciones del sistema sanitario), y el factor «necesidad» (diferenciado entre necesidad percibida y necesidad evaluada (*ibid.*)).

Otro acercamiento para dilucidar los factores que determinan el acceso desigual a la salud, parte de la definición taxonómica de las 5 a's (PENCHANSKY, 1981).

Refiriéndonos a los medicamentos, este concepto se amplió por la variable «calidad» como factor relevante en las cinco dimensiones (CENTER FOR PHARMACEUTICAL MANAGEMENT, WHO REPORT, 2000). En una adaptación más reciente para acceso a tecnologías de salud (incluyendo

medicamentos para población pobre), se añadieron las variables «arquitectura» y «adopción» (VOGLER, 2015). En un intento de comprender la complejidad de barreras para acceder a medicamentos, Bigdeli *et alii* diferencian explícitamente entre los actores involucrados y el contexto.

Otra corriente se ocupa del impacto de las políticas tanto en materia de acceso como en el consumo de medicamentos, y de la mejora del acceso al cuidado de la salud en general. Ejemplos para este cuerpo de trabajo son el estudio GEMMILL *et alii*, que analiza el impacto de los medicamentos de venta con receta, o el trabajo de LEOPOLD *et alii*, que estudia el impacto de la recesión económica sobre el consumo farmacéutico en ocho países europeos (GEMMIL, 2008; LEOPOLD, 2014a), y también el estudio de LEOPOLD sobre el uso de medicamentos antipsicóticos en Finlandia y Portugal, que ilustra el impacto de las políticas públicas en salud (2014b). En general, los trabajos orientados en la política son amplios y a menudo dirigidos hacia preocupaciones muy específicas de política sanitaria, pero suelen carecer de un marco coherente para el análisis, así que no los utilizaré como base de estudio. Como consecuencia, para mi trabajo, seguiré el enfoque de las Naciones Unidas referente a su concepto de medir la inequidad del acceso a los medicamentos en concreto.

Con vistas al objetivo de este estudio, presentaré los ejes del concepto: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.

*Método: codificación del concepto operativo en palabras clave para la búsqueda sistemática*

El esquema DAAC me sirvió para la ecuación y consiguiente combinación de palabras clave (usando «Meshterms») para mi búsqueda (véase la tabla 1A-1F).

Para desarrollar mi estudio, he utilizado la siguiente estrategia de búsqueda: he revisado las bases de datos médicas Pubmed y la base de datos Scopus siguiendo los códigos de búsqueda, encuestas y reseñas de libros, también información de los órganos públicos y privados. Los examiné usando combinaciones de términos después de la ecuación de palabras clave (véase la tabla 1A-1F). Las búsquedas finales se llevaron a cabo en abril de 2016. Citas y resúmenes se descargaron en Mendeley y los duplicados se eliminaron. El análisis preliminar de los títulos y resúmenes ha sido elaborado después de realizar una selección basada en los criterios de inclusión y exclusión (véanse las tablas 2 y 3).

## Resultados

En un análisis sensible al género, el ejercicio crítico «se debe iniciar al hacer la revisión bibliográfica» (ROHLFS BARBOSA, 2010: 41). Cabe, por ejemplo, observar si los estudios dan la misma importancia a cada sexo para problemas que afectan a mujeres y hombres, si hay infrarrepresentación o si sistemáticamente no se incluye un sexo. Otros puntos importantes son los siguientes: observar si los estudios sobre roles familiares y la salud reproductiva incluyen a los hombres, si además de desglosar la variable sexo se hace análisis del género (se profundiza en las causas, en el proceso y en el contexto), y también si la investigación parte de premisas estereotipadas (*ibid.* cit. a KUNKEL; ATCHLEY, 1996). En este sentido quiero presentar a continuación los resultados de la búsqueda y algunas observaciones principales.

De un total de 2.963 resultados de la búsqueda sistemática, 213 se correspondieron con los criterios de inclusión. En Scopus se encontraron, numéricamente, más resultados que en Pubmed, pero solo cada decimosexto fue relevante, o sea, cumplió con los criterios de inclusión. En cambio, en Pubmed, 56 de 444 artículos tenían relevancia, casi cada octavo resultado cumplió con los criterios de inclusión; del código 1a («Essential medicines» y «Gender»), 20 de 39 artículos tenían relevancia, mientras que solo 12 de 43 artículos de Scopus cumplieron con los criterios de inclusión. Globalmente puedo concluir que Pubmed tenía una mayor proporción de coincidencias que Scopus, en concreto, casi el doble. Al ser Pubmed una base de datos con más de 26 millones citas para literatura exclusivamente biomédica y *life science journals* de Medline, mientras que Scopus cubre 18.000 títulos de las áreas ciencia, tecnología, medicina, ciencias humanas y ciencias sociales, o sea, que tiene un enfoque más amplio, la mayor tasa de coincidencias es evidente (véanse Scopus, Pubmed NCBI).

### *Sobrerrepresentación cuantitativa de temas relacionados con la salud de las mujeres en relación con la investigación sobre medicamentos*

Llama la atención que hay 26 resultados relevantes entre las dos bases de datos que corresponden al código 1b («Essential medicines» y «Women's health»), justo el doble de resultados en comparación con el código 1c («Es-

sential medicines» and «Men's health»). Existen entonces el doble de investigaciones sobre medicamentos (y medicamentos esenciales) y la salud de las mujeres en comparación con la salud de los hombres. Esto, por un lado, revela que hay una sobrerrepresentación de temas relacionados con la salud de las mujeres en relación con la investigación sobre medicamentos. Al leer los documentos en profundidad, este dato se diluye y resulta que predomina el uso de palabras clave políticamente correctas; con respecto al sistema de género desde la antropología, una revisión más exhaustiva revela que solo 7 artículos de la búsqueda total alcanzan una profundidad y una discusión sobre las causas de las emergencias de la salud y el acceso a los medicamentos por las mujeres (por ser mujeres). En este sentido, puedo afirmar que, aunque haya una sobrerrepresentación de investigación que corresponde al código 1b («Essential medicines» y «Women's health»), los resultados no nos aportan mayor información que en el caso de los artículos que corresponden con los resultados de la búsqueda del código 1c («Essential medicines» y «Men's health»). De igual manera ocurre con los resultados correspondientes a la búsqueda a través del concepto operativo de disponibilidad, acceso, aceptabilidad, calidad: 5 resultados corresponden en total al código 2a2 («Essential medicines» y «Availability» y «Women's health»), en cambio, solo un artículo resulta de la búsqueda 2a3 («Essential medicines» y «Availability medicines» y «Men's health»).

#### *Laguna sobre la aceptabilidad*

No hubo ningún artículo sobre la aceptabilidad de los medicamentos con respecto al género, por lo que identifiqué una laguna importante. Futuras investigaciones deberían considerar la ausencia de este tema, abarcándolo con la participación de antropólogas y antropólogos, cuya formación facilite un análisis holístico y sensible al contexto sociocultural.

#### *Salud sexual reproductiva reducida al sexo femenino*

Casi la mitad de los artículos tratan, directa o indirectamente el tema de la salud sexual reproductiva (de aquí en adelante, SSR). Parece haber una confusión entre la SSR con la salud con perspectiva de género. Encontré en total 19 artículos sobre medicamentos esenciales y SSR, solo 3 sobre anticoncep-

tivos. 5 tratan sobre medicamentos esenciales y SSR, y ninguno sobre SSR y salud masculina. Detrás de este acto se esconde, a mi parecer, un profundo sexismo que reduce la SSR al sexo femenino (véanse códigos 3a-3d).

*«Mujer» como sinónimo de «género»*

Cruzando las palabras clave del concepto DAAC con salud masculina, obtengo 7 resultados (véanse 3c1-3c8); en cambio, cruzando las palabras clave del concepto DAAC con salud femenina, obtengo 38 resultados; 32 corresponden con el resultado de «Essential medicines» y «Women's health» y «Gender». Aquí se revela la gran confusión en el uso de la palabra *género* con la palabra *mujer* (véanse 3c1- 3c8).

*Geografía médica: una categoría ilustrativa*

La búsqueda con el MeshTerm «Medical Geography» (véase código 4a) dio los resultados con mayor relevancia con respecto al análisis de las causas de la inequidad, ya que el término engloba el acceso como tal, aunque se refiere a factores geográficos, pero también contiene artículos sobre las condiciones del *environment*, por donde se cuelan también causas socioculturales.

*Selección de contenidos desglosados de la revisión sistemática*

Primero deseo aclarar que, operacionalmente, la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias *remediables* en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles; así es cómo se plantea desde la epidemiología sociocultural (HARO, 2011: 9-23). Asimismo, la equidad de género en la atención de la salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres, exige, por el contrario, que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico (GÓMEZ GÓMEZ, 2002: 328).

### *El uso de la palabra género en los estudios biomédicos*

Analizando críticamente las premisas de las investigaciones, observo que (aunque un estudio parezca tener «perspectiva de género» o incluya «género» en sus palabras clave) en 28 de 51 casos no se desglosan los resultados ni siquiera por el sexo biológico. En otros casos la autoría hace referencia a la importancia de los roles sociales sin mencionar el género como principio clave (por ejemplo, ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS CLINICAL PRACTICE, 2005).

En muchos casos no se analiza el aspecto sociocultural de la enfermedad; la poca sensibilización de los trabajos biomédicos consiste en fundamentar la investigación en la definición del género como un conjunto de roles sociales (si observamos la investigación de otros factores determinantes de desigualdades sociales como la clase social o la etnia, no hay referencias a los «roles de clase»). El énfasis excesivo en el papel de los roles traslada a la esfera individual y personal factores estructurales que modulan socialmente las desigualdades dentro de un determinado contexto (ROHLFS BARBOSA, 2010: 41; CASSESE y ZUBER, 2011; EMONTS *et alii*, 2013; OKUMURA, 2002). En otros estudios se hace la diferenciación entre sexos biológicos y, aunque los resultados ponen en evidencia que hay un impacto de género, el autor no reconoce la relación sociocultural de los hechos (AL-SHEHRI, 2004).

### *VIH/sida: campo de mayor vulnerabilidad femenina*

Por otra parte, y con respecto a enfermedades concretas, el VIH afecta epidemiológicamente de manera desproporcionada a las mujeres. Las mujeres son biológicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los hombres, y su vulnerabilidad se perpetúa a causa de las desigualdades de género (BAGHDADI, 2005). Tres artículos relevantes tratan el tema de VIH, dos ni siquiera desglosan los resultados por sexo (*ibid.*; DUVALL *et alii*, 2015; ENGLERT *et alii*, 2001). Las dificultades de acceso a medicación antiviral se relacionan en todos los estudios con problemas de políticas sanitarias de los países afectados. En el contexto de los países «así llamados» desarrollados, muchas personas infectadas por el VIH se mantienen en buen estado de salud gracias a la medicación antiviral. Un creciente número de parejas afectadas quieren tener hijos. Existen posibilidades médi-

cas para la prevención de la contaminación de las parejas heterosexuales. En el caso que el hombre tenga el diagnóstico seropositivo, la pareja puede procrear a través de la reproducción asistida, con la salud garantizada del bebé, gracias a los medicamentos antivirales que reciba durante el embarazo. Esta evidencia hace cuestionar el consejo convencional médico sistemático contra el embarazo. ENGLERT *et alii* (2001) recomiendan la intervención desde los dispositivos de salud, en vez de favorecer que dichas parejas tomen el riesgo de concepción espontánea fuera de las estructuras de atención. Esto implica la necesidad de adaptar las estructuras médicas (laboratorio por separado, procedimiento adecuado, protocolos precisos). Este enfoque, que es, además, coherente desde el punto de vista científico, respeta tanto la autonomía de las personas portadoras del VIH como los intereses y derechos fundamentales de la reproducción, y también tiene la enorme ventaja de permitir el acceso a la paternidad sin destruir la consistencia del mensaje de prevención sexual (con respecto a la «así llamada» contaminación; ENGLERT, 2001).

*Ensayos clínicos: el punto de partida de acceso a un tratamiento con medicamentos de calidad*

Las mujeres no están igualitariamente representadas en los estudios clínicos. Esto tiene como consecuencia que, en terapias concretas, el uso de un medicamento recetado se asocia a un riesgo significativo de muerte en mujeres (RATHORE *et alii*, 2002: 1403). Los estudios clínicos sobre enfermedades que implican tanto a las mujeres como a los hombres han sido llevados a cabo (casi en su totalidad) solo en grupos de hombres. Existía la suposición de que las principales diferencias entre la salud de los hombres y de las mujeres eran solo en el sistema de reproducción. De este modo, se ha excluido sistemáticamente a las mujeres de los ensayos clínicos con el fin de proteger sus (posibles) futuros embarazos. Estas consideraciones éticas han dificultado la inclusión de las mujeres en estudios clínicos (el embarazo durante el proceso de investigación, daños en el feto) (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, Declaration of Helsinki, 1964). En la década de los noventa, la American Food and Drug Administration (FDA) reconoció oficialmente la posibilidad de una diferencia entre hombres y mujeres (en términos de medicamentos) y recomendó estudiar los efectos en todos los individuos que pudiesen ser posibles consumidores (hombres, muje-



res, negros, blancos, etc.). Desde 1993 existe una ley europea que obliga a los estudios clínicos financiados por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) a incluir a los hombres, a las mujeres y a los individuos que pertenecen a minorías étnicas (*ibid.*: 102). Hoy en día, las mujeres todavía representan un pequeño porcentaje en los ensayos durante las primeras fases de los estudios clínicos de un fármaco (22%), a pesar de que justamente estas primeras fases son esenciales para verificar la dosificación de las drogas, los efectos secundarios y la seguridad. Curiosamente existen casos de ensayos en los cuales la participación de mujeres es más alta; en estos casos, lamentablemente, los resultados del estudio no se presentan con un enfoque de género. Esta situación es debida a un escaso conocimiento del problema entre los investigadores y la población (CASSESE y ZUBER, 2011).

Quiero destacar que, según mi hipótesis, que uno de los motivos por los cuales no se incluye a las mujeres en las investigaciones es porque ello conllevaría elevados costos en los seguros y un nivel de organización por-menorizada; sería necesario considerar el cambio hormonal, el período menstrual, la utilización de las píldoras, la menopausia, etc. Considerando el argumento omnipresente de la ética, se tendría que estudiar si el aspecto económico tiene peso en la selección de sujetos de experimentación.

Sin embargo, considero que no solo es suficiente (¿o necesario?) incluir a las mujeres en los estudios; los científicos, además, deben presentar los resultados teniendo en cuenta las circunstancias vitales de mujeres y de hombres, o sea, tienen que presentar los resultados con un enfoque de género. Las mujeres no deben ser solo incluidas por un acto de compromiso laboral, sino que debe ser un objetivo principal de las agencias internacionales de medicina. La prensa puede también desempeñar un papel importante en la difusión de la información y en la recogida de un apoyo económico adecuado para sostener una investigación igualitaria y correcta. Los médicos deben ser sensibilizados con respecto al género a lo largo de toda su formación universitaria y profesional. Según mi parecer, cuando un médico recomienda unas terapias o pruebas específicas a una mujer, debe informarla de si han participado previamente otras mujeres en un ensayo relacionado con ese tratamiento. De igual manera, toda la información esencial para un uso adecuado de un fármaco debe incluirse en el prospecto que la acompaña, así como la información relacionada al sexo/género.

### *Prescripción de medicamentos durante el embarazo*

La prescripción de medicamentos durante el embarazo es una práctica habitual para mantener, en algunos casos, un buen estado salud de la madre y del feto. Sin embargo, existe una justificada preocupación sobre los efectos de los medicamentos potencialmente adversos para el feto (incluyendo la muerte fetal, malformaciones, deficiencias del desarrollo, efectos neonatales o carcinogénesis). La evaluación adecuada de los beneficios y los riesgos es esencial, pero debido a la escasez de información resulta casi imposible. Además, la farmacocinética del medicamento se altera comúnmente en el embarazo. Eso afecta potencialmente a la dosificación óptima, así como a la interpretación de las mediciones de concentración de plasma (cuando rara vez se encuentra disponible la información necesaria sobre el efecto de los fármacos en el embarazo). Los ensayos y las pruebas con animales tienen una aplicabilidad limitada, y los ensayos clínicos en el embarazo solo se llevan a cabo en circunstancias especiales, tal como ya hemos mencionado. Por lo tanto, los médicos tienen que depender de los estudios de observación de los resultados fetales después de la exposición al fármaco en el embarazo humano. Thomas y Yates subrayan que sigue siendo esencial que los mecanismos adecuados para la recopilación sistemática de datos, incluyendo registros de malformación congénita, los servicios de información de teratología y los registros de embarazo, deban ser mantenidos y mejorados para aumentar la cantidad y la calidad de información disponible (THOMAS y YATES, 2012).

### *El acceso limitado a los anticonceptivos de emergencia*

Revisando las políticas, reglamentos y otros factores relacionados con el acceso a la anticoncepción de emergencia en todo el mundo, WESTLEY *et alii* (2013) muestran que los productos de anticoncepción están registrados en la mayoría de los países de todo el mundo, incluso figuran en sus listas de medicamentos esenciales (WHO 2009, 2011a, 2011b). Sin embargo, el análisis de los datos demográficos muestra que la mayoría de las mujeres en los países con un bajo nivel socioeconómico desconocen la anticoncepción de emergencia. Las encuestas revelan que muchos proveedores tienen actitudes negativas hacia la promoción de la anticoncepción de emergencia (WESTLEY *et alii*, 2013) a pesar de que esta se conoce desde

hace varias décadas, y muchos productos anticonceptivos han estado en el mercado desde hace casi veinte años; una dimensión sociocultural parece ser la causa de este fenómeno. Haría falta un estudio exhaustivo para comprobar la hipótesis. La OMS ha elaborado una lista de medicamentos esenciales donde figuran los medicamentos requeridos para la salud materna y neonatal, incluyendo la gama completa de métodos anticonceptivos y la anticoncepción de emergencia, pero no existe un monitoreo constante de la implementación de las listas nacionales a través de adquisiciones y suministros, incluso para los medicamentos esenciales básicos (SHAW, 2012).

*El papel de la industria farmacéutica en el acceso a medicamentos de salud sexual reproductiva*

La industria farmacéutica desempeña un papel importante en la falta de acceso a medicamentos esenciales para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, tanto por la inversión en productos económicamente lucrativos (incluso a pesar de su impacto negativo en la salud, por ejemplo, la *hormone replacement therapy*) como en la comercialización de nuevos medicamentos esenciales a precios exorbitantes (por ejemplo, vacunas contra el HPV), o la no inversión de dinero en nuevos productos (por ejemplo, pastillas de aborto; véase COTTINGHAM y BERER, 2011). Las pequeñas empresas, algunas sin ánimo de lucro, entre ellas, Farmamundi, luchan por satisfacer la demanda. Junto con estrategias mercantiles, como las cláusulas de propiedad intelectual, estos obstáculos han fomentado un mercado de medicamentos de baja calidad como pastillas de abortos con medicamentos falsificados. Un programa impulsado por las necesidades de la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, con base en el derecho a la salud, debe centrarse en el acceso universal a los medicamentos esenciales a precios razonables.

*Conclusión*

El concepto del sistema de género trata de dilucidar la construcción dinámica de la desigualdad. En el contexto de este trabajo hay que subrayar que la medicina hegemónica ha ejercido un papel tanto creador como reproductor de aquel enfoque que aplica una mirada androcéntrica univer-

sal, un androcentrismo que también se ha reflejado en el plano teórico antropológico en conceptos concretos como parentesco, hogar, familia, maternidad, sexualidad, reproducción-producción, ámbito doméstico-público, etc.; atribuyéndolos a un determinado rol de género (ESTEBAN, 2006). Esto ha implicado una relación jerárquica de diferentes realidades y ha legitimado, así, las desigualdades entre grupos, provocando la super-visibility de los roles reproductivos de las mujeres y la invisibilización de sus roles de productividad en la esfera pública, como, por ejemplo, en el campo de la profesionalización laboral, la economía, la política, la cultura o la religión (*ibid.*: 11). Así, resulta que las mujeres *deben hacer* otras cosas diferentes que los hombres, y viceversa. Este *hacer cosas diferentes* condiciona la vida de las personas, sus derechos, sus deberes y, por lo tanto, su nivel socioeconómico, su tiempo libre, su existencia en general. Ahora, ¿de qué manera repercute el patrón de género, en concreto, en la salud de las personas? ¿Cómo influye el ser «hombre» o «mujer» en el acceso a servicios sanitarios y a medicamentos esenciales? ¿Cómo es la relación médica/médico-paciente? ¿Cómo se diseñan los estudios clínicos que luego garantizan un uso adecuado de los medicamentos?

Al revisar por primera vez la estadística, podemos apreciar que *sí* hay una diferencia que perjudica la salud tanto de «hombres» como de «mujeres». Sabemos que, a nivel mundial, las mujeres viven más años que los hombres y, además, en Occidente, consumen mayor cantidad de medicamentos que ellos; en general, el género femenino presta más atención a su estado de salud, pero, paradójicamente, enferma con mayor frecuencia y sufre más enfermedades crónicas (CASSESE y ZUBER, 2011: 100). Aunque las mujeres vivan en un peor estado de salud, el modelo de masculinidad también es nocivo para el género masculino. Así, por ejemplo, los hombres acuden con más tardanza al médico en el caso de enfermedades graves, ya que los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que son opuestas a la imagen masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio imperantes (GÓMEZ GÓMEZ, 2002: 329). Estudios que relacionan género y salud resultan cada vez más imprescindibles por su necesario enfoque en temas como la accesibilidad a recursos. Dicha desigualdad de género y la posición socioeconómica son las mayores causas de inequidad en la provisión y utilización de los servicios sanitarios (BORELL *et alii*, 2008). El género se relaciona tanto con «aspectos determinantes de la esperanza de vida como con las causas de morbi- mortalidad, con las conductas relacionadas con

la salud y disponibilidad, y con el acceso y calidad en la utilización de servicios sanitarios» (ROHLFS-BARBOSA, 2010: 37).

Por lo tanto, considero importante revisar la bibliografía en búsqueda de la inclusión de la perspectiva de género desde un enfoque antropológico-feminista en los modelos epidemiológicos (fundados en las diferencias clásicas de sexo) como base para comprender la situación de las personas desde los contextos vitales, y para profundizar cómo y por qué determinados procesos se convierten en discriminatorios o determinadas situaciones se vuelven desventajosas, con el objetivo de poder cambiar realidades sociales culturalmente perpetuadas.

### *La perspectiva de género en salud según las organizaciones internacionales*

Por parte de la OMS, se hizo un primer llamamiento para la salud de las mujeres en 1991 por Bernadine HEALY, que anunció, en *The New England Journal of Medicine*, la discriminación ejercida por las/los cardiólogas/cardiólogos en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en mujeres (1991: 274f).

Posteriormente, en 1998, la OMS puso en marcha una iniciativa de género para invitar a las naciones y organizaciones internacionales que tienen una mejor evaluación de los factores de riesgo para que consideraran la salud de las mujeres, y, en el año 2002, incluyó la medicina de género en la «Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género», para resaltar la equidad como un principio que debe aplicarse, con el fin de llegar a una atención que incluya el tema de género de manera adecuada (OMS, 2002). Desde la Unión Europea, la concienciación empezó a manifestarse a partir de 1998, cuando la UE promovió la participación de las mujeres en proyectos de investigación; en la actualidad ya hay un sector de la investigación europea que tiene un enfoque específico en mujeres desde una perspectiva de género (CASSESE y ZUBER, 2011: 100ff).

### *Recomendaciones del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas*

El comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfo-

que basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en el bienestar del ser humano. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud (CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000: 9).

*La mujer y el derecho a la salud: estrategia del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas*

Para suprimir la discriminación contra la mujer, es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia internacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esta estrategia debe prever, en particular, las intervenciones de cara a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionarle un acceso a una gama completa de atenciones a la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Uno de los objetivos más importantes es conseguir la reducción de los riesgos que afectan a la salud, en particular, la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de esta a los servicios de salud, educación e información. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos (CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 2000: 9).

Expuestos los planteamientos a nivel institucional, paso ahora a revisar cómo se ha evaluado el acceso a los medicamentos en la práctica y cuáles son las variables que tener en cuenta para que una persona tenga acceso a ellos.

