

70

DEL 20 DE FEBRERO
AL 20 DE MAYO
DE 2026

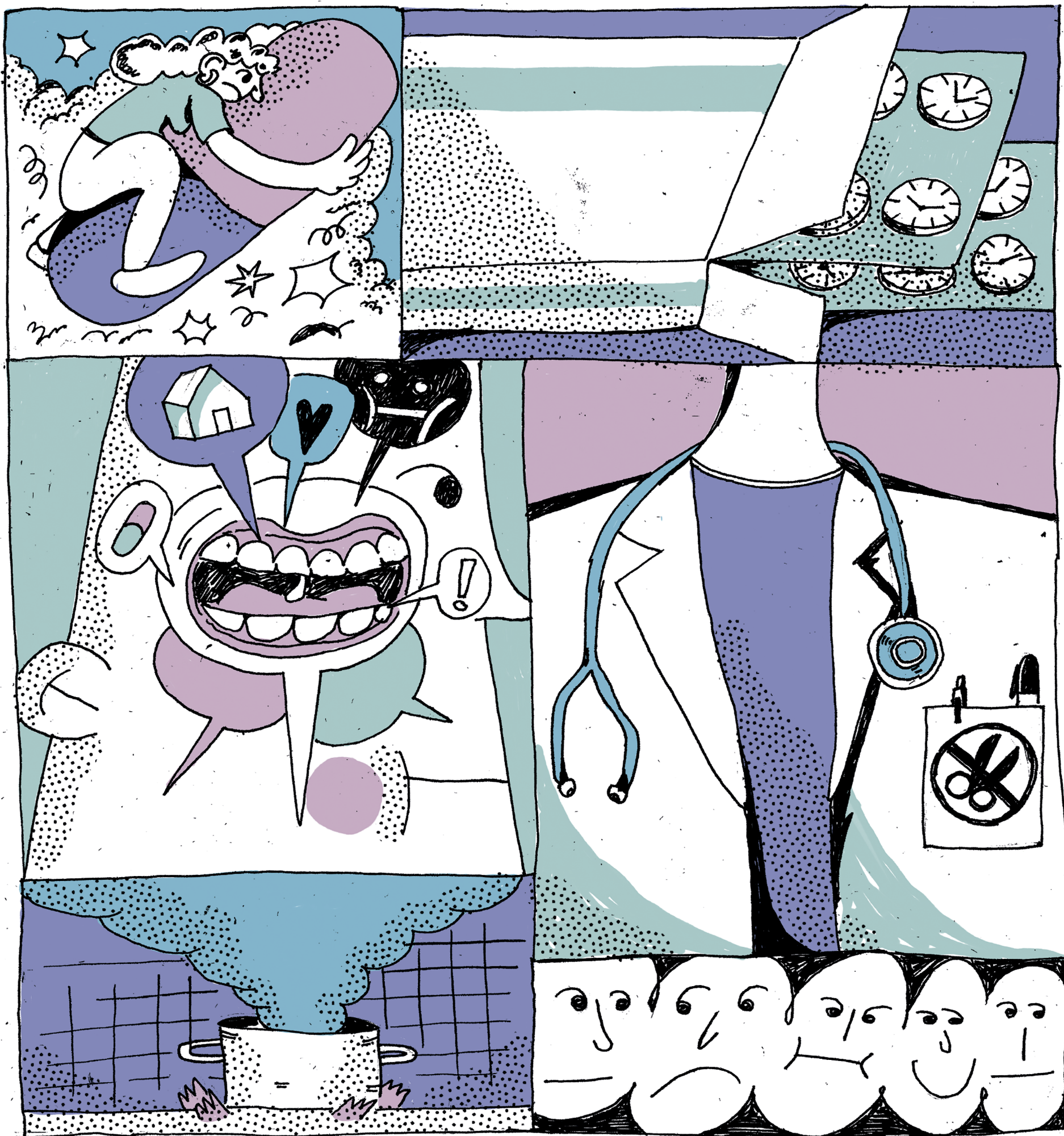
EL PERIÓDICO
TABERNARIO MÁS LEÍDO
DE SEVILLA

¡EL TOPO NO SE VENDE!
SUSCRÍBETE,
APOYA EL PROYECTO

WWW.ELTOPO.ORG
@topotabernario

EL TOPO

MONOGRÁFICO
SALUD



EQUIPO

Comando editorial asambleario
Paula Álvarez, Bea Fraire,
Candela González Sánchez,
Luz Marina Hernández García,
Macarena Hernández, José Laulhé,
Josepe Vélez Pagés, Olga López Cera,
Mar Pino Monteagudo, Idaira Gara,
Sergio y Bernardino SF.

Comando ortotipográfico
Christian, Alejandro Gago,
Candela González Sánchez, Kiko López,
Paelo y Rosario de Zayas.

Diseño y maquetación
Ricardo Barquín Molero

PORTADA

Tema que te quema / Página 15
D. Vanderh
www.dvanderh.com

Edita
Asociación El Topo Tabernario

Tirada
1.000 ejemplares

D.L.
SE 2210-2013

ISSN
2952-413X



Atribución-NoComercial-
CompartirIgual 4.0 Internacional
www.creativecommons.org/licenses/
by-nc-sa/4.0/deed.es

Allá por 2013, El Topo Tabernario
empezó a socavar el terreno sobre
el que se asienta este sistema,
impulsado por el equipo
de Ecotono S. Coop. And.

EL TOPO ELIGE HACER USO
DEL LENGUAJE INCLUSIVO
Y NO SEXISTA

Algunos de nuestros artículos están redactados en femenino; otros, con términos colectivos; y otros, empleando la letra e, que además, facilita el uso de lectores de pantalla pensados para personas con discapacidades. Se trata de un posicionamiento político con el que expresamos nuestro rechazo a la consideración gramatical del masculino como universal y al binarismo por defecto. Porque cada cual es único e irrepetible, y se nombra como quiere y siente.

LECTURAS PARA
EL SISTEMA INMUNITARIO

En estos doce años y pico de *madrigueraje topil* han visto la luz cuatro números monográficos: el primero, dedicado a África —era 2017 y presentábamos este número 22 con las amigas de Radiópolis en los terrenos de la antigua Torre de Renfe de la avenida de Torneo, donde tenía su emisora este medio comunitario local de referencia—; otro sobre turistización —el número 33, en 2019, año en el que se organizó colectivamente en Sevilla el Encuentro Social sobre Turistización: Alternativas y Resistencias (ESTAR), y nos pareció entonces importante, como lo es ahora, sumar capas al análisis—; en 2023, dedicamos el número 61 a las violencias machistas —conscientes de la necesidad de seguir repensándonos y cuidándonos en lo colectivo, y con portada de nuestra compañera fallecida Aurora (necesitamos seguir nombrándote), que acabamos presentando en nuestro décimo aniversario en la Casa Grande del Pumarejo—. Y, ahora, este que tienes en tus manos sobre salud.

Los monográficos nos parecen sondas que rastrean nuestras llanuras abisales y arrojan un montón de información. Por ejemplo, nos dan pistas de dónde ponemos el foco como colectivo, qué temas nos ocupan y preocupan a quienes ponemos cuerpo y cabeza en EL TOPO o en qué andamos más bien pegadas y necesitamos ponernos las pilas. Y nada mejor que un monográfico para ahondar. ¿Que podían ser otros los temas de los monográficos? Absolutamente: desarme, genocidios, maternidades, anarquía, colapso ambiental..., pero la realidad es que, por ahora, han sido estos cuatro. Los monográficos también son un reto para quienes construimos EL TOPO, nos obligan a centrarnos, a llamar a la puerta de una parte importante de nuestra

red, a atender una cuestión concreta, y eso choca a veces con el carácter expansivo de nuestra madriguera.

Salud no es un tema fácil de definir, aunque se entiende perfectamente que se le dedique un número. Pensamos en salud en los espacios y colectivos, salud tanto física como mental, emocional..., las cosas que nos sanan, que nos curan y aquellas que nos enferman..., es decir, *nos cabe el Maní* con el tema. Hemos querido estar atentas a las líneas rojas que encontramos también a la hora de abordarlo, algo casi tan interesante como la producción generada sobre el tema. Con esto, decirte que tiene su complejidad abordar un tema como la salud sin caer en cagaditas y en lo fácil, también, que es olvidar algunos de sus ámbitos dentro de un sistema que se fortalece a nuestra costa. Por ello, en las páginas que siguen, nos acercaremos al impacto del territorio en nuestra salud, nos recordaremos una vez más que lo que nos falta es tiempo y no un suplemento, veremos cómo la investigación médica no atiende a la diversidad y cómo eso no permite avanzar de manera justa en el tratamiento de enfermedades, nos asomaremos a la gordura y al *chemsex*, nos sumergiremos en las mareas blancas que luchan por salvar una sanidad pública que agoniza, aprenderemos sobre prótesis y visibilizaremos el dolor, el crónico y el de las *kellys*, entre otros menesteres y malestares.

Con todo, ojalá este topo sea el zumito de naranja, la *infu* de jengibre, miel y limón, el ajo crudo o el pastillón, llegado el momento, y refuerce nuestros sistemas inmunitarios para hacer frente a tanta toxicidad. El momento lo requiere. ●



SI NOS QUERÉIS, ¡SUSCRIBIRSE!
4 NÚMEROS AL AÑO POR 30 €, ENVÍO A DOMICILIO INCLUIDO



EL TOPO es **una publicación libre y autogestionada** de actualidad *ecopolíticasociá*, sostenida por el esfuerzo colectivo y militante de colaboradoras y suscriptoras. ¿Nos ayudas a que siga siendo así?

Si te suscribes, por 30 euros al año recibirás en casa un número cada tres meses. ¿Cómo lo haces? Pues puedes hacerlo bien **a través de nuestra web**, www.eltopo.org/suscribete/, o bien **a la antigua**, mándanos una carta con tus datos y dirección de envío (y no olvides meter los 30 € dentro del sobre) a «Asoc. El Topo Tabernario. C/ Pasaje Mallol 22, 41003 — Sevilla». Una vez hecho de alguna de las dos maneras, avísanos por mail a la cuenta suscripcion@eltopo.org para que podamos formalizar tu suscripción. Y en *na*, tendrás el siguiente número de EL TOPO en tu casa. Gracias por formar parte de la madriguera.

MÉDICAS POR LA SANIDAD PÚBLICA

Entrevista a Sara, médica de urgencias en el SAS

Por Jesús M. Castillo / EL TOPO

En plena campaña de privatización de la sanidad pública andaluza por parte del gobierno de Moreno Bonilla, y en medio de las movilizaciones del colectivo médico por la mejora de sus condiciones laborales, entrevistamos a Sara, que trabaja como médica de urgencias en el Hospital San Juan de Dios en el Aljarafe sevillano.

Para empezar Sara nos habla de su vocación: «Desde que tengo uso de razón siempre quise ser médica, no hay solo un porqué, serían muchos, pero el que siempre me ha empujado más es el poder ver que directamente algo que yo hiciera ayudaba a otra persona, lo curaba, pero parecía como mágico». En este sentido Sara comenta que en el desarrollo de su profesión le motiva especialmente «el intentar cuidar y enseñar a cuidarse a los demás, hay una frase de una enfermera, Virginia Henderson, que lo resume estupendamente: si puedes curar, cura. Si no puedes curar, alivia. Si no puedes aliviar, consuela. Y si no puedes consolar, acompaña. Esto es lo fundamental».

La motivación de Sara en pro de la ayuda mutua choca, a menudo, con «la falta de conciencia de los pacientes de que ellos también son responsables de su salud, esto conlleva faltas de respeto cuando los atiendes, piensan que nada de lo que les pasa es por ellos, la prevención e información sobre la salud es nula en nuestra sociedad». Esta llamada de atención de Sara conecta con la percepción que tenemos muchas de las que nos dedicamos a la ecología: muchas personas no son conscientes de que son ecodependientes, de que su salud mental y física depende de su entorno, de lo que comen, beben, respiran... A esto se suma que las administraciones públicas no prestan la atención necesaria a los condicionantes ambientales y sociales de la salud, y trasladan

la responsabilidad de los cuidados, principalmente, a la esfera individual. De esta manera, no protegen a la población de la exposición crónica a contaminantes que provocan numerosas enfermedades y muertes.

El colectivo médico fue a la huelga cuatro días de diciembre en el marco de la negociación de un nuevo Estatuto Marco con el Ministerio de Sanidad. Esta movilización continuará durante meses. Sara nos comenta que esta movilización es muy «importante y necesaria». «La intento resumir en puntos claves: contamos con plantillas totalmente mermadas, con gran inestabilidad laboral, con contratos mes a mes... Además, sufrimos jornadas laborales de 24 horas (somos los únicos dentro del sector sanitario) que incluyen festivos y fines de semana. Por si esto fuera poco, las *horas extras* que echamos de más, que consideran dentro de las horas complementarias, no se ven reflejadas en nuestra vida laboral, no cotizan a la seguridad social y, por lo tanto, no nos cuentan de cara a la jubilación». Esta sobrecarga laboral lleva a que muchas médicas estén a jornadas de sesenta, setenta e, incluso, ochenta horas o más a la semana. Como consecuencia, la «conciliación familiar es nula. Puedes estar hasta treinta horas sin ver a tus familiares». Además, Sara denuncia las listas de espera *inasumibles* y exige un «Estatuto Marco propio que regule todos estos puntos». En la línea de las nuevas movilizaciones anunciadas para estos meses, Sara afirma que «no hemos conseguido por ahora nuestros puntos, pero vamos a seguir intentándolo, tenemos que seguir luchándolo».

Para cerrar nuestra conversación, hablamos sobre el futuro de la sanidad pública andaluza. «Me considero una persona optimista, pero cada vez me ponen más complicado el ver este futuro como el que yo querría. Para que la sanidad sea sostenible es necesaria inversión, eso es evidente, pero esa financiación está derivándose a realizar pruebas complementarias y adelantos de listas de espera en centros privados, movilizan a la privatización en vez de apostar e impulsar el gran Sistema Sanitario Público que tenemos y que es responsabilidad de todos defenderlo». ●

“

LA MOVILIZACIÓN DE MÉDICOS Y MÉDICAS ES IMPORTANTE Y NECESARIA

GORDAS VS CONTROL SOCIAL

Lubna de Córdoba

Bibliotecaria y antropóloga

El control del cuerpo es una constante en la historia de la humanidad. Ya fuese a través de la religión o la ciencia, las mujeres hemos vivido especialmente esclavizadas a estándares de todo tipo y, desde el siglo XX, esta circunstancia se ha convertido en una dictadura que presiona nuestras formas y nuestras mentes. De ahí que no parezca casualidad que los momentos de mayor auge del fascismo (o pensamientos reaccionarios en general) sea cuando mayor control hay sobre nuestra apariencia física.

La creación de la idea de insatisfacción continua con tu cuerpo desarrollada en la sociedad capitalista se convierte en un arma de destrucción masiva de la libertad que nos arroja a casi todas por igual, todo por hacer que no pares de consumir aquello que te promete que serás socialmente aceptada y sexualmente deseable. Porque sí, esto va de que la validación de la mujer sigue pasando por la aprobación de su físico, por mucho que nos creamos desmarcadas de ese pensamiento supuestamente pasado de moda.

Pero no nos engañemos, no todas sufrimos este yugo por igual, porque aquellas que no cabezamos en sus moldes por exceso de volumen estamos condenadas desde un punto de vista no solo estético, sino también médico. Además, ser gordas se ve como una circunstancia de la cual solo tú eres responsable, porque solo es gordo quien quiere, quien no hace nada para evitarlo, sin atender a la diversidad de la constitución de los cuerpos cuando hablamos de gordura.

Creer siendo gorda es crecer pensando que estás enferma, no solo porque desde pequeñas a nuestro alrededor nos estén diciendo que esa es una circunstancia a cambiar, sino porque también hay todo un cuerpo médico que te lo corrobora «por tu propia salud». De ahí que intenten medicalizarnos con fármacos (¡fármacos!) y someternos a dietas imposibles sin importar cómo eso afecta a otras facetas de nuestra salud más allá de la tan requerida pérdida de peso. Todo un crisol de aspectos referentes a la salud mental ignorados con tal de que bajes los kilos que sean necesarios.

Cuando estás gorda y vas al médico, un alto porcentaje de las cosas que te pasan se arreglarían si perdieras peso, ya sea una hipertensión arterial, una artritis o un cáncer... Lo primero que te recomiendan es perder peso como base de tu curación. Lo más importante, perder peso y dejar de ser gorda. Siendo así, ¿Cómo no vamos a creer que estamos enfermas?

Hace algunos años hubo una cierta esperanza de cambio cuando los cuerpos *curvy* (palabra inventada por el capitalismo para dar caché a las gordas) pasaron a ser tendencia. Pero la jugada nunca fue una apertura de mente real, sino solo una moda para abrir una nueva línea de mercado para esos cuerpos que quedaban en los márgenes. Hoy, con las ideas fascistas de nuevo en alza, las gordas volvemos a ser seres enfermos, poco saludables, y se nos acusa de hacer *apología de la gordura* si queremos visibilizar nuestros cuerpos como válidos y reales. Pero me pregunto yo ¿la *enfermedad* es nuestra o de la sociedad que no nos acepta como las diosas neolíticas que fuimos? ●

Escribe: **Luz Marina**
EL TOPO

Ilustra: **Belén Moreno**
instagram.com/belenmoreno.ilustracion

MI DOLOR NO ES MÍO

En medicina, los dolores crónicos son aquellos que duran más de tres meses. Su cronicidad también está en lo habitual que aparecen, son como ese vecino que te encuentras en la escalera, que es un pesado, que prefieres no encontrarlo porque genera una situación, como mínimo incómoda, y que, en muchos casos, no sabes cuándo te va a dejar en paz y tienes que convivir con él. Este vecino incómodo lo tenemos una de cada cinco personas.

Parece que algo tan particular como un dolor que te acompaña pueda ser parte de las condiciones individuales de quien lo sufre, pero no es así. En el caso de las mujeres, los dolores crónicos se duplican con respecto al número de hombres que los padecen. Esto se puede dar porque muchas enfermedades que padecen las mujeres (o personas con útero), como la endometriosis, tardan una media de cinco a siete años en diagnosticarse; que a veces se niega su existencia, como es el caso de la fibromialgia, por esa brecha que hay en los estudios con perspectiva de género dentro de la medicina o que simplemente se sabe que seguimos siendo percibidas como unas tremenditas, exageradas o histéricas.