Se necesita un análisis más complejo de los riesgos para la salud que tenga en cuenta los ambientes materiales, sociales y psicológicos en los que viven las personas, porque las interrelaciones entre las variables no cobran sentido sin un marco social que define el contexto. La perspectiva antropológica es (casi) inexistente en los estudios. En cambio, los modelos de epidemiología social han intentado dar explicaciones de creciente com-

plejidad para abarcar varios niveles de organización, «desde la molecular a la social, así como individual, tanto en el diseño de la investigación como en el análisis y la interpretación de los datos generados por los estudios epidemiológicos» (ROHLFS BARBOSA, 2010: 39).

Los pocos estudios existentes al respecto (con una orientación interdisciplinar) han mostrado que la salud y la enfermedad de las personas están profundamente determinadas por la estructura social.

### *Perspectivas*

Para mejorar la salud de hombres y mujeres, es necesaria una perspectiva de género en salud que ponga de manifiesto las situaciones reales de salud/enfermedad/atención/prevención. Por lo tanto, recomiendo la inclusión del condicionante de género en los futuros estudios que se realicen en el ámbito de la salud. Es necesaria la existencia de un mayor número de datos estadísticos y sociales, tanto en países de los llamados desarrollados como en aquellos en desarrollo, para comprender plenamente el impacto del género en el acceso y uso de los medicamentos. La mejora del acceso a los medicamentos esenciales solo será posible si los países introducen una perspectiva de género en sus políticas sanitarias. Quiero puntualizar que no existen estudios sobre el impacto de género que abarquen al colectivo de transexuales e intersexuales. Asimismo, sería recomendable realizar estudios *cross-country* relativo al tema que nos ocupa. Observo, además, que la ciencia y la biomedicina occidental siguen teniendo como punto de partida la «neutralidad», el pragmatismo y la objetividad, que, a su vez, también son atributos que describen el ideal masculino. Subrayo que la ciencia —y, en concreto, la medicina— sigue reproduciendo la institucionalización de las visiones y los valores que constituyen al ser humano «normal». De este modo, en la práctica médica, los cuerpos de los hombres europeos, anglosajones, de mediana edad, blancos y de clase media se mantienen como patrón único (véase apartado sobre ensayos clínicos; también KRIEGER, 2001). Por lo tanto, creo que el estudio de las relaciones entre medicamentos y género debería partir de un planteamiento epistemológico que tuviera en cuenta estas consideraciones. Es fundamental para abordar problemas de salud pública lo siguiente: una mayor inversión pública en medicamentos esenciales, la producción de medicamentos genéricos asequibles, el desarrollo

de una amplia estrategia que incluya medicamentos y tecnologías al alcance de la población que lo requiera, teniendo siempre en cuenta que la sociedad está constituida por hombres y mujeres, personas transexuales e intersexuales con necesidades específicas, garantizando, así, el acceso igualitario a los medicamentos, y, por consiguiente, el derecho universal a la salud.

**Tabla 1A-1F. Codificación de palabras clave para la búsqueda**

1a) Code 1. General relations between EM and gendered health.

<b>CODE 1</b>	Essential medicines	
	AND	a. Gender
		b. Woman's health
		c. Man's health

1b) Code 2. AAAQ concept specific relationships.

<b>CODE 2</b>	Essential medicines		
	AND		
AND	a. Availability medicines		
	1. Gender	2. Woman's health	3. Man's health
AND	b. Access medicines		
	1. Gender	2. Woman's health	3. Man's health
AND	c. Acceptability		
	1. Gender	2. Woman's health	3. Man's health
AND	d. Medicines Quality		
	1. Gender	2. Woman's health	3. Man's health



1c) Code 3. Detailed reproductive health relations with specific «MeshTerms»

<b>CODE 3</b>	Essential medicines	
	AND	a. Reproductive health
		b. Reproductive control agents
		c. Men's health
		d. Women's health

1d) Explanatory model to itemize the DAAC pillars into «MeshTerms»

AVAILABILITY	ACCESS	ACCEPTABILITY	QUALITY
Research & development (R&D) Economics	Medical geography Price	Culture Gender	Counterfeit drugs Control

1e) Essential medicines relations to gendered health topics and itemized DAAC pillars into «MeshTerms» (1.-7.)

			Availability	Access	Acceptability	Quality
CODE 3	EM					
	and	a. Reproductive health	1. R&D 2. Economics	2. Geo 3. Price	4. Culture 5. Gender	6. Counterfeit drugs 7. Control
		b. Reproductive control agents	1. R&D 2. Economics	2. Geo 3. Price	4. Culture 5. Gender	6. Counterfeit drugs 7. Control
		c. Men's health	1. R&D 2. Economics	2. Geo 3. Price	4. Culture 5. Gender	6. Counterfeit drugs 7. Control
		d. Women's health	1. R&D 2. Economics	2. Geo 3. Price	4. Culture 5. Gender	6. Counterfeit drugs 7. Control

1f) Medical geography and gendered access

MEDICAL GEOGRAPHY	
AND	Gender
AND	Access

**Tabla 2. Inclusion criteria**

Inclusion criteria	
Gender specific studies or gender specific observations	Paternal/maternal health
Quantitative research, qualitative research	Health inequalities based on ethnicity with gender focus
Menopausal health concerns and hormone replacement therapy	Development Goals, sustainability goals
Aboriginal, indigenous woman's health	Specific consequences of the gender-based inequality in health
Access to EM by woman in war situation	Borderlands where health and enhancement practices are entangled
The role of gender and partnership status in the caring commitments of older people	Incommunicable diseases with gender focus
Drug utilization, self medication	Gender and insurance
Gender specific knowledge and use of drug	Health situation of the transgender community
Listings of EM	Men's reproductive health
The gendered geographies of 'bodies across borders'	Gender variation in the impact of household structure
Research and development and clinical trials	

**Tabla 3. Exclusion criteria**

Exclusion criteria
Studies on general determinations on access to health
Reasons for discrimination in healthcare in general
Use of health services among minority groups without gender focus
Abortion as a specific field of gendered health strategies
Relationship between income, subjective financial well-being and health
Factors determining the self-reported health of men or women (separately or compared within the same sex-group) of different socioeconomic status
FGM
Medical profession related inequity, i. e., gender gaps in surgeons' incomes
Children's health

Bibliografía

- AL-SHEHRI, M. (2004). «Pattern of childhood poisoning in Abha city - southwestern Saudi Arabia». *Journal of Family & Community Medicine*, 11(2): 59-63.
- BAGHDADI, G. (2005). «Gender and medicines: an international public health perspective». *Journal of Women's Health*, 14(1): 82-6.
- BIGDELI, M. *et al* (2013). «Access to medicines from a health system perspective». *Health Policy Plan*, 28: 692-704.
- BORELL, C. *et alii* (2008). «Las políticas para disminuir las desigualdades en salud». *Gaceta Sanitaria*, 22(5): 465-73.
- CASSESE, M. y ZUBER, V. (2011). «Clinical trials and gender medicine». *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47(1), 100-103.
- CENTER FOR PHARMACEUTICAL MANAGEMENT. *WHO report 2000*. Disponible en: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19623en/s19623en.pdf>>(acceso: 15-7-2016).
- COMELLES, Josep M. (2000). «The role of local knowledge in medical practice: A trans-historical perspective». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24.
- COMELLES, Josep M. (2006). «El síndrome de Marcus Welby: el burnout y la construcción cultural del buen médico». En MORALES, E. y ORDÓÑEZ, J. (ed.). *La enfermedad y el sufrimiento (IV)*. Sevilla: Actas de la IV Jornadas de Medicina y Filosofía.
- COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (2000). *Informe sobre los períodos de sesiones 20 y 21*. Disponible en: [file:///Users/johannafrohlichzapata/Downloads/G0041212%20\(1\).pdf](file:///Users/johannafrohlichzapata/Downloads/G0041212%20(1).pdf) (acceso: 15-7-2016).
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LAS NACIONES UNIDAS 2000. Disponible en: <http://www.unisdr.org/files/resolutions/N0061037.pdf> (acceso: 15-7-2016).
- COTTINGHAM y BERER (2011). «Access to essential medicines for sexual and reproductive health care: the role of the pharmaceutical industry and international regulation». *Reproductive Health Matters*, 19(38): 69-84.
- DUVALL, S *et alii* (2015). «Assessment of policy and access to HIV prevention, care, and treatment services for men who have sex with men and for sex workers in Burkina Faso and Togo». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1;68(Suppl. 2): S189-197.

- EMONTS *et alii* (2013). «Addictions and pregnancy: how to ruin a pregnancy». *Revue Médicale de Liège*, 68(5-6): 239-44.
- ENGLERT, Y *et alii* (2001). «ART in HIV-infected couples: has the time come for a change of attitude?» *Human Reproduction*, 16(7): 1309-1315.
- ESTEBAN, Mari Luz (2006). «El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista». *Revista Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- FARMAMUNDI. Disponible en: <<http://www.farmaceuticosmundi.org/farmamundi/>> (acceso: 17-1-2016).
- GEHLEN, A. (1950). *Der Mensch, seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Bonn: Athenäum-Verlag.
- GEMMILL, M. *et alii* (2008). «What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries». *International Journal for Equity in Health*, 7: 12.
- GÓMEZ GÓMEZ (2002). «Género, equidad y acceso a los servicios de salud». *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).
- HARO, J. (2011). *Epidemiología sociocultural: Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- HEALY, B. (1991). «The yentl syndrome». *The New England Journal of Medicine*, 325: 274-276.
- HUMAN RIGHTS LIBRARY (University of Minnesota). Disponible en: <<http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>> (acceso: 17-1-2016).
- KRIEGER, N. (2001). «A glossary for social epidemiology». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 693-700.
- LA BIBLIA (2011). Estella: Verbo Divino.
- LAMARCA LAPUENTE, M. (2004). *Ella para él, él para el Estado y los tres para el mercado: Globalización y género*. Disponible en: <<http://www.hipertexto.info/desglobaliza/ellapael.pdf>> (acceso: 15-7-2016).
- LEOPOLD, C. *et alii* (2014a). «Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries». *Bull World Health Organ*, 9(92): 630-640.
- LEOPOLD, C. *et alii* (2014b). «Impact of pharmaceutical policy interventions on utilization of antipsychotic medicines in Finland and Portugal in times of economic recession: interrupted time series analyses». *International Journal for Equity in Health*, 13(1): 53.

- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud Colectiva*, 1(11): 9-32.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2010). *Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España*. Disponible en: <[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Políticas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf)> (acceso: 13-6-2018).
- MOORE, H. (1993). «The differences within and the differences between». En: DEL VALLE, T. (ed.). *Gendered anthropology*. London; New York: Routledge.
- OKUMURA (2002). «Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam». *Social Science & Medicine*, 54(12): 1875-1886.
- OMS (2002). *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Política de la OMS en materia de género*. Disponible en: <<http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>> (acceso: 15-7-2016).
- OMS (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Disponible en: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf)> (13-6-2018).
- ORTNER, S. (1993). «Verhält sich weiblich zu männlich wie Natur zu Kultur?» En RIPPL, Gabriele (ed.). *Unbeschreiblich weiblich: Texte zur feministischen Anthropologie*. Frankfurt/M.: Zeitschriften Fischer.
- PENCHANSKY, R. y THOMAS, J. (1981). «The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction». *Med. Care*, 19(2): 127-140.
- PERDIGUERO Gil, E. (2015). *El proceso de búsqueda de información en antropología médica*. Disponible en: <<https://sites.google.com/site/eperdig/>> (acceso: 15-7-2016).
- RATHORE *et alii* (2002). «Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure». *The New England Journal of Medicine*, 347(18): 1403-11.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. Disponible en: <<http://dle.rae.es/>>.
- RIVERA GARRETA, M. (2005). *La diferencia sexual en la historia*. Valencia: Publicacions de la Universitat de Valencia.
- ROHLFS BARBOSA, I. (2010). «El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública». En ESTEBAN, M.;

- COMELLES J. y Díez MINTEGUI, C. (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS CLINICAL PRACTICE (2005). «Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2): 1-30.
- SHAW y COOK (2012). «Applying human rights to improve access to reproductive health services». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119(Suppl. 1): S55-9.
- THOMAS y YATES (2012). «Prescribing without evidence—pregnancy». *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(4):691-7.
- TORRAS, M. (2007). «El delito del cuerpo». En TORRAS, M. (ed.). *Cuerpo e identidad*. Barcelona: Edicions UAB.
- VALLS- LLOBET, C. (2016). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- VENTURA- GARCÍA, *et alii* (2013). «Socio-cultural aspects of chagas disease: a systematic review of qualitative research». *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 7(9): e2410.
- VOGLER *et alii* (2015). «Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries». *International Journal for Equity in Health*, 14:124.
- WHO (2009). *The selection and use of essential medicines*. WHO: Geneva. Disponible en: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_958\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_958_eng.pdf)>.
- WHO (2011a). *Model list of essential medicines*. WHO: Geneva. Retrieved 5 June 2012 from <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf)> (acceso: 15-7-2016).
- WHO (2011b). *WHO list of rejected drugs from the list of essential medicines*. WHO: Geneva. Retrieved 5 June 2012 from <[http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/REJECTIONS.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/REJECTIONS.pdf)> (acceso: 15-7-2016).
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki. Disponible en: <<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3>> (acceso: 15-7-2016).





## «SOBRE CÓMO SEDAR LOS ÁNIMOS»: GÉNERO Y PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN EN UN MUNDO GLOBALIZADO

Nuria Romo-Avilés

*Departamento de Antropología Social. Instituto Universitario de Investigaciones de Estudios de las Mujeres y de Género. Universidad de Granada*

**Resumen:** Medicalizar supone la reconceptualización de la forma en que entendemos el cuerpo, la salud y la enfermedad. Desde el feminismo se ha evidenciado la sobremedicación de los malestares de las mujeres. Ello tiene que ver con los mandatos de género y la situación de desigualdad en distintos aspectos de la vida social y de la salud. En este sentido, se vuelve fundamental la sensibilización dirigida a profesionales y pacientes sobre la necesidad de seguimiento en la sobreprescripción de fármacos.

**Palabras clave:** género, medicalización, psicofármacos.

*Sedating states of mind»: gender and processes of medicalization in a globalized world.*

**Abstract:** Medicalization suppose the reconceptualization of the way we understand the body, health and disease. Feminism has shown overmedication of the discomforts of women. This has to do with gender mandates and the situation of inequality in different aspects of social life and health. In this sense, awareness raising directed to professionals and patients about the need for follow-up in the overprescription of drugs becomes essential.

**Keywords:** gender, medicalization, psychotropic drugs.

La medicalización es un proceso en el que situaciones «naturales» de la vida cotidiana o comportamientos desviados son definidos y tratados como «problemas médicos» (CONRAD, MACKIE y MEHROTRA, 2010). El concepto «medicalización» nace en los años setenta y su uso se extiende a la cultura popular (BELL, 2016). Su definición no ha estado libre de controversias. En la mitad del siglo XIX se expande la posibilidad de hospitalizar a la ciudadanía independientemente de su clase social y la profesión médica pudo ejercer poder sobre una o un «paciente pasivo» de una manera que no había sido posible con anterioridad. Estos cambios, apoyados en muchos casos en los avances tecnológicos de la época, han sido descritos como «imperialismo médico». En algunas ocasiones, se ha creído que este era el inicio de la «medicalización» de las sociedades. Sin embargo, creemos que el desarrollo de poblaciones de pacientes hospitalizados es solo un aspecto de un proceso generalizado de medicalización que se produce en este momento y al que contribuyen cambios conceptuales e institucionales, incluyendo aportaciones transformadoras acerca de la forma en la que entendemos el cuerpo, la salud y la enfermedad, no solo entre los expertos y las expertas del ámbito médico, sino también entre amplios sectores de la población.

En el transcurso del siglo XX, la biomedicina tomó el control de distintos aspectos de la vida cotidiana. Irving ZOLA (1972) sostenía que la medicina se había convertido en una importante institución de control social, suplantando a otras instituciones tradicionales como la religión o la ley, con el resultado de que diferentes aspectos de la vida cotidiana resultaban «medicalizados» para obtener una hipotética «salud». A partir de los trabajos de ZOLA se generó un cuerpo de conocimiento sociológico en el que la palabra *medicalización*, es decir, «hacerse médico o médica», fue adoptada como un concepto clave en las ciencias sociales que se acercaban al estudio de los procesos de salud y enfermedad.

En una revisión de la investigación realizada sobre los procesos de medicalización, Peter CONRAD (2010) argumentó que durante los setenta y los ochenta el término fue usado en las ciencias sociales con frecuencia para realizar una crítica de las prácticas médicas inadecuadas, más que como la indicación de que una condición se había convertido en «médica». Influenciados por las primeras publicaciones de Thomas SZASZ, insistían en que los determinantes sociales del comportamiento irracional eran rechazados a favor de una aproximación dominada por los determinantes biológicos del modelo médico. ZOLA, CONRAD y otras investi-

gadoras han argumentado en contraposición que el alcoholismo, la homosexualidad, la hiperactividad y otros comportamientos estaban cada vez más «biologizados» y etiquetados como «enfermedades»; lo que ha conseguido provocar intensos procesos de medicalización en las sociedades globalizadas. Así, la medicalización es un proceso ambiguo que se produce de manera multidimensional. No es un proceso neutro, sino que se produce de manera desigual en los grupos sociales, afectando especialmente a las mujeres.

### *Los procesos de medicalización no aleatorios*

El sistema biomédico refleja valores sociales, incluyéndose sus inequidades, los cuales se reproducen a través de los tratamientos, tecnologías y prácticas (VESPA, 2009). Los procesos de medicalización se originan en el siglo XIX cuando las profesionales de las clases más altas transforman eventos de la vida cotidiana en necesidades médicas fomentadas por intereses comerciales y de prestigio profesional y social. Es en ese momento social cuando las mujeres de las clases sociales más prestigiosas buscaban cumplir el estereotipo de la fragilidad femenina, que las distanciaba de la robustez de las mujeres de las clases trabajadoras (BELL, 2016).

Y en esta época la histeria no fue solo una enfermedad sino la forma en la que las culturas europeas y americanas del siglo XIX dieron cuenta de la presión por el cambio en los mandatos y roles femeninos tradicionales. El cambio se produjo por distintas circunstancias que convergieron en esos momentos: la industrialización y urbanización eran la base social, mientras que el movimiento feminista y la lucha por los derechos de las mujeres contribuyeron al resto. Juntos incluían la reivindicación de la educación superior para las mujeres, su participación en la esfera pública, empleo pagado y control de la fertilidad. Lo curioso es que todos estos cambios fueran acompañados de «debilidades nerviosas», sobre todo entre las mujeres, lo que ha generado en la historiografía feminista la duda de si la categoría diagnóstica tenía por objeto mantener a las mujeres «en casa» y, así, «medicalizarlas». Desde entonces, aunque sea de manera simbólica, la histeria se asoció al carácter femenino, a las lesiones de la vida de las mujeres. Pensemos que no sería hasta 1952 cuando la Asociación Americana de Psiquiatría declaró oficialmente que la histeria femenina no era una enfermedad legítima, sino un mito anticuado.

Desde el feminismo se ha pensado en la biomedicina como una institución patriarcal en la que el cuerpo femenino se convertía con rapidez en una conexión con el embarazo u otras situaciones relacionadas con la reproducción, en lugar de intervención tecnológica (VALLS-LLOBET, 2010, 2018). De manera similar a lo que había ocurrido en el siglo XVIII, la antropología médica documentó las formas en las que la obstetricia en todo el mundo estaba siendo sometida por la fuerza bajo el conocimiento autorizado de los Gobiernos y la profesión médica.

Los análisis feministas sobre globalización evidencian cómo la política económica, los movimientos sociales y la formación de identidades son generalmente indisolubles unos de otros. En este sentido, observamos cómo las ambivalencias y múltiples sentidos de la globalización tienden a producir nuevas distorsiones de género, al mismo tiempo que subvierten otras, dando pie a nuevas dinámicas de exclusión e inclusión. Rosalba TODARO da cuenta de este proceso al analizar cómo los cambios económicos en curso se sustentan en un determinado sistema de género, a la vez que lo tensionan y propician cambios en su interior, los que a su vez tienen efectos en el campo de la economía (2000).

Lo cierto es que al pensar los procesos de medicalización desde el punto de vista del género observamos que son frecuentes en distintos momentos vitales de las mujeres, en algunos de los cuales se muestran los mandatos de género recibidos y abandonados, como la maternidad, la menopausia, el ser madres o el dejar definitivamente de poder serlo. Así, la medicalización del estado de ánimo, de los malestares producidos por las «lesiones de la vida», se asocia con frecuencia a los mandatos de género y a la situación de desigualdad en la que viven las mujeres en distintos aspectos de la vida social y también de su salud.

El análisis de género especifica cómo una sociedad se encarga de la sexualidad, la reproducción, el crecimiento de niños y niñas, la maternidad, la paternidad, y todo lo que está conectado socialmente con estos procesos (DE BABIERI, 1992; HAGEMANN-WHITE, 2001). Los cuerpos y los procesos sociales no son reinos opuestos. Como en la vieja disputa de la «naturaleza *versus* civilización», la ciencia social contemporánea reconoce que están profundamente inmersos (CONNELL, 2012).

En este sentido, varias investigaciones han mostrado cómo los sesgos de género atraviesan la práctica médica manifestándose de múltiples formas. Carmen VALLS (2010) ha argumentado con insistencia cómo el sesgo

de género más paradigmático en cuanto a los tratamientos de las enfermedades reales o supuestas se manifiesta de tres formas:

1. Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos.
2. Medicalización excesiva de procesos naturales, como los trastornos de la menstruación o la menopausia, y de la salud mental.
3. No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga.

En nuestro contexto, cada vez son más claras las evidencias que hablan de las diferencias socioeconómicas según el género y cómo influyen de forma negativa en la salud mental de las mujeres. La diferencia de roles asignados a las mujeres, que se encargan de la mayor parte de las tareas relacionadas con el cuidado, su incorporación al mundo laboral, con trabajos remunerados pero sin la suficiente implicación del hombre en el ámbito doméstico, y la consiguiente acumulación de roles, ocasionan una disminución del tiempo de ocio y del descanso que puede llegar a repercutir en la salud mental (Junta de Andalucía, 2008). A nivel europeo, el índice de igualdad de género, que mide las brechas de género dentro de un rango de áreas relevantes en el marco de las políticas de la UE, muestra la esfera del tiempo con la tercera puntuación más baja (65,7%) con respecto al resto de dominios centrales analizados. Representa un descenso de tan solo un 1% con respecto a 10 años atrás (64,7% en 2005). Esto pone de manifiesto los persistentes desequilibrios de género en el uso del tiempo en Europa y la división desigual del trabajo no remunerado entre mujeres y varones en la esfera privada, que sigue siendo la mayor barrera para la igualdad de género y que tiene un fuerte impacto sobre la salud femenina (EIGE, 2017).

Por el contrario, y frente a la situación de desigualdad, la expresión de las emociones de las mujeres sigue haciendo frente con frecuencia a la regulación y la medicalización. Las respuestas comunes como el llanto, un arranque de ira, falta de interés en el sexo, la infelicidad u otras expresiones de angustia se «patologizan» y pueden ser percibidas como síntomas de un trastorno de salud mental subyacente.

«Al borde de un ataque de nervios»: la prescripción diferencial  
de psicofármacos hacia las mujeres

A partir de la segunda posguerra, los medicamentos psicotrópicos han sufrido grandes transformaciones, en cuanto a sus modos de uso y fines terapéuticos, que han impactado no solo en el mundo de la medicina psiquiátrica, sino en la sociedad en general. El consumo de estas moléculas evidencia significativas variaciones en la evolución de los espacios de producción de estos medicamentos. Desde la esfera de la producción, la evolución de la farmacología constituye un proceso en constante superación con la creación de las benzodiazepinas en la década de los sesenta, hasta llegar a las nuevas drogas surgidas de la ingeniería molecular en los años noventa. En lo que se refiere al consumo, su uso extensivo, es decir, no restringido a sujetos diagnosticados con una patología mental, se ha venido incrementando progresivamente a lo largo de este período, poniendo en discusión concepciones acerca de la salud y la enfermedad, sobre la condición del sujeto contemporáneo y el tratamiento de los síntomas más amenazantes para el logro de una *performance* social adecuada (ARIZAGA, 2007).

Según datos recientes del MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2018), las mujeres son las principales consumidoras de psicofármacos. Las cifras indican que se han consumido 2.930.000 tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir en las dos últimas semanas, de las cuales un 72% fueron consumidas por mujeres, frente al 28% por varones; esto es, siete de cada diez mujeres han consumido psicofármacos en las últimas dos semanas, frente a dos de cada diez hombres. Todas las encuestas de consumo ilegal muestran en España la misma tendencia. Las mujeres de la población general y las mujeres de las edades más jóvenes (14 a 18 años) consumen más psicofármacos que los varones. Son fármacos que han sido prescritos pero que han dejado de serlo para iniciar pautas de autoconsumo en el mercado ilegal (PNSD, 2017).

En este sentido, hay que indicar que todos los procesos señalados tienen relaciones múltiples con el sistema de regulación de drogas en España y sus consecuencias sobre la imagen de las mujeres españolas en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Así, sustancias de uso legal pasan a generar patrones de abuso en el mundo de las «drogas ilegales» y a romper el sistema de fiscalización de los consumos. Como plantea EHRENBURG, el ingreso de los medicamentos psicotrópicos en el espacio

de la epidemiología de las drogas pone en escena una «toxicomanía a los medicamentos» (2004: 19), que, lejos de caracterizarse por la desocialización y la decadencia, tal como está instalado en el imaginario de las drogas, se define por la búsqueda de efectos positivos en la socialización y la *performance*.

Y así, ante la pérdida de importancia social de las instituciones colectivas en la regulación de las situaciones sociales, son las propias mujeres las que hacen frente de manera individual a las situaciones de desigualdad, con el autocontrol y la regulación de la demanda. La «pequeña ayuda de las madres» contribuye a mejorar la participación de las mujeres en la vida profesional, pero también familiar y afectiva. Hacemos referencia a las llamadas *lifestyle medicines* (SOLAL, 2004), productos sedativos o estimulantes con los que se juega a la «prescripción del confort», proporcionando integración social. Estamos ante una automedicación más o menos controlada, elemento fundamental para comprender el uso de estos fármacos en las sociedades contemporáneas.

#### *Las «lesiones de la vida» y los discursos de las mujeres sobre la medicalización*

La medicalización es vista en la actualidad como un proceso complejo en el que es necesario considerar (es) la agencia de los y las pacientes. Algunos autores han señalado la importancia de tener en cuenta el contexto social en el que se producen algunos casos de medicalización y si las personas son consideradas con agencia dentro del proceso (BALLARD y ELSTON, 2005).

En el caso del consumo de psicofármacos, las mujeres desarrollan diferentes estrategias para mostrar su agencia. Ante el consumo diferencial y el conflicto, las mujeres llevan a cabo prácticas de regulación y de autoconsumo. Esto hace que rompan el sistema de regulación de las sustancias psicoactivas e inicien usos fuera del sistema médico. Por ello, como hemos visto, aparecen en las encuestas sobre consumo de drogas ilegales, donde, sin prescripción médica, triplican a los varones desde las edades adolescentes (PNSD, 2018).

Entre los resultados de una investigación cualitativa llevada a cabo por nuestro equipo de investigación, a través de grupos de discusión con mujeres consumidoras de psicofármacos con continuidad en el año pre-

vio a la investigación en tres comunidades autónomas españolas (ROMO-AVILÉS *et. al.*, 2003; GIL *et alii*, 2005; ROMO-AVILÉS y MENESES, 2015), destaca la capacidad de estas para generar estrategias de regulación y de autoconsumo en la prescripción médica de psicofármacos.

Las mujeres que participaron en esta investigación recurrían a los psicofármacos tratando de aliviar tres síntomas fundamentales: ansiedad, estrés y depresión. En esta relación aparecen diferencias según el momento vital y los síntomas que expresaban, o la forma de manifestar sus malestares. Estos se asociaban a síntomas psicológicos, pero también a signos de malestar físico. Por ejemplo, las mujeres suelen enfrentarse al malestar, y, una vez lo han hecho, acuden al profesional para demandar más fármacos que ya han consumido. Una vez les ha sido prescrito algún psicofármaco, regulan sus dosis y, en escasas ocasiones, rechazan el uso de estos fármacos. En el grupo de mujeres jóvenes y de edad media se señalaba un circuito que iba desde el autoconsumo y búsqueda de soluciones individuales al sistema médico para continuar usando los mismos fármacos. Así, eran numerosas las estrategias que se establecían para contrarrestar la medicalización, como regular las dosis, rechazarlas o regular el tiempo e inicio del consumo. Las mujeres reconocían en sus discursos una relación entre el cumplimiento de roles de género insatisfactorios para estas y la respuesta del sistema médico con determinados fármacos.

#### *Reflexiones finales. Hacia la desmedicalización de la vida de las mujeres*

Los procesos de automedicación y autodemanda de psicofármacos que establecen las mujeres pueden interpretarse como un desafío al control y poder del estamento médico en el que recaen el saber y la administración del tratamiento de «la enfermedad». Bajo este desafío se esconden relaciones jerárquicas entre las pacientes mujeres y los facultativos y facultativas, que no favorecen el protagonismo de estas en el diagnóstico y tratamiento de «los malestares». Por otra parte, esto supone una revisión de los conceptos de salud y enfermedad que se manejan en la práctica cotidiana y que distan de la formulación del modelo *biopsicosocial*.

La antropología médica es privilegiada a la hora de mostrar los caminos de salud/enfermedad/atención que prevalecen en las sociedades contemporáneas. Los procesos de medicalización van unidos a la globalización e imposición del modelo biomédico de cuidados. En esta, las redes



o entidades transfronterizas conectan múltiples procesos y actores locales o nacionales, o bien se trata de cuestiones o dinámicas que se registran en un número cada vez mayor de países o ciudades (SASSEN, 2007: 14). En este contexto, la cultura médica moderna sigue fijando su atención en procesos biológicos, mientras que el embodiment de género problematiza categorías dicotómicas como las de varón/mujer y procesos de medicalización diferenciales sobre los cuerpos. Hay procesos de medicalización globales que afectan a todos y a todas, pero se sigue produciendo una sobremedicación de las mujeres acentuada de nuevo por su cambio de posición en las sociedades actuales.

Diversos autores y autoras han señalado la necesidad de llevar a cabo estudios de casos que muestren la heterogeneidad en las prácticas de bio-medicalización y las experiencias y efectos en diferentes situaciones de la vida cotidiana (CLARKE *et alii*, 2003). Las mujeres sufrimos procesos de medicalización a lo largo de nuestras vidas para enfrentarnos a las lesiones relacionadas con la desigualdad y para ejercer el poder del patriarcado sobre nuestros cuerpos. La prescripción diferencial de psicofármacos y el mayor consumo femenino son una muestra más del malestar emocional y de la falta de sensibilidad de los servicios sanitarios.

Hay intentos y experiencias que desde los centros y sistemas de salud se llevan a cabo para reducir y mejorar las pautas de prescripción. Mejorar los servicios y la atención pasa por sensibilizar a profesionales y pacientes sobre la necesidad de seguimiento en la prescripción de estos fármacos y por la incorporación de la reflexión social y de género a la práctica de la salud pública.

Bibliografía

- ARIZAGA, María Cecilia (2007). *La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos*. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR. Disponible en: <www.observatorio.gov.ar> (acceso: 28-5-18).
- BALLARD, Karen y ELSTON, Mary Ann (2005). «Medicalisation: A Multi-dimensional Concept». *Social Theory & Health*, 3(3): 228-241. DOI: <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700053>.
- BELL, Ann (2016). «I don't consider a cup performance; I consider it a test': masculinity and the medicalisation of infertility». *Sociology of Health and Illness*, 38(5). DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12395>
- BRIGGS, Laura (2000). «The Race of Hysteria: «Overcivilization» and the «Savage» Woman in Late Nineteenth-Century Obstetrics and Gynecology». *American Quarterly*, 52(2): 246-273. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/30041838>.
- CLARK, Adele E.; SHIM, Janet K.; MAMO, Laura; FOSKET, Jennifer R. y FISHMAN, Jennifer R. (2003). «Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine». *American Sociological Review*, 68(2): 161-194.
- CONNELL, Raewyn (2012). «Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective». *Social Science & Medicine*, 74(11): 1675-1683. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611003509?via%3Dihub>.
- CONRAD, Peter; MACKIE, Thomas y MEHROTRA, Ateev (2010). «Estimating the costs of medicalization». *Social Science & Medicine*, 70(12). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610001784>.
- DE BABIERI, Teresita (1992). «Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica». *Debates en Sociología*, 18: 145-169. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/6680>.
- EHRENBERG, Alain (2004). *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- EIGE (2017). *Gender Equality Index 2017: Measuring gender equality in the European Union 2005-2015 Report*. Oficina de publicaciones de la UE. Disponible en: <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/gender-

- equality-index-2017-measuring-gender-equality-european-union-2005-2015-report>.
- GIL, Eugenia; ROMO-AVILÉS, Nuria; POO, Mónica; MENESES, Carmen; MARKEZ, Iñaki y VEGA, Amando (2005). «Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa». *Atención Primaria*, 35(8): 402-407. Disponible en: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670570384X#!>>.
- HAGEMANN-WHITE, Carol (2001). «European Research on the Prevalence of Violence Against Women». *Violence Against Women*, 7(7): 732-759. Disponible en: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10778010122182712#articleCitationDownloadContainer>>.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*. Consejería de Salud. Sevilla. Disponible en: <<http://www.juntadeandalucia.es/organismos/sobre-junta/planes/detalle/11702.html>> (acceso: 28-5-18).
- MSSSI. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2017). *PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas*.
- MSSSI. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2018). *PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas*.
- ROMO-AVILÉS, Nuria; VEGA, Amando; MENESES, Carmen; GIL, Eugenia; MARKEZ, Iñaki y POO, Mónica (2003). «Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres». *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4). Disponible en: <[http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4\\_5.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf)>.
- ROMO-AVILÉS, Nuria y MENESES, Carmen (2015). «Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo». En VV. AA. *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- SASSEN, Saskia (2007). *A sociology of globalization*. New York: W.W. Norton & Co.
- SOLAL, Jorge (2004). «Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable». En EHRENBURG, Alain (coord.). *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- TODARO, Rosalba (2000). «Aspectos de género de la globalización y la pobreza». Disponible en: <[www.un.org/womenwatch/daw/csw/todaro.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/todaro.htm)> (acceso: 28-5-18).

- VALLS-LLOBET, Carme (2010). «La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad». *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 26: 38-45. Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3212133>>.
- VALLS-LLOBET, Carme (2018). *Medio ambiente y Salud*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- ZOLA, Irving Kennet (1972). «Medicine as an institution of social control». *Sociological Review*, 20(4): 487-504.

QUINTA PARTE.  
VACUNAS: RELACIONES DE PODER  
Y PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN



LOS CONFLICTOS Y LAS RESISTENCIAS COMO PARTE DE LA  
HISTORIA DE LAS VACUNAS: LAS EXPERIENCIAS DEL REINO  
UNIDO, BRASIL Y CHILE SOBRE LA LEY DE VACUNACIÓN  
OBLIGATORIA

Verónica Rocamora Villena  
*Universidad Complutense de Madrid*

**Resumen:** Los conflictos generados en torno a las leyes de vacunación obligatoria entre mediados del siglo XIX y principios del XX ponen de relieve la dimensión social y política que han tenido las inmunizaciones desde sus inicios, cuando los Estados comenzaron a preocuparse por la salud de sus habitantes a nivel poblacional. En este artículo se analizan los casos del Reino Unido, Brasil y Chile para dar cuenta de los distintos desarrollos y resolución de los conflictos según sus contextos de aplicación.

**Palabras clave:** historia de la vacunación, antivacunación, ligas antivacunación inglesas, Revuelta de la vacuna en Brasil, antivacunación en Chile.

*Conflicts and resistance as part of the history of vaccines: the experiences of United Kingdom, Brazil and Chile regarding the compulsory vaccination Law*

**Abstract:** The conflicts respect to compulsory vaccination laws between the late nineteenth and early twentieth century, highlight the social and political dimension that immunizations had had since its beginning when States began to care health of people at the population level. This article analyzes the cases of the United Kingdom, Brazil and Chile to address the development and resolution of conflicts within these different contexts.

**Keywords:** history of vaccination, Anti-vaccination; British Anti-vaccination leagues, Vaccine Revolt in Brazil, Anti-vaccination in Chile.

## Introducción

La historia de la vacunación es habitualmente presentada como una historia de «hitos», centrada más en la innovación científica que en sus contextos de aplicación y uso. Así, es común encontrar en los textos de salud pública una historia que plantea un desarrollo progresivo y lineal desde sus orígenes hasta nuestros días, tal como puede verse en el siguiente ejemplo:

En el año 1980 la OMS declaraba oficialmente erradicada a nivel mundial la primera enfermedad infecciosa, la viruela, gracias a la utilización de la primera vacuna de la historia, que había sido desarrollada por Edward Jenner en 1796. Un hecho como este ilustra el gran impacto que la inmunización ha tenido sobre la salud mundial, siendo además una de las intervenciones más coste/efectiva junto con el tratamiento y control de las aguas (ASTASIO y ORTEGA, 2010: 146).

La historia centrada en los hitos de innovación científica suele invisibilizar, o minimizar, los conflictos sociales que han sido parte de la historia de las inmunizaciones<sup>1</sup> desde sus inicios. Tal como señala David EDGERTON (2004), desplazar el foco de atención desde la innovación a los usos implica diferencias tanto en términos geográficos como cronológicos y sociológicos. En el caso de la vacunación, esto lleva a dejar de plantearla como una técnica universal para analizarla en sus contextos de aplicación, teniendo en cuenta cómo esta medida, en cada lugar y momento dados, es puesta en relación con otras políticas de salud, teorías médicas, modelos de Estado o problemáticas sociales más generales. Este entramado de relaciones queda bien reflejado en los conflictos generados a partir de las leyes de obligatoriedad de la vacunación implementadas en diversos países, entre mediados del siglo XIX y principios del XX. En este artículo se analizan los casos del Reino Unido, Brasil y Chile para dar cuenta de los conflictos que generó su implementación y cómo en cada contexto tuvieron desarrollos y desenlaces diferentes.

<sup>1</sup> Se utiliza el término *inmunizaciones* para abarcar también la variolización, una práctica antecesora a la vacunación que ingresa en Europa en los años veinte del siglo XVIII.



*La preocupación del Estado por la salud de la población  
y el imperativo de la salud*

Las inmunizaciones masivas impulsadas desde el Estado son un fenómeno del siglo XVIII y no pueden comprenderse al margen de una nueva forma de preocupación por la salud a nivel poblacional. Esta preocupación sistemática por la salud colectiva comenzó a manifestarse con las doctrinas mercantilistas en Europa, cuando los Estados absolutistas entendieron a su población como fuente de poder y riqueza. En este marco comenzó a plantearse explícitamente la importancia de la salud de los habitantes en su conjunto y a desarrollarse una administración sanitaria que manejara y vigilara las medidas de salud colectiva (RODRÍGUEZ OCAÑA, 1992). Posteriormente, con el desarrollo capitalista de fines del siglo XVIII y principios del XIX, y con la progresiva industrialización de ciertos países europeos como Inglaterra y Francia, se volvió cada vez más central la preocupación de la población como fuerza productiva. Tal como sostiene Michel Foucault para en esta etapa:

El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica (1999b: 365).

Como destaca este autor con el concepto de biopolítica, a partir de esta época el bienestar físico de la población se convirtió en un objetivo del poder político. Ya no se trataba de ocuparse solo de un grupo específico, los más débiles o los enfermos, sino de mirar al conjunto de los habitantes y buscar la manera de influir sobre su salud. Foucault utiliza justamente el ejemplo de las inmunizaciones para dar cuenta de este proceso. «¿En qué consistirá al contrario el dispositivo que se instaura con la variolización y vacunación? Ya no en distinguir entre enfermos y no enfermos, sino en tomar en cuenta al conjunto sin discontinuidad, sin ruptura, de unos y otros —la población, en suma—» (FOUCAULT, 2008: 71).

En este contexto es que se inscriben las primeras campañas masivas de inmunizaciones. Si bien la variolización<sup>2</sup>, una técnica previa a la vacu-

<sup>2</sup> La variolización y la vacunación son técnicas diferentes, pero que actúan bajo el mismo principio de generar inmunidad frente a una enfermedad específica: la viruela. La varioliza-

nación, fue utilizada desde la antigüedad para generar inmunidad contra la viruela, se usaba como práctica individual y solo a partir del siglo XVIII pasó a implementarse sistemática y masivamente desde el Estado (FENNER, HENDERSON, ARITA *et alii*, 1988). Sin duda, este hecho imprimió un punto de inflexión en la forma de abordar el problema de las epidemias, ya que el foco de atención pasó a estar en la población sana, lo que inscribió esta medida en una lógica preventiva totalmente diferente. «A su vez, esta forma de preocupación del Estado por la salud de la población también trajo nuevas exigencias para los individuos, quienes tuvieron que responsabilizarse por su salud en beneficio propio, pero también del Estado» (PORTER, 2005).

Los diversos aparatos de poder gestionarán los «cuerpos» no para exigir simplemente de ellos la donación de su sangre, o para protegerlos de los enemigos, ni tampoco para asegurar los castigos y obtener las rentas, sino para ayudarlos, y, si es preciso, obligarlos a conservar su salud. El imperativo de salud es a la vez un deber para cada uno y un objetivo general (FOUCAULT, 1999a: 331).

De esta forma, el Estado avanzó con fuerza protegiendo a los habitantes, pero, a la vez, controlando e imponiendo nuevas obligaciones. Esto se ve claramente en la forma en que diversos países enfrentaron la viruela como enfermedad colectiva a través de mecanismos de prohibición y obligatoriedad.

Los gobiernos de varios países decidieron que la protección contra la viruela no era algo que podía ser dejado a la decisión individual. Primero, la variolización, como una fuente potencial de viruela, fue prohibida en Rusia en 1805, en Prusia en 1835 y en Gran Bretaña en 1840 (Edwardes, 1902). Después, la vacunación, usualmente de niños, fue declarada obligatoria en Bavaria (1807), Dinamarca (1810), Noruega (1811), Bohemia y Rusia (1812), Suecia (1816) y Hannover (1821). Gran Bretaña y Francia lo hicieron mucho más tarde, en 1853 y 1902 respectivamente (FENNER *et alii*, 1988: 271, 272)<sup>3</sup>.

---

ción es una antigua técnica que consistía en introducir materia infecciosa (pus, costras, etc.) en el cuerpo de un individuo sano para activar así el sistema inmune (aunque todavía no se conocían los principios de su funcionamiento). La vacuna de Jenner utilizó un virus distinto (*cow-pox*) pero similar a la viruela humana, que otorgaba inmunidad pero no implicaba riesgos de desarrollar la viruela. Casi cien años después, Pasteur descubrió cómo atenuar virus y bacterias controladamente en el laboratorio, con lo que nacieron las vacunas modernas. Pasteur llamó «vacunación» a este principio en honor a Edward Jenner (MOULIN, 1992).

3 Traducción propia.

Sin embargo, el bienestar individual y el colectivo no siempre fueron objetivos armoniosos y tampoco una discusión que solo correspondía al ámbito de la salud. Generalmente, se trata de una tensión que se inscribe en el marco de una discusión más amplia sobre el rol y los límites del Estado, así como su vinculación con problemáticas sociales más generales. Esta tensión se expresa claramente en los conflictos y resistencias que generaron las leyes de obligatoriedad de la vacunación. Así, en la medida en que se fueron implementando en diversos países, también se fueron formando las primeras asociaciones contra esta medida. Entre las asociaciones antivacunación más destacadas se encuentran la Anti-Compulsory Vaccination League (1867) y la National Anti-Vaccination League (1896) en el Reino Unido, la Ligue Universelle des Anti-vaccinateurs en Francia (1885), y la Anti Vaccination Society of America en EE. UU. (1879). En Holanda se formó una agrupación compuesta principalmente por clérigos llamada Bond ter Bestrijding van Vaccinedwang en 1881 (BLUME, 2006).

Los ecos de las ligas antivacunación, especialmente la inglesa, llegaron a América Latina aunque varios años más tarde y no con el mismo nivel de organización. En Brasil, la Liga Contra a Vacina Obrigatória participó en la Revuelta de la vacuna de Río de Janeiro en 1904, mientras que en Chile el pintor Alfredo Helsby realizó algunas publicaciones autopromoviendo «corresponsal de la Liga Antivacunista de Inglaterra», y en 1911 se formó en Uruguay la «Liga Latino-Americana pro Libertad de Vacunación».

Además de la argumentación contra la obligatoriedad de la vacunación, algunas de estas agrupaciones también planteaban dudas sobre su eficacia y los problemas asociados a la técnica misma y su aplicación. En ese entonces la mayoría de los países no estaba en condiciones de asegurar ni la producción ni la distribución masiva, incluso, en muchos casos ni siquiera una calidad mínima. Además, con la técnica utilizada del «brazo a brazo»<sup>4</sup> también se podían transmitir otras enfermedades como la sífilis, por lo que en muchos casos se utilizaban niños, generando la desconfianza de los padres. Por otra parte, algunos debates médico-científicos se relacionaban con que las primeras leyes se implementaron cuando todavía reinaba la teoría miasmática, y recién a fines del siglo XIX, en pleno debate, avanzarían la microbiología y la explicación del contagio de las enferme-

<sup>4</sup> La técnica «brazo a brazo» consistía en tomar pus de la pústula de un enfermo de viruela leve e introducirla en una persona sana.

dades por microorganismos. Por último, en algunos lugares, el discurso de obligatoriedad y el intervencionismo en materia de salud fueron vistos como parte de lo que se denomina «medicalización de la sociedad», que, siguiendo a FOUCAULT, se entiende como «el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesen englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina» (1999b: 122). Este autor también se pregunta si muchas de las resistencias populares a las medidas de salud implementadas por el Estado han estado relacionadas con este proceso de medicalización sin límites.

A continuación, para dar cuenta de algunas de estas tensiones relacionadas con la obligatoriedad de la vacunación, se analizan brevemente los casos del Reino Unido, Brasil y Chile, poniendo la implementación de esta medida en sus contextos de aplicación y mostrando cómo la oposición a esta medida tuvo desarrollos y resoluciones diferentes en distintos contextos sociopolíticos.

#### *Nuevas formas de ejercer ciudadanía: el caso del Reino Unido*

Uno de los casos más emblemáticos sobre la resistencia a la obligatoriedad de la vacunación fue el proceso que se desarrolló en el Reino Unido desde mediados del siglo XIX hasta principios del XX, donde se formaron algunas de las ligas antivacunación más importantes.

La primera vez que se reguló la vacunación en el Reino Unido fue a través del *Vaccination Act* de 1840, que estipulaba la vacunación gratuita para los pobres. La obligatoriedad vino posteriormente de la mano de una ley de 1853, que establecía la vacunación obligatoria para todos los menores de tres meses, responsabilizando a los padres de su cumplimiento, quienes podían ser multados o enviados a prisión en caso de infracción. Una nueva ley de 1867 ampliaría el alcance de las anteriores al establecer la vacunación obligatoria para todos los menores de 14 años, creando, además, una autoridad local, el *vaccination officer*, para coordinar las aplicaciones y notificaciones (PORTER y PORTER, 1988).

Si bien el Reino Unido contaba con asociaciones que previamente se habían opuesto públicamente a la vacunación, las leyes de obligatoriedad impulsaron aún más su resistencia. Ya desde la ley de 1853 aparecieron las primeras asociaciones contra la obligatoriedad de la vacunación que

buscaban abolir la ley. Cuando se promulgó la ley de 1867 se fundó la Anti-Compulsory Vaccination League, y posteriormente, en 1874, se creó la National Anti-Compulsory League, y en 1880, la London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination, todas las cuales confluyeron en 1896 en la National Anti-Vaccination League (PORTER y PORTER, 1988). También fue conocido el movimiento antivacunación generado en la ciudad de Leicester, donde la prevención de la viruela se basó principalmente en un método que ponía el acento en evitar la diseminación de la enfermedad mediante aislamiento y notificaciones tempranas, pero no en la vacunación (FENNER *et alii*, 1988).