También influye ser migrante y racializado. El histórico racismo justificado con cuestiones biologicistas creó mitos que llegan hasta nuestros días, por ejemplo que las personas negras tienen la piel más dura y que, por lo tanto, sienten menos dolor. Esto, unido a la expresión cultural del dolor, la barrera idiomática o que, en muchas ocasiones, las personas «sin papeles» tienen miedo a asistir al sistema sanitario, por esa situación «irregular» o por el propio racismo ya viviendo en él, hace que algo que no está bien diagnosticado y tratado en su momento, puede llegar a cronificarse. Además, la interseccionalidad no está exenta de este fenómeno. Un estudio hecho en servicios de urgencias de Francia, Bélgica, Suiza y Mónaco demostró que se ponía en urgencia vital al 63% de hombres blancos, frente al 42% de mujeres negras.

Otro factor social es la clase. El dolor es modulable con aquellas cosas que nos han dicho siempre de buena alimentación, buenos hábitos, deporte, descansar las horas de sueño, etc., (todo esto, por supuesto, teniendo en

cuenta que estamos en un país con una sanidad pública). Pero, ¿cómo voy a comer omega 3 cuando los alimentos que lo tienen son los más caros? ¿Cómo voy a pagarme las clases de pilates si casi no puedo pagar el alquiler? ¿Cómo voy a cuidarme y descansar si tengo que salir corriendo del trabajo para recoger al niño del colegio, tener la comida hecha, la casa limpia? ¿Cómo voy a prevenir los esfuerzos si no paran de subirme el alquiler y cada X años me tengo que mudar cada vez más a la periferia?

La solución a todo es, y siempre será, tomarte una pastilla. Así puedes ser productivo,

ayudar a la pobre industria farmacéutica a que no decaiga y no tener dolor, que es lo que todos queremos, aunque eso en muchas ocasiones signifique ir por la vida atontado, entre otros efectos secundarios de los fármacos. Y aquí va el siguiente punto del artículo, las consecuencias del dolor.

Es duro decirlo, pero te acostumbras a vivir con dolor, o por lo menos a saber que te lo vas a encontrar cada cierto tiempo. Sabemos que tenemos que vivir con él, y lo malcriamos. Cuando está, intentamos seguir con nuestras vidas, y con dolor nadie es agradable. Esto puede

que nos aisle en muchos casos. La solución para no aislarse son las sustancias, legales o no. Y aquí va el siguiente punto de las consecuencias, la tendencia al abuso de sustancias que nos lo quiten, que nos hagan seguir para adelante y poder estar en un concierto, salir con tus amigos o hacer algo que no sea estar en casa esperando a que el dolor se vaya. Acabas bebiendo de más o fumando marihuana, y de ahí *pa'riba*. Este ejemplo además lo vemos en muchas representaciones como Madame Bovary con el láudano, el doctor House con la codeína o personas reales como Frida Kahlo con la morfina o el alcohol y una larga lista de estrellas de la música, entre otros.

Por otro lado, también se da un trastorno de la identidad. Tú eres tu dolor, sabes que te condiciona, que te aísla, que vas a estar más cansada que el resto de la gente, que no puedes montarte en los cacharritos de la feria, que quieres ir a un concierto pero la última vez lo pasaste mal y se te quitan las ganas, o simplemente hacer una tarea habitual. Te das cuenta de que te pierdes un montón de cosas o que no las disfrutas. De repente eres una persona de ochenta y seis años en el cuerpo de una de treinta y tres, y eso frustra y te limita. Además, influye en el ánimo, te pone de mala hostia, te pone triste y, de nuevo, te aísla. La dependencia a sustancias aumenta el riesgo a la depresión que ya de por sí tienes por haber vivido las violencias sociales de ser mujer, racializada y pobre. Por último, otra consecuencia que conlleva el dolor crónico es la laboral. No puedes acceder a muchos trabajos, estos además no tienen por qué ser siempre de un esfuerzo físico muy grande, sino que conlleven posturas, exposiciones a sonidos o estímulos, que va a hacer que posiblemente tu dolor empeore y que esa sensación de tener veinticinco años más empeora cada vez más rápido. Esto, sumado a bajas intermitentes, a no «estar tan mal» como para tener una incapacidad laboral o discapacidad, hace que pueda haber también ciertos despidos encubiertos o no renovaciones de contrato. Te aboca a más precariedad y eso significa que no tendrás medios para acabar con el dolor.

Así, la violencia simbólica sí que produce dolor físico, que el sistema nos mantiene la herida. Ya nos dijo Margaret Mead que la primera prueba de humanidad era un fémur roto de alguien a quien habían ayudado, la solución para cualquier progreso pasa por el apoyo mutuo, con estrategias y luchando contra el sistema. ●



**TÚ ERES TU
DOLOR: SABES
QUE TE CONDI-
CIONA, QUE TE
AÍSLA, QUE VAS
A ESTAR MÁS
CANSADA QUE
EL RESTO DE
LA GENTE**

Texto: **Vicky López Ruiz**
Médica de familia y doctora
en Salud Pública

Ilustración: **Guille Bambú**
bambuworks.myportfolio.com

EL BARRIO O LA VIDA

DEFENDER LA SALUD EN ESPACIOS PARA EL CONSUMO

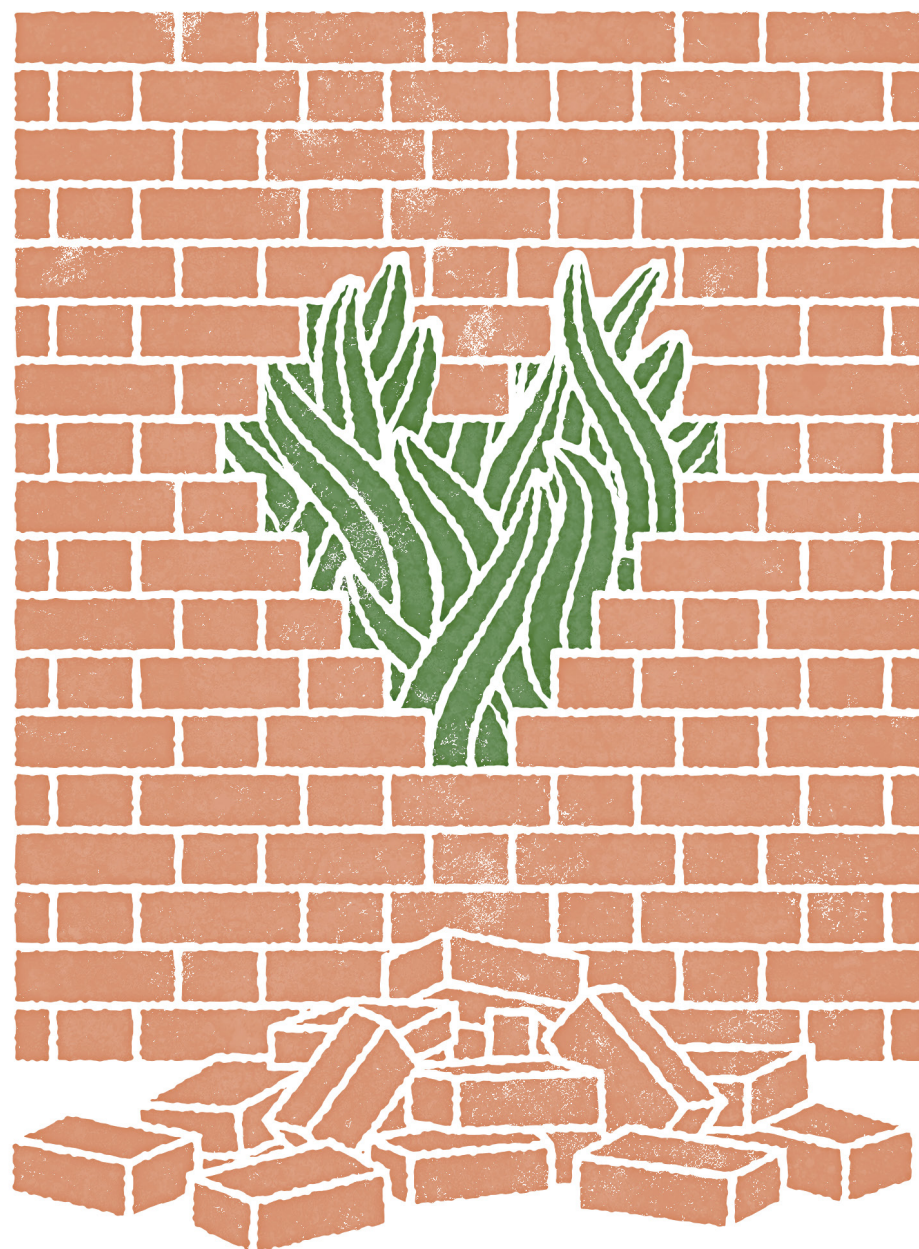
Los sistemas se deben a sus espacios y viceversa. A su vez, los espacios y su configuración impactan en nuestros cuerpos y con ello en nuestra salud. Este impacto no solo se debe a medidas puramente físicas sino que en ellos se generan inequidades y se configuran modos de vida que sanan o enferman.

Desde los medios de comunicación y las redes sociales nos bombardean con mensajes con una perspectiva individual sobre autocuidados y hábitos de vida saludables. Hoy el ser humano es más consciente que nunca de la importancia de la salud y de las consecuencias de su modo de vida sobre ella. Sin embargo, nunca estuvo más alejada la noción de que nuestro sistema productivo o el entorno en el que habitamos determina nuestra salud. De hecho, la configuración de nuestras ciudades, pueblos y territorios obedece más a las prioridades del sistema que a las necesidades de nuestros cuerpos. Y esto genera inevitablemente una distancia entre el cómo deberían configurarse y organizarse los lugares que habitamos para generar vidas más saludables y cómo realmente se configuran.

EL IMPACTO DEL TERRITORIO EN NUESTRA SALUD

La forma en la que organizamos el espacio, el para qué lo usamos y el para quién se piensa, produce y reproduce inequidades que impactan en la salud de las poblaciones. De hecho, la Organización Mundial de la Salud identifica el ámbito local como el entorno idóneo para reducir estas desigualdades debido a su capacidad para incidir directamente sobre los determinantes sociales que las generan. Estas desigualdades, que no olvidemos que son diferencias injustas y potencialmente evitables que aparecen en grupos de población social o geográficamente definidos, vienen marcadas por las dinámicas de poder que imperan en los territorios. Es decir, quien manda sobre el territorio, manda sobre nuestros cuerpos y nuestra salud.

Según un modelo de Borrel, donde aterriza el modelo de determinantes sociales de la salud en el entorno urbano, la salud en los entornos urbanos está deter-



“
**LA FORMA
EN LA QUE
ORGANIZAMOS
EL ESPACIO
REPRODUCE
INEQUIDADES
QUE IMPACTAN
EN NUESTRA
SALUD**

minada por los contextos físico y socioeconómico, la gobernanza y los ejes de desigualdad. Por ejemplo, hay una relación entre la presencia de espacios verdes en el entorno con la salud mental y la mortalidad por todas las causas, o la caminabilidad del barrio con mayor nivel de actividad física, mayor capital social o menor riesgo cardiovascular, etc. Los espacios aportan o roban salud a las gentes que lo habitan no solo por cosas tan claras como el nivel de contaminación o la eliminación de desechos sino también porque ellos definen nuestros hábitos. Para tomar decisiones que mejoren nuestra salud es necesario tener acceso a opciones saludables, es decir, si queremos fomentar una alimentación saludable y sostenible tendremos que lanzar políticas que primen el comercio de cercanía y que pongan

los alimentos frescos más accesibles que los ultraprocesados, o si queremos combatir la soledad no deseada, tendremos que crear políticas que primen el cuidado o la formación de redes de sostén.

LA VIDA EN ESPACIOS PENSADOS PARA EL CONSUMO

A día de hoy las dinámicas de un sistema capitalista sin límites tensionan nuestras ciudades. Ciudades que sirven de cobijo a cuerpos extenuados que se adaptan a espacios insalubres y muy alejados del cuidado. Todo se mide monetariamente y las decisiones políticas sobre nuestros entornos giran en torno al cómo sacar la máxima productividad de cada espacio. La idea de una ciudad donde las vidas sean vivibles y que facilite las redes de convivencia y de cuidado que nos sostienen es solo una utopía en un sistema que prima el rendimiento

económico inmediato.

La reconfiguración de nuestros territorios para hacerlos no solo transitables y cómodos para aquellas personas que no los habitan, sino rentables para aquellas que los explotan influye inevitablemente en la salud de las personas. El turismo convierte nuestros barrios en espacios donde las relaciones humanas solo son una transacción incidiendo en varios determinantes sociales de la salud e incrementando las inequidades.

De esta manera, nos encontramos que la subida de precios de la vivienda que el turismo ocasiona en los barrios, dificulta el acceso a una vivienda digna (los estudios confirman que vivir en viviendas precarias o sin espacios propios aumenta la incidencia de enfermedades crónicas y empeora la salud mental). También la transformación de los barrios y la pérdida del comercio local nos aleja de un consumo saludable. Un estudio realizado en Barcelona por el Instituto de Estudios Regionales y Metropolitanos de Barcelona (IERMB) recientemente, pone de manifiesto que los pequeños comercios de alimentación hacen más accesible la cesta de la compra saludable, fomentan la actividad física y favorecen una economía circular que impacta de forma positiva en los territorios. Por último, el cambio de configuración urbana empuja a explotar hasta el último resquicio del barrio para el turismo, sustituyendo los espacios de encuentro y de ocio saludable por gastro-bares y tiendas de souvenir donde la contaminación acústica y lumínica no tienen fin. Todas estas modificaciones del entorno, expulsan a las poblaciones de los barrios en los que habitaban, destrozando las relaciones creadas en torno al territorio y aislándolos de sus raíces. En muchos casos a las poblaciones de origen se les empuja a vivir en la periferia, alejados de aquella red que les sostiene y obligándolos a habitar colmenas que carecen de espacios de encuentro o zonas verdes en los que poder desarrollar opciones saludables de vida.

La idea de la «ciudad saludable» naufraga hoy día entre ciudades de cartón-piedra dispuestas a ofrecer al forastero todo lo que le prometen las vallas publicitarias. Hoy, cuando escucho a la nueva *youtuber* de moda hablar de la enésima enfermedad inventada para hacer caja o a la nueva terapia *new age* que promete descomprimir tu sistema nervioso, solo me viene a la cabeza la frase: el barrio o la vida, tu salud o su dinero. ●

Escribe: **María Gormaz**
Periodista y superviviente
de cáncer de mama

Ilustra: **Ceciliajeje**
www.ceciliajeje.com

CRIBADOS DE CÁNCER DE MAMA NO ES UN FALLO, ES EL SISTEMA

La llamada «crisis de los cribados» ha sido la consecuencia más visible de una estrategia consciente de desmantelamiento del Sistema Nacional de Salud público andaluz. Alrededor de cuatro mil mujeres, según la asociación AMAMA, se han visto afectadas por ese «error de comunicación». De ellas, también según datos de la asociación, cerca de trescientas podrían haber desarrollado un cáncer. La Junta habla solo de veintidós.

La detección de un tumor a tiempo no solo salva vidas, sino que ahorra costes, por lo que son las propias administraciones las que promueven y presumen de programas de prevención. Pero para que esos programas cumplan su función hay que contar con un sistema sanitario público de calidad, y la sanidad andaluza vive un deterioro progresivo desde hace lustros.

Cualquiera que haya intentado sacar una cita en atención primaria lo habrá comprobado. Llegar a una especialista es una yincana, las esperas para una operación superan los tres meses y, cuando se reduce ese plazo en algunos días, se debe a los acuerdos con la privada. Y ahí está una de las claves del deterioro.

El fallo en los cribados no es un error puntual de un departamento concreto de uno de los hospitales de referencia de Andalucía. Esta negligencia forma parte de una estrategia de destrucción del sistema sanitario público, a través de la privatización de cada vez más servicios. Lo que agrava este episodio es que se trata de un error que ha podido acabar con la vida de muchas de mujeres, que han dicho basta ya. Por eso, le ha saltado a la cara al gobierno andaluz, y ha ocasionado la primera gran crisis de reputación que ha vivido en sus casi dos legislaturas.

Solo hay tres tipos de cáncer que pueden prevenirse a través de un cribado: mama, colon y cérvix. El procedimiento es sencillo: en el caso del cáncer de mama te llega una carta si tienes el perfil (mujer mayor de cincuenta años), en la que te citan para una mamografía. Una vez hecha te mandan a casa y, si hay indicios de alguna anomalía, te avisan para hacerte una segunda prueba. Si no hay aviso es que todo está bien, lo que supone que te relajas hasta la próxima revisión dos años después. O eso pensábamos.

En términos médicos, los resultados de las pruebas de imagen de nuestras tetas, se clasifican con el sistema BI-RADS y los resultados van del 0 al 6. El 0 es una prueba mal hecha y el 6 el cáncer confirmado. 1 y 2 significan que todo va bien, el 3 es potencialmente benigno, aunque con dudas que requieren seguimiento, con el 4 la sospecha de malignidad es mayor y con el 5 la probabilidad de que sea cáncer es del 95%. Con estos

dos últimos no ha habido ningún problema.

Pero, durante un año y medio al menos, más de tres mil mujeres, cuyos resultados en la mamografía señalaban un BI-RADS 3, la cifra intermedia que requiere estudio detallado y confirmación, no fueron avisadas para hacerse una segunda prueba, con las consecuencias que ello puede acarrear.

Las primeras señales de que algo no funcionaba correctamente se remontan a enero de 2024, según asociaciones como AMAMA, el colectivo que ha encabezado las denuncias y movilizaciones. En febrero de ese año, la asociación presentó una de las primeras denuncias ante el SAS, tras comprobar que algunas mu-

jerres no habían sido informadas de los resultados de sus pruebas durante más de un año. En pocos meses los casos se multiplicaron. Durante el verano de 2024, AMAMA trasladó a la Consejería de Salud su preocupación por los retrasos y por la falta de respuesta ante los cribados con resultados «no concluyentes».

El problema permaneció silenciado más de un año. No fue hasta finales de septiembre de 2025 cuando la Cadena SER destapó que unas dos mil mujeres estaban en un limbo diagnóstico: se habían sometido a mamografías cuyos resultados no habían sido comunicados por el SAS.

La primera reacción de la consejera Rocío Hernández y de

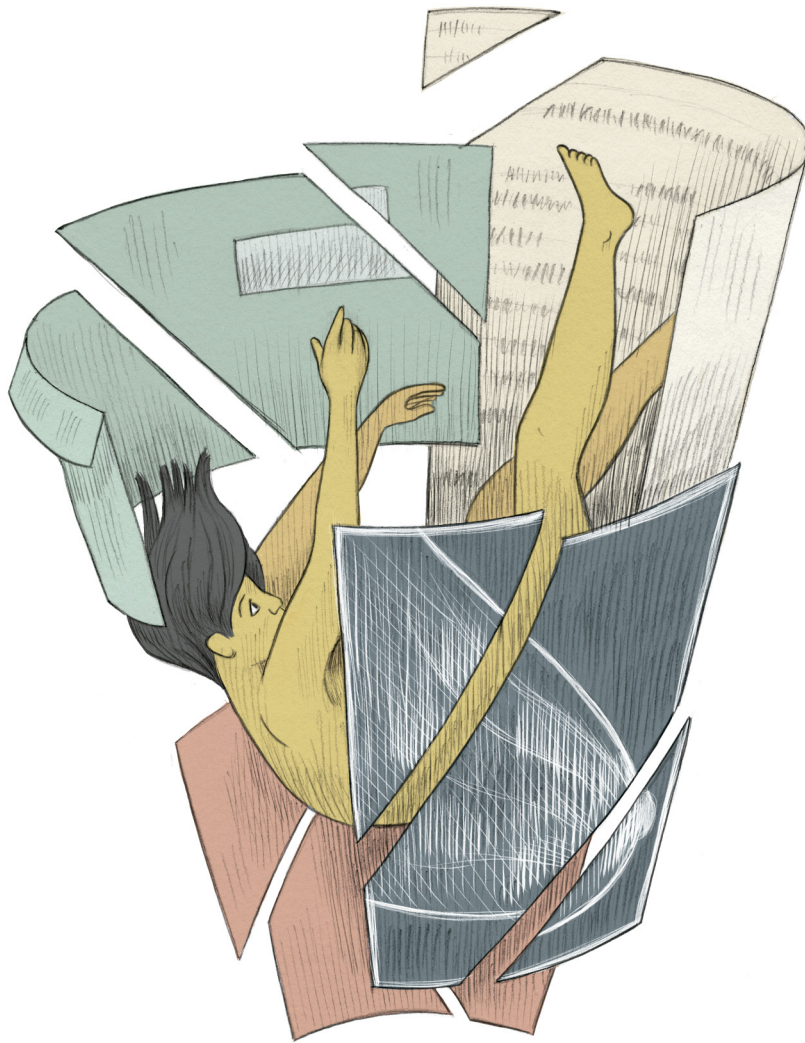
algunos medios afines fue quitarle importancia diciendo que se trataba de tres casos puntuales. Solo un día después la Junta reconocía que se trataba de miles de mujeres y que era debido a un «fallo de comunicación». Como consecuencia, la consejera fue fulminada y la cartera de sanidad pasó al todopoderoso Antonio Sanz. Después, y tras las masivas movilizaciones de protesta en toda Andalucía, hablaron de una «profunda remodelación» de la sanidad y se han dedicado a anunciar medidas que no solucionan el problema de fondo: la privatización y la reducción de costes.

Poco se puede hacer si sobre les profesionales pesa la orden de mandar el menor número de pruebas posibles, o si hay una sola radióloga donde debería haber varias más. Si te envuelve la incertidumbre y te lo puedes permitir, vete a la privada. Y si no, te aguantas.

Y eso es lo que sintieron mujeres como Silvia. Porque todo se entiende mejor si ponemos nombres. A Silvia la avisaron un año después de hacerse una mamografía en el programa, para decirle que había anomalías. Le hicieron una ecografía que tampoco era concluyente y la citaron para una biopsia que tardó semanas en llegar. Una vez hecha vuelven a tardar semanas en decirle, entre disculpas, que no encontraban los resultados y debían repetirle la biopsia. Se la volvieron a hacer y afortunadamente el diagnóstico fue negativo. No tenía cáncer. ¿Podéis haceros una idea del nivel de ansiedad y terror que provoca una situación así extendida durante semanas o meses?

Otras mujeres han tenido peor suerte aún, como Anabel, que al llamarla un año después el cáncer estaba en un estadio mucho más grave y fue necesaria una mastectomía, o Yolanda, a quien tardaron más de tres meses en repetirla la prueba mientras el cáncer avanzaba, por lo que el tratamiento tuvo que ser mucho más agresivo.

Lo ocurrido es tremendamente grave y costará mucho arreglarlo y recuperar la confianza, pero hay que seguir peleando. Y si hay que buscarle un lado positivo a este desastre es el del grito de miles de personas en las calles, encabezadas por mujeres, exigiendo una sanidad pública y de calidad. Y si tengo que elegir una imagen para representar ese grito, me quedo con la de una mujer, Cora Calzada, encabezando una de las concentraciones con el torso descubierto y una mastectomía bilateral. Porque tenemos que seguir enseñando nuestras tetas, pero también las cicatrices que dejan cuando ya no están. ●



**LAS PRIMERAS
SEÑALES DE QUE
ALGO NO IBA
BIEN SE REMON-
TAN A ENERO
DE 2024**

Texto:

EL TOPO

Redacción

Ilustración:

Inma Serrano

inmaserrano.es

SEMILLAS DE SALUD

Vivir en zonas más verdes se asocia con una mejor salud mental y menor consumo de medicamentos. Las zonas verdes urbanas mejoran la salud mental, la salud cardiovascular, reducen la mortalidad prematura, mejoran la esperanza de vida, favorecen el desarrollo cognitivo en la infancia y en personas mayores. También ayuda a mitigar la contaminación atmosférica y los niveles de calor y ruido. Tenemos estudios de sobra que demuestran lo que nuestro cuerpo nos dice: que tener cerca un parque, un poquito de verde del que poder disfrutar a diario nos ayuda a estar más sanos de cuerpo y mente.

La Organización Mundial de la Salud también lo sabe y recomienda que todo habitante de una ciudad debería tener acceso a un espacio verde de al menos 0,5 ha (5 000 m²) dentro de unos 300 m a pie de su vivienda. En Sevilla capital el 75% de la población vive en zonas donde estas recomendaciones no se cumplen. Todo ok.

Sevilla cumple a duras penas con el mínimo de zonas verdes recomendado por la OMS. La capital registra un 28,6% de zonas verdes, cuando la recomendación es tener al menos un 25%. Parte del problema es que las zonas verdes se concentran en zonas periféricas, quedando algunos barrios muy lejos del mínimo verdor indispensable.

Un caso paradigmático es el casco histórico que por su propia configuración urbana no cuenta con grandes parques intramuros. Calles estrechas, plazas duras, mucha piedra y poco suelo disponible hacen que el acceso cotidiano a zonas verdes sea, para buena parte de su vecindario, más una excepción que una realidad. Vivir en el centro de Sevilla tiene muchas ventajas, pero disfrutar de un parque cercano donde sentarse a la sombra, pasear o simplemente respirar un poco mejor no suele ser una de ellas.

Es importante aclarar una cosa: no hablamos de grandes parques emblemáticos a los que ir de vez en cuando, sino de espacios verdes cotidianos, de proximidad. Lugares a los que se pueda llegar en cinco minutos andando, donde bajar un rato después del trabajo, llevar a les niñas a jugar, o simplemente



“
NECESITAMOS
ESE «VERDE
DIARIO» QUE
NO SALE EN
LAS POSTALES

sentarse sin tener que consumir nada. Ese «verde diario» que no sale en las postales, pero que marca una diferencia enorme en la calidad de vida.

En barrios del casco norte, como el entorno de la calle Arrayán y Divina Pastora, esta carencia se vive de forma especialmente intensa. Tenemos el Huerto del Rey Moro, un espacio histórico mantenido fuera de las garras de la especulación por la tenacidad de las vecinas pero, la verdad, queremos más. El centro es una zona con alta densidad de población, mucho uso residencial y pocos espacios libres. Durante

los meses de calor, cuando Sevilla se convierte en una auténtica sartén, la falta de árboles y de superficies verdes agrava el efecto isla de calor y hace que las temperaturas sean varios grados más altas que en otras zonas de la ciudad. No es una sensación: es un hecho medido y estudiado.

Por eso no resulta extraño que desde hace años exista una reivindicación vecinal clara para crear un auténtico pulmón verde en el barrio. No es un capricho urbanístico ni una demanda estética. Es una respuesta lógica a una necesidad básica de salud pública. Un pequeño

parque de barrio puede parecer insignificante en el plano de una ciudad, pero en la vida diaria de quienes lo rodean puede marcar la diferencia entre vivir encerrados entre muros o disponer de un espacio para cuidarse, encontrarse y bajar revoluciones.

Los beneficios no son solo individuales. Las zonas verdes bien diseñadas favorecen la convivencia, reducen el estrés colectivo, generan espacios de encuentro intergeneracional y fortalecen el tejido comunitario. En barrios donde el espacio público escasea, un parque se convierte en una burbuja colectiva: un lugar compartido que mejora la vida social y que nos ofrece un lugar donde compartir, sentarnos, charlar, jugar, bailar, hacer deporte... No es casualidad que allí donde hay verde, la gente pase más tiempo en la calle y se conozca más.

Además, en un contexto de emergencia climática, los espacios verdes urbanos son una infraestructura básica, tan importante como el alcantarillado o el transporte público. Árboles y zonas ajardinadas ayudan a reducir la temperatura, filtran contaminantes, amortiguan el ruido y mejoran la calidad del aire. Invertir en verde no es un gasto superfluo: en una ciudad como Sevilla, durante bastantes meses al año, es pura supervivencia.

Sin embargo, se sigue apostando por un modelo de ciudad donde el verde llega poco, tarde o mal. Cumplir «a duras penas» con los mínimos globales no puede ser motivo de tranquilidad cuando sabemos que la distribución es profundamente desigual.

El Pulmón Verde de Arrayán representa algo más que un parque concreto. Es un proyecto diseñado de forma participativa por vecinos y vecinas que apuesta por una ciudad más justa, más habitable y más saludable. Una ciudad que entienda que el bienestar no se mide solo en metros cuadrados construidos, sino también en sombra, silencio relativo, aire respirable y espacios donde la vida pueda desplegarse con un poco más de calma.

Porque al final, más allá de informes, porcentajes y recomendaciones internacionales, la cuestión es sencilla y profundamente humana: todas las personas necesitamos naturaleza cerca para vivir mejor. Nuestro cuerpo lo sabe desde siempre, las vecinas también. Solo falta que el ayuntamiento se entere. ●

Las infecciones de transmisión sexual han aumentado en las últimas décadas. Prácticamente, se solapa esta subida con la reducción de la letalidad de la infección por VIH gracias a los avances en los tratamientos antirretrovirales. Así, es importante conocer bien la dinámica de transmisión de las ITS y caracterizar correctamente su difusión contemporánea, donde la escala global y local nunca antes en la historia han estado tan conectadas como lo están ahora. En este contexto, llama la atención la desaparición de los centros de ITS que decide la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Escribe: **José Luis Jiménez Murillo**

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Activista LGTBIQ & HIV advocay

Ilustra: **Pedro Peinado**

www.instagram.com/pedropeinado

ACTUALIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS ITS

Los centros para la atención a las Infecciones de Transmisión Sexual de Andalucía (CITS) tal como los conocíamos tocan a su fin. La postura actual de la administración andaluza es devolver al ámbito de la Atención Primaria (AP) la asistencia de estos problemas de salud. De esta manera, se amplían la batería de pruebas diagnósticas y tratamiento disponibles en AP, siendo los centros de salud la puerta de entrada de pacientes. Se crea además la figura de «referentes consultores/as en ITS» cuya misión sería manejar y resolver la mayoría de los casos. Igualmente, en dicho procedimiento se definen circuitos de acceso y derivación a la Atención Hospitalaria (AH) en los casos más complejos y circuitos específicos en las Urgencias.

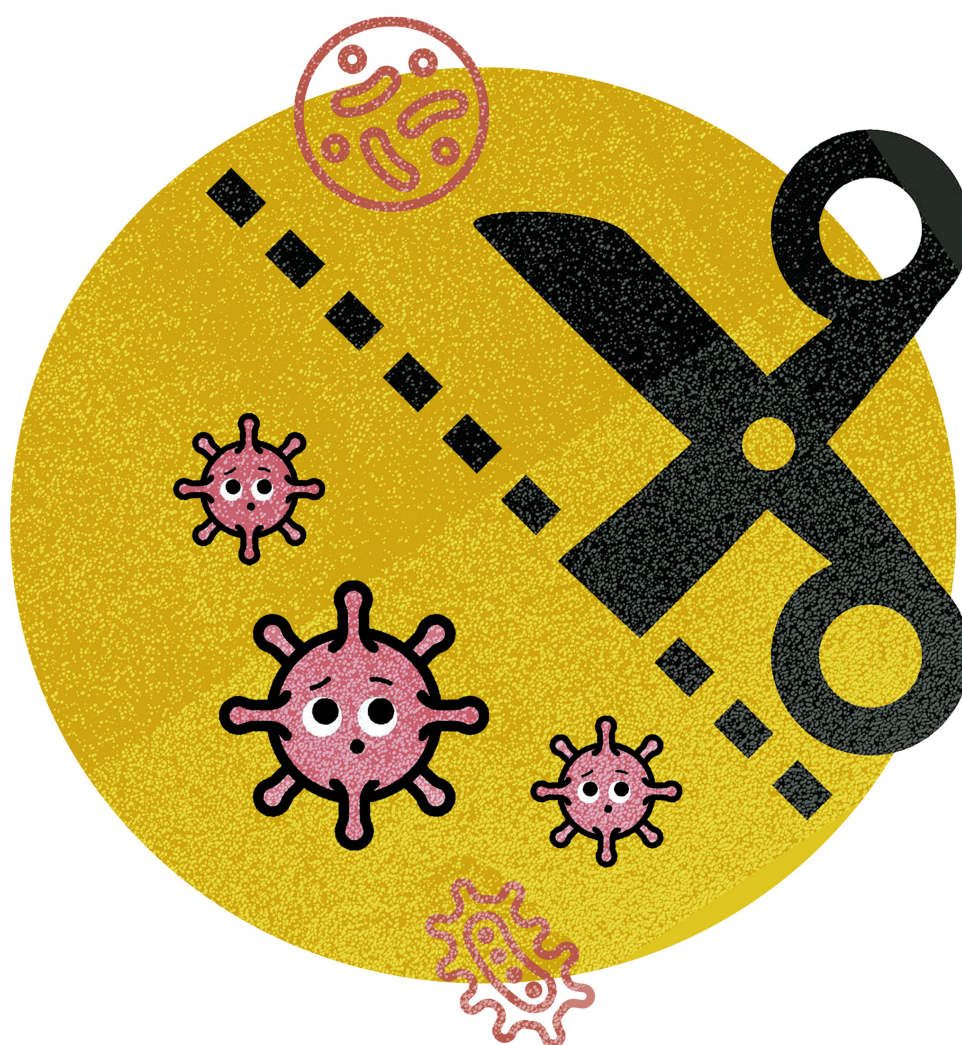
Se trata de una apuesta descentralizada, integrada entre niveles del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y multidisciplinar, donde desaparece la ubicación física monográfica.

CRÍTICAS DE IDA Y VUELTA

Uno de los desafíos desatendidos en el antiguo modelo de CITS fue la falta de homogeneidad en la atención, las grandes inequidades territoriales en el acceso, así como la escasa articulación asistencial: circuitos, ámbitos, actuaciones y profesionales implicados. Igualmente se habían detectado problemas injustificables de longitudinalidad de la información sanitaria de pacientes o en la continuidad asistencial.

Por otro lado, una crítica importante al nuevo modelo es que se rechaza la preponderancia de la AH en el manejo de las ITS, como ocu-

EL FIN DE LOS CENTROS DE ITS EN ANDALUCÍA



rría en el CITS de Sevilla o Granada, liderado por Dermatología o Infecciosas. Pero tampoco se apuesta por la consulta monográfica en AP, como ocurría en el Centro de Salud La Roca, en Málaga.

La devolución de las ITS a AP plantea una contradicción: se gana equidad territorial, pero se puede perder cercanía, confianza y especialización cultural en salud sexual que caracterizaban a los antiguos dispositivos.

¿CÓMO ESTÁ EL PATIO DE LAS ITS?

Los nuevos casos que se reportan cada año de ITS no han hecho más que aumentar en los últimos veinte años. Tanto el herpes genital, la sífilis o la clamidia aumentan cada año a un ritmo epidémico, con el caso paradigmático de la gonorrea. Esta infección arroja unas tasas en el ámbito estatal que han superado los máximos históricos recogidos en los años más duros de la crisis del SIDA, momento a partir del cual las ITS vieron reducida su incidencia hasta la segunda década de los 2000.

Por su parte, los casos de VIH/SIDA han visto reducida su incidencia desde 2015, cuando se introdujo la cobertura antirretroviral universal para todas las personas que viven con VIH (PVVIH), independientemente de su situación inmuno-clínica. Y es que las PVVIH que están en tratamiento efectivo y con carga viral indetectable no pueden transmitir por vía sexual el virus, así lo demuestran entre otros los estudios PARTNER I y II. Es decir, «Indetectable = Intransmisible». Además, se han logrado reducir los nuevos diagnósticos de VIH en los últimos cinco años a partir de la introducción de la Profilaxis Preexposición del VIH (PrEP), usando antirretrovirales para evitar la infección.