Las organizaciones antivacunación británicas pusieron el foco en el atropello del Estado respecto a los derechos y libertades individuales. En un claro discurso de corte liberal, reclamaban que las personas pudieran decidir «libremente» sobre las cuestiones fundamentales de su vida, como su salud o la de sus hijos, argumentando que el Estado no tenía poder para legislar sobre el cuerpo de un hombre sano. Tal como destaca la historiadora Nadja DURBACH (2002), el lenguaje asociado a derechos y a ciudadanía que utilizaban las organizaciones antivacunación expresaba la conformación de un sujeto moderno que era consciente de su rol político y productivo. Esto puede verse claramente en sus propias publicaciones, creadas para expresar su opinión y ejercer influencia en la opinión pública, ya que no estaban de acuerdo con el trato que recibían en los diarios tradicionales. Un ejemplo es la revista *Vaccination Inquirer and Health Review*, que salió por primera vez en 1879, y donde pueden leerse opiniones respecto a la ley de obligatoriedad de la vacunación como la siguiente:

En otoño, se espera que un nuevo Parlamento sea elegido y, cuando los candidatos apelen al sufragio popular, será tarea de los electores interrogarlos libremente sobre este tema y sobre otras cuestiones. Este folleto puede ayudarlos con una mejor información y un juicio fundamentado, y deberán recordar que la primera y principal pregunta no es sobre el mejor tratamiento médico para la prevención y cura de la viruela, sino si toda la comunidad debería ser coaccionada en la adopción de una teoría médica particular, no obstante, muchos puedan tener convicciones de su naturaleza perjudicial<sup>5</sup> (*Vaccination Inquirer and Health Review*, 1879a: 14).

5 Traducción propia.

Uno de los aspectos más interesantes del caso británico fue el de la «objección de conciencia». Si bien el *lobby* ejercido en el Parlamento británico y la acción de las ligas antivacunación no alcanzaron para derogar la ley de obligatoriedad, en 1898 lograron que se introdujera una cláusula de objeción de conciencia. Así, los padres que no cumplían con la ley podían recurrir a esta cláusula para solicitar un certificado de excepción, el que debía ser entregado por un magistrado que determinaba si era aplicable al caso, diferenciando entre «objectores honestos» y «padres negligentes» (DURBACH, 2002; PORTER y PORTER, 1988).

Tal como señala DURBACH (2002), a partir de esta cláusula se desplegó un interesante debate, ya que puso en discusión la igualdad de condiciones que tenían los ciudadanos para obtener este certificado de excepción. Como muchos de los solicitantes eran personas de clase trabajadora y la mayoría eran mujeres, se generó una discusión pública sobre la legitimidad que tenían estos grupos para ser «reales» objetores de conciencia y, por lo tanto, ejercer este derecho. Muchos jueces y parlamentarios pusieron en duda la independencia de estos grupos para hacer elecciones médicas y éticas por sí mismos, así como la conveniencia de considerar a las mujeres como objetoras, ya que la custodia de los hijos correspondía a los padres. Frente a esto, las ligas antivacunación apelaron a la igualdad de derechos de todos los grupos sociales. La objeción de conciencia y la libertad de elegir respecto a la salud de sus hijos era un tema que se vinculaba con su estatus de ciudadanos ingleses. Estos argumentos fueron parte del discurso de los grupos antivacunación, incluso antes de la inclusión de esta cláusula:

Es especialmente deseable dirigir la atención del público hacia la cruel inequidad de la ley de vacunación existente. Ningún niño necesita ser vacunado si solo son pagadas las multas por el incumplimiento del rito. Un hombre rico paga estas multas con facilidad, pero en un hombre pobre se inflige un efecto aplastante, y entre pobres hay numerosos, inteligentes, conscientes e inflexibles antivacunadores (*VACCINATION INQUIRER AND HEALTH REVIEW*, 1879b: 1)<sup>6</sup>.

La expresión de ciudadanía y conciencia de derechos que señala DURBACH (2002) también se expresó en sus estrategias, las que pasaron, principalmente, por ejercer presión en el Parlamento y en todo tipo de re-

6 Traducción propia.

presentantes, además de buscar influir en la opinión pública. Finalmente, en 1907 se promulgó una nueva ley que permitía que cualquier persona, de cualquier clase o género, pudiera obtener un certificado de excepción para la vacunación sin tener que pasar por la decisión de un juez. De esta forma, aunque la ley de obligatoriedad no se eliminó, en la práctica perdió su carácter obligatorio (DURBACH, 2002; PORTER, 2005).

Aunque las ligas antivacunación británicas han sido ampliamente conocidas y ejercieron influencia en muchos otros países, sus estrategias y discursos no siempre pudieron ser replicados con éxito, tal como analizaremos en los casos de Brasil y Chile.

*La Revuelta de la vacuna en Brasil: resistencia  
a una modernización excluyente*

Uno de los casos más conocidos de resistencia popular a la vacunación es la llamada *Revolta da vacina*, producida en 1904 en Río de Janeiro, entonces capital de Brasil. En este caso, el rechazo a la vacunación fue la expresión de un descontento popular y de una disputa de la clase política nacional por la construcción de un nuevo modelo de Estado.

Después de que el Gobierno de Rodrigues Alves (1902-1906) declarara obligatoria la vacunación contra la viruela en 1904, se produjo una verdadera rebelión popular que se apropió de la ciudad durante una semana, con miles de personas que salieron a las calles a protestar contra la medida, formando barricadas, peleando organizadamente y cortando el transporte público. La represión policial fue brutal y el resultado fue de más de veinte muertos, cientos de heridos y miles de prisioneros (MOULIN, 1999). A pesar de este saldo negativo y de la movilización social generada, la ley de vacunación obligatoria se mantuvo y continuaron las campañas de vacunación.

Para comprender esta revuelta es necesario entender el contexto en el que fue aplicada esta medida. La ley se promulgó como parte de una serie de reformas que buscaban modernizar la capital brasilera y que tuvo tres pilares: el mejoramiento urbanístico y embellecimiento de la ciudad buscando su «europeización»; la modernización del puerto para dar mejor salida a las agroexportaciones y producción industrial, y, por último, la erradicación de enfermedades que eran un problema de salud y que tan mala fama le habrían dado a la ciudad (NEEDELL, 1987; TUELLES, 2009). Las

enfermedades como la fiebre amarilla, la peste bubónica y la viruela eran problemas graves para el país y, en especial, para Río de Janeiro. La ciudad había crecido espectacularmente con el consiguiente hacinamiento en los barrios pobres, que se habían situado en el centro histórico de la ciudad y se habían convertido en caldo de cultivo para las enfermedades.

Combatir estas enfermedades fue una parte importante del plan modernizador de Río, y, como cabía esperar de un Estado que se preciaba «moderno», esto se haría de la mano de los últimos avances científicos de Europa, en especial, de la microbiología pasteuriana. Al igual que en otras zonas de América Latina, el Gobierno de Brasil tomó las vacunas como un símbolo de modernización y encargó la tarea al director general de Salud Pública, Oswaldo Cruz, un médico reputado que había pasado por el Instituto Pasteur de Francia. El auge que había alcanzado la microbiología desde fines del siglo XIX, ampliamente difundida por la «escuela pasteuriana», reforzó una determinada visión de la salud pública que ponía el acento más en los aspectos científico-técnicos que en los factores sociales. Siguiendo este enfoque, las autoridades sanitarias brasileras concentraron sus esfuerzos en encontrar los microorganismos causantes de las enfermedades, así como en eliminar a sus portadores, dejando de lado los enfoques que ponen el acento en las condiciones socioeconómicas para explicar los problemas de salud de ciertos sectores.

Las primeras campañas de salud realizadas en este contexto fueron las de la fiebre amarilla y la peste bubónica, con un marcado carácter militarista y autoritario (TUELLS, 2009). Se crearon brigadas sanitarias que se encargaron de eliminar aguas estancadas donde podían crecer los mosquitos portadores, desinfectar calles de microorganismos y denunciar las viviendas en mal estado para derribar aquellas que no cumplieran con ciertos requisitos higiénicos. El derribo de edificaciones en el centro antiguo, que coincidió con el objetivo de reordenar y embellecer la ciudad, creó gran malestar en la población pobre, que de un día para el otro se vio en la calle y se tuvo que trasladar a las zonas periféricas, formando así las primeras favelas.

De esta forma, cuando se produjo un nuevo brote de viruela en 1904 y como respuesta Oswaldo Cruz propuso la promulgación de una nueva ley obligatoria<sup>7</sup>, ya había un clima de hostilidad hacia las medidas sanitarias

7 Con anterioridad se había promulgado una ley obligatoria contra la viruela en Brasil pero no tuvo efecto en la práctica.



emprendidas desde el Gobierno. El debate sobre la ley de obligatoriedad en el Congreso fue arduo y esto fue aprovechado por los grupos políticos opositores, especialmente los militares, para llamar a la revuelta.

La magnitud y la movilización que alcanzó de la revuelta contra la vacuna traspasan el hecho de la promulgación de esta ley. En primer lugar, NEEDELL (1987) destaca la importancia del contexto político previo al estallido, marcado por dos décadas de convulsiones, donde la lucha por la proclamación de la República y la abolición de la esclavitud habían acrecentado la violencia callejera, la politización de las clases medias y la división de las élites. En segundo lugar, confluyeron los intereses de diversos grupos, incluso antagónicos, que iban desde los opositores políticos a un Gobierno de carácter oligárquico, como estaba considerado el de Rodrigues Alves, a los militares que intentaron una rebelión; pasando por monárquicos que querían restaurar el régimen anterior; por estudiantes y personas de clase media que proclamaban la libertad de derechos; por trabajadores y los grupos más pobres de la ciudad que fueron los grandes afectados por las reformas urbanas, o por la Iglesia positivista, que, con ideas darwinianas, creía que no había que interferir en la adaptación y selección de los más fuertes. Muchos de los representantes de estas organizaciones también figuraban en la Liga contra la Vacuna Obligatoria del país (*ibid.*).

Tal como señala J. NEEDELL, esta revuelta ha sido muchas veces interpretada como una resistencia a la «modernización», sin embargo, el autor destaca que los opositores «no eran ‘antimodernistas’, sino más bien diferentes ‘modernizadores’, favoreciendo una senda mucho más radical e inclusiva que la oligarquía Paulista»<sup>8</sup> (1987: 247). En la misma línea apunta A. M. MOULIN (1999), quien señala que la revuelta popular, lejos de ser una resistencia a la «modernidad», fue un rechazo a una mala experiencia. Se trató de una medida impuesta a la sociedad civil de una manera violenta y verticalista. De esta forma, la *Revolta da Vacina* de Río de Janeiro muestra cómo la vacunación se convirtió en el símbolo de un modelo de modernización que fue rechazado por ciertos sectores sociales.

8 Traducción propia.

*La obligatoriedad de la vacuna en Chile: la dimensión política del debate*

La obligatoriedad de la vacuna también fue un tema controvertido en Chile. A pesar de que la viruela había sido uno de los principales problemas de salud desde la época de la colonia, concretar una ley de vacunación obligatoria fue un proceso complejo y muy resistido, principalmente en el ámbito político. La característica del caso chileno es que el debate se llevó a cabo principalmente a nivel parlamentario entre quienes abogaban por la necesidad de que interviniera el Estado para proteger la salud de la población y quienes consideraban esto como un atropello a las libertades individuales. Y si bien hubo algunas formas de resistencia activa por parte de algunos ciudadanos, en ningún caso se llegaron a formar organizaciones con la fuerza de la National Anti-Vaccination League británica o revueltas populares como en Río de Janeiro.

La propuesta de una ley de vacunación obligatoria fue presentada en 1877, generando un arduo debate en el Congreso de Diputados y en el Senado, que finalmente concluyó en 1882 con el rechazo a este proyecto (URTUBIA, 2006). Sin embargo, solo unos años más tarde, en 1887, el presidente Balmaceda decretaría una ley de vacunación obligatoria para los recién nacidos, aunque habría que esperar hasta 1918 para que se promulgara una ley que abarcara a toda la población. Así, desde que se rechazara la primera propuesta de ley de vacunación obligatoria hasta que se alcanzó una ley de carácter universal pasaron cerca de cuarenta años, donde se produjeron relevantes transformaciones de la sociedad chilena. Esto se vio reflejado en el debate sobre la obligatoriedad de la vacunación, que trascendió el ámbito sanitario para adoptar una clara dimensión política, donde diversos actores políticos y sociales disputaron los límites y alcances que debía tener el Estado en la protección social.

Un aspecto fundamental para comprender las posturas de este debate y el rechazo inicial a esta ley es que en Chile, a fines del siglo XIX, la salud era considerada como un problema individual y privado de las personas. Quienes no podían costearse atención médica quedaban en manos de la Beneficencia, que estaba a cargo de una oligarquía filantrópica, católica y de «espíritu caritativo» que controlaba los hospitales, lazaretos y asilos, y el rol del Estado en materia de salud era mínimo y más bien subsidiario de la Beneficencia (CAMUS y ZÚÑIGA, 2007; URTUBIA, 2006). La oposición al proyecto de ley de vacunación obligatoria vino tanto de los sectores más conservadores acostumbrados a manejar la Beneficencia pública

como de los liberales más radicales, quienes entendían que el Ejecutivo se estaba extralimitando en sus funciones y era necesario limitarlas. Tal como señala URTUBIA respecto a esta postura: «En el fondo, la batalla no es contra la vacuna en sí, pues todos están de acuerdo en que puede ser un beneficio para los más desposeídos, sino que la guerra va en contra del autoritarismo del Ejecutivo, en una búsqueda de frenar sus extendidas facultades en aras de generar un equilibrio en donde el Parlamento tuviera una parte importante del poder» (2006: 191)

Como respuesta, quienes abogaban por la necesidad de implementar esta medida, entre ellos un estrato de profesionales médicos que tuvieron una participación política relevante, respondían al tema de las libertades individuales, contraponiéndolas con la necesidad de defender el bien general. Así puede verse en esta intervención del Dr. Murillo en 1883, que pone el acento en la discusión central del debate: el tema de los límites a libertad individual y el rol del Gobierno para garantizar el funcionamiento de la sociedad:

[...] séame permitido observar que por todas partes veo a la libertad restringida, reglamentada i limitada.

Veo a los países mas libres de la Europa, como son la Inglaterra i la Suiza, orgullosos de su libertad, adoptar la vacunacion obligatoria, i tomar medidas severas para asistir a los variolosos e impedir el contagio.

Veo en muchos Estados limitada la libertad del padre de familia, porque se les prohíbe enviar a sus hijos a los talleres hasta que no tenga cierta edad. Veo que los pueblos civilizados dictan reglamentos que restringen casi todas las libertades.

Las cuarentenas están vijentes en casi todas partes.

El servicio militar es obligatorio, tambien, en la mayor parte de las naciones civilizadas. [...]

Sostengo que nadie tiene derecho para ser un foco de infeccion que perjudique al vecino, i que la autoridad debe velar por el derecho de terceros. La sociedad se ha constituido por el bien i para el bien; los gobiernos para defender a la sociedad (MURILLO, 1883: 25-26).

El proyecto de ley fue rechazado en 1882 por una amplia mayoría de diputados, a pesar de que miles de personas morían cada año por causa de la viruela<sup>9</sup>. Sin embargo, la situación social de Chile exigía cambios, ya que

9 María Angélica ILLANES (1993) recoge algunas estadísticas de muertes por viruela en aquellos años. Por ejemplo, en 1872 fallecieron 6.324 personas en los lazaretos; no había datos de las defunciones en los domicilios. Solo en Santiago murieron 2.549 personas en la epidemia

el país estaba embarcado en una serie de transformaciones que requirieron afrontar de otra forma las problemáticas sociales, especialmente para frenar los conflictos y las demandas obreras que estaban en ciernes. Tal como señalan LAVAL y DARDOT, este fue un problema general del liberalismo dogmático que entró en crisis dada «la necesidad práctica de la intervención gubernamental para hacer frente a las mutaciones del capitalismo, los conflictos de clase que amenazaban la «propiedad privada» y las nuevas correlaciones de fuerza internacionales» (2013: 31).

De esta forma, un sector del liberalismo comprendió la necesidad de encarar reformas sociales para prevenir conflictos mayores. Así, algunos presidentes liberales como Domingo Santa María (1881-1886) y José Manuel Balmaceda (1886-1911) comenzaron a tomar medidas centralistas y reformadoras en ámbitos clave como el de la salud; por ejemplo, en 1889 se creó el Consejo Superior de Higiene, «el primer hito significativo del proceso de centralización de la institucionalidad sanitaria en Chile» (MOLINA BUSTOS, 2004: párr. 59). En el contexto de estas transformaciones, Balmaceda decretó en 1887 la primera ley de vacunación obligatoria, aunque limitada solo a los recién nacidos (CABRERA, 2012). Esta vez la ley no pasó por el Congreso, acelerando, así, el trámite, pero aumentando la tensión con los sectores liberales más dogmáticos y con los sectores conservadores, que, en general, rechazaban las reformas de Balmaceda. El conflicto entre el Ejecutivo y el Congreso excedió estas medidas puntuales y se fue acrecentando hasta tal punto que derivó en la guerra civil de 1891, que finalizaría con la derrota de Balmaceda.

La obligatoriedad de la vacunación de carácter universal se haría realidad muchos años más tarde, en 1918, cuando se dicta el primer Código Sanitario (Ley N.º 3385), expresando una nueva etapa del compromiso del Estado con la salud de toda la población. «La Ley N.º 3.385 puede considerarse, entonces, como una de las más importantes de la historia de la medicina chilena por su carácter de hito fundacional de la medicina social» (CAMUS y ZÚÑIGA, 2007: 159). Así, aunque este compromiso se venía abriendo paso desde finales del siglo XIX, se profundizaría especialmente a partir de los años veinte. Los cambios económicos que trajo el fin de la Primera Guerra, la crisis del salitre y el impacto de la Revolución rusa, entre otros factores, activaron aún más la organización del movimiento obrero

---

de 1876 y después del rechazo de la ley obligatoria continuaron e incluso aumentaron las muertes; en 1886 fallecieron 7.788 personas.

y tensionaron a la clase dirigente. En este período se inició una etapa de ampliación de las leyes sociales, aunque sin modificar el orden político y económico existente (ILLANES, 1993).

Es en este contexto que se determinó que la vacunación contra la viruela sería obligatoria para toda la población y para todo el territorio chileno, lo que quedó estipulado en un par de artículos de esta ley, siendo el principal el n.º 57.

Recibirán la vacunación anti-variólica todos los habitantes de la República en el primer año de la vida, y la revacunación en el décimo y en vigésimo respectivamente.

Recibirán, asimismo, el virus anti-variólico, dentro del primer año, a contar desde el día en que empiece a regir este Código todas las personas que en esa fecha no hubieren sido vacunadas o revacunadas respectivamente (Ley N.º 3.385, Código Sanitario, 1918).

La vacunación obligatoria fue una medida más entre otras más generales que apuntaban a la organización y la dirección de los servicios sanitarios, entre ellos, la Oficina Central de la Vacuna.

Con este recorrido puede vislumbrarse cómo la ley de obligatoriedad de la vacunación en Chile estuvo ligada a las discusiones políticas sobre el rol del Estado en la protección social en general y de la salud en particular. Los debates políticos que suscitó esta ley dan cuenta de las transformaciones sociales que tuvo Chile en ese período, reflejando la crisis de un modelo de Estado que ya no podía dar respuesta a las crecientes tensiones sociales y que transitó hacia una ampliación de los derechos sociales, entre ellos, el de la salud.

### *Conclusiones*

El análisis de los conflictos generados en torno a la ley de obligatoriedad de la vacunación pone de relieve las dimensiones política y social que ha tenido esta medida desde sus inicios. Dimensiones que se hacen más visibles en los conflictos y que, como se ha analizado en los casos del Reino Unido, Brasil y Chile, tienen un desarrollo y una resolución diferentes en cada lugar y momento.

En el caso británico la discusión estuvo marcada por la acción de las ligas antivacunación, que fueron formas de organización de la sociedad civil que dan cuenta de un sujeto moderno, con un discurso y unas es-

trategias que estaban planteadas desde la exigencia de derechos, y de una conciencia de ciudadanía en el marco de una sociedad liberal. El debate planteado en la sociedad británica se canalizó por vías institucionales, a través del Parlamento, brindándose una solución legal al conflicto con la implementación de una cláusula de conciencia, que en la práctica dejó sin efecto la obligatoriedad.

Algo muy diferente sucedió en el caso de Brasil, donde la vacunación obligatoria fue parte de un plan de modernización impuesta desde el Estado de una forma verticalista, autoritaria y excluyente, que desembocó en una disputa política y en un llamado de la oposición y de distintos sectores sociales a una revuelta popular. La vacuna se transformó en un símbolo de este modelo y el descontento tomó las calles. La respuesta del Gobierno fue una brutal represión policial y se impuso la ley de vacunación obligatoria.

Finalmente, en Chile no hubo ligas antivacunación con la fuerza y el nivel de organización de las británicas, ni tampoco revueltas populares. El debate sobre la ley se dio principalmente en el Congreso y entre grupos de la élite política con distintas concepciones sobre el rol del Estado. Como vimos, la ley que inicialmente había sido rechazada en nombre de las libertades individuales muy pronto sería impuesta por decreto, dando cuenta del surgimiento de nuevos actores sociales que reclamaban una mayor injerencia del Estado ante la situación social y sanitaria chilena. Así, la discusión sobre la vacuna y su legislación reflejó la crisis del liberalismo y la transición hacia un «Estado social».

Los casos analizados muestran que salir de la historia de los grandes hitos de innovación para centrarse en los contextos de aplicación de la vacunación pone de relieve que este debate ha estado históricamente atravesado por dimensiones sociopolíticas que exceden el ámbito técnico-sanitario. Sin duda, tener en cuenta estas dimensiones puede ser fructífero para el análisis de las actuales controversias sobre vacunas, las que en diversos países han vuelto a revivir el debate sobre la obligatoriedad de esta medida en el siglo XXI.

Bibliografía

- ASTASIO, P. y ORTEGA, P. (2010). «Vacunas, una historia fascinante». En BOUZA, E.; PICAZO, J. y PRIETO, J. (eds.). Madrid: Kos.
- BLUME, S. (2006). «Anti-vaccination movements and their interpretations». *Social science & medicine* (1982), 62(3): 628-642.
- CABRERA, M. J. (2012). «Obligar a vivir o resignarse a morir». En ZÁRATE, M. S. (ed.). *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile* (pp. 35-80). Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- CAMUS, P. y ZÚÑIGA, F. (2007). «La salud pública en la historia de Chile». *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 17(2).
- DURBACH, N. (2002). «Class, gender, and the conscientious objector to vaccination, 1898-1907». *Journal of British Studies*, 41: 58-83.
- EDGERTON, D. (2004). «De la innovación al uso: diez tesis eclécticas sobre la historiografía de las técnicas». *Quaderns d'història de la lenginyeria*, VI: 1-23.
- ENNER, F.; HENDERSON, D. A.; ARITA, I.; JEZEK, J. y LADNYI, I. D. (1988). *Smallpox and its eradication*. Switzerland: OMS.
- FOUCAULT, M. (1999a). «La política de la salud en el siglo XVIII». En *Estrategias de Poder. Obras esenciales Volumen II*. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, M. (1999b). «Nacimiento de la medicina Social». En *Estrategias de Poder. Obras Esenciales. Volumen II*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2008). *Seguridad, territorio y población. Curso del Collège de France (1977-1978)*. Madrid: Akal.
- ILLANES, M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX*. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.
- LAVAL, C. y DARDOT, P. (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.
- LEY N.º 3.385, CÓDIGO SANITARIO (1918). Disponible en: <<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=169255>> (acceso: 25-2-2018).
- MOLINA BUSTOS, C. (2004). «Sujetos sociales en el desarrollo de las instituciones sanitarias en Chile: 1889-1938». *Polis: Revista Latinoamericana*, 9.
- MOULIN, A. M. (1992). «Patriarchal Science: The network of the overseas Pasteur Institutes». En PETITJEAN, P.; JAMI, C. y MOULIN, A.-M. (eds.). *Science and Empire* (pp. 307-322). Kluwer Academic Publishers.