LA «COMPENSACIÓN DE RIESGOS»

La compensación de riesgos es un fenómeno conocido y esperado en epidemiología que consiste en una relajación en las medidas de prevención por parte de la población sobre un determinado riesgo para la salud en situaciones donde existe una percepción, real o percibida, de reducción de la frecuencia de la enfermedad, de su letalidad o de la posibilidad de adquirirla. El caso paradigmático lo encontramos con los brotes de sarampión en Europa. Con la vacunación masiva los países de nuestro entorno redujeron la incidencia y la carga de enfermedad. Esto ha traído consigo la pérdida de memoria de la población sobre la necesidad de las vacunas y, paradójicamente, una reaparición de la enfermedad. Esta paradoja se da en el caso de las ITS y el VIH también.

Los tratamientos antirretrovirales han mejorado la esperanza y calidad de vida de las PVVIH y han transformado la vivencia de la sexualidad. Este éxito terapéutico hace que aquellas intervenciones preventivas como el preservativo que se hicieron fuerte en el contexto de emergencia y fuerte estigma de la crisis del SIDA, se debiliten en la era antirretroviral. Todas las medidas preventivas alcanzan un «techo» cultural de aceptación. Por ello es necesario combinar estrategias clásicas con otras nuevas, más vinculadas a lo digital y farmacológico.

LA ESCALA «GLOCAL» DE RIESGOS

Cualquier política pública de salud debe ubicarse en las coordenadas de la Salud Global y combinar los liderazgos locales con los liderazgos globales en Salud. Este punto contrasta con el repliegue nacional identitario y autoritario de algunos gobiernos.

La velocidad de difusión del coronavirus nos dio el primer aviso, el tiempo epidemiológico se ha acelerado, también para las ITS. Pensemos en el significado del brote de Viruela del Mono de 2022. Los brotes afectaban a población infantil y joven de zonas rurales o en situación de pobreza en países del África tropical y por transmisión de fuente animal. Sin embargo, a partir de mayo de 2022 esta enfermedad tropical logró difundirse por todo el hemisferio norte en cuestión de semanas. Siendo la sexual la vía más frecuente de transmisión, hoy se considera una ITS más. Y aunque el brote original se ha logrado controlar con vacunas, siguen apareciendo coletazos de nuevas infecciones.

LA NUEVA ERA FÁRMACO-DIGITAL

PutoChinoMaricón comentaba que, entre la identidad taiwanesa y la identidad española, se quedaba con la identidad digital. «Mi patria es Internet», decía. El uso que de Internet han hecho las minorías sexuales para contactar con otras iguales en sustitución a la periferia del mundo analógico nos introduce en un intersticio de agenciamientos y nuevas opresiones. Si el espacio físico de encuentro era negado, perseguido o delimitado a la periferia de lo social, el espacio digital abre nuevas oportunidades para el encuentro, el reconocimiento y la identidad. Este nuevo ámbito abría además la posibilidad para que los encuentros físicos negados pudieran reorganizarse desde lo digital. Las aplicaciones de citas dan fe de ello.

En el terreno de la biomedicina la introducción de los anticonceptivos,

la implementación de la PrEP y el cambio en la letalidad y lectura social de la infección por el VIH han cambiado las experiencias de la sexualidad y subjetividad hetero y homosexual contemporáneas. Y, además, quizás, como origen de todo lo anterior, se sumaría el mar de fondo de las luchas por las libertades sexuales y reproductivas que se continúan desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta nuestros días.

El filósofo trans Paul B. Preciado habla de un nuevo régimen de poder fármaco-pornográfico, que se solaparía e iría sustituyendo a las viejas formas biopolíticas de gestión del cuerpo que estudiara el historiador francés Michel Foucault. En los regímenes biopolíticos cobraban gran importancia instituciones como la escuela, la Iglesia, el hospital, el Ejército o la familia. Ahora, gran parte de nuestra subjetividad, formas de opresión y de resistencia pasarían por el nivel de agenciamiento o de soberanía sobre estas nuevas técnicas de poder digitales y farmacológicas.

El sociólogo salubrista Juan Manuel Jiménez habla de un momento NBIC para la Salud Pública: una concurrencia inaudita de avances en nanotecnología, biomedicina, tecnologías de la información y comunicación que están cambiando radicalmente el ejercicio de la medicina y la Salud Pública.

SOLUCIONES FÁRMACO-DIGITALES PARA LAS ITS

Quizás ya no estemos en un tiempo epidémico en el que el modelo de atención clásica de los CITS pueda afrontar los riesgos, demandas de asistencia y naturaleza de la prevención de nuestra era contemporánea. El programa Sexual Health London propone un modelo con test de cribado solicitados *online*, envío de kits de autotoma al domicilio, resultados comunicados por SMS o aplicación en menos de setenta y dos horas e integración con la historia clínica.

Este sistema permitiría algoritmos de estratificación de riesgo, notificación digital a parejas y el paso de modelos reactivos a modelos más proactivos y predictivos, con mayor automatización. Hace poco supimos que National Health Service también había empezado a vacunar frente a la gonorrea.

Las vacunas y las soluciones digitales son sin duda las propuestas menos autoritarias y más efectivas para poder afrontar el crecimiento de las ITS en nuestro tiempo. ●

“

SE GANA EQUIDAD TERRITORIAL, PERO SE PUEDE PERDER CERCANÍA, CONFIANZA Y ESPECIALIZACIÓN CULTURAL EN SALUD SEXUAL

“

LA INTRODUCCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS Y EL CAMBIO EN LA LETALIDAD Y LECTURA SOCIAL DEL VIH HAN CAMBIADO LAS EXPERIENCIAS DE LA SEXUALIDAD Y SUBJETIVIDAD HETERO Y HOMOSEXUAL CONTEMPORÁNEAS

¡QUE MANTENGAN MI NIVEL!

ANÓNIMO

Doctor y sindicalista

¿Recordáis a esas compañeras que siempre sacaban las notas más altas en el instituto? No sería arriesgarse asumir que iban a estudiar medicina, ya que es el segundo grado que más nota de corte exige, entre 12,5 y 13,5. Si no, siempre puedes hablar con tus padres ricos y que te paguen una de las doce universidades privadas.

El número de plazas anuales (12000) está limitado por el sistema *Numerus Clausus* que se estableció en 1994 como respuesta a un *baby boom* que masificó las universidades, sin la garantía de una respuesta laboral específica y para fomentar el ingreso de estudiantes con altas cualificaciones, «mejorando así la calidad del sistema de enseñanza». No es sorprendente, pues, que alrededor del 70% de los estudiantes sean de clase alta, ya que no se puede dedicar tiempo al estudio sin contar con el respaldo de una familia que asuma el coste de la vida.

Tras el grado toca especializarse, lo que solo puede realizarse a través del examen MIR. Aunque las plazas oscilan de un año a otro según el interés por parte del gobierno de turno, en el curso 2025 se ofertaron unas 9000 plazas, para unos 13000 solicitantes. Lo que garantiza que el 70% obtengan una plaza. Y teniendo en cuenta que apenas un 1% del resto de disciplinas cuenta con ayudas para su especialización, no parece una mala cifra.

¿Y después? Solo en Andalucía, la oferta de empleo público (OEP 2025) abría 500 plazas MIR y unas 1000 para incorporarse al cuerpo de funcionarios. En Madrid, se abrían 400 plazas MIR y 800 de incorporación. Y esto sin contar los hospitales privados que prácticamente suponen el 40% del total. Lo que hace que esta profesión cuente con índices de paro por debajo del 4% e incluso 0% en algunas especialidades.

Sin embargo, se estima que más de 3000 profesionales abandonan el país cada año y que muchas plazas del MIR se quedan vacías. Además, existe un mayor número de profesionales por hospital en el sector privado. Unos 45000 sanitarios trabajan exclusivamente en el sector privado frente a los 70000 que trabajan exclusivamente en la pública. Siendo unos 28000 quienes compaginan su trabajo en ambos sectores.

Que la sanidad es un bien que debe protegerse no es algo que vayamos a cuestionar aquí. Que todos los gobiernos han diezmado la calidad y dificultado la realización de la profesión tampoco es algo que vayamos a poner en duda. Pero quizá deberíamos apuntar que no es sorprendente que, si el 70% de los profesionales de un sector vienen de las clases altas, estos aspiren a acumular y mantener ese nivel de vida. El problema quizá no sea tanto la falta de empleo, como la falta de incentivos económicos para que ciertas personas de ciertos sectores sociales acepten ejercer su profesión, con toda la presión y el estrés que en el sector público se debe soportar. Solo así se explicaría por qué existen más de 400 plazas vacías en atención primaria en el sector público, donde los salarios son más bajos y la cercanía con el pueblo mayor. ●

Texto

Sandra Lamonedá Serrano

Trabajadora social y antropóloga

Ilustración

Alfonso Benítez

www.instagram.com/alfonso__benitez

MENOS BLACKFACE Y MÁS SANIDAD PÚBLICA

En mi entorno hay personas muy profesionales que trabajan en la sanidad pública, en ciudades y pueblos. Están agotadas y sobrecargadas por la falta de recursos sanitarios, escasez de personal laboral, carga asistencial, pocos descansos, alto nivel de estrés y un largo etc. Cientos de profesionales están saliendo a las calles no solo para mejorar sus condiciones laborales, sino también para mejorar el servicio sanitario que nos van a ofrecer. Andalucía se sitúa en la cola de la financiación, como siempre.

Esta falta de interés presupuestario, y por ende político, nos afecta directamente a todas las personas que presentamos alguna necesidad sanitaria, ya sea puntual o no. En hospitales y centros de salud observamos cómo la calidad del servicio merma por las prisas, nos encontramos con largas listas de espera para ser atendidas por algún especialista, citas para pruebas que tardan en llegar, resultados que nunca se reciben, cancelaciones reiteradas para intervenciones quirúrgicas, y otro largo etcétera.

Podemos afirmar que el sistema sanitario está en crisis; que esta realidad provoca frustración y cansancio en el equipo profesional que se interesa por hacer un buen trabajo; y que, además, los y las pacientes no reciben un buen servicio como consecuencia de esta precariedad. Pero este entramado no afecta por igual a todas las personas: ¿qué ocurre cuando la persona que solicita atención sanitaria presenta una especial vulnerabilidad? ¿Cuál es el alcance de la asistencia que recibe? ¿La calidad de la atención está condicionada solo por la precariedad o se nos escapa algo más? Aquí es donde quiero llegar: a la realidad de una persona migrante que accede al sistema sanitario, en este caso, de Andalucía.

Aunque la palabra «migrante» hace referencia a cualquier persona que se traslada fuera del lugar de su residencia habitual, ya sea cruzando o no la frontera de su país —que podría ser por gusto o privilegio—, me refiero a seres humanos que viajan en condiciones de precariedad, generalmente obligados a mejorar sus condiciones de vida.

En el caso de una persona migrante, la vulnerabilidad en la atención se dispara. Hablamos, entre otras, de historias de vida previas en otros países, con contextos socioculturales y políticos distintos; con concepciones diferentes de la «salud» o la «enfermedad», donde se percibe una dicotomía frecuente entre las medicinas tradicionales y la biomedicina, esta última más presente en Occidente; trayectos migratorios donde se vulneran sistemáticamente los derechos humanos —redes de trata, violaciones, secuestros, robos, esclavitud, travesías en cayuco, etc.—, que en muchas ocasiones, duran años; familia y principales redes de apoyo en el país de origen, pese a la participación en las comunidades organizadas en el país de llegada; estancia en centros de acogida o acceso a habitaciones de alquiler en condiciones inhumanas, precios altos, hacinamiento,

imposibilidad de empadronamiento, etc.; explotación laboral, principalmente en zonas agrícolas, aunque también en otros sectores como la hostelería, servicio doméstico o la construcción, con sueldos y altas laborales que, o no existen o, en muchos casos, no se corresponden con el trabajo realizado; nivel educativo diverso; situaciones administrativas regulares, irregulares y en el limbo; el género como eje de desigualdad —embarazos no deseados en el trayecto migratorio, mutilación genital, explotación sexual, violencia machista, etc.—.

Al margen de la precariedad, desde el ámbito sanitario, desvincular el factor sociocultural de la causa física o no física que presenta un paciente no es acertado, menos aún cuando se trata de una persona cuya nacionalidad o escenario es diferente al nuestro. Tratar

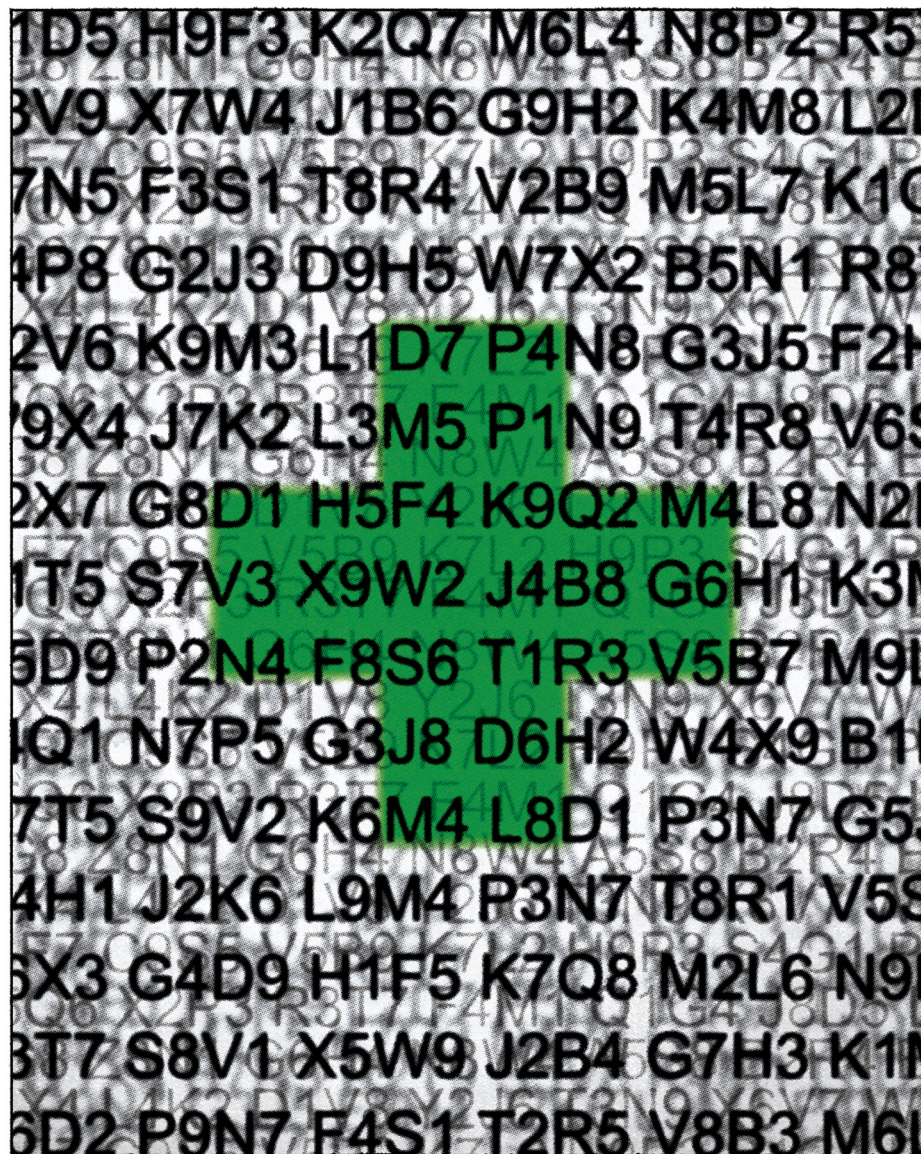
el cuerpo como una máquina llena de piezas, sin prestar atención a las creencias y contexto, puede conllevar a un diagnóstico o tratamiento equivocado, además de a una falta de dignificación de la persona atendida. Tampoco es una práctica correcta hacer uso de todo el arsenal de prejuicios y estereotipos que alimentan el imaginario colectivo, porque de este modo el historial de la persona depende más de los medios de desinformación que de su propia experiencia vital. Por tanto hay que apostar por el respeto y la mirada intercultural, no por el infradiagnóstico y las etiquetas.

Una barrera idiomática o un indicio de analfabetismo dificultan la intervención, sí, pero nunca deberían justificar la desinformación o deshumanización de un servicio. Miedo, incertidumbre, frustración, incompreensión —y, en casos muy complejos, traumas de por vida—, son algunas de las consecuencias que afectan directamente a la salud mental de la persona. Una mujer migrante llega a España, pierde a su bebé en el parto y años más tarde sigue sin saber bien qué pasó. Pues pasa.

Urge la contratación de mediadores/as interculturales en centros sanitarios y hospitales, así como formar al personal en interculturalidad. Las herramientas que facilitan la intervención y que dignifican a la persona pueden aprenderse; a veces son cuestiones muy básicas, tales como usar un lenguaje sencillo, mirar a los ojos a la persona o hacer un pequeño dibujo para apoyar la explicación.

A nivel andaluz, hay profesionales de la sanidad que han creado una Red de Información y Salud para la Inclusión de las Personas Migrantes en el Sistema Sanitario (iSir); investigan, forman, etc. El alcance de la plataforma avanza poco a poco, pero estas figuras sanitarias hacen muy buen trabajo y, lo más importante, apuestan por la integridad humana. También está Salud Responde, un servicio gratuito que cuenta con intérpretes telefónicos y que, honestamente, rara vez se usa —tiene que haber teléfono, buena cobertura, tiempo e interés—; finalmente, no funciona.

En definitiva, tenemos que asumir que nuestra sociedad es intercultural —no solo el día de reyes—; que el personal sanitario está en una situación muy precaria; que es necesaria la financiación, pero también el interés profesional; y que la acogida de las personas migrantes merece ser de calidad y esto es responsabilidad de todos y todas. ●



URGE LA CONTRATACIÓN DE MEDIADORAS INTERCULTURALES EN CENTROS SANITARIOS Y HOSPITALES

Históricamente los ensayos clínicos han sido la herramienta principal para el desarrollo de nuevos medicamentos y para ampliar el uso de fármacos ya existentes. Sin embargo, a pesar de su papel central en el avance de la medicina, los ensayos clínicos arrastran una asignatura pendiente fundamental: la representación realista de la diversidad de las poblaciones que usarán estos tratamientos.

Texto: **Rosario**

Doctora en inmunología, auditora de buenas prácticas clínicas en investigación

Ilustración: **comrayo**

www.instagram.com/comrayo_

Para comprender por qué la falta de diversidad en los ensayos clínicos es un problema de primer orden es necesario entender en qué consisten estos estudios y qué papel desempeñan en la aprobación de medicamentos. Un ensayo clínico es un estudio de investigación con participantes humanos que se utiliza para evaluar la seguridad y la eficacia de un nuevo medicamento, tratamiento o intervención en una determinada enfermedad. Además de evaluar nuevos medicamentos, también se emplean para probar fármacos ya en uso en otras enfermedades o condiciones diferentes.

Los ensayos clínicos se dividen en diferentes fases, cada una con objetivos y número de participantes distintos:

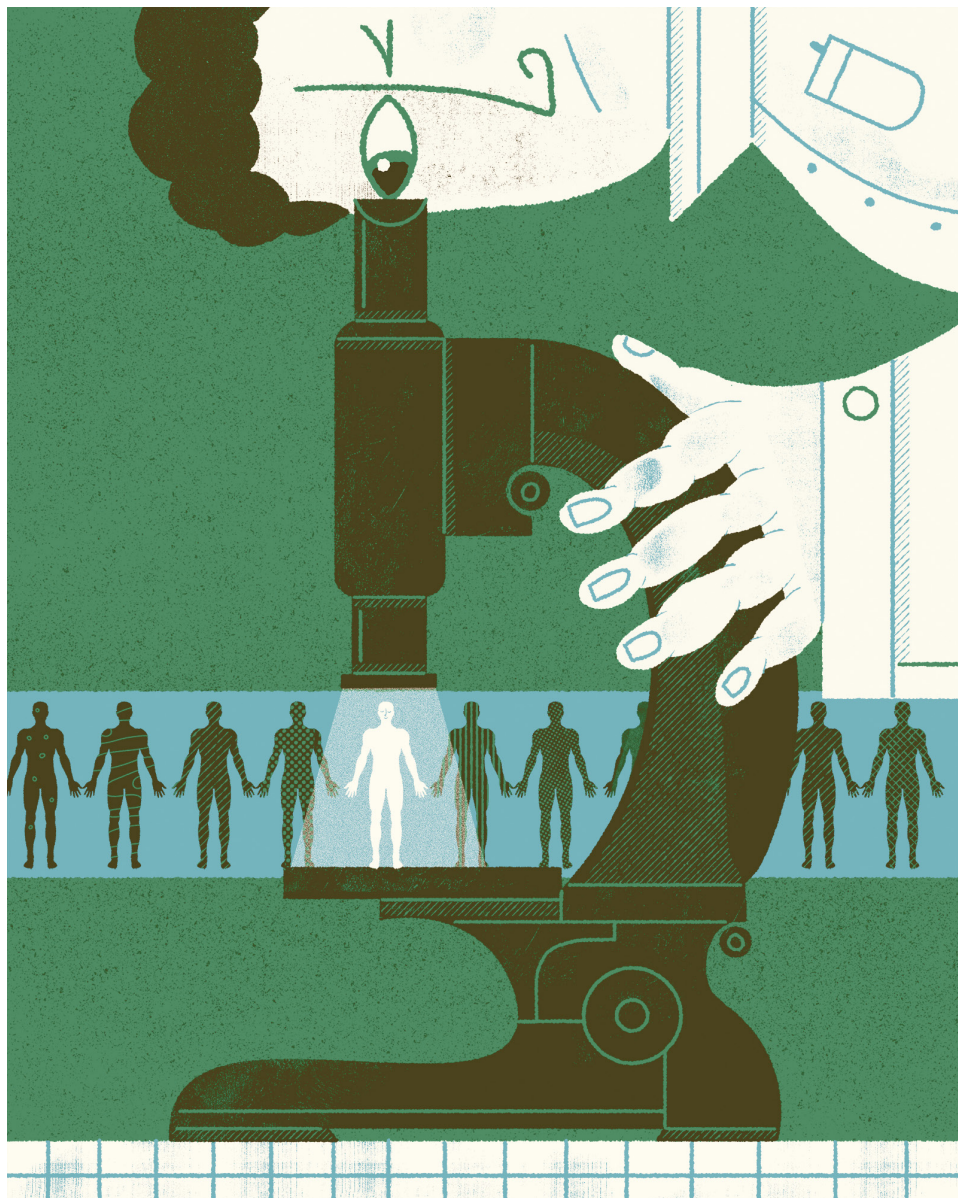
Fase I: El objetivo principal es evaluar la seguridad del medicamento. Se administra generalmente a personas sanas o con bajo riesgo. El número de participantes oscila entre 20 y 100 personas.

Fase II: El foco es la eficacia del medicamento en pacientes con la enfermedad que se desea tratar, aunque se continúan recolectando datos sobre seguridad. Participan entre 100 y 300 personas.

Fase III: Participan entre 1000 y varios miles de pacientes que padecen la enfermedad en estudio. Se evalúa la eficacia y se comparan los resultados con tratamientos estándar, además de registrar efectos adversos. Esta fase es decisiva para la aprobación de un medicamento.

Fase IV: Esta fase ocurre después de la aprobación y permite evaluar la seguridad del medicamento en la población general, participando miles o incluso millones de personas. Puede durar años y permite analizar efectos adversos a largo plazo y el funcionamiento del me-

ENSAYOS CLÍNICOS Y SU ASIGNATURA PENDIENTE



“

LA COMPOSICIÓN DE LAS POBLACIONES QUE PARTICIPAN EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS NO ES UN DETALLE MENOR

dicamento en condiciones reales. Desde el inicio hasta el final de las fases más extensas (I a III), participan entre 1500 y decenas de miles de personas. La información generada en los ensayos clínicos no solo determina qué medicamentos lleguen al mercado, sino también cómo se prescriben y a qué poblaciones se destinan. Por ello, los ensayos clínicos constituyen la base de decisiones médicas que afectan a millones de personas en situación de vulnerabilidad y enfermedad.

Dado este papel central, la composición de las poblaciones que participan en los ensayos clínicos no es un detalle menor. Quiénes son incluidos, quiénes quedan fuera y bajo qué criterios se selecciona a los participantes condiciona directamente la validez y aplicabilidad de los resultados.

Un factor clave de la diversidad de las poblaciones es la etnia, tanto

de la población mayoritaria del país donde se realiza el estudio como de aquellos países con alta diversidad étnica. La mayoría de la investigación clínica se lleva a cabo en países del «primer mundo», generalmente en grandes ciudades. Esto implica que poblaciones de países con menos recursos o más rurales quedan subrepresentadas, mientras que los participantes suelen pertenecer a la etnia caucásica europea y a contextos socioeconómicos menos desfavorables.

En el pasado, la etnia no se tenía en cuenta en los ensayos clínicos y se asumía que todas respondían de la misma manera a un medicamento. Esta visión eurocentrista y colonialista ignoraba cómo otras etnias podrían responder en términos de eficacia o seguridad.

Un ejemplo claro es la warfarina, un anticoagulante usado en el tratamiento de trombosis, embolias

pulmonares y problemas cardíacos. Los ensayos clínicos se realizaron mayoritariamente en población europea y la dosis se estableció según esos datos. Cuando el uso se extendió a poblaciones más diversas, se descubrió que personas con ascendencia africana necesitaban dosis más altas, mientras que personas con ascendencia asiática requerían dosis más bajas, con riesgo de hemorragias a dosis estándar. Aunque la warfarina fue aprobada en 1951, no fue hasta 2013 que se identificaron estas diferencias étnicas en la dosificación.

Independientemente de factores genéticos asociados a la etnia, los factores socioeconómicos y de vulnerabilidad tampoco se consideraban en los ensayos. Por ejemplo, las poblaciones afroamericanas, debido a su situación socioeconómica, presentan un perfil de riesgo basal más alto, con mayor incidencia de hipertensión, estrés y peores condiciones de alimentación.

Para avanzar de manera justa y equitativa en el tratamiento de enfermedades, es clave reconocer que las poblaciones son diversas y que la representación étnica en los estudios clínicos es fundamental para garantizar que los medicamentos sean eficaces y accesibles para todas las personas.

¿CÓMO SE PUEDE INCLUIR ESTA DIVERSIDAD?

El primer paso es tomar conciencia. En el diseño de un ensayo se debe considerar la etnia de los participantes, los países y hospitales involucrados, y evitar una visión exclusivamente eurocéntrica. Esto ayuda a identificar posibles sesgos y a garantizar la equidad del estudio.

Asimismo, recolectar datos sobre etnia y factores socioeconómicos permitirá incorporarlos en los análisis. Esto genera información valiosa sobre la eficacia y seguridad de los medicamentos en poblaciones diversas. En Estados Unidos, los ensayos clínicos recogen sistemáticamente estos datos, mientras que en Europa es una práctica que se está empezando a integrar.

Algunos comités de ética pueden mostrarse cautelosos al solicitar información étnica, considerándolo una posible vulneración de la intimidad. Sin embargo, este dato es crucial para evaluar adecuadamente la diversidad y garantizar estudios más representativos.

En conclusión, tanto en el diseño del estudio y la selección de países y centros participantes, como en la recogida de datos, la etnia es un valor clave que no puede ser ignorado en la investigación clínica. ●

Escribe: **Fran Díaz**

Profesor e Investigador en diseño
y transformación social

Ilustra: **Studio Mugre**

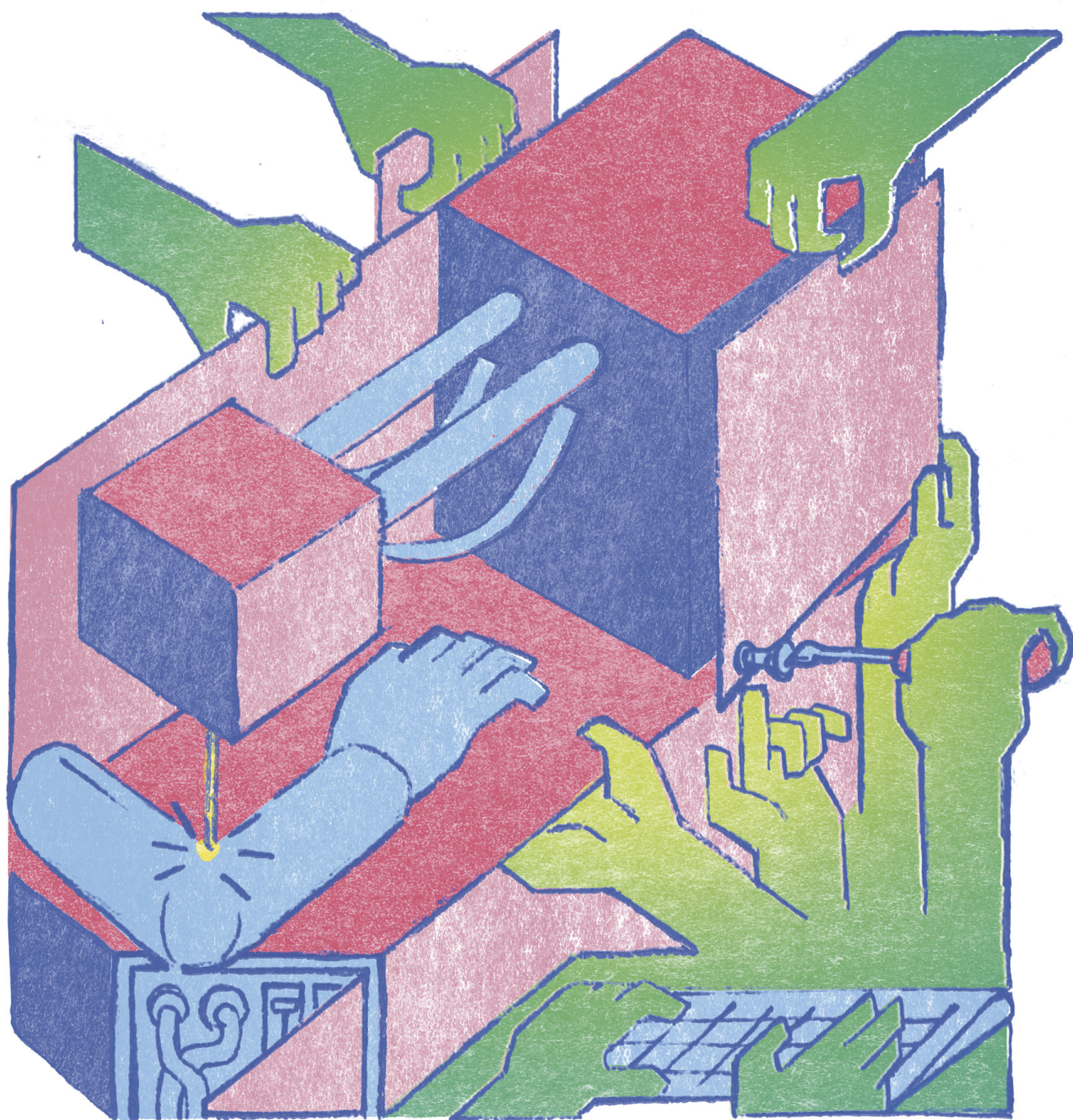
[instagram.com/mugre_ok_final2.jpg](https://www.instagram.com/mugre_ok_final2.jpg)

SALUD COMUNITARIA, PROTOTIPOS E IMPRESIÓN 3D

En un contexto social, cultural y global tensionado y polarizado, parece difícil imaginar vías de escape para experimentar otras formas de hacer, distender y volvernos a encontrar, como sociedad, ecosistemas y cuerpos. Cuerpos diversos, deseantes y poco cuidados que quizás necesitan sentirse escuchados, reparados y acogidos. Hemos tenido como sociedad momentos de emancipación y cooperación increíbles que quizás necesitamos revisar y volver a relacionar con la salud, tanto individual como colectiva, para que se inauguren otras formas de cuidarnos y vivir mejor. Vivimos en una sociedad tradicionalmente con gran capacidad de cooperación. Se demuestra en cada emergencia social la vocación de ayuda y voluntad por el bien común y de las personas de nuestro entorno. Pero parece que se desvanece en nuestro día a día dentro de un sistema de trabajo y consumo individualista y depredador con cualquier forma de vida.

En los años ochenta se replicó en el mundo virtual, con las primeras redes de internet y las posibilidades de conexión, un sistema de cooperación y creación colectiva similar al de las comunidades físicas. Fue la época del florecimiento de las comunidades de *software* libre que consiguieron crear herramientas a nivel usuario que nos han permitido tener hoy los mejores programas para escribir o manejar un servidor. Todo ello fue gracias al aporte de miles de personas voluntarias. Hoy tenemos acceso a estos programas de forma gratuita. En ese momento se sentaron las bases de la cultura libre globalizada y del *software* libre, con unos principios muy claros: libertad de acceso, uso, mejora, y distribución. Además se crearon protocolos y plataformas para gestionar la información, reconocer el trabajo que aportaba cada persona, revisión entre pares, etc. Con el paso de los años y el avance de las redes y las tecnologías, las comunidades fueron especializándose en áreas concretas, siempre ligadas al *software* o la cultura digital, como por ejemplo Wikipedia o LibreOffice.

Pocos años después, se fueron desarrollando tecnologías de fabricación digital cada vez más especializadas y de más fácil acceso para los usuarios, como las cortadoras



láser, fresadoras o impresoras 3D. Introduciéndose maquinaria de fabricación en espacios universitarios y de investigación se permitieron nuevas formas de experimentación y de autonomía en la producción material. Gracias al uso de licencias abiertas y a la aportación de tantas personas voluntarias, el desarrollo de estas tecnologías fue muy veloz, llegó a muchos lugares y ha permitido su acceso desde cualquier parte del mundo. Por su componente físico fue el vector de creación de multitud de espacios de fabricación en muchos formatos. Actualmente en muchas bibliotecas o institutos ya está disponible como un recurso más.

En todo este proceso, la parte más poderosa, y que ha permitido su expansión, es la capacidad de colaboración, compartir el conocimiento, facilitar el acceso y reducir los costes. Formas y protocolos, en muchos casos similares a las lógicas de la cultura libre, que han tejido comunidades globales o locales con cierta capacidad de innovación o impacto. Una vez que teníamos la tecnología de fácil acceso y comunidades capaces de crear y desarrollar objetos con cierta autonomía y complejidad, surgieron muchos proyectos de aplicación real. Estas comunidades digitales, en muchos casos, se aglutinan en plataformas de formatos diversos como *Thingiverse*, *Instructables*, *Github* o *wikis* especializadas. Todas con historias muy interesantes de debates internos sobre mantenimiento de valores y formas de hacer a partir de la cultura libre, la cooperación o sin grandes corporaciones.

Si centramos el foco en proyectos ligados a la salud y el cuerpo, en los que la fabricación digital ha permitido una nueva mirada o algunas posibles soluciones, tenemos ejemplos significativos. En Boston, la iniciativa *Maker Nurse* ha unido las posibilidades de creación de la fabricación digital y electrónica básica al conocimiento y pericia de las enfermeras a la hora de conocer las necesidades concretas de los usuarios y buscar soluciones. Mediante talleres de aprendizaje y la instalación de un pequeño *fablab* en el hospital, las enfermeras pueden prototipar soluciones inmediatas que en muchos casos tardarían años en ver la luz y que no suelen contar con sus conocimientos ni con el de los pacientes. Por ejemplo, un pequeño sensor de humedad en una venda para saber cuándo una herida supura sin necesidad de movilizar a la persona enferma. Entre Canadá y Gaza, un grupo de médicas/os e investigadores/as promueven el Proyecto GLIA que busca crear soluciones de aparatos médicos básicos como estetoscopios, otosco-

pios o fijadores de hueso mediante impresión 3D para dar soporte a las necesidades diarias de los hospitales de Gaza.