- MOULIN, A. M. (1999). «Premiers vaccins, premières réticences». *Pour la Science*, 264: 12-15.
- MURILLO, Adolfo (1883). *Vacunación obligatoria. Discurso pronunciado en la Cámara de Diputados*. Santiago de Chile.
- NEEDELL, J. (1987). «The Revolta Contra Vacina of 1904 : The Revolt against «Modernization» in Belle-Époque Rio de Janeiro». *The Hispanic American Historical Review*, 67(2): 233-269.
- PORTER, D. (2005). *Health, Civilization and the State. A history of public health from de ancient to modern times*. New York: Routledge.
- PORTER, D. y PORTER, R. (1988). «The politics of prevention: anti-vaccinationism and public health in Nineteenth-Century England». *Medical History*, 32(3): 231-252.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1992). *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*. Madrid: Akal.
- The Vaccination Inquirer and Health Review* (1879a, abril). «Government prosecution for medical heresy», 1.
- The Vaccination Inquirer and Health Review* (1879b, abril). «To our readers», 1.
- TUELLS, J. (2009). «La "Revolta da vacina" en Río (1904): Resistencia violenta a la ley de vacunación obligatoria contra la viruela propuesta por Oswaldo Cruz». *Vacunas*, 10(4): 140-147.
- URTUBIA, F. (2006). «Vacunación forzosa versus libertades individuales: la controversia parlamentaria en torno al proyecto de Ramón Allende Padín. 1876-1882». *Anales chilenos de la historia de la Medicina*, 16(2).



# DE VACUNAS E INFLUENZAS: POLARIZACIÓN Y DESENCUENTROS TÉCNICOS E IDEOLÓGICOS

Eduardo L. Menéndez

*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. CIESAS*

**Resumen:** Considero que uno de los problemas metodológicos y sobre todo ideológicos que observamos actualmente respecto de los procesos de salud/enfermedad es la fuerte polarización que se da entre las interpretaciones, críticas y propuestas que realizan diferentes actores sociales respecto de determinados problemas y procesos. En este texto analizaré los desencuentros y oposiciones que se dieron en torno a la epidemia de influenza A (H1N1) que se desarrolló en 2009-2010 a través de la defensas y de las críticas que se organizaron alrededor de los usos de vacunas y antivirales para llegar a algunas conclusiones sobre el significado de dichas oposiciones.

**Palabras clave:** epidemias, posverdad, relaciones sociales, vacunas.

*Of vaccines and influenza: Technical and ideological polarization and disenrollments*

**Abstract:** I think that one of the methodological and, specially, ideological problems that we are currently facing with regard to health/disease process, is the strong polarization between the interpretations, criticisms and proposals made by different social actors in relation to certain problems and processes. In this paper, I will analyze the disagreements and oppositions that occurred around the epidemic of influenza A (H1N1) that was developed in 2009/2010. I will do it through the defense and the criticisms that were organized around the use of vaccines and antivirals, in order to reach some conclusions about the meaning of these oppositions.

**Keywords:** epidemics, post truth, social relations, vaccines.

Considero que uno de los problemas metodológicos y sobre todo ideológicos de las ciencias antropológicas y sociales actuales, pero también de la medicina social y de la salud pública, es la fuerte tendencia a la polarización de interpretaciones y propuestas que observamos respecto de casi todo proceso económico, político o cultural. Y, especialmente, de los referidos a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante, procesos de *s/e/a-p*). Los cuales suelen ser leídos por diferentes sujetos y grupos, no solo en forma opuesta, sino contradictoria, a partir de posiciones teórico/ideológicas preestablecidas, que frecuentemente no son explicitadas por los analistas. Por lo tanto, en este trabajo analizaré los distanciamientos y oposiciones que se dieron en torno a la epidemia de influenza A (H1N1) que se desencadenó en México en 2009, observando los discursos/narrativas/representaciones sociales que toda una variedad de sujetos/actores sociales, organizados en dos grupos, generaron respecto de los usos de vacunas y antivirales<sup>1</sup>. Pero además, observando estas oposiciones a través de las interpretaciones y acciones que se generaron respecto del retorno de enfermedades infectocontagiosas que habían sido controladas —por lo menos, en la mayoría de los países desarrollados—, y el papel de las vacunas; discusión que se incrementó a raíz de las polarizaciones gestadas en torno a la nueva influenza tipo A.

A finales de abril de 2009, México declaró la alerta sanitaria ante el surgimiento de una nueva influenza que estaba cobrando características epidémicas, y que, en pocos días, sería definida como A(H1N1). El Gobierno y el sector salud mexicanos aplicaron de inmediato una serie de medidas preventivas inéditas para México, que supusieron el cierre durante casi tres semanas de las instituciones educativas en los tres niveles formativos, así como de cines, teatros, estadios de fútbol, misas religiosas, restaurantes y otras actividades de servicio. Pero los criterios utilizados para la declaración de epidemia, y, más tarde, de pandemia, la tardanza en informar a la población mexicana, a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y a los países miembros de esta, la inicial atribución incorrecta de un alto número de muertos a la nueva influenza, así como el tipo de medidas preventivas aplicadas, fueron dura y constantemente criticados, hasta

1 Este trabajo se basa en el análisis de los artículos publicados sobre la influenza A (H1N1) en 28 revistas médicas mexicanas durante 2009, 2010 y 2011, y de todo el material periodístico publicado al respecto por los periódicos *La Jornada* y *Reforma* entre 2009 y 2017, complementado con el material de tres revistas de opinión para el mismo lapso.

considerar, inclusive, que la nueva influenza no existía y que constituía un hecho exclusivamente mediático impulsado por el Gobierno a través del sector salud.

Frente a estas y a otras críticas, la Secretaría de Salud de México, la OMS y otras instituciones defendieron lo actuado por México a través de argumentos técnicos que dieron lugar a una fuerte polarización entre los que cuestionaban y los que apoyaban las acciones del sector salud mexicano y de la OMS (MENÉNDEZ, 2014, 2015). En estas discusiones se involucraron por una parte los más altos funcionarios del sector salud mexicano y de las organizaciones internacionales, especialmente la OMS, así como el presidente de México, salubristas y especialistas en enfermedades infectocontagiosas del sector salud mexicano, así como los responsables del sector de otros países, especialmente de Estados Unidos. Y, por otra, representantes de la medicina social crítica nacionales y extranjeros, periodistas nacionales especializados en procesos de *s/e/a-p*, y una gran variedad de intelectuales que opinaron en periódicos y revistas populares y académicas sobre un problema que —hasta ese momento— no parecía interesarles demasiado, por lo menos a través de sus publicaciones<sup>2</sup>. En el primer grupo, el principal criterio de inclusión fue la defensa de lo actuado por el sector salud mexicano y la OMS, mientras que en el segundo fue la crítica a dichos desempeños la que los unificó.

### *Desencuentros, polarizaciones y medicamentos*

La polarización interpretativa entre estos dos sectores respecto de las vacunas se expresó a través de muy diferentes aspectos. Como sabemos, la biomedicina, y, especialmente, el salubrismo, considera las vacunas como el principal medio para prevenir enfermedades infectocontagiosas, y, por lo tanto, trata de impulsar el diseño y aplicación de vacunas para prevenir y reducir los efectos de numerosas enfermedades; incluidas las que operan exclusivamente en ciertas regiones marginadas, como, por ejemplo, es el caso de la melioidosis, que en Tailandia constituye la tercera causa de muerte por enfermedades contagiosas, y respecto de la cual recientemente

<sup>2</sup> Entre el 24 de abril y el 31 de julio de 2009 se publicaron en los periódicos *La Jornada* y *Reforma* 179 artículos firmados por destacados intelectuales mexicanos subrayando la fuerte presencia en estos *desencuentros*.

investigadores de la Universidad de Exeter (Reino Unido) diseñaron una vacuna para prevenirla. Lo cual, si bien ha ocurrido, constituye, según los críticos, un hecho casi excepcional, dado que los investigadores y la industria químico/farmacéutica (IQ/F) no se dedican a diseñar y producir vacunas para las enfermedades que operan en forma local en los países que antes se denominaban del Tercer Mundo, sino para las sociedades que tienen capacidad de compra.

Las vacunas, según los epidemiólogos, evitan miles de muertes y millones de casos de enfermedades; según analistas, en los países pobres, las vacunas infantiles habrían salvado 20 millones de vidas, prevenido 500 millones de casos de enfermedad, y 9 millones de casos de discapacidad entre 2001 y 2016 (OZAWA *et alii*, 2017). A su vez, la OMS, en 2016, sostuvo que la inmunización previene cada año entre dos y tres millones de defunciones por difteria, tétanos, tos convulsa, y sarampión. Pero, además, las vacunas son posiblemente el instrumento médico más valioso en términos de costo/beneficio, y, según OZAWA *et alii* (2017), las vacunas habrían ahorrado durante el lapso señalado 350.000 millones de dólares en costos de atención de las enfermedades, sosteniendo que prevenir es más barato que atender los padecimientos.

Médicos sin Fronteras apuntó en 2016 que cada año mueren 1.500.000 niños por enfermedades que podrían fácilmente evitarse con vacunas aplicadas durante el primer año de vida. En el caso de México, en la temporada invernal 2016-2017, se detectaron 3.705 casos de influenza y hubo 285 defunciones por dicha enfermedad, y, según el sector salud, ocho de cada diez enfermos de influenza no se habían vacunado (*LJ*, 18-3-2017). Lo cual es refrendado constantemente por estudios realizados en Estados Unidos, donde se concluye que las consecuencias de la influenza son mucho más severas entre los no vacunados. En dicho país, según una encuesta aplicada en 2015 a 3.000 médicos, el 92% consideró que el retorno del sarampión se debió a que los padres no vacunaron a sus hijos.

En general, los epidemiólogos y los médicos especialistas, en particular los pediatras, consideran que la reaparición de toda una serie de enfermedades infectocontagiosas —y no solo del sarampión— se debe a la falta de vacunación; y así, la tos convulsa, la escarlatina, la parotiditis, la rubéola, la difteria y la varicela tendrían relación con la falta de vacunación; más aún, los pediatras norteamericanos atribuyen el fallecimiento por influenza de la mayoría de los niños y adolescentes a que no estaban vacunados (FLANNERY *et alii*, 2017). Ellos señalan que, en gran medida,

esta caída de las tasas de vacunación se debe al gran éxito de las vacunas, dado que los niños ya no mueren por *muertes evitables*, tal como ocurría antes del desarrollo y uso de las vacunas. Aseveración, y lo subrayo, que ha sido constantemente cuestionada.

Pero, además, los especialistas sostienen que muchas vacunas, incluida la de la influenza estacional, aumentarían la inmunidad contra varios tipos de cepas, inclusive protegerían de la neumonía (OSHANSKY, 2014). Es más, investigadores europeos prometieron en 2014 el diseño de una vacuna universal contra la influenza. Ahora bien, la mayoría de los investigadores y salubristas no niegan determinadas consecuencias negativas de las vacunas, considerándolo un hecho preocupante, pero, no obstante, secundario comparándolo con los beneficios de estas. Y sobre todo, proponiendo que dichos problemas tienen solución con la mejora de la seguridad y eficacia de las vacunas.

Además, los salubristas, y especialmente la OMS, ponderan un hecho del proceso vacunatorio, y me refiero a la solidaridad social que implica la vacunación; ya que parten del supuesto de que la inmunización colectiva evita no solo la enfermedad en el sujeto vacunado, sino que crea espacios sociales libres de contagio. Es decir, al protegerme, protejo a los demás, constituyéndose en un proceso de solidaridad colectiva, más allá de que los sujetos tengan o no conciencia de ello. Por lo cual lo necesario es hacerlo consciente.

Las consideraciones y propuestas técnicas e ideológicas enumeradas respecto de las vacunas han sido apoyadas por la OMS y sus oficinas regionales, UNICEF, los sectores de la salud de la casi totalidad de los países, así como la mayoría de las asociaciones médicas; pero, y lo subrayo, también por la mayoría de la población de por lo menos los países desarrollados y medianamente desarrollados, más allá de sus orientaciones políticas. Y por eso, por ejemplo, en países donde la vacunación ha dejado de ser obligatoria, como es el caso de España, la gran mayoría de la población se vacuna voluntariamente. Reiterados estudios realizados en Estados Unidos concluyen que, pese al desarrollo del movimiento antivacunas, la mayoría de la población no solo se vacuna sino que apoya la vacunación, tal como ocurrió nuevamente en México durante la epidemia de A(H1N1) (VEGA FRANCO, 2009).

Estos presupuestos y adhesiones contrastan con lo sostenido por toda una serie de analistas respecto de lo ocurrido con las vacunas durante dicha epidemia, ya que habría generado toda una serie de consecuencias

negativas. Y al respecto, varios de los críticos recordaron lo ocurrido con la epidemia de influenza tipo A desarrollada en Estados Unidos en 1976, y que dio lugar a centenares de casos del síndrome de Guillain-Barré, síndrome que fue buscado durante 2009-2010 por los críticos en el caso de México, pero sin encontrarlo. Ahora bien, según una parte de los críticos, casi toda vacuna generaría algún tipo de padecimiento; y así, las diferentes vacunas han sido acusadas de generar asma infantil, sangrado de retina, síndrome de mortalidad súbita infantil, meningitis, daño cerebral, muerte en adolescentes, narcolepsia, desarrollo de sexualidad precoz, y, en el caso de varias —incluida la de la influenza—, de generar la propia enfermedad contra la que se vacuna.

Considero que el momento culminante de este tipo de críticas contra las vacunas lo constituyó la publicación en la revista *The Lancet* en 1998 del estudio realizado por el Dr. Andrew Wakefield según el cual la vacuna triple (contra sarampión, paperas y rubéola) produciría un nuevo síndrome que combina síntomas gastrointestinales y autismo, y que fue recordado, a su vez, por los defensores de la vacuna contra la nueva influenza. Fueron trabajos publicados en el *British Medical Journal (BMJ)* entre 2009 y 2015 los que analizaron y denunciaron con mayor profundidad este fraude (COHEN Y CARTER, 2010), y cuyos argumentos fueron reproducidos por los medios:

Estudios posteriores demostraron una y otra vez que no existía relación entre las vacunas y el autismo. El asunto dio un vuelco en 2004, cuando B. Deer, periodista de *The Times*, tras entrevistar a las familias de los niños participantes en el estudio, publicó que el trabajo había sido un fraude orquestado voluntariamente por Wakefield, quien había recibido financiamiento de abogados que pretendían demandar a las farmacéuticas, entre otras cosas (*Público*, 22-6-2011).

Estas críticas condujeron a que el Consejo General de Médicos del Reino Unido realizara una auditoría que lo llevó a concluir el 28 de enero del 2011 que el gastroenterólogo Andrew Wakefield había actuado en forma deshonesto e irresponsable en la realización de su estudio, inhabilitándolo de por vida para ejercer la medicina.

Pero pese a esta decisión ampliamente difundida, la influencia de este estudio continuó hasta la actualidad, ya que Wakefield, inclusive a través de textos y de películas, no solo siguió insistiendo en la relación vacuna triple/autismo, sino que acusó constantemente a los defensores de las va-

cunas de oponerse a toda discusión sobre las consecuencias negativas de estas, señalando la intolerancia de estos sectores y su falta de autocrítica. Lo cual ha sido uno de los argumentos más fuertes del movimiento anti-vacunas.

Ahora bien, estos y otros cuestionamientos se caracterizan por tener muy diferentes orientaciones, que organizamos en cuatro grupos, que —y lo aclaro— constituyen construcciones provisionales. El primero cuestiona las vacunas porque generan o pueden generar enfermedades; por la falta de *seguridad* en el diseño y aplicación de las vacunas; porque las vacunas se aplican cada vez más a más grupos de edad y de riesgo; porque se ha ampliado cada vez más el número de vacunas pasando en pocos años de 6 a 11 y hasta 14 vacunas recomendadas, siendo varias de ellas obligatorias en muchos países. Porque las vacunas no dan inmunización a todos los sujetos vacunados, siendo en algunos casos la inmunización relativamente baja. Es decir, los agrupamos porque en ellos domina una perspectiva técnica, que puede ser el punto de partida para incluirse en los grupos segundo o cuarto.

Un segundo grupo sostiene que los análisis epidemiológicos han evidenciado que en los países europeos la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas comenzó a descender constantemente desde mediados y finales del siglo XIX, mucho antes de que hubiera vacunas (MCKEOWN, 1976); considerando que la enfermedad y mortalidad no se reducen o previenen por las vacunas, sino por la higiene, la alimentación, la calidad y la forma de vida. Sostienen, por lo tanto, que la morbimortalidad no se da por falta de vacunación, sino por la situación de pobreza, carencias básicas y exclusión en que vive una parte de la población. Consecuentemente, para otros, la reaparición de epidemias y/o la generación de nuevas epidemias se deberían a cambios en el medio ambiente, impulsados por factores económicos y sociales.

Hay un tercer grupo que no se vacuna porque cree que las enfermedades como la influenza son *benignas*, y se curan solas, es decir, no requieren vacunas; habiendo otras personas que no se vacunan porque nunca han tenido este tipo de enfermedades o solo han sufrido un impacto muy débil. No se vacunan porque consideran que son enfermedades que se repiten, sobre todo en los niños, todos los años, es decir, son parte normal de la vida, sin demasiadas consecuencias. Además, no se vacunan porque estos sujetos han observado que cada vez se muere y se discapacita menos la gente por enfermedades que *antes* eran letales, pero considerándolo un

proceso normal, y no debido a los efectos de la vacunación. Son «padres que empiezan a evaluar el riesgo real o imaginario de las vacunas, más que el riesgo de enfermar». No inmunizan, además, por el gran número de vacunas que tienen que aplicar sobre todo a sus hijos, y cuyo número no deja de aumentar, y que afecta a sus actividades cotidianas, o por lo menos sus *tiempos de vida*. Y hay casos en que no se vacuna por comodidad y desidia.

En el cuarto grupo hemos reunido a los que rechazan la vacunación por razones religiosas, sociales o ideológicas, y dentro del cual colocamos al movimiento antivacunas; que, si bien se ha desarrollado desde mediados del siglo XIX en varios países europeos, ha cobrado nuevo auge desde las décadas de los sesenta y setenta. El incremento se ha debido a varios factores, desde el surgimiento de tendencias fuertemente antimédicas de tipo ideológico hasta el desarrollo correlativo de medicinas alternativas; así como al impacto creciente de las denominadas *redes sociales*, que, como sabemos, son usadas tanto para el bien como para el mal, y sobre las cuales se ha montado el movimiento antivacunas. Estos son los grupos que más se caracterizan por el rechazo intencional a las vacunas, y que tienen muy diferente orientación; incluimos en él —como lo señalamos— a sectores que se oponen por razones religiosas y que operan tanto en países como Estados Unidos u Holanda como en toda una serie de grupos étnicos africanos, asiáticos o americanos. Dentro de este grupo, ubicamos a los que por diversas razones, básicamente de tipo ideológico/político, desconfían de los Gobiernos, de los funcionarios, de los medios que tratan de manipular a los sujetos y grupos en función de objetivos propios, ya sea para justificar acciones políticas o para cumplir objetivos económicos, siendo uno de los sectores más cuestionados el que corresponde a la IQ/F, acusada junto con el sector biomédico de impulsar un proceso de medicalización que *produce* enfermedades que requieren de medicamentos. Salvo los grupos religiosos, los demás suelen manejar los argumentos que maneja el primer grupo.

Por lo tanto, en torno al rechazo/oposición a las vacunas han convergido diferentes actores sociales por objetivos e ideologías no solo diferentes sino a veces contradictorios, pero en ciertos aspectos complementarios. Así, los estudios específicos han demostrado que quienes más rechazan intencionalmente la vacunación son determinados grupos religiosos, como los del *cinturón calvinista* de los Países Bajos, personas de sectores sociales medios y medio-altos con alto o medio nivel educativo



en países como Estados Unidos, intelectuales y profesionales críticos que cuestionan las tendencias médicas dominantes y su colusión con los intereses económicos de la IQ/F, como en el caso de la sociedad francesa, sectores sociales conservadores que apelan en unos casos a la libertad individual de decidir, y en otros, que viven las epidemias y las enfermedades en general como un designio divino. Y, por último, una parte del personal de salud, especialmente los médicos.

Y este último punto es relevante porque en el caso de México el rechazo a vacunarse para prevenirse de la influenza A (H1N1) no vino de la población sino del personal de salud mexicano; lo cual fue reconocido en varias ocasiones por el secretario de Salud de dicho país, quien estimó que el 40% del personal no se vacunó ni con la vacuna estacional ni con la nueva vacuna específica, lo cual se detectó también en otros países latinoamericanos y europeos. Recordando que el personal de salud constituye un grupo de riesgo, para algunas interpretaciones el más vulnerable e importante de dichos grupos, dado que está expuesto continuamente a ser contagiado, así como a contagiar a sus familiares y, especialmente, a sus compañeros de trabajo, generando ausentismo y discapacidades, lo cual sabe el personal de salud.

La principal razón aducida para no vacunarse fue el «temor a los efectos secundarios», lo cual pudo observarse en varias partes del país: «Al menos 2.500 médicos de Nuevo León rechazan que se les administre la vacuna contra la influenza A (H1N1), al igual que 600 galenos del Hospital Civil Aurelio Valdivieso de la capital de Oaxaca, por temor a efectos secundarios de la inmunización». Se atribuye esta reacción a que se difundieron por Internet noticias sobre consecuencias negativas de la vacuna en la salud de algunos facultativos; según estos mensajes, la vacuna habría generado en un médico el síndrome de Guillain-Barré, un trastorno autoinmunitario que origina inflamación, debilidad muscular y parálisis (VÉLEZ y GARCÍA, 2010).

Ante esta situación, las autoridades sanitarias mexicanas declararon que la actitud del personal de salud se basó en «información totalmente falsa que personal médico y de enfermería conoció en revistas e Internet» (VÉLEZ y GARCÍA 2010). El secretario de Salud comunicó, además: «Hasta ahora se ha conocido un solo caso del síndrome de Guillain-Barré asociado a la aplicación de la vacuna, lo cual no es raro, sobre todo si se toma en cuenta que en el país existe el padecimiento con o sin vacunación» (CRUZ MARTÍNEZ, 2010a). Es importante reiterar que en el mate-

rial periodístico consultado la información sobre el rechazo a vacunarse se concentra en el personal de salud, con muy escasas referencias a la población.

Ahora bien, el rechazo a vacunarse por el personal de salud mexicano resulta interesante por dos razones; primero, porque encuestas aplicadas a dicho personal encontraron que tuvieron miedo a contagiarse por la influenza A (H1N1) (TURATI, 2009; VELÁZQUEZ PÉREZ *et alii*, 2009). Y, segundo, porque si bien la razón de no vacunarse aparece atribuida por la Secretaría de Salud al efecto de rumores por Internet (SECRETARÍA DE LA SALUD 2010), ocurre que incluso personal de más alto nivel educativo decidió no vacunarse, según señalan más o menos asombrados varios especialistas. Y así, por ejemplo, en uno de los más importantes centros de atención e investigación biomédicos de México —el Instituto Nacional de la Nutrición—, «no resultó fácil que se vacunara el personal de salud, pues los rumores infundieron temor incluso en personal de alto nivel educativo formal. Y a pesar de campañas de información y difusión sobre seguridad, no se logró incrementar la tasas de vacunación» (SARTI *et alii*, 2009: 295).

Si bien, el rechazo a la vacuna tanto a nivel general como del personal de salud se habría generado sobre todo a través de mensajes por Internet; sin embargo, según el secretario de Salud: «Hemos podido contrarrestarlo bien. Hicimos una encuesta que dijo que el 86% de las personas tenía confianza en la vacuna». Y reiteró sobre la calidad del antígeno: «Hasta ahora se han reportado 169 reacciones adversas, de las que 101 corresponden a la vacuna contra la nueva gripe, y ninguna ha sido grave» (CRUZ MARTÍNEZ, 2010b). No obstante, la desconfianza continuó durante 2009 y los primeros meses de 2010, expresándose a través de un senador del Partido de la Revolución Democrática (PRD) miembro de la Comisión de Salud del Senado de la República Mexicana, quien dijo que él no se aplicó la vacuna contra la influenza A (H1N1) porque no confía en ella, como tampoco lo hacen los mexicanos (*ibid.*). Pero lo cierto es que la mayoría de la población tendió a vacunarse, mientras que el rechazo estuvo concentrado en personal de salud, en intelectuales y en políticos opositores al partido gobernante, subrayando que en el caso de México no operó ningún movimiento social antivacunas.