Entre España y África se desarrolla Malariaspot, un proyecto para la detección de un tipo de malaria a través de una evaluación ocular. Este diagnóstico habitualmente requiere de un microscopio, especialistas y un laboratorio, pero en muchos lugares de África no es posible contar con estos recursos. Gracias a la cooperación entre especialistas en el terreno y en Madrid, se ha desarrollado un dispositivo impreso en 3D que se acopla al móvil para hacer un conjunto de fotos al ojo con una aplicación específica. Esta imagen pasa a formar parte del juego Malariaspot en el que los usuarios tienen que señalar unos puntitos para ganar puntos, si muchos usuarios detectan los mismos patrones, la imagen cumple unos parámetros para que los especialistas las evalúen y puedan diagnosticar. Un proyecto de ciencia ciudadana e inteligencia colectiva que salva muchas vidas.

Aunque comenzaron en Estados Unidos, los proyectos de impresión de 3D de prótesis de brazo han tenido réplicas con ramificaciones en todo el mundo. El más conocido es *Enable the Future* que surgió de una necesidad de un niño por tener una prótesis junto con la falta de recursos públicos en EE.UU. Su padre diseñó una prótesis mecánica básica en impresión 3D y fácil de montar con tornillería estándar. En vez de guardar los archivos y conocimiento, lo compartió en tutoriales y los archivos imprimibles para que cualquiera pudiera adaptarla y usarla. Tras más de 10 años, es el sistema de prótesis más utilizado del mundo, aunque tiene limitaciones por la tipología y unos usos muy limitados. Mediante talleres in situ y foros *online* se fueron generando nuevas versiones para más tipologías y después, en muchos territorios, se crearon proyectos similares a partir de sus diseños, como puede ser Atomic Lab en Argentina o Ayúdame 3D en España pero con una vocación comunitaria o de investigación menor y más centrados en expandir estos modelos.

A raíz de este proyecto surgieron otros con propósitos distintos pero con elementos compartidos como My Human Kit, un proyecto francés que busca crear prótesis de diferentes partes del cuerpo; y otros productos de apoyo en alianza con la red de fablabs y que incluso ha conseguido tener su propio espacio de producción e investigación. A nivel nacional hay iniciativas como 3DLan

en Bizkaia que se centran en la creación de productos de apoyo en talleres colaborativos con usuarios y después comparten los resultados para poder replicarlos o adaptarlos a otras necesidades. También Autofabricantes en Madrid que surgió de Exando una Mano en Sevilla, que se dedica a la creación e investigación de prótesis y otros productos de apoyo junto con los usuarios, asociaciones de afectados, estudiantes universitarios y otras vecinas y vecinos con conocimientos específicos. Todo el conocimiento común puesto al servicio de problemáticas concretas que después es compartido para que se pueda adaptar a otras necesidades y personas en otras partes del mundo.

Con estos breves ejemplos aprendemos que el poder no está en la tecnología ni en las máquinas, sino en las personas y comunidades que le saben sacar el máximo partido para pensar en una mejor vida para todas y todos. Existen muchos otros proyectos de creación comunitaria ligados a la salud o a la diversidad funcional en los que no está tan presente la fabricación digital, pero sí los sistemas de trabajo cooperativos, el acceso a resultados o procesos, etc. Algunos pueden ser En torno a la Silla, La escalera o Dinh Ding Dong. Todos son joyas que nos permiten pensar que la salud y la vida en común pueden ser de otra manera: más cercana, autónoma, que recoja todas las voces posibles, más fiable y confortable en las que cuidar, escuchar y facilitar está incluso por encima de las soluciones para proyectos específicos.

Muchos de los ejemplos anteriores parten de la iniciativa ciudadana y están involucrados profesionales y ciudadanos de todo tipo. A pesar de todo, existe un conjunto de problemáticas comunes que surge en los proyectos ligados a la salud cuando quieren escalar, ampliar su impacto, mejorar resultados o relacionarse con el mercado: se trata de la colaboración con el ámbito sanitario, el sector ortoprotésico y los procesos de validación. Los Estados regulan todas las actividades sociales desde una perspectiva de igualdad de recursos y garantías o seguridad para los ciudadanos, siempre en cooperación con la ciencia o el ámbito empresarial que aportan evidencias o regulan sus actividades. Cuando se trata del sector sanitario, las garantías aún son más estrictas y complejas y la única interlocución hasta ahora ha sido con la ciencia basada principalmente en la investigación clínica.

Por lo general, la conexión entre estas iniciativas ciudadanas y la investigación clínica o los protocolos

“
TODOS ESTOS
EJEMPLOS SON
JOYAS QUE
NOS PERMITEN
PENSAR QUE LA
SALUD Y LA VIDA
EN COMÚN PUE-
DEN SER DE OTRA
MANERA

“
NO QUEDA TAN
LEJANO UN FUTU-
RO DONDE HAYA
NORMATIVAS Y
REGULACIONES
QUE RECOJAN Y
APOYEN A NIVEL
ESTATAL OTRAS
FORMAS DE
HACER

de validación del conocimiento no están relacionadas. Aunque hay profesionales sanitarios, investigadores, etc., en este tipo de proyectos ciudadanos, la relación es compleja y la voluntad personal se ve limitada. Los motivos principales no son la falta de conocimiento técnico ni la calidad, sino los complejos procesos burocráticos, la necesidad de financiación para ensayos clínicos o los métodos de desarrollo e investigación que no son los mismos que los de la industria o ingeniería médica y por tanto no se pueden validar a nivel normativo. Esto no está reñido con la calidad de los objetos que se diseñan o el impacto y mejora real en la calidad de vida que producen estos proyectos, a nivel empírico lo tienen, pero no se hacen desde las mismas lógicas de producción de conocimiento y tampoco nacen con ese objetivo. Es un dilema entre lo legítimo y las necesidades de solventar los problemas a los que no llega el estado, la ciencia clásica o la industria, y que los ciudadanos resuelven desde el conocimiento y los recursos comunes.

Este gran salto entre ambos mundos a veces es insalvable y hace que los proyectos no tengan continuidad o que se tengan que transformar en empresas, red de asociaciones o adoptar otros formatos para tener la capacidad de interlocutar con este nivel de complejidad de validación y de inversión en estudios clínicos. Por otro lado, estas iniciativas ciudadanas no tienen una articulación entre ellas para dialogar con el estado o las autonomías sobre sus necesidades o adaptaciones normativas. Es un espacio de trabajo copado por una industria ortoprotésica muy concentrada en pocas empresas y con gran capacidad de negociación.

Podemos pensar que hay posibilidades de cambio y mejora. Desde las ciencias sociales se están abriendo otros formatos de investigación ciudadana validados Hay fundaciones y grupos de trabajo que cada vez reconocen y apoyan más las iniciativas ciudadanas con impacto real. Quizás faltan muchos pasos, pero no queda tan lejano un futuro donde haya normativas y regulaciones que recojan y apoyen a nivel estatal otras formas de hacer, en las que les afectades y ciudadanía tengan una voz validada que les permita tener mayor autonomía en sus vidas, capacidad de producción de soluciones colectivas y una mayor cooperación con todo el talento y conocimiento que siempre ha habido en el ámbito sanitario. Quizás falta un cambio cultural que apueste por una mayor confianza colectiva y cooperación con las estructuras públicas. ●

Texto: **Idaira**

Periodista y *kelly* por temporadas, hija de *kelly*, hermana de *kelly*, sobrina de *kellys*, prima de *kellys*

Ilustra: **Estefi Yeah**

www.instagram.com/estefiyeahart

Detrás del meticuloso orden y la pulcritud que exhiben los complejos hoteleros hay cuerpos cansados, espaldas dañadas, rodillas y tobillos hinchados, túneles carpianos con suerte en una sola mano, depresiones... Es la labor de las camareras de piso, un trabajo que, por diseño del sistema, suele pasar desapercibido para el consumidor. Este silencio no es accidental, sino una pieza clave de una industria que extrae su rentabilidad de la invisibilidad de los cuidados mercantilizados. En el actual modelo de turistificación, la salud de las trabajadoras no se ve afectada por «riesgos accidentales», sino que la enfermedad emerge como una consecuencia estructural de un sistema que prioriza la acumulación de capital sobre la sostenibilidad de la vida.

Para las *kellys*, la patología no es un suceso fortuito, sino el resultado físico de una violencia laboral normalizada. Según relatan las propias trabajadoras, la salud está en juego a diario. La lógica de la «optimización de recursos» se traduce, en la práctica, en una sobrecarga de trabajo impuesta por el empresariado, cuyo único objetivo es incrementar los beneficios a costa del desgaste de las espaldas de quienes limpian. «No es que termines cansada, es que terminas rota. Hay días que no puedes ni girar el cuello», comenta Isabel, camarera declarada recientemente incapacitada laboralmente por hasta cuatro patologías diferentes y dos operaciones de columna.

Este modelo de explotación se manifiesta también en la sistemática desatención de la normativa vigente. Aunque los convenios colectivos recogen la obligatoriedad de realizar evaluaciones ergonómicas y psicosociales para determinar las ratios de habitaciones y los tiempos de limpieza, la realidad en la mayoría de los hoteles es que estos estudios se guardan en un cajón. Sin límites técnicos claros, las camareras se ven obligadas a enfrentar cargas inasumibles, llegando a limpiar hasta veintitrés apartamentos con cocina en una sola jornada. El resultado es un dolor físico persistente que, en muchos casos, desemboca en llanto tras ocho horas de esfuerzo ininterrumpido.

El análisis de esta realidad exige una mirada feminista y decolonial.

LOS CUERPOS DETRÁS DE TUS VIAJES «LOW COST»



El trabajo de las *kellys* es la mercantilización de las tareas reproductivas y de cuidado que históricamente han recaído sobre las mujeres en el ámbito privado, ahora trasladadas al sector servicios bajo condiciones de extrema precariedad. Se trata de una labor esencial que, a pesar de su dureza, no es reconocida ni por la sociedad ni por las instituciones como un trabajo de alto desgaste físico y emocional.

La salud laboral se revela aquí como un campo de profunda desigualdad de género. Muchas de las dolencias que sufren las camareras de piso no son reconocidas como enfermedades profesionales, a pesar

de derivar directamente de la carga de trabajo diaria. Ese vacío institucional tiene consecuencias materiales: el dolor se cronifica, las bajas médicas se cuestionan y el cuerpo enfermo se convierte en una carga prescindible. «Cuando enfermas, ya no sirves. Te conviertes en un problema», resume Petra, otra *kelly* en la lucha por la declaración de su incapacidad laboral tras una lesión grave en la columna.

La respuesta del sistema ante el cuerpo quebrado no es el cuidado, sino la expulsión. Son frecuentes los despidos vinculados a procesos de enfermedad y las luchas burocráticas interminables con la institución pública para lograr el

reconocimiento de incapacidades laborales. La industria turística no opera solo sobre el territorio geográfico, sino también sobre el territorio-cuerpo de las trabajadoras. La turistificación masiva intensifica los ritmos de trabajo y reduce los periodos de descanso, convirtiendo el servicio en una industria extractiva de energía vital. La precariedad no es un fallo del sistema, sino su motor: un trabajo mal pagado y extremadamente precario es lo que permite sostener los precios competitivos del mercado turístico global.

Frente a la respuesta frívola de las instituciones y la patronal —que en ocasiones llega incluso a la burla ante las demandas de las camareras— el colectivo insiste en que la salud no es un chiste. La exigencia es clara: el reconocimiento de las enfermedades profesionales derivadas de los ritmos impuestos y la puesta en valor de una labor imprescindible para el funcionamiento de cualquier infraestructura hotelera.

La lucha de las *kellys* demuestra que la salud laboral no es una cuestión técnica de prevención, sino un conflicto político de primer orden. Mientras el modelo económico siga tratando los cuerpos como piezas prescindibles de una maquinaria de servicios, la enfermedad seguirá siendo la expresión cotidiana del capital.

En este contexto de abandono institucional surgen colectivos y sindicatos autogestionados como el Sindicato Kellys Andalucía (SKA), Las Kellys Madrid o Kellys Unión Cataluña, que vienen a nombrar un problema históricamente silenciado. Su lucha ha logrado abrir grietas incluso en los medios de comunicación hegemónicos y en el ámbito cultural, como demuestra el proyecto teatral colectivo *¡Arriba las que limpian!*, con sede en Santa Lucía de Tirajana.

La propuesta que emana de estos colectivos no se limita a mejorar las ratios de limpieza, sino que apunta a la recuperación de la soberanía sobre los propios cuerpos, a la concienciación social y a la defensa de la vida frente a la lógica del rendimiento. Al politizar sus dolencias y organizarse desde el apoyo mutuo, las trabajadoras de limpieza de hoteles señalan un camino hacia una sanidad que no empiece en el hospital, sino en la transformación radical de las condiciones de trabajo. La salud colectiva solo será posible cuando los cuerpos dejen de ser el combustible del beneficio hotelero y pasen a ser territorios de vida, cuidado y dignidad. ●

UN TRABAJO
MAL PAGADO
QUE PERMITE
SOSTENER
LOS PRECIOS
COMPETITIVOS
DEL MERCADO
TURÍSTICO
GLOBAL

Escribe: **Alicia Carrizosa**
Médica de familia y militante

Ilustra portada: **D. Vanderh**
www.dvanderh.com

NO TE FALTA MAGNESIO

Cuando vas al centro de salud porque desde ayer tienes dolor de garganta y mocos, en realidad vas por muchas cosas que no son que desde ayer tienes dolor de garganta y mocos. Te mandan ibuprofeno y mucha agua y te enfadas porque piensas que debe haber algo que haga que eso se quite más rápido. Más rápido, supongo, significa menos de 24 horas, que es lo que llevas con los síntomas. Te parece mucho, pero en realidad, si lo piensas, no es nada para un cuerpo que se defiende frente a una infección.

Tú te enfadas porque la médica no te receta nada más, pero en realidad deberías enfadarte con el sistema que no te permite parar ni siquiera 24 horas. Porque cuando vas a consulta por el dolor de garganta y los mocos, ese «ayer» es lo de menos. Lo que te pasa es que no has podido dormir por culpa de la tos y aun así tienes que levantarte, vestir a las criaturas, llevarlas a la escuelita infantil cuya mensualidad pagas con el poco salario que te da el trabajo que no te ha permitido conciliar, recorrer una hora en un transporte público atestado para llegar a trabajar y que tu jefe te grite porque no has cumplido los objetivos del día. Porque ni cuando estamos enfermas podemos permitirnos que esta rueda que nos asfixia pare ni siquiera 24 horas.

Lo que te pasa es que luego quieres llorar, pero no puedes porque no te da tiempo. Tienes que, con tu cansancio tras el trabajo, ir a comprar al supermercado como todas las semanas, porque la casa tan pequeña en la que vives —la que puedes permitirte— no tiene más espacio de almacenamiento en la cocina que los víveres de unos pocos días. Te pasa que querrías tomarte una sopa calentita que te alivie, pero a lo máximo que puedes aspirar es a un *brick* de caldo ultraprocesado por el que luego te culparías por elegir productos poco saludables. Porque tu madre vive lejos y no puede venir a cuidarte. Porque tus amigas, aunque se han ofrecido a traerte algo a casa, están igual o peor que tú y no quieres sobrecargarlas. O quizá sí que pueden, pero te han enseñado a no pedir ayuda, a que se sienta un fracaso depender de otros, por mucho que sepamos eso de que somos seres inherentemente sociales. Lo que te pasa, en

realidad, es que el capitalismo no te da tregua en ningún momento.

Y tú te enfadas con tu médica porque solo te da un ibuprofeno. Tu médica, que quizás tiene aún más mocos que tú, o está atravesando un duelo, pero no puede permitirse faltar al trabajo porque no ponen suplentes. Y sigue poniendo el cuerpo para sostener a otros, porque la sanidad pública está cada vez más precarizada y desde arriba se olvidan, sistemáticamente, de cuidar a quienes cuidan.

Unos días después, cuando se te quitan los mocos, empieza a dolerte la espalda, o la rodilla, o cualquier otra parte del cuerpo o todas a la vez. Porque si no paras, el cuerpo avisa. Y si sigues sin hacer caso, el cuerpo te para a la fuerza. Haces un sobreesfuerzo y te buscas un fisio que te quite el dolor, aunque sea por un par de días. Vas al fisio porque, de nuevo, necesitas que alguien te quite el síntoma porque esta vez tampoco hay margen para parar.

Y mientras el reposo hace su efecto, le pides la baja a tu médica, pero solo de un par de días, para que no te quiten mucho de la nómina. Y aprovechas y le pides algo para poder dormir, porque ya no puedes más. Y ella sabe que tus problemas no los quita un Lorazepam ni un antidepresivo, pero te los prescribe, porque en la Seguridad Social tardarán más de un año en verte en salud mental. Y porque también sabe que tu problema no está en tus neurotransmisores y teme que la psicoterapia se base en darte herramientas para permitirte volver a ser funcional en un sistema que te está enfermando. Pero qué más va a poder hacer ella, desde sus diez minutos (con suerte) de consulta.

Lo que te pasa, por tanto, no es el síntoma por el que vas a la consulta, sino todo lo demás.

Te pasa que tienes un trabajo precario donde no te atreves a pelear por si te pasa lo que a las Seis de la Suiza. Te pasa que no se limita el precio de la vivienda pese a los numerosos estudios que relacionan la inestabilidad habitacional con problemas de salud; que las zonas verdes desaparecen mientras los gimnasios donde hacer

deporte en solitario proliferan; que antes en la puerta de al lado tenías a tu vecina que recogía a las criaturas del cole cuando no llegabas y ahora tienes un piso turístico que te deja la bolsa de basura en el rellano. Te pasa que te dicen que comas sano mientras la comida es cada vez más cara y la subida nunca repercute en quien la produce; te pasa también que por ser *queer* te pueden pegar una paliza; que la extrema derecha sigue negando la violencia de género.

Te pasa que tú necesitas estar bien, pero te lo ponen difícil los Determinantes Sociales de la Salud, eso que la OMS define como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana».

Y así estamos: comprando suplementos de magnesio, vitamina D, zinc, vitamina C, triptófano, omega 3, pimienta, colágeno, cúrcuma, y otros complejos multivitamínicos para concentrarte cuando estás estudiando, luego *plus* para rendir en el trabajo, más tarde específicos para la menopausia y, por último, para la tercera edad. Confiando en que el mal humor, el dolor de todo el cuerpo, el cansancio permanente y la sensación de no llegar a nada se solucionen con una pastilla que los laboratorios farmacéuticos nos han convencido de que necesitamos, aunque no exista evidencia científica sólida que lo avale. Qué casualidad que siempre sean elementos que podríamos obtener con una alimentación equilibrada y accesible, pero nos dicen que no, que lo que sirve es la cápsula que ellos, siempre un ellos ajeno a nosotros, nos venden.