Las razones aducidas para no vacunarse no son recientes, y han dado lugar en varios países a una suerte de movimiento médico y sobre todo popular contras las vacunas (DELARUE, 1977). Esta actitud movimientista tuvo un momento de fugaz presencia en los medios de comunicación

mexicanos a través de la difusión de un vídeo elaborado por la médica y monja benedictina Teresa Forcades, quien «cuestiona la eficacia y seguridad de la vacuna e invita a la gente a rechazarla», según un balance hecho dos años después del impacto de la epidemia; y que recuerda que la propuesta de Forcades «levantó polémica entre epidemiólogos y virólogos», señalando que «la monja tuvo su momento de gloria al clausurar a finales de noviembre de 2009 en Barcelona el segundo Congreso de Ciencia y Espíritu», y concluyendo: «El Congreso reunió lo mismo a los partidarios de las teorías de la conspiración, místicos, estudiosos de la Biblia de la era cuántica, que a visionarios de espíritu de la naturaleza y maestros extraterrestres» (*LJ*, 15-4-2011: 68).

Como vemos en esta crónica, Forcades *deja* de ser médica y es interpelada como monja, connotando el artículo sus orientaciones místico/paranoicas como si fuera fruto exclusivo de esta médica, cuando gran parte de sus propuestas expresaban las reacciones que se dieron por parte del personal de salud en varios países europeos, y especialmente en España. Y así, un analista sostiene en 2010 que en Europa ni la población ni los médicos se vacunaron contra la nueva gripe, pero que solo en España hubo una reacción profesional y científica contra las decisiones del sector salud español y la OMS (GERVÁS, 2010: 134; GERVÁS y PÉREZ FERNÁNDEZ, 2013). Concluyendo que la influenza A (H1N1) no fue una epidemia letal sino leve, que fue inflada por intereses económicos de la IQ/F. Y, junto con esta aseveración, otros documentos publicados y no publicados en España harán otras consideraciones sobre la eficacia incierta de la vacuna estacional y la nueva vacuna, sobre el manejo compulsivo e innecesario del sector salud respecto de la atención de las personas con influenza, o sobre el cambio en la definición de pandemia. Pero los dos principales señalamientos se refieren a la bajísima mortalidad que genera la nueva influenza, y a la posibilidad o seguridad de la complicidad entre funcionarios de la OMS y la IQ/F, lo cual fue denunciado por varios analistas, inclusive por la Dra. Forcades, quien señala que la OMS se niega a hacer públicos los nombres de los miembros del comité que propuso la alerta pandémica en el nivel 6 para ocultar su colusión con la IQ/F (FORCADES y VILA, 2010). Lo cual retomaremos más adelante, señalando que, en México, no hubo una reacción corporativa médica de denuncia como en el caso español, sino una decisión silenciosa de no vacunarse por una parte significativa del personal de salud.

Pero, además, se reiteró la denuncia de que la vacuna contra la influenza A (H1N1) generaba una serie de padecimientos, lo que fue desmentido por varios estudios, algunos de los cuales se publicaron en el *British Medical Journal* en los años siguientes a la epidemia. Ahora bien, entre 2011 y 2017 no solo reaparecerá con fuerza y con graves consecuencias la influenza A (H1N1) en varios países, sino que emergerán una serie de posibles y reales epidemias como la del virus del ébola, así como el retorno de viejas epidemias, lo que condujo persistentemente a señalar el alto porcentaje de personal de salud que a nivel mundial no se vacuna respecto de toda una variedad de enfermedades, incluidas las que tratan con mayor frecuencia a nivel de atención primaria. Y así, un informe de la Oficina Regional Europea de la OMS de octubre de 2016 sostiene que para la temporada 2014-2015 la mayoría de los países miembros informan de que más del 35% de los trabajadores de la salud no se aplicaron vacunas. Y esto se discutió sobre todo en Europa, y los Estados Unidos, pero mínimamente en países como México. En el caso de Estados Unidos, la necesidad de que los médicos se vacunen se sustentó en dos consideraciones. Primero, en que, por ejemplo, los pediatras son los actores sociales que tienen más influencia sobre las decisiones que pueden tener los padres respecto de la salud de sus hijos, incluyendo vacunar o no. Y segundo, que los médicos deben ser parte básica de los espacios libres de contagio por enfermedades infecciosas

Pero además, las sucesivas epidemias, y especialmente el ébola (EVE), evidenciaron que la tasa de contagio por este virus en el personal sanitario de Guinea, Liberia y Sierra Leona fue entre 21 y 32 veces mayor que en el resto de la población adulta. Fue un sector que padeció una alta mortalidad, ya que fallecieron 815 miembros de dicho personal, de los cuales solo el 12% fueron médicos. Lo que llevó a concluir al director del Departamento de Servicios y Seguridad de la OMS que los efectos del EVE fueron catastróficos para el personal de salud. Y es por temor al contagio, y no por razones ideológicas, que ante la posible epidemia de ébola en Nigeria gran parte del personal de salud, y especialmente los médicos, abandonó los hospitales.

Pero, más allá de la actitud del personal de salud, lo que me interesa subrayar es que el rechazo y el cuestionamiento técnico, económico/político u ocupacional forma parte de los presupuestos y acciones de una notable variedad de sectores sociales, incluyendo intelectuales críticos y no críticos. De tal manera que no solo se cuestiona la vacunación en tér-

minos médicos, sino el papel de las vacunas en términos políticos, y sobre todo económicos e ideológicos, observando que los diferentes actores sociales esgrimen determinados argumentos, mientras opacan u omiten otros. Más aún, los argumentos pueden ser los mismos, pero interpretados en forma diferente y frecuentemente antagónica. Y en todo este proceso, es importante asumir que los cuestionamientos son impulsados por una pequeña parte de la población, dado que la mayoría se vacuna voluntaria u obligatoriamente. De tal manera que, por ejemplo, en Alemania, el país con el mayor movimiento antivacunas a nivel mundial, solo entre el 3% y el 5% de la población pertenece a este. Pero ocurre que varios de estos grupos están constituidos por sujetos y grupos con poder económico, mediático y/o intelectual, una parte de los cuales son activistas antivacunas, y no solamente se dedican a la crítica y a la reflexión.

### *Empresa privada, vacunas, antivirales y sus alrededores*

Toda una serie de procesos relacionados con el surgimiento de la nueva influenza, y las acciones biomédicas emprendidas para controlarlas, dieron lugar a críticas respecto de las complicidades económicas que se dieron entre universidades, investigadores, funcionarios de alto nivel del sector salud y de la OMS, y la IQ/F; considerando, por ejemplo, que, actualmente, gran parte del financiamiento de la investigación química en las universidades de Estados Unidos y de otros países proviene de la IQ/F. Así como que, cada vez con mayor frecuencia, altos funcionarios y/o asesores científicos de la OMS han trabajado o trabajan para dicha industria. Lo cual, además, presiona de diferentes maneras a las instituciones médicas oficiales y privadas para que compren sus medicamentos, como ocurrió justamente con determinados antivirales recetados contra la influenza A (H1N1).

En el caso de la influenza A (H1N1), las denuncias se dieron inicialmente respecto del papel que pudieron haber cumplido las nuevas formas de la cría de cerdos en el surgimiento de la nueva influenza, y las posibles complicidades de esta industria con organismos internacionales y con investigadores universitarios (SCHMIDT, 2009). Pero los principales y continuos señalamientos se dieron respecto de la IQ/F; y así, pocos días después de haberse declarado la epidemia, en un encabezado del 28 de abril de 2009, el periódico *La Jornada* informa: «Suben acciones farma-

céticas», y señala: «La amenaza de una pandemia de una nueva cepa de gripe que ha cobrado la vida de más de 100 personas en México será un alivio para algunos fabricantes de medicamentos y vacunas. La suiza Roche Holding AG y la británica GlaxoSmithKline son los dos grandes grupos farmacéuticos que más se pueden beneficiar de la situación, mientras gobiernos y corporaciones ordenan sus medicamentos Tamiflú y Relenza». Según *La Jornada*, las acciones de ambas compañías subieron su valor, lo que condujo a Jeff Holford, analista de operaciones bancarias, a concluir: «Ciertamente hay un beneficio percibido, y probablemente habrá un beneficio real, pero no tanto como la primera vez que surgió la gripe aviar» (*LJ*, 28-4-2009)

En la prensa mexicana apareció también información sobre la compra masiva de antivirales por el sector salud mexicano, así como sobre las denuncias publicadas en 2009 en el *British Medical Journal (BMJ)*. Y así, en junio de 2010, *La Jornada* sintetiza los artículos publicados en el *BMJ*, que indicaban que los laboratorios Roche habían dado información parcial sobre los antivirales que ellos producen, ocultando sus efectos adversos, y concluyendo: «[...] que no se puede garantizar que tenga utilidad ni que sea inocuo» (LAURELL, 2010). Por lo cual, exigen a Roche publicar la información que tiene sobre estos aspectos, al mismo tiempo que solicitan a los Gobiernos europeos que demanden a los laboratorios Roche. Como sabemos, en 2010, la OMS incluyó el Tamiflú en la lista de medicamentos esenciales para tratar las influencias.

Declarada la pandemia, en 2009 las autoridades sanitarias de México y de otros países, y especialmente la OMS, solicitaron de forma urgente la elaboración de una vacuna específica, a lo que se comprometieron varias empresas que redescubrieron una posibilidad de logros económicos, que la mayoría de las empresas químico/farmacéuticas había abandonado respecto de las vacunas:

En medio de la preocupación sobre la amenaza de una epidemia de influenza, tres grandes compañías farmacéuticas anunciaron ayer adquisiciones que les dan derechos sobre nuevas vacunas contra la gripe [...]. La ola de transacciones reflejan la convicción entre los ejecutivos de las farmacéuticas de que las vacunas contra una variedad de males se convertirán en una fuente cada vez más importante de crecimiento. Los laboratorios necesitan encontrar nuevos generadores de ingresos para reemplazar medicinas exitosas que enfrentan vencimientos de sus patentes en Estados Unidos (ROCKOF, 2009).

Es decir, no cabe duda de que existe un negocio de la enfermedad y de la atención/prevenición que, en el caso de la nueva influenza, requiere inversiones, y un trabajo urgente de investigación, diseño y producción de la vacuna demandada por los países y las organizaciones de salud internacionales. Y este negocio está en manos de empresas privadas, en gran medida subvencionadas por los propios Gobiernos; y así, por ejemplo, la empresa Novartis «recibió 289 millones de dólares del Ministerio de Salud de Estados Unidos para asegurar el desarrollo de los estudios clínicos y la producción de una vacuna contra la influenza» (R, 16-6-2009).

La IQ/F trata de establecer relaciones comerciales con los diferentes países para poder ubicar sus productos, y como señala un analista:

La carrera entre los laboratorios fabricantes de vacunas [...] tuvo un claro ganador en el mercado mexicano. El gobierno compró 30 millones de vacunas contra la influenza A (H1N1) a los laboratorios Sanofi Pasteur y GlaxoSmithKline, pero el mayor beneficiado fue Sanofi, que desde 2004 había firmado un acuerdo con el gobierno federal en torno a la investigación y desarrollo para fabricar vacunas en el país, ante una eventual epidemia de influenza (ESEVERRI, 2010: 72).

Y todo indica que el Gobierno mexicano hizo «mal los cálculos sobre la permanencia y gravedad de la influenza A H1N1», dado que se «firmó un contrato de quince años para comprarle vacunas al laboratorio Sanofi Pasteur, un periodo de tiempo injustificado, según el análisis de la Auditoría Superior de la Federación» (CANTERA, 2013).

Dentro de estos procesos nacionales e internacionales, el presidente de la Comisión de Salud de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, el epidemiólogo Wolfgang Woodarg, solicitó el 12 de enero de 2010 a la OMS que explicara por qué declaró la pandemia de influenza A(H1N1), cuando era muy escasa su letalidad, inclusive menor que la de la gripe estacional; denunciando, además, que un grupo de personas que trabajan para la OMS están estrechamente asociadas con la IQ/F (HERNÁNDEZ LÓPEZ, 2010). Consideró que «la declaratoria de pandemia y el llamado urgente para la fabricación de una vacuna tuvieron el objetivo de favorecer a laboratorios farmacéuticos», lo cual condujo a que la OMS aceptara «someter sus procedimientos al escrutinio de una comisión evaluadora externa, y se comprometiera a dar a conocer los resultados» (CRUZ, OLIVARES y POY, 2010). Pero aclaro que la OMS siguió afirmando que la pandemia era real, ya que hasta ese momento había más de trece

mil muertos confirmados: «No hemos exagerado ni subestimado la situación ni los efectos de la pandemia..., y negó de manera tajante haber sido influenciados por intereses comerciales» (*LJ*, 15-12-2010).

Más aún, la OMS seguirá rechazando entre 2009 y 2013 las acusaciones, proponiendo la creación de una comisión de expertos externos a la OMS que evalúe su desempeño ante la pandemia (BUGARIN, 2010). La OMS estaba sumamente preocupada, dado que las acusaciones podían afectar a la credibilidad de dicha institución, así como favorecer el rechazo de las vacunas por parte de la población, como sostuvo el vicepresidente de la Comisión de Sanidad del Consejo de Europa. La discusión se centró en tres aspectos: la influencia de la IQ/F en las decisiones de la OMS, establecer si realmente hubo una pandemia de A(H1N1) y las posibles consecuencias negativas de vacunarse.

Toda una serie de analistas acusaron no solo a la OMS y al sector salud mexicano, sino también a las agencias y Gobiernos europeos y de otros países de «exagerar los riesgos a la salud de la influenza A (H1N1), y de tomar decisiones secretas que beneficiaron a compañías farmacéuticas». Y así, un estudio elaborado por el *BMJ* y el Buró de Periodismo de investigación cuestionó «la secrecía sobre la identidad de los miembros del consejo que hace un año recomendó declarar la primera pandemia del siglo por la influenza A (H1N1)» (*R*, 5-6-2010: 81). Dicho estudio concluyó que tres de los expertos que elaboraron una guía para actuar ante una posible pandemia de influenza tenían relaciones económicas con la IQ/F; y que otros investigadores que recomendaron el uso de antivirales para enfrentar la epidemia también recibían dinero de las empresas productoras de estas medicinas. Pese a lo cual la OMS no reveló ninguno de estos conflictos de intereses. El informe cuestionó especialmente el hermetismo sobre el nombre de los expertos que integraron el grupo de emergencia que recomendó a la directora general de la OMS que decidiera el 11 de junio de 2009 convertir en pandemia la emergencia de la influenza A (H1N1) (COHEN y CARTER, 2010).

Debido a estas y a otras críticas, el 11 de agosto de 2010 la OMS publicó los nombres de los quince integrantes del comité de emergencia, constatándose que cinco de estos expertos cobraban de la industria, pero la OMS subrayó que en ningún caso se produjeron conflictos de intereses que pudieran afectar a la autonomía de los especialistas (COHEN y CARTER, 2010). No obstante, la OMS propuso la constitución de un comité científico con profesionales ajenos a dicha organización, que a finales de



marzo del 2011 concluyó que no se hallaron evidencias directas ni indirectas de la influencia de intereses comerciales en las decisiones tomadas por dicho organismo internacional para promover el uso de la nueva vacuna. No obstante, dicho comité señaló también la falta de coherencia de la OMS para juzgar la gravedad de la epidemia, así como un manejo burocrático que limitó la distribución de las vacunas. No obstante, consideró que las fuertes críticas contra la OMS no tomaron en cuenta la incertidumbre que existía en abril de 2009 respecto de la potencial letalidad de la nueva influenza.

En México también surgieron posiciones diferentes y fuertemente confrontadas. Por una parte, el secretario de Salud refutó los cuestionamientos de la Comunidad Europea a la OMS sobre la exageración de la respuesta ante la pandemia de influenza A (H1N1), y rechazó que las empresas farmacéuticas presionaran a México para adquirir vacunas; consideró que existe poco sustento en decir que se exageró cuando el reglamento correspondiente estaba aprobado desde 2005, y, en ese sentido, los pasos que en el plan de atención y prevención de la pandemia se dieron fueron los que todos los países del mundo establecieron. Subrayó: «Los laboratorios no nos han presionado», y que las críticas se pueden deber a que «algunos países adquirieron no 100 por ciento sino 200 por ciento. Y siempre que hay problemas, sobre todo económicos, como en este caso, comprar el doble de vacunas y luego no poder utilizarlas genera cierta incomodidad y críticas, pero esta es otra situación». También señaló que los pasos que se dieron fueron los que todos los países que integran la OMS establecieron, concluyendo: «No sé por qué ahora se llaman engañados algunos de ellos, cuando sus mismos expertos participaron en la creación del reglamento de los pasos de la pandemia» (GARDUÑO, 2010).

En contraste, A. Laurell, una de las principales exponentes de la medicina social crítica mexicana, dijo: «Uno de los principales asesores de la OMS, el doctor Albert Osterhaus, está claramente vinculado con laboratorios farmacéuticos [...]; Osterhaus promovió la declaratoria de pandemia, y la urgencia de la fabricación de la vacuna. El problema, con el también llamado Dr. Flu, es que existen indicios de la relación que mantiene con laboratorios farmacéuticos» (LJ, 4-6-2010).

De lo narrado surge que se hicieron investigaciones en las que con datos *duros* se sostiene la colusión de intereses entre la IQ/F y la OMS/altos funcionarios e investigadores; pero que también se hicieron investigaciones que generaron datos *duros* a través de los cuales se demues-

tra que no existió dicha colusión. Y entonces, ¿qué hacemos ante estas conclusiones científicas contradictorias, que son, además, realizadas por especialistas en esta problemática? Si bien podemos realizar una revisión propia y profunda de los datos, y llegar a conclusiones al respecto, considero que la mayoría —y subrayo lo de mayoría— de los que comentan y opinan sobre estos aspectos no lo hacen, y, por lo tanto, lo que decide la actitud son las posiciones y presupuestos ideológicos de los analistas y comentaristas.

Los estudios y reflexiones sobre las relaciones entre la IQ/F y el sector salud, las universidades y las organizaciones internacionales de salud tienen una larga historia, y, según dichos estudios, esta industria se valdría de todos los medios posibles para imponer sus productos, siendo la principal impulsora de las denominadas *enfermedades promovidas* (LA ROSA, 2009; MOYNIHAN, 2002). Y, al respecto, necesitamos asumir lo siguiente: «Big Pharma [...] es la industria más rentable de los EE. UU., y tiene el *lobby* más poderoso del Capitolio. Según Marcia Angell, de la escuela de medicina de Harvard, las diez mayores compañías farmacéuticas —incluidas en *Fortune 500*, del 2006— obtienen beneficios mayores que el conjunto de las restantes 490 corporaciones» (DAVIS, 2006: 161). Esta industria, como ya señalamos, se vale de cualquier medio, especialmente de la corrupción y el ocultamiento, para imponer sus objetivos; y así, por ejemplo, la empresa GlaxoSmithKline ha sido investigada por el Departamento de Justicia de los EE. UU. por supuesto *marketing* ilegal de sus antidepresivos y de otros de sus medicamentos. En 2012, esta empresa aceptó haber ocultado datos de bioseguridad a los reguladores norteamericanos, por lo que debió pagar tres mil millones de dólares, «suma que el Departamento de Justicia describió como el mayor acuerdo por fraude en salud en la historia de los EE. UU.». Pese a ello, esta empresa se enfrenta a otras acusaciones, pues se siguen cometiendo fraudes dentro y fuera de los EE. UU. (WHALEN, 2013).

En el caso de México, no solo durante esta epidemia, sino también durante el impacto de la gripe aviar, el sector salud fue acusado de la compra de grandes cantidades de antivirales de forma innecesaria. Durante 2005 y 2006 la prensa escrita y algunas revistas especializadas señalaron que hasta que se consiguiese una vacuna contra la gripe aviar se utilizaran como paliativo, como la «primera línea de defensa» los antivirales Relenza, producidos por GlaxoSmithKline, y sobre todo Tamiflú, elaborado por los laboratorios Roche, dado que es más eficaz. Se propuso que los paí-

ses realizasen una reserva de antivirales, de tal manera que hacia finales de 2005 veinticinco países lo habían hecho, y, por ejemplo, los EE. UU. tenían en noviembre de 2005 una reserva de 2,3 millones de dosis de Tamiflú y Relenza, y se proponían incrementarla a 4,3 millones para finales de 2006, recordando que el Gobierno de dicho país había dedicado una suma de 8.000 millones de dólares para enfrentar esta pandemia. En el caso del Reino Unido, se invirtieron 938 millones de dólares; y México, a su vez, gastó 638 millones de pesos para comprar un millón de tratamientos antivirales. Dada esta notable demanda, y que la producción y existencias de antivirales eran escasas, los laboratorios Roche propusieron producir 115 millones de tratamientos para 2006, y 300 millones para 2007, pero, dadas las exigencias de los países, se comprometieron a producir 300 millones de tratamientos en 2006 (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 2009).

En el caso de México, invirtió en 2005 133 millones de pesos para comprar Oseltamivir, pero lo compró a granel y no en cápsulas, sin poder hacer la transformación a suspensión dado que México no contaba con los medios técnicos para hacerlo. Por lo que, esta *reserva* no pudo ser utilizada cuando emergió la epidemia de influenza A (H1N1), y, por lo tanto, el Gobierno mexicano necesitó invertir mil millones de pesos para adquirir *nuevamente* dicho medicamento. Y son este tipo de procesos los que más allá de la presión o no de la IQ/F operan en nuestros países, y que tienen que ver con procesos de corrupción, y no solo de ineficiencia, casi siempre relacionados con objetivos económicos.

Pero no solamente la OMS y los sectores de la salud de países como los EE. UU. y México defendieron los beneficios de los antivirales, sino que estudios científicos apoyaron el uso de estos, como puede observarse en trabajos publicados en las revistas *Nature* (14-7-2005) y *Science* (3-8-2005), en los cuales proponen actuar de inmediato en las regiones en las que aparecen por primera vez las nuevas cepas a través de acciones de salud pública, pero incluyendo el uso de antivirales, ya que, tal vez, permitan contener la epidemia antes de que se propague mundialmente. Se suponía que los antivirales, y especialmente el Oseltamivir, podían reducir la duración y severidad de la infección, y el número de complicaciones graves, así como hospitalizaciones y muertes.

Pese a estas recomendaciones de funcionarios y científicos, toda una serie de analistas pondrán en duda entre 2005 y 2009 la eficacia de estos, ya que existen datos duros sobre la existencia de cepas resistentes a dichos fármacos, lo cual generaría problemas futuros. Pero, además, en 2013 se

inició una evaluación de la eficacia de los antivirales, a partir del análisis de las pruebas realizadas por los fabricantes de Relenza y Tamiflú, así como de otros materiales e informes, para concluir que el Oseltamivir no tuvo ningún efecto en la duración de los síntomas en los niños con asma; mientras en los niños sin otra enfermedad la duración de los síntomas se redujo solo en 29 horas. No se encontraron pruebas de que esta sustancia reduzca el número de personas hospitalizadas, ni las complicaciones graves generadas por la influenza, incluidas bronquitis, infecciones de oído, neumonía y sinusitis, lo cual había sido difundido ampliamente por los laboratorios Roche para influir en las decisiones de los Gobiernos. Los investigadores evidenciaron también que este antiviral podía generar o incrementar algunas complicaciones, como dolores de cabeza, náuseas, vómitos e inclusive complicaciones renales. Por lo cual concluyeron que no habría evidencia de que este antiviral impidiera que la influenza contagiara a otras personas, y que, además, generaba ciertas consecuencias negativas para la salud de los que lo ingerían (JEFFERSON *et alii*, 2014).

Pero uno de los hechos más interesantes es que, pese a estas evidencias científicas, los antivirales, y, especialmente, el Tamiflú, siguieron siendo usados por la población, y, recomendados por el sector salud y por los médicos hasta la actualidad. Siendo especialmente utilizados durante los períodos en que recrudeció el impacto de la epidemia de influenza A (H1N1) en México, como ocurrió en 2014 y en 2016, cuando nuevamente la población demandó antivirales, y estos escasearon o directamente no existían en las farmacias. Y lo paradójico —o tal vez no— es que en dichos años, al revés de lo que propusieron en 2009-2010, algunos intelectuales críticos y expertos en problemas de salud mexicanos lamentaron la falta de Tamiflú; carencia que, según ellos, inclusive experimentaron personalmente (LJ, 23-2-2016 y 5-4-2016; R, 6-3-2016 y 7-3-2016).

Durante dicho lapso, surgieron artículos en revistas biomédicas y artículos de prensa en los cuales se habló de la inocuidad de los antivirales, y también de su eficacia: y, así, por ejemplo, en un texto publicado en una revista científica especializada, se sostiene que el Oseltamivir puede acortar los días de hospitalización de mujeres embarazadas que tienen influenza, y recomienda el uso del antiviral para evitar complicaciones en estas (OHOMO *et alii*, 2016). Lo cual también fue recomendado por clínicos mexicanos a partir de declaraciones publicadas en la prensa. Aclaro que no sé si dichas recomendaciones clínicas seguirán operando, dado que en 2017 la OMS decidió no recomendar más antivirales respecto de los trata-

mientos contra la influenza; pero subrayo que tomó dicha decisión cuando caducó la patente del medicamento producido por los laboratorios Roche, pasando desde 2017 a ser también elaborados como genéricos.

Una parte de los salubristas propusieron, además, que en lugar de realizar tamañas inversiones hubiera sido más eficaz y más barato que se impulsara el lavado de manos, y el abastecimiento de alimentos no perecederos; pero la principal crítica fue referida a la existencia de intereses económicos por parte de los laboratorios y de funcionarios e investigadores coludidos con ellos. Inclusive se señaló que el entonces secretario de Defensa de los EE. UU., Donald Rumsfeld, era el principal accionista de la empresa Gilead Sciences, que fue la que elaboró el Tamiflú, y de la que fue presidente entre 1997 y 2001, siendo en 2006 propietario de cinco millones de acciones de esta. Dicha compañía se asoció con Roche para producir y comercializar Tamiflú (MENÉNDEZ y DI PARDO, 2009).

Y es por estos *antecedentes* que varias de las críticas más fuertes fueron dirigidas hacia los cambios realizados por la OMS en la definición de pandemia en mayo de 2009, que facilitó que en junio de ese año convirtiera el brote de influenza A (H1N1) en pandemia. Para ello, la OMS eliminó el criterio que indicaba que debía existir mortalidad en una parte importante de la población para establecer la fase de alerta 6. Antes de esa modificación, para declarar una pandemia, debía existir en la nueva enfermedad una tasa de mortalidad más alta que la media de la influenza estacionaria, lo cual no ocurrió en el caso de la influenza A (H1N1). Según Forcades, este cambio en la reglamentación:

[...] permite que se patenen las llamadas ‘vacunas pandémicas’, y posibilita que las compañías que poseen estas patentes negocien a precio de monopolio y con unas cuantas cláusulas secretas que consideren oportunas precontratos legalmente vinculantes con los gobiernos de los distintos países de la OMS. Estos precontratos se activan de forma automática en el momento en que es declarado el nivel 6 de alerta pandémica mundial (FORCADES I VILA, 2010: 246).

Ahora bien, estos datos e interpretaciones deben ser analizados dentro de un contexto en que las relaciones de la IQ/F con el sector salud mexicano están bajo la sospecha de corrupción. Sospecha que casi todos los críticos parecen tener, pero que casi nadie investiga a nivel nacional; y así, un reconocido investigador del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) propone como importante tema de investigación

periodística los «posibles casos de corrupción que pueden existir en México con empresas farmacéuticas». «Es claro que en algunas clínicas se utilizan más fármacos de ciertas empresas», y se pregunta: «¿ha habido alguna investigación periodística que haya documentado o descartado ese rumor, muy presente entre médicos e instituciones de salud?» (REYES TERÁN, 2007: 7).

Pero al respecto necesitamos puntualizar que estos procesos no los están *investigando* en México los periodistas como señala críticamente el autor citado, pero tampoco los estudian los investigadores/intelectuales críticos y no críticos, y, sobre todo, no los estudian los propios investigadores dedicados a enfermedades infecto/contagiosas, y, por supuesto, a crónico/degenerativas. Conozco reflexiones y denuncias, pero no investigaciones, por lo menos en el caso de México y de Latinoamérica en general. Y esta carencia posibilita aún más la perpetuación de las polarizaciones interpretativas.

#### *De acuerdos técnicos y oposiciones sociales e ideológicas*

Como vimos, respecto de las políticas y acciones que son recomendadas y realizadas por la OMS, y los sectores de la salud respecto de las pandemias, se han hecho una serie de críticas que se caracterizan por reaparecer periódicamente; sobre todo, cuando emergen nuevas posibles o reales epidemias, de tal manera que, desde el SARS, pasando por la gripe aviar, la influenza A (H1N1), la chingunuica, hasta llegar al ébola y al zika, surgen los mismos argumentos a favor y en contra respecto de la mayoría de los aspectos analizados. Y especialmente respecto de la colusión entre la IQ/F y la OMS/sector salud/investigadores, siendo los más recurrentes los siguientes: la IQ/F diseña y produce los medicamentos más lucrativos, y no los más necesarios; producen básicamente medicamentos para los países y sectores sociales que los pueden comprar; la mayoría de los medicamentos que producen, sobre todo los de última generación, no pueden ser comprados por los sectores más pobres y menos aún por los países más pobres. Se habla de la necesidad de nuevas y mejores vacunas, así como de la reducción creciente de la eficacia de los antibióticos y, por lo tanto, también de la necesidad de generar otros nuevos más eficaces; pero resulta que la I/Q-F no se dedica a investigarlos y producirlos dada su menor rentabilidad. Pero además se señala que, cada vez más, se constru-

yen médicamente nuevas enfermedades, incluyendo la reducción de los umbrales en que un comportamiento o simplemente un indicador pasan a decidir que un estado de vida es patológico, lo cual supone el diseño de medicamentos específicos para los nuevos *padecimientos* (HOMEDES Y UGALDE, 2015).

Estos y otros cuestionamientos concluyen que la investigación, diseño y fabricación de medicamentos es sobre todo un negocio, incluyendo el negocio de las vacunas y de la vacunación. Y, por lo tanto, uno de los objetivos de la IQ/F para dedicarse al diseño y producción de vacunas es convertirlas en un negocio, pese a que muchas pueden ser consumidas básicamente por los países pobres y marginados, como ocurrió en el caso del ébola. Por lo que una de las estrategias económicas y técnicas sería demostrar que dichas epidemias locales pueden llegar a expandirse a los países desarrollados, como se temió con el ébola, y, por lo tanto, incluir un nuevo mercado con capacidad real de compra. Y de allí la necesidad de promover científicamente y técnicamente como epidemias que pueden ser letales y expandirse directa e indirectamente las que hasta ahora fueron consideradas solo como problemas locales, que dadas la pobreza y marginalidad de sus habitantes no ameritaban su estudio y aún menos la producción de medicamentos específicos.

Es desde esta perspectiva, y por supuesto otras, que los críticos denuncian las complicidades señaladas, por lo que, al respecto, necesitamos preguntarnos si las formas de actuar de la OMS y del sector salud mexicano durante la pandemia de A(H1N1) fueron decididas por razones *médicas* o se debieron básicamente a la presión/inducción de la IQ/F, o a ambos procesos. Y en general, no encontramos respuestas a estas preguntas, sino defensas polarizadas en términos de la responsabilidad ética biomédica, o de los objetivos de la IQ/F, pero no análisis que incluyan estos y otros procesos, que también están interviniendo, y que no suelen ser considerados, como veremos de inmediato.

Y así, por ejemplo, las estrategias biomédicas apelan técnicamente al papel de la *precaución*, de la duda, de la incertidumbre, para fundamentar por qué actuaron como actuaron tanto respecto de la influenza A (H1N1) como de otras epidemias; mientras que los críticos plantean que la *precaución* es un argumento esgrimido para justificar alarmismos e inversiones en la IQ/F. Y ambos procesos pueden haber ocurrido inclusive complementariamente; más aún, me parece bien que haya denuncias morales y hasta ideológicas por parte de los críticos, pero me parece que esas denun-

cias no han asumido radicalmente que el capitalismo siempre trató y sigue tratando de obtener la máxima tasa de ganancia a partir de homogeneizar todo producto en torno a un determinado valor económico, y que, por lo tanto, busca lo mismo al producir autos, televisores que pizzas, y, por supuesto, también vacunas. Necesitamos asumir que, dentro del capitalismo, determinados actores sociales van a tratar de convertir todo proceso en negocio, y en consecuencia, se montarán económicamente sobre todo lo que pueda redituables altos beneficios económicos. Y, por lo tanto, si el sector salud en cualquier país actual genera la alerta pandémica en función del principio de precaución o de incertidumbre, determinados actores sociales se montarán sobre dichos principios para producir y ofrecer sus productos, más allá de que las decisiones alarmistas fueran decididas técnica y responsablemente. Así también como otros actores sociales se montarán sobre dicho alarmismo para generar cuestionamientos políticos e ideológicos. Y la cuestión reflexiva nuevamente tiene que ver con analizar los procesos para decidir si las instituciones médicas actuaron a través de exclusivas decisiones técnicas, por equivocadas que fueran, por la inducción de la IQ/F, o por ambas, y tomar decisiones al respecto. Y lo mismo necesitamos hacer respecto de los objetivos de los críticos, para observar el significado y consecuencias que tienen sus críticas.

Lo que señalo tiene que ver no solo con el sentido común, sino con criterios de investigación para despejar y aclarar dudas, y, sobre todo, para manejar mis presupuestos, y evitar que los presupuestos me manejen a mí (BOURDIEU, CHAMBOREDON y PASSERON, 1975). Y por eso uno de mis presupuestos teóricos y metodológicos es que los objetivos económicos señalados del capitalismo son estructurales, más allá de las formas y mecanismos que utilice; y entonces, ¿por qué asombrarnos de que con los medicamentos, incluidas las vacunas, se haga lo mismo que con las pizzas o con los aviones? Máxime cuando durante la etapa neoliberal se anularon o se redujeron toda una serie de mecanismos que regulaban el mercado capitalista, así como disminuyeron y hasta desaparecieron los sectores y movimientos sociales, así como los partidos políticos que promovían, buscaban y luchaban por mejorar la calidad de vida, por reducir las desigualdades socioeconómicas, y en cada vez menos casos por modificar las orientaciones capitalistas de las sociedades actuales.

Por eso me parece bien que analicemos y denunciemos lo que está pasando con la producción y comercialización de medicamentos, pero sin pretender que estar asombrados por ello —al menos tal vez sea parte de



eso que llaman ahora estrategias pos verdad—, dado que es lo que el capitalismo impulsa estructuralmente. Y si bien podemos todavía aducir que hay países capitalistas que regulan más que otros el mercado capitalista de la salud en beneficio de la población, eso no niega la tendencia estructural del capitalismo y, sobre todo, las tendencias actualmente dominantes, dada la carencia de fuerzas, y sobre todo de actores sociales, que se opongan —como en determinados momentos ocurrió— a las propensiones estructurales del capitalismo. Por eso me pregunto si más allá de los analistas críticos existen sectores sociales, movimientos sociales, instituciones, organizaciones internacionales o partidos políticos que realmente luchen —y no solo reflexionen y denuncien— para modificar esta situación; en negar, por supuesto, el papel de contención y a veces de modificación que pueden cumplir determinadas críticas y acciones, como de hecho ha ocurrido. Y me lo pregunto, por ejemplo, porque por lo menos desde finales de la década de los cincuenta se viene analizando y denunciando el papel de la biomedicina y de la IQ/F en la *construcción* de enfermedades, como lo evidenciaron en su momento los antipsiquiatras. Pero pese a sus análisis, denuncias y algunas modificaciones importantes, observamos que se siguen *construyendo* cada vez más enfermedades mentales que, no olvidemos, implican en su casi totalidad el uso de medicamentos. Más aún, una de las importantes modificaciones generadas en parte por las críticas, y me refiero a la desmanicomización, impulsó aún más el diseño, producción y consumo de medicamentos. Y aclaro, para evitar equívocos, que no cuestiono la desmanicomización.

Necesitamos asumir que los procesos de investigación, diseño, producción y comercialización de los medicamentos implican a toda una serie de actores sociales que se unifican en sus objetivos, más allá de las diferencias y conflictos que pueden existir entre ellos. De tal manera que dichos procesos favorecen la *unificación* de la OMS y las oficinas regionales, los funcionarios de los Gobiernos y del sector salud del conjunto de países capitalistas y no capitalistas; así como a la IQ/F que implica a las farmacias, a los supermercados y a la venta por Internet, y no solo de medicamentos alopáticos, sino cada vez más de medicinas *alternativas*; y, por supuesto, a las compañías de seguros médicos. Así como también implican a los investigadores de las universidades en las cuales se investiga y diseñan una parte de los medicamentos, y sobre todo para los que trabajan directamente para la IQ/F. Pero, además, implican centralmente al personal de salud clínico y salubrista a nivel privado y oficial, así como

al creciente número de organizaciones no gubernamentales que trabajan sobre los procesos de s/e/a-p. Y también, y esto necesitamos incluirlo expresamente, implican no solo a los enfermos y posibles enfermos, sino al conjunto de la población, por muchas razones, incluyendo que una parte de esta trabaja en la investigación, diseño, producción y comercialización de medicamentos. Y todos estos grupos contribuyen a la producción y reproducción de la IQ/F y también de ellos mismos a través de los lugares que tienen en el proceso productivo y de las necesidades de sus vidas cotidianas. Y ello, más allá de que los sujetos de los diferentes sectores cuestionen, a veces críticamente, ciertos aspectos que ponderan otros sectores sociales, y viceversa. Es decir, lo dominante es la variedad de actores sociales que apoyan por lo menos algunos de los objetivos y necesidades que favorecen la producción, comercialización y uso de los medicamentos, más allá de los desacuerdos que existan respecto de otros procesos específicos entre los actores sociales enumerados.

Y lo señalado contrasta con que no encontramos, salvo alguna coyuntura específica, sectores sociales que se opongan organizadamente en términos de acciones sociales al *dominio* y hegemonía de la IQ/F, y de la biomedicina que la reproduce, salvo tal vez el movimiento antivacunas, o algunos grupos religiosos, pero que no cuestionan la estructura capitalista que sostiene las tendencias dominantes, ya que sus cuestionamientos pasan por otros presupuestos y objetivos ideológicos. Subrayando que no cuestiono el papel de los críticos, sino que considero que si solo analizamos y cuestionamos a ciertos actores sociales y a determinados aspectos del sector salud, de la OMS y/o de la IQ/F, no vamos a entender por qué las instituciones y los procesos se siguen reproduciendo pese a las críticas que se vienen haciendo desde hace más de seis décadas. Máxime cuando la biomedicina y la IQ/F, si bien mantienen su orientación hegemónica, tratan de incorporar señalamientos técnicos que críticamente se les hacen, mejorando en muchos casos, por ejemplo, la calidad y seguridad de las vacunas.

Las polarizaciones presentadas podemos profundizarlas a través del análisis de dos procesos específicos ya señalados. El primero se refiere a la polémica en torno a si la influenza A (H1N1) fue una pandemia letal o que ni siquiera fue epidemia; ya que, salvo en México, donde entre abril de 2009 y junio de 2010 se presentaron 70.000 casos y hubo alrededor de 1.300 muertos, y, en menor medida, en los EE. UU. ocurrió que la mortalidad fue menor inclusive que la de la influenza estacional en la mayoría

de los países *occidentales*. Y si bien la OMS propuso una cifra de muertos a nivel mundial de 18.449 casos confirmados por análisis de laboratorio, ocurrió que la epidemia siguió expandiéndose, y que se incrementó la mortalidad en países africanos y asiáticos, de tal manera que *The Lancet* en un texto publicado en septiembre de 2012, y luego de revisar los datos existentes correspondientes a 2009, estimó que murieron entre 151.700 y 575.400 personas (DAWOOD, 2012); mientras los Centros de Control y de Prevención de Enfermedades de los EE. UU. estimaron en 2014 que en el primer año de la pandemia murieron alrededor de 284.000 personas por la influenza A (H1N1) a nivel mundial.

Me interesa señalar que cuando se publicaron estos datos no hubo comentarios por lo menos en México, pero tampoco en varios países europeos, incluida España; y mucho menos hubo rectificaciones o reflexiones por parte de los críticos, e inclusive se siguió señalando la falta de letalidad de esta influenza, en un acto de inconsciente etnocentrismo, por no decir de colonialismo científico, profesional y cultural. Pero además, evidencia el *presentismo* y la ahistoricidad que domina actualmente las tendencias críticas y no críticas. Un ahistoricismo que refiere con diferentes objetivos a la *gripe española* de 1918, a las consecuencias negativas de la vacuna aplicada contra una influenza tipo A en los EE. UU. en 1976, o a la publicación del texto de Wakefield en 1998, pero con un manejo *mítico* y no histórico/social.

Como vimos previamente, toda una serie de procesos condujeron a generar una confrontación en términos de la obligatoriedad/no obligatoriedad de las vacunas, especialmente en países donde la vacunación era recomendada, pero no era obligatoria; inclusive en naciones como España, donde durante muchos años lo había sido. El desarrollo de esta polémica se dio sobre todo a partir del regreso de varias enfermedades infectocontagiosas que elevaron el número de casos, y generaron muertes sobre todo en niños, y que, como vimos, fue atribuido por un sector a la reducción de la vacunación, mientras otros lo atribuían a las desigualdades sociales, o a los cambios climáticos. Aunque también se atribuyó, por lo menos parcialmente, al incremento del movimiento antivacunas a nivel internacional, y de los EE. UU. en particular (SACHIKO *et alii*, 2016); por lo cual no solo se planteó la obligatoriedad, sino que muchos estados norteamericanos lo decidieron a nivel particular, así como también lo decidió el Gobierno australiano a través de la aplicación de medidas indirectas.

En torno a la obligatoriedad/no obligatoriedad, se adujeron razones que fueron asumidas por grupos y sectores sociales y profesionales que presentan claras y hasta contradictorias orientaciones entre los diferentes actores, tanto los que se adhieren a la obligatoriedad como los que lo hacen a la no obligatoriedad. Y así, en el caso de Argentina, donde la vacunación ha sido obligatoria y gratuita, sectores del actual (2015-2019) Gobierno de orientación neoliberal, propusieron anular o limitar la obligatoriedad de las vacunas, aduciendo que esto debía ser decidido por el consentimiento informado de la población, lo cual fue fuertemente cuestionado por los sectores médicos clínicos y salubristas en términos técnicos; mientras otro sectores críticos vieron estas medidas como parte de una política neoliberal de eliminar no solo las responsabilidades de salud del Estado, sino de reducir las inversiones del Gobierno en el sector salud. Si bien la vacunación siguió siendo obligatoria, observamos que dichos sectores coinciden, por ejemplo, con los profesionales médicos españoles, que se oponen a la obligatoriedad de la vacunación, sosteniendo que la población no tiene por qué ser *obligada*, ya que las altas tasas de vacunación que hay en España evidencian que la gente decide voluntariamente vacunarse. Proceso que tuvo características similares en Inglaterra, donde la vacuna tampoco es obligatoria.

Ahora bien, la OMS y los salubristas de varios países, y especialmente en EE. UU., señalaron que la obligatoriedad era necesaria, porque garantizaba la creación de un espacio que limita o impide la transmisión, y que, por lo tanto —como ya lo señalamos—, constituía un acto de solidaridad social, por lo cual la vacunación debía ser obligatoria no solo para la población, sino especialmente para el personal de salud, ya que es el grupo de riesgo que más puede contraer y diseminar la infección dado el tipo de trabajo que realiza. Se aducen al respecto toda una serie de resultados de estudios que indican la necesidad de construir este espacio libre de transmisión especialmente desde el grupo familiar; y me refiero a estudios como el de P. HARDELID, realizado sobre 400.000 niños en Escocia, que demostró que los niños menores de dos años son más propensos a ser hospitalizados por influenza si tienen hermanos mayores que los contagien. Y así, se observó que los niños menores de seis meses con hermanos mayores registran más del doble de hospitalización que los que no tienen hermanos. Y si tienen dos hermanos mayores, el riesgo se incrementa aún más (HARDELID *et alii*, 2017). Pero, además, en el caso de los EE. UU., según algunos analistas, la obligatoriedad sería necesaria porque los nortea-

americanos culturalmente tienden a pensar más en derechos individuales que en derechos comunitarios, valorando sobre todo la capacidad individual de enfrentar los problemas (Murphy, 2015).

Lo que contrasta con las consideraciones técnicas de médicos de diferentes países europeos que cuestionaron la obligatoriedad de la vacunación porque reduce la solidaridad, o porque no toma en cuenta que el comportamiento *libre* y no obligado de la gente expresa y contribuye mucho más a la solidaridad que las conductas obligadas. Es decir, nos encontramos con posiciones *técnicas* respecto de la obligatoriedad/no obligatoriedad de la vacunación que apelan a la solidaridad social desde criterios sociales diferentes, pero que suelen agrupar tanto de un lado como del otro a actores sociales que, sin embargo, tienen intereses no solo diferenciales sino hasta opuestos, por lo menos a partir de sus respectivos discursos.

La problemática de la obligatoriedad/no obligatoriedad de las vacunas se complejiza cuando incluimos el papel de agentes sociales *ajenos* al campo de la salud. Como sabemos (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 2009), la OMS, el sector salud y los médicos están cada vez más preocupados por la importancia que el público da a las opiniones de las *celebridades* sobre temas de salud, pues sus opiniones tienen mucha mayor difusión que los materiales publicados en revistas médicas. Y así, por ejemplo, respecto de la vacuna triple varias importantes figuras del espectáculo han sido y siguen siendo en los EE. UU. activistas antivacunas, mientras que otras, por el contrario, no solo apoyan las vacunas, sino que financian campañas. Por lo que no solo nos encontramos nuevamente con una polarización de opiniones, sino con el manteniendo de ideas que han sido descalificadas científicamente, ya que las celebridades antivacunas siguen utilizando los argumentos propuestos por A. Wakefield, que, si bien no han convencido a la mayoría de la población, son parte de las fundamentaciones de determinados sectores sociales antivacunas.

Según analistas norteamericanos, en dicho país estamos asistiendo a una politización de la vacunación que fue impulsada originalmente por el movimiento antivacunas, pero a la cual contribuyeron directa e indirectamente los distintos sectores que se organizaron a favor y en contra de la influenza A (H1N1) a nivel internacional, y nacional, como ocurrió en el caso de México, donde el Gobierno y el sector salud pertenecen a un determinado partido político, y fueron acusados de utilizar políticamente la pandemia por diferentes objetivos políticos y económicos. Así como

durante epidemias previas Gobiernos de varios países asiáticos fueron acusados de ocultamiento de información, también por razones económico/políticas.

Y algo similar está ocurriendo en los EE. UU., por lo menos durante la última campaña por la presidencia de dicho país, donde la candidata demócrata se pronunció a favor de la vacunación universal, mientras que el candidato republicano, si bien reconoció el papel positivo de las vacunas, consideró, sin embargo, que los padres son los que deben tomar la decisión de vacunar o no a sus hijos, criticando a los médicos que tratan de presionar a la población para vacunarse. Más aún, un estudio realizado por el Pew Research Center encontró que el actual presidente, D. Trump, en varias ocasiones reconoció que existe una hipotética relación entre las vacunas y el autismo, e inclusive durante su campaña se reunió con miembros de los movimientos antivacunas, e inclusive invitó A. Wakefield a concurrir a la Casa Blanca (FUNK, KENNEDY y HEFFERON, 2017).

Esta politización está siendo analizada por expertos que ven constituirse una situación peligrosa, ya que la vacunación y la no vacunación comienzan a ser vividas como parte de la identidad de los partidos republicano o demócrata en los EE. UU. Pero desde hace años la medicina social crítica y también la antropología médica crítica han sostenido que los procesos de *s/e/a-p* constituyen procesos y problemas económico/políticos y socioculturales. Desde hace años, considero, además, que dichos procesos no solo tienen que ver con la enfermedad o la cura, sino que constituyen procesos a través de los cuales se desarrollan y se resuelven real o imaginariamente toda una serie de procesos de tipo económico, político y cultural que no son asumidos en cuanto tales. Es decir, como proponía hace cincuenta años Giovanni Berlinguer, los procesos de salud/enfermedad constituyen algunos de los principales espías de las contradicciones de un sistema (MENÉNDEZ, 2015 b).