Y es que lo que te falta, cariño, no es magnesio.

Te falta tiempo, energía y espacios reales para practicar un autocuidado no ligado al consumismo. Te falta una sociedad que permita la pausa y el descanso que son inherentes a la vida misma y no varios cafés al día para poder producir, que neutralizas con un Lorazepam para poder dormir. Te falta una sanidad pública fuerte, donde quienes te atienden dispongan del tiempo suficiente para escuchar,

comprender y abordar el origen de tus malestares, y no se vean empujados a recetar soluciones rápidas para que no quedes expulsada del mismo sistema que te enferma. Te faltan políticas públicas que pongan la vida, los cuidados y la salud en el centro, y no la productividad y el rendimiento.

Porque si no tenemos todo esto, llega un día que dices que no puedes más. Y sientes que has fracasado tú, que la culpa es tuya y de nadie más. Pero como dijo Lapoujade «el *yo no aguanto más* no es, por lo tanto, el signo de una debilidad de la potencia, sino que, por el contrario, expresa la potencia de resistir del cuerpo».

Es tu cuerpo resistiendo. Eres tú necesitando callarlo. Porque tú estás buscando que te quiten el síntoma, todos los síntomas. Pero, en palabras de Alicia Valdés, el único cuerpo silencioso es el cuerpo muerto. Y pasa que tu cuerpo se está rebelando pero tú no tienes el tiempo, las energías ni las herramientas para hacerte cargo de esa rebelión tú sola.

Porque la solución no será nunca una cápsula que solucione el síntoma, sino una acción que acabe con la causa. Y este cambio, como todos los cambios importantes de la historia, no se consigue en soledad. Si como sociedad nos sentimos desbordados, agotados y culpables, si el sentimiento es colectivo, la respuesta también debe serlo. Si el cansancio es político, también debe serlo el cuidado. La solución, por tanto, pasará por juntarnos, por recuperar el apoyo mutuo que sostuvo a quienes vinieron antes, por devolver a los barrios su fuerza y lucha, por llamar al timbre de tus vecines y ofrecer tu ayuda. Por permitirnos descansar sin tener que pedir permiso. La solución para que enfermar no sea sinónimo de abandono y la pausa y el descanso, un privilegio.

Y con esto no propongo sentarnos a esperar que la vida tal y como la conocemos cambie, sino en reflexionar en conjunto cómo es la vida que queremos: pensar en la utopía y caminar juntas hacia ella. Porque si algo no está en nuestro imaginario, no lucharemos por conseguirlo. Ocupemos por tanto los espacios comunes donde esta vida que queremos ya se está construyendo y, juntas, empecemos a vivirla. ●

“
NECESITAS
QUE ALGUIEN
TE quite
EL SÍNTOMA
PORQUE ESTA
VEZ TAMPOCO
HAY MARGEN
PARA PARAR

“
LO QUE TE PASA,
PORTANTO, NO
ES EL SÍNTOMA
POR EL QUE VAS
A LA CONSULTA,
SINO TODO LO
DEMÁS

El chemsex es un fenómeno emergente que ha generado alarma social y se ha llegado a denominar como «epidemia» dentro de la población LGTBIQ+. En este artículo abordaremos cómo el estigma, y más concretamente la categoría «vicio» afecta tanto a aquellas personas que desean experimentar su sexualidad desde lugares no normativos, como a aquellas afectadas por problemas de adicción.

Escribe: **Ángela Cores Mejías**

Antropóloga especializada en estudios LGTBIQ+ y adicta en recuperación

Ilustra: **Garrido Barroso**

garridobarroso.com

Aunque se estudia de forma sistemática desde hace menos de una década, ha producido una sobrea-bundancia teórica, especialmente desde disciplinas como la medicina, la psiquiatría, la psicología, etc., que tienden a proyectar una visión patologizante.

El *chemsex*, de origen anglófono, chemical=químico y sex=sexo, es una práctica sexual, realizada por hombres gays, bisexuales u hombres que tienen sexo con hombres, en donde están presentes una serie de sustancias químicas psicoactivas (Tina Metanfetamina, GHB y la Mefedrona) que son utilizadas para alargar en el tiempo el encuentro sexual.

La categoría «vicio», entendido como rasgo psicosocial atribuido a determinados individuos o colectivos, no constituye una explicación marginal ni un residuo exclusivo de discursos conservadores o poco informados sobre la adicción. Si no que sigue operando tanto en los discursos cotidianos como de forma inconsciente en marcos interpretativos de ámbitos técnicos y profesionales de la salud.

Este artículo se detiene en dos figuras estigmatizadas: la del «yonqui» y la del «maricón sidoso», tal y como reaparecen en relación con el *chemsex*, desarrollada principalmente en contextos LGTBIQ+, concretamente, dentro de la comunidad gay. Por otro lado, sin restar importancia al sufrimiento real que puede estar asociado a estas situaciones, resulta necesario abrir un espacio de reflexión que permita pensar también en aquellas personas que participan en estas prácticas sin intención de abandonarlas.

A partir de aquí, se desarrolla una posible «genealogía del vicio», tomando como referencia la figura del «yonqui», entendida como

GENEALOGÍA DEL VICIO: UN ABORDAJE ALTERNATIVO AL FENÓMENO DEL «CHEMSEX»



aquella persona estigmatizada por el consumo de drogas no normalizadas, normalmente por vía intravenosa (como ocurre con los *slamers*), así como también quienes arrastran problemáticas reales en su relación con las sustancias. Y se aborda la figura del «maricón sidoso», asociada tanto a la estigmatización de prácticas sexuales no normativas como a la condición de vivir con VIH. En ambos casos, la categoría de «vicio» opera como eje central de la identidad atribuida, funcionando como un dispositivo moral que no solo define determinadas conductas, sino que juzga los deseos, las prácticas y las vidas de quienes encarnan estas figuras.

Antes de nada, conviene señalar que una persona con dependencia de una sustancia o comportamiento

no es una «viciosa», es una persona adicta; culturalmente, continúan siendo leídas en términos de viciosas (juicio moral) en vez de reconocer que presentan problemas de salud mental. Esto nos lleva a preguntarnos si el *chemsex* constituye una práctica sexual más, en la que se combinan sustancias y sexo, o si debe entenderse como una nueva adicción híbrida. Pese a las numerosas historias asociadas al consumo de drogas sexualizadas en contextos LGTBIQ+, no resulta pertinente condenar el *chemsex* como una adicción en sí misma. La alarma social que genera no responde solo a los riesgos del consumo o a la exposición a situaciones de peligro, sino también al carácter disidente de las prácticas sexuales que se desarrollan en estos espacios. Según Mauricio Sepúlveda, el uso de

drogas sexualizadas ha estado presente a lo largo de la historia pero, con la modernidad y la irrupción de las tecnologías farmacosexuales, se configura un repertorio de prácticas y guiones sexuales organizados en torno a un orden ideal que asegura la supervivencia del sujeto liberal moderno. Este repertorio no solo regula los cuerpos, sino también el orden moral que rige la expresión del propio deseo del sujeto.

El concepto heterotopía parte de la propuesta teórica de Foucault y señala espacios integrados dentro de la sociedad con lógicas internas que hacen que funcionen de forma diferente, y por tanto producen un efecto de contraste. De esta manera se validan ciertos valores hegemónicos impuestos, en contraposición con estas zonas habitadas por sujetos desviados. Si hablamos sobre el consumo de drogas en jóvenes configurarían una «heterotopía», o jerarquización de las conductas, que se regirá en función de dos ficciones políticas: «el yonqui» y el «homoprudens». La figura del «yonqui» hace referencia al joven toxicómano de los años ochenta, consumidor de drogas intravenosas, o al colectivo gay, por ser potenciales personas portadoras de VIH o de sufrir SIDA, al que siempre iba asociado un aspecto enfermizo. Por otro lado, tenemos la figura de la persona «homoprudens» que, según Sepúlveda y Romaní, hace referencia al modelo prototípico de una sociedad neoliberal en donde es «responsable» y dueño de sus actos, de su estado de salud y no la pone en riesgo y adopta un papel «productivo» a través de la autorrealización dentro del sistema. En una sociedad donde la legitimidad del sujeto sigue ligada a su capacidad productiva, los cuerpos que no generan riqueza son construidos como desechables.

En ningún momento durante este ensayo se niega que no existan problemas reales derivados del consumo de sustancias dentro de la comunidad LGTBIQ+, sino que el riesgo real está en ciertos dispositivos de control constituidos en nuestras sociedades que conlleven concepciones y juicios morales sobre cómo los individuos buscan y satisfacen sus propios deseos, creando así dos relatos políticos: el «buen gay», aquellas personas que sin querer se han desviado del camino y a las que «hay que salvar de sí mismas», generando prácticas orientadas a la victimización continua del individuo, y el «gay malo toxicómano», esos seres repudiables, sin aspiraciones y emocionalmente inestables que deben ser objeto del rechazo y la marginación. ●

LOS CUERPOS QUE NO GENERAN RIQUEZA SON CONSTRUÍDOS COMO DESECHABLES

NO TE RAYES

Javi Sánchez
Antropólogo

Hoy en día se asienta el paradigma de *salud mental* como equivalente de atención psicológica profesional. Ir al psicólogo, vaya. Creo que esa expansión de la psicología solo es un parche que favorece la medicalización y la psiquiatrización, aunque parezca evitarlo, pues ahonda en el paradigma *psi* en detrimento de alternativas de sociabilidad y amplía el espectro de pacientes potenciales. Al no poder resolver las cosas por nosotros mismos, en colectivo, dependemos de profesionales. Si la terapia no basta, quizás solo quede el consuelo químico. Dice Guillermo Rendueles que psicologizar y psiquiatrizan son dos caras de la misma moneda, y ofrecen lo que no pueden dar: remedios técnicos para resolver sufrimientos sin romper con la situación que los genera.

El empastillamiento aumentó exponencialmente en nuestro país en los últimos quince años. A casi nadie le escandaliza que miles de adolescentes se mediquen a diario, es solo el síntoma de una derrota histórica, una domesticación silenciosa y ordenada. En EE UU uno de cada tres adolescentes toma psicofármacos. El consumo de antidepresivos era de cien personas por millón de habitantes en 1980; hoy, cien mil por millón. En España es donde más psicofármacos se toman de Europa. Esto puede no tener nada que ver con medicina y ser puro control social mediante química. Hacer a les niños dependientes de estos *medicamentos* es como engancharles al azúcar, serán clientes de por vida. Se medicaliza estar triste, angustiade, frustrade, inquiete, desobediente, incluso demasiado tímide. Expresiones de malestar ante el contexto, o simplemente reacciones de la personalidad, son motivos para medicar.

Nuestro organismo avisa de que algo va mal y a veces lo silenciarnos con pastillas. Incluso te recomiendan «tomarte algo» para relajarte, dormir bien, o no comerte la cabeza. La mayoría de la medicación se toma por cuestiones intrínsecas a esta sociedad: insomnio, estrés, depresión. Solo falta que anuncien el Trankimazin como si fueran vitaminas, como los dibujos de Miguel Brieva. Próximamente en sus televisores. ●

LA IATROFOBIA, LA MEJOR MANERA DE CURARSE EN SALUD

La Cúpula

Pronosticamos un mal pronóstico a quien lea el siguiente artículo con afán científico o crítico literario. En cambio, tendrá efectos sanadores sobre quien lo haga con cualquier otro propósito.

¿Qué es la Salud? ¿La ausencia de malestar, un baúl repleto de medicamentos, un paisaje bucólico, un negocio privado, un ministerio, una cofradía de Semana Santa, un nombre de mujer? ¿Es la salud de derechas porque prioriza a quienes tienen más recursos? Hay millones de páginas escritas sobre el asunto, y creciendo. Solo hay que clicar en internet y buscar libros sobre salud, o vídeos, y aparecerán miríadas de resultados, todos prometiendo salvarnos de los males físicos, mentales y extradeportivos. Y la mayoría, curioso o no, pone el foco en el individuo (y no en su entorno) y hablan de gordura, *superalimentos*, ansiedad, insomnio y gimnasios. Aburridísimo, vaya.

La salud es un tema tan espinoso como el cactus del San Pedro (o cualquier otro cactus, cuyas propiedades curativas también se ensalzan en publicaciones de todo tipo) y a nadie le resulta fácil posicionarse a favor o en contra. Así que para evitar debates sociopolíticos enrevesados, sin ánimo de polarizar el ambiente y sin ofender a quienes padecen de verdad, el artículo de hoy pretende aportar una selección de libros, tutoriales, noticias *clickbait* y programas de radio mucho más enriquecedores para nuestro bienestar, bien porque no existen pero deberían o bien porque no existen y menos mal.

En el *top 9* se encuentra el libro *Diez medicamentos para congraciarse con la humanidad*, patrocinado por una unión temporal de iglesias sindicalistas, publicado recientemente, justo antes de los resultados electorales de Extremadura. Se puede adquirir en parroquias online y es recomendable leer primero el prospecto.

La serie de podcast *Veinte terapias para salvar el mundo*, en sus cuatro episodios de tres horas cada uno, son un no parar de aportes interdisciplinares, de personas a cada cual más sabia, que convergen en una amalgama de soluciones titánicas para evitar el descuagerin-gamiento del planeta, o al menos, minimizar la ruptura de España y la separación geográfica de Cataluña y sus colonias. Esta serie se puede escuchar en plataformas gratuitas con gran ingesta publicitaria.

Historia de los anuncios más insanos de la historia es un libro *cachondísimo*, lleno de ilustraciones y diseños publicitarios reales, con textos que relacionan cada producto multinacional con una enfermedad y con su posterior remedio, también multinacional. Dichos antídotos pueden conseguirse enviando tres tickets de compra del libro, pagando a contrarrembolso e indicando en sobre aparte cuál es el que le interesa.

El artículo periodístico *Siete tips para preservar tu hígado en Carnaval* apareció en la gacetaquicardia.com y obtuvo varios premios a nivel internacional gracias al ángel, guasa y arte con el que se aportaban verdaderos axiomas sobre protección hepática. Es de gran

valía para cuando la digestión del alcohol y comida rápida con salsas de colores se convierte en todo un reto durante los días de fiesta. La autoría de este artículo es de un tal Redacción, sin apellidos. Según se especifica en un comentario a la noticia publicado por una tal Siesa de Cádiz, los consejos del artículo son extrapolables a otros encuentros multitudinarios como el Rocío, el Toro Embolao o el Trebust.

Luego está el vídeo tutorial *diy (do it yourself)* en el que se explica de manera muy didáctica cómo fabricar una máquina de resonancia magnética casera, sin necesidad de comprar complementos caros en Brico-Depot. Tiene millones de visualizaciones y promete ofrecerse al SAS en clara competencia con Amancio Ortega por unas palmaditas en la espalda. Su autora, una influencer de veintidós años, ha prometido lanzar próximamente el vídeo *Cómo fabricar en casa tu dispositivo de tomografía axial computerizada* —TAC para la gente profana— solo con papel de aluminio y un coche teledirigido a pilas.

El fanzine especializado en salud global *El enfermo imaginario* expuso hace unos meses un listado con «Diez ejercicios inútiles para mejorar tu salud», ilustrados con emoticonos. Como ejemplo, describen los movimientos de tender la ropa y limpiar el wc con el objetivo de optimizar los músculos cervicales y femorales. El fanzine está subvencionado por Lejías Kiriku.

En un número anterior del mismo fanzine también se puede encontrar un reportaje, de marcado carácter anticonservador, con cinco trucos para saltarse la lista de espera del SAS sin usar las urgencias. Ese número estaba patrocinado por una conocida marca de seguros de vida.

En el número dos de esta selección se encuentra la noticia *clickbait* titulada *Tinder abre una nueva aplicación para citas médicas a ciegas y su resultado te dejará sin aliento*. Tras leer párrafos y párrafos de contexto basura y conjeturas personales de quien redacta, se llega a la conclusión de que la aplicación solo es para personal sanitario y que no viene a resolver los retrasos en la atención médica en el servicio público de salud, sino todo lo contrario. Puro marketing.

Por último está el manual *La iatrofobia, la mejor manera de curarse en salud*, donde se defiende que, para no enfermarse, nada mejor que temer a todo lo relacionado con la atención médica. Ojos que no ven, corazón que no siente. Si el cuerpo sabe que nadie va a acudir en su ayuda, se lo piensa dos veces antes de enfermar. Su autores, I. Racional y A. Prensivo, se valen de una cita del Dr. Juan Gervás: «En los países pobres la población muere por falta de medicina y en los países desarrollados la gente pierde la vida por un exceso de medicina». Agnósticos del diagnóstico, los artífices de este manual recomiendan la fórmula «Sana, sanita, culito de rana, si no sana hoy sanará mañana».

Recuerden, y no se dejen llevar por titulares llamativos: los medicamentos, como el resto de drogas, no son ni buenos ni malos, sino que dependen del cartel del que provengan. ●

Texto: **Lubna y Ol**
 Usuarías de la Sanidad Pública

Ilustra: **Ezequiel Barranco**
 www.ezequielbarranco.com

SALUD NO RESPONDE

Salud no responde es un documental que pone el termómetro en la calle para medir el detrimento de la sanidad pública andaluza con respecto a décadas anteriores, y enciende todas las alarmas de este irrefrenable modelo privatizador que comenzó la última etapa del gobierno socialista y que el actual gobierno de Manuel Moreno Bonilla no ha dudado en pisar a fondo el acelerador. Este documental recoge por un lado testimonios tanto de usuarias/os, como de profesionales y demás activistas de Mareas Blancas de nuestra tierra. Da voz a diferentes personas a lo largo de todas las provincias del territorio andaluz en entornos rurales y urbanos, lo que se muestra como un rasgo interesante por la tendencia de los poderes públicos a que los pueblos caigan en el olvido, cuando suelen ser los más necesitados. Por otro lado, introduce el concepto de la sanidad pública dentro de la salud ambiental mostrando la belleza de nuestros paisajes y utilizando recursos cinematográficos a modo de poesía visual.