Además, en los últimos veinte años, ha surgido una creciente preocupación por el papel que están cumpliendo las redes sociales (MENEU, 2004; MONTESA, 2005; BELLO ORGAZ, HERNÁNDEZ Y CAMACHO, 2017), que ha conducido a potenciar el concepto de posverdad, que es atribuido básicamente a la construcción de *verdades* por dichas redes. Pero como sabemos —o tal vez no sabemos—, eso que llaman actualmente posverdad constituyó política de Estado durante la Alemania nacionalsocialista, y en la URSS/Rusia bajo el estalinismo, así como es parte intrínseca de la industria de la publicidad. Y en estos casos, y por supuesto otros, los

intelectuales críticos y no críticos para enfrentar o defender al estalinismo y al nazismo o para *vender consumos* hicieron un uso intensivo de la posverdad. Lo cual fue reflexionado por varias de las corrientes posmodernistas, algunas de las cuales iban a impulsar una de las ideas básicas de la posverdad, es decir, que toda *realidad* social es actualmente construida, y, por lo tanto, la verdad es una construcción más (MENÉNDEZ Y DI PARDO, 2009).

El hecho de que actualmente analistas críticos, con objetivos social, ideológica y *moralmente* necesarios, utilicen argumentos dudosos, inconsistentes o directamente falsos, al igual que los no críticos, y mezclados con argumentos correctos, y más allá de los objetivos que los guían no solo de denunciar sino de modificar la realidad, constituye una tendencia peligrosa que cada vez se *naturaliza* más, inclusive en la lucha de algunos movimientos sociales. Estos sectores, que basan sus acciones en la eficacia de los discursos más allá de que sean o no sean verdad, no asumen que son los sectores dominantes —inclusive dentro del reino de las redes sociales— los que tienen mayores poderes para imponer sus posverdades. Más aún, no asumen que las posverdades están contribuyendo a radicalizar las oposiciones en forma cada vez más polarizada.

Considero que las oposiciones van a seguir permaneciendo en el campo de la salud/enfermedad, sean referidas al papel del sector salud ante una pandemia, ante la *diabetes mellitus 2*, o ante el virus del papiloma. Pero, además, dada la inexistencia de fuerzas políticas y sociales que promuevan alternativas, dichas oposiciones se van a incrementar y agudizar, dado que para los *intelectuales*, incluidos una parte de los científicos y de los profesionales críticos, y, por supuesto los periodistas, los discursos constituyen su campo de acción. Lo cual, dada la posible politización de varios de los procesos de *s/e/a-p*, puede impulsar cada vez más las confrontaciones en términos de posverdades. Lo que puede conducir a los que defienden al sector salud pero cuestionan el papel de la IQ/F a enfrentarse en lugar de articularse con los que cuestionan a la IQ/F pero cuestionan el papel de las vacunas, ya que tanto en unos como en otros lo que puede surgir, como hemos visto en el caso de las influenza, es que solo pase a primer plano el objetivo prioritario que se proponen, excluyendo otros que podrían operar complementariamente.

El énfasis en la búsqueda de diferencias ha favorecido las tendencias actuales que niegan casi toda similaridad, lo cual sería necesario revertir en términos de manejarnos tanto con las diferencias como con las simi-

laridades. Y debido a que, además, gran parte de las características de las *diferencias* han sido construidas a través de criterios y objetivos de posverdad, impulsando aún más las polarizaciones, y aislando a actores sociales que potencialmente deberían operar conjuntamente. Y la cuestión, como siempre, está en observar cuáles son las fuerzas sociales dominantes y subalternas, y qué impulsan estas respecto de los procesos de s/e/a-p que nos interesa entender y modificar. Y por lo menos, en el caso de las vacunas, todo indica que las líneas dominantes seguirán siendo impulsadas por la IQ/E, y el conjunto de actores articulados en múltiples formas con esta. Y debido, además —como lo señalamos—, a que dentro del conjunto de los actores sociales que se oponen operan sectores antagónicos que imposibilitan una acción de conjunto. Y tal vez por eso, lo que resta es la reflexión, la crítica y la denuncia a través de las cuales algo se logre, como de hecho ocurrió en el caso de la influenza A (H1N1), pero no apelando a las posverdades.<sup>3</sup>

3 Si bien propongo dos grupos, considero que existe una gama de posibilidades intermedias como surge de nuestro análisis de la información biomédica y periodística sobre la influenza A (H1N1) (MENÉNDEZ, 2014, 2015). Pero, además, recuerdo que los grupos propuestos constituyen construcciones metodológicas provisionales.



*Bibliografía citada*

- BELLO-ORGAZ, G.; HERNÁNDEZ, J. y CAMACHO, D. (2017). «Detecting discussion communities on vaccination in Twitter». *Future Generation Computer Systems*, 66: 125-133.
- BOURDIEU, P.; CHAMBODERON, J. C. y PASSERON, J. C. (1975). *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI Editores.
- BUGARIN, I. (2010). «Investigará comisión alerta por A.H1N1». *Reforma*, 3-4-2010
- CANTERA, S. (2013). «Compran vacunas de más». *Reforma*, 25-2-2013.
- COHEN, D. y P. CARTER, P. (2010). «WHO and the pandemic flu «conspiracies»». *British Medical Journal*, 340: 1274-1279.
- CRUZ MARTÍNEZ, A. (2010a). «Sólo un caso de Guillain-Barré por vacuna A/H1N1». *La Jornada*, 11-1-2010.
- CRUZ MARTÍNEZ, A. (2010 b). «Desnudó la influenza A/H1N1 las carencias del sistema de salud». *La Jornada*, 12-3-2010.
- CRUZ, A.; OLIVARES, E. y POY, L. (2010). «Divide a expertos crítica a la OMS por el caso A/H1N1». *La Jornada*, 15-1-2010.
- DAVIS, M. (2006). *El monstruo llama a la puerta*. Barcelona: El Viejo Topo.
- DAWOOD, F. *et alii* (2012). «Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study». *The Lancet Infectious Disease*, 12(9): 687-695.
- DELARUE, F. (1977). *L'intoxication vaccinale*. Paris: Editions du Seuil.
- ESEVERRI, J. (2010). «Lo que la gripe dejó». *Revista Expansión*.
- FLANNERY, B. *et alii* (2017). «Influenza vaccine effectiveness against pediatrics death: 2010-2014». *Pediatrics Care on line*, April 2017.
- FORCADES I VILA, T. (2010). «Pandemia 2009/2010 por gripe A: la importancia de evitar que las alarmas sanitarias sean rentables». *Salud Colectiva*, 6(3e): 245-249.
- FUNK, C.; KENNEDY, B. y HEFFERON, M. H. (2017). *Majority of Americans say benefits of childhood vaccines outweigh risk*. Pew Research Center online, 2-2-2017.
- GARDUÑO, S. (2010). «Defiende Córdoba plan contra A-H1N1». *Reforma*, 19-1-2010.
- GÉRVAS, J. (2010). «De las vacunas a la gripe A/H1N1, ¿precaución y prevención sin límites?». *Salud Colectiva*, 6(2).
- GERVÁS, J. y PÉREZ FERNÁNDEZ, M. (2013). *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*. Barcelona: Los libros del Lince.

- HARDFELD, P. *et alii* (2017). «Risk factors for admission to hospital with laboratory-confirmed influenza in Young children birth cohort study». *European Respiratory Journal*, 50.
- HERNÁNDEZ LÓPEZ, J. (2010). «Comentarios sobre la influenza». *La Jornada*, 14-1-2010.
- HOMEDES, N. y UGALDE, A. (2015). «El ciclo de los medicamentos: su impacto en el acceso y el uso adecuado». *Salud Colectiva*, 11(1): 3-8.
- JEFFERSON, T. *et alii* (2014). «Neuraminidase inhibitor for preventing and treating influenza in healthy adults and children». *The Cochrane Library*, 10-4-2014.
- LA JORNADA (LJ) (periódico). Período 2000-2017.
- LA ROSA, E. (2009). *La fabricación de nuevas patologías: de la salud a la enfermedad*. Lima: Fondo de Cultura Económica
- LAURELL, A. C. (2010). «Investigación científica con fines de lucro». *La Jornada*, 4-6-2010.
- MARTÍNEZ, G. (2013). *Un sistema en busca de salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- MCKEOWN, T. (1976). *The modern rise of population*. London: Academic Press.
- MENÉNDEZ, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- MENÉNDEZ, E. L. (2014). «Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad: el caso de la influenza A (H1N1)». *Salud Colectiva*, 10(1): 15-40.
- MENÉNDEZ, E. L. (2015a). «Venturas y desventajas del sector salud mexicano respecto de la influenza A-H1N1». *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(1): 53-63.
- MENÉNDEZ, E. L. (2015b). «Las enfermedades, ¿son sólo padecimientos? Biomedicina, formas de atención y proyectos de poder». *Salud Colectiva*, 11(3): 301-330.
- MENÉNDEZ, E. L. y DI PARDO, R. (2009). *Miedo, riesgos e inseguridades: los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción de la salud como catástrofe*. México DF: Ciesas.
- MENEU, R. (2004). «Fuentes de información para usuarios y pacientes». *Monografías Humanitas*, 3: 127-138.
- MONTESA, F. (2005). «Internet y otros dilemas». En RAMONET, I. (ed.). *Medios de comunicación de masas en crisis* (pp. 58-63). Valencia: Le Monde Diplomatique.

- MOYNIHAN, R. (2002). «Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering». *British Medical Journal*, 324: 886-8912.
- MURPHY, K. (2015). «La ética de la infección». *Reforma*, 3-1-2015.
- OHOHO, E. *et alii* (2016). «Benefit of early limitation of influenza antiviral treatment to pregnant women hospitalized with laboratory confirmed influenza». *The Journal of Infectious Disease*, 5-2-2016.
- OSHANSKY, C. *et alii* (2014). «Seasonal influenza vaccination is the strongest correlate of cross reactive antibody responses in migratory bird handlers». *Bio Journal A.S.M.*, 5(6): 7-14.
- Público (P)* (periódico). Período 2009-2011.
- Reforma (R)* (periódico). Período 2000-2017.
- REYES TERÁN, G. (2007). «Sida, crónica de una afección mediática». *Revista Letra S*, 126: 6-7.
- ROCKOFF, D. y LOFTUS, P. (2009). «Las vacunas son el nuevo objeto del deseo de las farmacéuticas». *Reforma*, 29-9-2009
- SACHICO, O. *et alii* (2016). «Modeling the economic burden of adult vaccine-preventable disease in the United States». *Health Affairs*, 5(11).
- SACHICO, O. *et alii* (2017). «Estimated economic impact of vaccinations in 73 low-and middle-income countries, 2001-2020». *World Health*, 95: 629-638.
- SARTI, E. *et alii* (2009). «La influenza AH1N1 (2009): el recuento al declararse el término de la contingencia en México». *Revista de Investigación Clínica*, 62(4): 289-298.
- SECRETARÍA DE SALUD/OPS (2010). *Plan nacional de preparación y respuesta ante la intensificación de la influenza estacional o ante una epidemia de influenza*. México DF: Secretaría de Salud.
- SCHMIDT, C. W. (2009). «Las CAFO porcinas y la nueva influenza». *Revista Salud Pública de México*, 51(6): 513-521.
- TURATI, M. (2009). «En el borde del caos». *Revista Proceso*, 10-5-2009.
- VEGA FRANCO, L. (2009). «Epidemia por virus de influenza A (HeN1)». *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(2): 63-64.
- VELÁZQUEZ PÉREZ, L. *et alii* (2009). «Percepción social y actitud de los trabajadores del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ante la alerta epidemiológica de la influenza humana A-H1N1 durante 2009». *Medicina Interna de México*, 25(6): 450-453.
- VÉLEZ, O. y GARCÍA, C. (2010). «Médicos de Oaxaca y Nuevo León se niegan a aplicarse vacunas contra la A/H1N1». *La Jornada*, 11-1-2018.
- WHALEN, J. (2013). «Acusaciones de sobornos en China, el dolor de cabeza del jefe de Glaxo». *Reforma*, 6-8-2013.



## LOS AUTORES Y LAS AUTORAS

Juan GÉRVAS es licenciado y doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid (España), médico general rural jubilado, profesor honorario de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid, profesor visitante de Salud Internacional en la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid, España), y exprofesor visitante de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins (Baltimore, Maryland, EE. UU.), 1991-2003. Correo electrónico: jjgervas@gmail.com

Joana ZARAGOZA GRAS es doctora en Filología griega por la Universidad de Barcelona y profesora de Filología griega en la Universitat Rovira i Virgili. Ha formado parte de diversos proyectos de investigación, entre los que cabe destacar «La violencia de género en el mundo antiguo», «Creació i Pensament de les dones», «Dones, Desenvolupament i Cultura», y «Familia y propiedad en el derecho griego antiguo». Sus líneas de investigación son la literatura y la medicina griegas. Correo electrónico: mjzgras@gmail.com

Eliana Elisabeth DIEHL is full professor of the Department of Pharmaceutical Sciences, Federal University of Santa Catarina, and member of National Research Institute: Plural Brazil (Instituto Brasil Plural, IBP, CNPq/INCT). With doctorate in public health from the Oswaldo Cruz Foundation-RJ, her interdisciplinary investigations draw from collective/public health, anthropology and pharmaceutical sciences, studying Indigenous health, Indigenous health policy and quality of pharmaceutical services and assistance. Correo electrónico: elianadiehl@hotmail.com

Esther Jean LANGDON is a CNP researcher and coordinator of the National Research Institute: Plural Brazil (*Instituto Brasil Plural*, IBP, CNPq/INCT), is a retired professor in the Graduate Program in Anthropology at the Federal University of Santa Catarina. She focuses on the field of anthropology of health with particular emphasis on Indigenous health

and public policy and has been published throughout the Americas and Europe. Correo electrónico: estherjeanbr@gmail.com

Cristina MORENO LOZANO es maestra en Antropología Médica y Salud Global por la URV/UB y BSc (Hons) en Biomedicina por la Universidad de Edimburgo. Ha colaborado en proyectos de investigación experimental en microbiología de enfermedades infecciosas en la Universidad de Edimburgo. Sus intereses de investigación incluyen: antropología farmacéutica, enfermedad infecciosa emergente, antibióticos y resistencias antimicrobianas, medicina humanitaria, *One Health*, historia de la medicina y filosofía de la biología. Correo electrónico: cristina.moreno.lozano@gmail.com

Rosa María OSORIO CARRANZA es licenciada en Antropología Física y cuenta con la Maestría en Antropología Social por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Obtuvo el grado de Máster en Antropología de la Medicina y el doctorado en Antropología Social y Cultural por la Universidad Rovira i Virgili. Es profesora-investigadora en el CIESAS-D.F. Sus líneas de investigación son la salud materno-infantil enfocada al análisis de la cultura médica materna, la estructura de autoatención y la interrelación de los modelos médicos. Correo electrónico: rmosorio@ciesas.edu.mx

Juan Carlos ROMERO-VILLADÓNIGA tiene un Máster en Patrimonio Histórico, es doctor en Humanidades por la UHU, así como cuenta con el Máster en Antropología por la UCLM y es doctor en Filosofía por la UCLM. Actualmente se encuentra investigando acerca de las implicaciones que tiene el estigma social en colectivos vulnerables de la provincia de Huelva. Cuenta con cuatro libros y veinticinco artículos publicados, algunos en prensa, referentes muchos de ellos de la importancia de los sentimientos como forma de abordar la complejidad humana. Correo electrónico: jucarovi66@gmail.com

Carla F. RODRIGUES é socióloga, doutoranda na Universidade de Amsterdam e investigadora associada na Universidade de Bristol e no CIES, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Tem desenvolvido investigação em diversas áreas temáticas, sobretudo no campo da sociologia e antropologia dos medicamentos. Tem trabalhado essencialmente sobre pluralismo terapêutico, automedicação, (novos) usos sociais dos medicamentos e resistência antimicrobiana. Foi professora assistente convidada no Instituto

Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e consultora de investigação na Médicos do Mundo – Portugal. Correo electrónico: carla.af.rodrigues@gmail.com

Ana P. LÓPEZ LOZANO has a PhD in Organic Chemistry and a BS in Biochemistry from the UAB. She devoted eight years to research in Spain, Canada and Germany. After setting-up the Knowledge & Technology Transfer Area of the Institute of Chemical Research of Catalonia (ICIQ), she specialized in counselling and she qualified as European Patent Attorney in 2010. Presently, she is the head of intellectual property at Esteve Química and has a strategic role in the generics activity. Correo electrónico: acranberola@gmail.com

Adam ANDROS ARONOVICH ha obtenido el Máster en Antropología Médica y Salud Global por la Universitat Rovira i Virgili. Actualmente está realizando trabajo de campo en la Amazonia peruana, con interés en las dimensiones social-ecológicas y ambientales de la salud mental y la importancia de la reciprocidad e interdependencia en nuestro bienestar individual y colectivo. Coordina la parte cualitativa de un estudio conjunto entre ICEERS y la Beckley Foundation sobre los efectos terapéuticos de la ayahuasca. Correo electrónico: dolp55@gmail.com

Lina CASADÓ es antropóloga y enfermera, cuenta con el Máster en Antropología Médica y es doctora en Antropología por la Universidad Rovira i Virgili. Desde el año 2003 ha participado en diferentes proyectos sobre salud, alimentación y cuerpo. Ha sido profesora visitante en la Universidad de Leeds (2015) y en la Universidad de Durham (2012) e investigadora visitante en The Amsterdam School for Social Science Research (2008). Actualmente es profesora en el Departamento de Enfermería de la URV. Correo electrónico: linacristina.casado@urv.cat

Mercè GASULL es enfermera de Atención Primaria desde 1996 y licenciada en Antropología Social y Cultural en la Universidad Rovira i Virgili (URV) en 2005, y está cursando el Máster Interuniversitario en Antropología Médica y Salud Global en la URV y la Universidad de Barcelona. Desde el año 2011 colabora como profesora asociada en el Departamento de Enfermería de la URV impartiendo la asignatura de Salud Pública y Educación para la Salud. Correo electrónico: mariamerce.gasull@urv.cat

Lourdes FRANCO LÓPEZ es doctora en Medicina y especialista en medicina familiar y comunitaria, licenciada en Antropología, diplomada en Interculturalidad, Migraciones y Salud y cuenta con el Máster en Antropología Médica y Salud Global. Es miembro de la Fundación Wassu-UAB, del MARC y del GESA. Actualmente trabaja en el servicio de urgencias del HCA. Su investigación está orientada hacia las desigualdades en salud, género y migración. Correo electrónico: lourdesfl76@gmail.com

María José SÁENZ RODRÍGUEZ es especialista en medicina familiar y comunitaria y tiene un posgrado de Medicina Naturista. Es miembro fundador de la Sociedad Europea de Medicina Naturista Clásica y vocal de formación de la Sección de Medicina Naturista del COMZ. Trabaja actualmente en el Centro de Atención Primaria de Deltebre. Está interesada en la investigación sobre género: maternidad, parto y lactancia y enfermedades de alta prevalencia en mujeres, así como, en cuestiones relacionadas con la medicina naturista. Correo electrónico: mjosesaenz@hotmail.com

Consuelo DÍEZ CHAO es licenciada en Farmacia. Su carrera profesional está enfocada a la cooperación y la educación para el desarrollo en Farmamundi. Ha coordinado y ejecutado proyectos sobre el derecho a la salud con perspectiva de género. Es vocal de la CONGDEx en el Consejo Asesor de Cooperación de la Junta de Extremadura y cofundadora de la asociación AMACABA, que desarrolla actividades formativas, educativas y de sensibilización sobre cultura, igualdad de género y promoción de la salud. Correo electrónico: extremadura@farmamundi.org

Manuel A. DÍAZ RODRÍGUEZ es licenciado en Farmacia y miembro del equipo humano de Farmamundi. Ha desarrollado en Extremadura casi una decena de proyectos de educación para el desarrollo. Sus últimos trabajos están específicamente relacionados con la equidad de género y el derecho a la salud. Durante diez años ha sido miembro de la junta directiva de la coordinadora extremeña de ONGD (CONGDEx), cuatro de ellos como presidente. Es representante de Farmamundi en Consejos Locales de Cooperación. Correo electrónico: extremadura@farmamundi.org

Johanna FRÖHLICH ZAPATA cuenta con el Máster en Antropología Médica y Salud Internacional por la URV de 2016 (Premio extraordinario por estudios de máster en la URV 2015/2016). Se licenció en Antropología Social y



Cultural en la Universidad de Viena (2013) y cursó un año (2011-2012) en la Universidad de Granada. Sus temas de investigación son género y salud, *female genital cosmetic surgery* y el desarrollo de propuestas metodológicas para aplicar técnicas de la psicología Gestalt en el campo de la antropología médica. Correo electrónico: froehlich.zapata@gmail.com

Nuria ROMO-AVILÉS es antropóloga médica, profesora titular del Departamento de Antropología Social en la Universidad de Granada y docente en el Máster Erasmus Mundus sobre Estudios de las Mujeres y de Género (GEMMA) de la Universidad de Granada. Inició su carrera investigadora etnografiando contextos de consumo de drogas. Es coordinadora de proyectos de investigación nacionales e internacionales especializados en estudios de género, salud y drogodependencias, ámbitos sobre los que ha publicado extensamente. Correo electrónico: nromo@ugr.es

Verónica ROCAMORA VILLENA es doctora en Comunicación Social por la Universidad Complutense de Madrid. Su investigación se focaliza en la comunicación entre expertos y ciudadanía en el ámbito de la salud, así como en controversias sociocientíficas. En su tesis doctoral ha abordado las diversas dimensiones sociopolíticas y comunicacionales de las controversias sobre vacunas en el caso de Chile. Actualmente es profesora de la Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: veronica.rocamora@usach.cl

Eduardo L. MENÉNDEZ es licenciado en Ciencias Antropológicas, doctor en Antropología por la Universidad de Buenos Aires y cuenta con el Máster en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de México. Ha recibido el doctorado *honoris causa* por la Universitat Rovira i Virgili y por la Universidad Nacional de Rosario. Es profesor emérito del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores, donde trabaja como profesor-investigador desde 1977. Ha publicado 27 libros, 102 artículos en revistas académicas y 101 capítulos de libros sobre temáticas de antropología médica. Correo electrónico: emenendez1@yahoo.com.mx

Cecilia GARCIA ALBAREDA. Bióloga de formación. Actualmente es coordinadora de Farmacéuticos Mundi en Cataluña, después de haber trabajado en la Fundación Barcelona SIDA 2002, como miembro de los equipos científico y de administración de la entidad. En el día a día, en luchas

compartidas, poniendo el foco en entender las causas de las desigualdades en la salud en el mundo, como base del compromiso y cambio social necesarios para alcanzar la justicia global.

Oriol ROMANÍ ALFONSO. Profesor Emérito y miembro del Medical Anthropology Research Center de la Universidad Rovira i Virgili (URV), universidad de la que ha sido Catedrático de Antropología Social en su Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Ha sido Coordinador, desde esta misma institución, del Master Interuniversitario en Antropologia Mèdica i Salut Global (URV-UB-CSIC) y miembro del Consejo Directivo del Master Interuniversitari en Joventut i Societat. Pionero en España de la antropología de las drogas y de la juventud, así como del uso de las Historias de Vida como metodología de investigación.



En este libro se ofrece un conjunto de análisis y reflexiones para entender cómo funcionan en el mundo contemporáneo las relaciones de estas sustancias, que conocemos como medicamentos, con distintos grupos humanos. Dichas sustancias, bajo diversas formas, han acompañado a la humanidad desde sus inicios, sea desde un punto de vista empírico o simbólico, en sus procesos de autoatención, medicación y automedicación. Actualmente, los medicamentos ocupan una situación estratégica en nuestras sociedades globalizadas, sea a nivel económico (rol de la industria farmacéutica) o como elementos de control social, además de elementos técnicos de gestión de la salud.

La riqueza del análisis socioantropológico se refleja en este libro, que sitúa al medicamento en el contexto del conjunto de procesos que le dan su significado en cada una de las sociedades o grupos sociales en que se utiliza.

Con textos de Ménéndez (México), Langdon (Brasil) o Gervas (España), entre otros.