Una parte crucial del trabajo es que revela el generalizado desgaste de los propios profesionales por no poder desarrollar su trabajo con medios y en condiciones dignas. Esta situación de crisis ha conseguido que muchos sanitarios, desde dentro, también estén denunciando el desmantelamiento del sistema y estén gritando a viento y marea cómo ellos/as se ven sobrecargados/as. Este personal se enfrenta rutinariamente a atender e intervenir en condiciones de agotamiento profesional, viendo, a su vez, cómo se aplican recortes de personal respecto a lo diseñado en los organigramas y las necesidades reales.

El documental, necesario portavoz de tantas voces que sufrimos esta realidad, ha sido dirigido por Pablo Coca y financiado gracias a la colaboración de la gente a través de la plataforma Goteo, siendo la propia Marea Blanca la que solicitó a su autor elaborar este material de difusión de la situación actual.

Como nos muestra la cinta, la situación se hace especialmente crítica si nos referimos al tiempo de demora entre pruebas y diagnósticos que está ocasionando empeoramientos de enfermedades e incluso fallecimientos. La falta de medios

provoca que se den diagnósticos, pero no tratamientos; ya sea porque se carece de recursos o porque no llegan a tiempo, produciéndose circunstancias tales como recurrir al Servicio de Urgencias como única posibilidad de atención sanitaria ante la falta de un servicio eficiente de atención primaria, lo que provoca todavía más saturación.

A través de numerosos datos se deja patente que el principal beneficiario es el negocio de la sanidad privada que, aunque atienda con mayor rapidez, no asume cualquier tipo de enfermedad. Además, si la situación se complica a intervenciones de mayor envergadura, derivan para la pública, dando como resultado que la sanidad privada solo se encarga de las enfermedades leves y rentables. Además,

como nos muestra el documental, esto viene a agravarse con que más del 30-40% del gasto de sanidad va para el ámbito privado por las colaboraciones público-privadas, lo que produce una clara parasitación del sistema con la «externalización de servicios» (eufemismo de privatización), que se traduce en una pérdida de control en la calidad. Ejemplo de ello es el caso de Salud Responde, que es desde hace tiempo es una subcontrata con condiciones laborales y servicio deplorables.

Resulta importante señalar, aunque es ampliamente sabido, que la sanidad pública andaluza es la peor financiada en todo el Estado, empezando a aparecer los recortes en 2010. De aquellos polvos, estos

Un detalle destacable, que homenajea a aquellos que no cesan en su empeño combativo es que, a lo largo del documental, continuamente vemos imágenes de las movilizaciones de las Mareas Blancas, lo que refleja la idea de la importancia de estos procesos colectivos, así como de la unión ciudadana. Todo ello actuando como telón de fondo o hilo conductor de múltiples situaciones desgarradoras que provoca el desmantelamiento cada vez más alarmante de nuestra sanidad pública.

Por destacar algunas de ellas (pero sin querer desvelar los entresijos de este oportuno y delicado trabajo) el documental nos acerca a una realidad encarnada por diversas personas que han sufrido, entre otras muchas cosas: esperas infinitas de tratamientos que llegan tarde y provocan muertes tan evitables como injustas; cierres de instalaciones de unidades esenciales en hospitales provinciales que obligan a la población a desplazarse a las provincias vecinas; merma de los servicios de la atención primaria como base del propio sistema, lo que provoca una desestabilización en cadena del mismo; cierres de quirófanos, camas y servicios de asistencia continuada en «vacaciones»... Pero también: abusos en los contratos de corta temporalidad en los sanitarios haciendo inviable que estos puedan hacer un seguimiento de sus pacientes, falta de ambulancias con capacidad de asistencia en trayecto, degradación de los centros sanitarios para poder dotarlos de menos recursos..., y un infinito etcétera que deja ver cómo la infrafinanciación tiene impacto en todos los niveles: precariedad en las contrataciones, en las instalaciones y en los recursos, lo que imposibilita que el sistema sanitario pueda responder de forma satisfactoria a las necesidades de la población andaluza en su conjunto.

Se agradecen estos trabajos de recopilación de situaciones cotidianas que sirven, además de visualización, de altavoz a colectivos que luchan por mejorar esta situación tan crítica —las Mareas Blancas surgen en el 2017— y que no han cesado de estar coordinadas y en activo. Son casi diez años de reuniones, quejas, escritos, manifestaciones, juicios, notas de prensa, colectivización de problemas individuales, presión a las instituciones, movilizaciones ciudadanas, una lucha larga que no debe caer en desidia pues, por mucho que nos intenten alienar y generar desinterés por los recursos públicos para lograr un «sálvese quien pueda» con la privada, la sanidad pública es cosa de todas. ●



“
 LA SITUACIÓN
 SE HACE ES-
 PECIALMENTE
 CRÍTICA SI NOS
 REFERIMOS
 AL TIEMPO DE
 DEMORA ENTRE
 PRUEBAS Y
 DIAGNÓSTICOS

Trabajé en la Atención Primaria durante cuarenta años: como residente de Medicina Familiar y Comunitaria, como médico de un pueblo de seiscientos habitantes de la Sierra de Huelva, y como médico de cabecera en una zona periurbana de Sevilla. En este artículo cuento la evolución de la Sanidad que he vivido.

Texto: **Luís Beltrán Noguera**
Médico de familia jubilado

Ilustra: **Helena García**
www.instagram.com/smoke.mirror

«La Sanidad española es la joya de la Corona», era una de las frases más repetidas en los noventa en campaña electoral. La decían tanto desde la izquierda como desde la derecha, en mítines o para justificar una mínima privatización o una pequeña inversión.

La Sanidad Pública, hasta la reforma de 1986, se encontraba totalmente dispersa en dependencias estatales y, por tanto, con un funcionamiento descoordinado. El cambio más radical de la reforma fue pasar de considerar a cada persona trabajadora como titular de derecho y a su familia directa como beneficiaria, a hacer este derecho *individual y universal*, es decir, hacer que cada persona tenga acceso a la Sanidad por sí misma y no por estar en una cartilla.

La reforma sanitaria se implantó paulatinamente. En Sevilla comenzó con cuatro Zonas Básicas: Torreblanca, Dos Hermanas, Pino Montano y Bellavista cada una con un Centro de Salud.

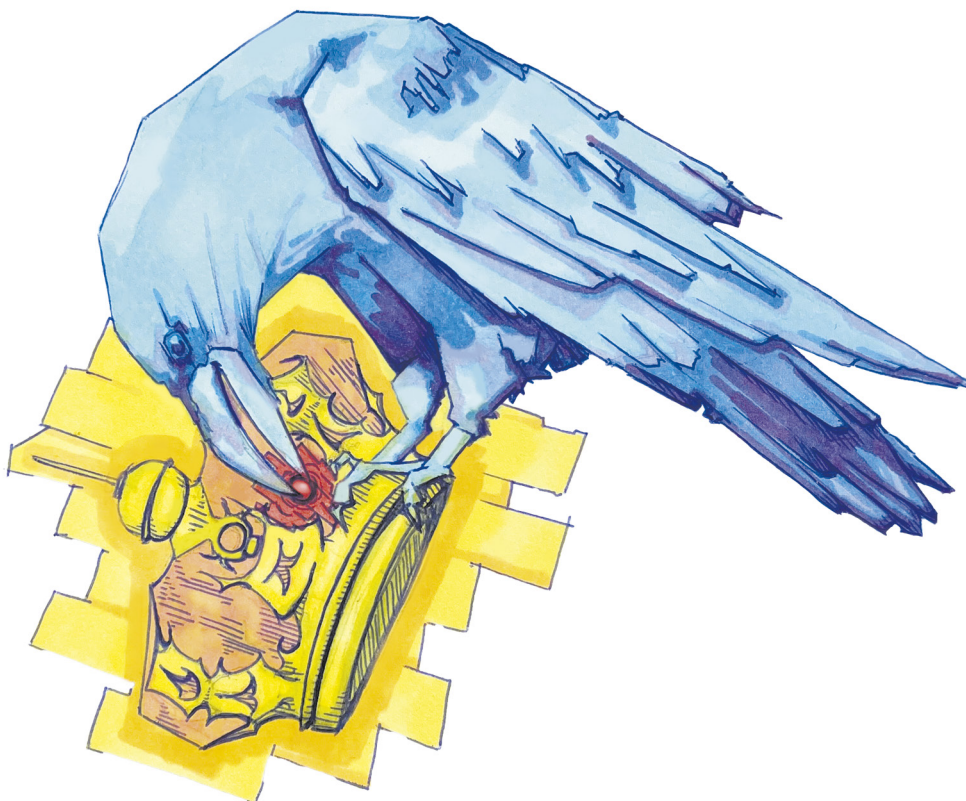
El trabajo en estos nuevos centros era totalmente diferente:

—Lo primero fue acordar entre la trabajadora social del Centro de Salud y los ayuntamientos y asociaciones de vecinos locales, el número de personas que vería cada profesional diariamente. Serían cuarenta con cita y un número máximo de urgencias y consultas no demorables.

—Se hacían equipos de médico-enfermere que se encargaban de una parte de la población de la zona.

—Pasaban consulta diariamente para los problemas habituales que no requerían más de siete minutos por persona.

LA JOYA DE LA CORONA YA NO ESTÁ



“
EL CAMBIO MÁS RADICAL DE LA REFORMA DE 1986 FUE CONVERTIR LA SANIDAD PÚBLICA EN UN DERECHO INDIVIDUAL Y UNIVERSAL

—Dos días en semana tenían una consulta programada de revisión de personas con enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.) o para estudiar a quienes por la complejidad de su dolencia necesitaban más de siete minutos.

—Una vez a la semana se realizaban revisiones a embarazadas, así como a mujeres que solicitaban planificación familiar o citología.

—Además atendían los avisos que surgieran y visitas a domicilio.

—Las enfermeras tenían su consulta de revisión de las personas con problemas crónicos y los servicios comunes: sala de curas, urgencias, electrocardiogramas, analíticas y atención a domicilio.

Una parte importante y novedosa eran las reuniones periódicas del equipo o una hora de Formación Continuada para todos.

El cambio con la reforma fue muy importante: pasábamos de la asistencia totalmente centrada en el médico o médica que atendía dos horas y media diarias, a entre setenta y ciento veinte personas según el día, a la atención centrada

en la población del centro de salud, donde todos los sanitarios permanecían siete horas diarias. Esto suponía un trabajo organizado y en equipo con sus tiempos de formación y coordinación.

Esta era la «joya de la Corona» de los políticos. Con los años, la clase dirigente fue limitando la financiación y burocratizándolo todo. El grifo económico se fue reduciendo o bien por la crisis, o porque se derivaban recursos para otros asuntos que al mandamás de turno le interesaban. De paso se congelaban salarios, y se escatimaba en la renovación de personal y de material.

Al principio se sustituían todas las ausencias laborales prolongadas o las vacaciones. Ahora, los nuevos contratos cada vez son más cortos, incluso de días. Se procura que abarquen justo el período de máxima sobrecarga laboral y se sustituyen dos, tres o cuatro trabajadores por una sola persona. Se hacen varios contratos en lugar de uno y así ahorran fines de semana que no trabajan.

Ante este maltrato laboral, los trabajadores se han ido quemando

cada vez más, y muchos se desplazan a otras comunidades, o incluso a otros países en los que ofrecen unas condiciones mucho más justas.

De esta forma, la manoseada explicación «no hay personal sanitario para contratar» se ha hecho cierta porque nadie aguanta las condiciones actuales. Una anécdota personal como ejemplo: hace veinticinco años pensé irme como médico a un país escandinavo. El gobierno de allí ofrecía —si firmabas por dos años— formación los seis primeros meses aprendiendo la lengua, tutorización mientras trabajabas en un centro de salud, un sueldo más que digno, trabajo para el cónyuge y guardería o colegio para los hijos. A los dos años, si querías seguir en el puesto te hacían un contrato fijo en el Sistema Nacional de Salud. Y es que ofrecer unas buenas condiciones se traduce en el retorno de los que se han formado aquí y desean quedarse en su tierra.

El deterioro en los últimos años ha sido rápido y paulatino. En Andalucía, además, en los últimos ocho años se han añadido la desmotivación del personal, la falta de financiación y las facilidades dadas a la privatización.

Se han tomado medidas que allanan el florecimiento de las mutuas privadas: desgravación en hacienda al contratar un seguro privado, posibilidad para los profesionales de compatibilizar el trabajo en la pública y la privada y facilidades y financiación de laboratorios privados de analítica y de pruebas de imagen en lugar de actualizar los propios de la Seguridad Social.

Empezó el PSOE con ambulancias, servicios de limpieza y algunos hospitales concertados con la empresa Pascual, y ahora el PP quiere hacerlo con el personal, los centros de salud, ambulatorios de especialidades y más hospitales.

Algo que me llama profundamente la atención es que a todos los representantes políticos (miembros del Congreso, Senado, parlamentos autonómicos, ayuntamientos y diputaciones), se les adjudica al tomar posesión del cargo, un seguro con una mutua privada además de la seguridad social correspondiente. Es decir, las personas que deciden sobre la Sanidad en nuestro país tienen medicina privada.

Y es que somos muchos los usuarios y los sanitarios que queremos una SANIDAD PÚBLICA, GRATUITA Y UNIVERSAL. Solo hay que unirse y luchar. ●

¿Cómo os encontráis en ZEMOS98 realizando una mediación en una institución sanitaria tras años siendo reconocidos por la producción de un festival de cultura audiovisual y trabajos vinculados con ese ámbito?

Se nos plantea la posibilidad de hacer un proceso de mediación, como parte de Concomitantes, en una UCI pediátrica entre 2017 y 2023. La conexión con esa UCI pediátrica es tan aleatoria como que uno de mis mejores amigos de la infancia lleva veinte años en la UCI pediátrica y yo llevo escuchando historias suyas de todo tipo. Antes incluso de empezar ese proceso, él me había dicho que una compañera suya y él tenían la idea de hacer un cuento para las niñas y los niños y ayudarles a entender mejor el proceso de hospitalización en ese contexto. Porque el imaginario infantil asociado al hospital muchas veces se entiende a través de lo que es la visita al centro de salud o a la pediatra, etcétera. Pero, claro, una UCI pediátrica es mucho más violenta, tiene muchos más aparatos, hay muchas cosas, hay mucha tecnificación. Además, cuando se entra en una UCI pediátrica normalmente suele ser porque la vida está en peligro, por lo que suele llevar asociado un trauma.

Y en el caso de este hospital concreto no había un servicio de psicología pediátrica. El propio personal de enfermería es el que durante años, a través de saberes y conocimientos adquiridos a través de la experiencia, pero no certificados académicamente, es quien sostiene emocionalmente a esas niñas, a esos niños y a los y las familiares. Nosotras en teoría teníamos que hacer un proyecto en Andalucía, pero propuse hacerlo en Canarias, que es un territorio que muchas veces se queda fuera de ciertas lógicas. Se aceptó por parte de la Fundación Daniel y Nina Carrasco y se ha hecho este viaje.

Aunque ahora estáis haciendo desde ZEMOS98 proyectos más concretos relacionados con el campo de la salud, creo que no deja de ser una consecuencia de lo que abordabais cuando os preguntabais sobre cuerpos o vulnerabilidades. ¿Lo consideras como una proyección de esas intuiciones?

El vínculo cultura y salud se sostiene, como dices, a partir del giro feminista de la organización, que sucede antes y durante el 15M primero y que luego se consolida con el trabajo más vinculado a Coppylove, que fue una investigación colectiva para analizar las economías que no son monetarias en las comunidades, hablar de la vulnerabilidad desde un punto de vista social, no solo individual, etcétera. Pero, para ser muy honesto, no ha

ENTREVISTA A ZEMOS98 CUANDO LA CULTURA ATRAVIESA LA UCI

Texto: **José Laulhé**, / EL TOPO y cooperativista en T11 · Ilustra: **Alejandro Morales** / behance.net/trafikantedecolores

ZEMOS98, organización dedicada a la mediación cultural, lleva trabajando los últimos años en una línea de proyectos entre cultura y salud, materializados en el proyecto, en la UCI pediátrica del hospital Nuestra Señora de Candelaria, de Tenerife, y en el proyecto Quásares, ambos realizados en el marco de Concomitantes. Hablamos con Felipe G. Gil, mediador en ambos proyectos.



sido un paso consciente y voluntario. De lo que sí nos hemos dado cuenta es de que la conexión directa que hay con todo aquello son los cuidados. En estos procesos estamos más centrados en el cuidado emocional y, por tanto, en la salud mental. Pero el marco general que conecta todo aquello con estos proyectos son los cuidados.

Habéis conocido bastante de cerca a las instituciones culturales en la escala nacional y europea. ¿Cómo habéis vivido el cambio al pasar a enfrentaros a las instituciones sociosanitarias?

Lo primero que noté fue que, así como en determinados contextos culturales hay, a veces, una cierta inflación intelectual y usamos una determinada terminología o fagocitamos una serie de conceptos, cuando entras en un hospital no puedes ser tan especulativo y te obliga a ser más humilde de partida. Evidentemente, esa especulación tiene su utilidad en determinados contextos como herramienta imaginativa o teórica. Pero la sensación es la urgencia de ponernos al servicio de la salud. Y eso, creo que te sitúa en un lugar muy concreto. En mi experiencia mediando he visto que también le pasa a quien viene con un rol artístico. Todavía no he conocido a nadie que venga del mundo del arte y que imponga su visión. Más bien es «¿cómo puedo ayudar yo aquí?». Por el otro lado, creo que la sensación es parecida. Creo que sienten que viene gente a ayudar de otras formas, con otras herramientas que no son las que tienen en el hospital.

Es cierto que cuando ya te adentras un poco más no es todo tan bonito. En el caso, por ejemplo, del proyecto de la UCI pediátrica, sufrimos un poco de desatención por parte del hospital y falta de facilidades. Coincidió también con la pandemia. Pero más allá de las lógicas restricciones iniciales, desgraciadamente muchas instituciones públicas iniciaron un cercamiento. También lo hemos vivido en los colegios e institutos. La institución se cierra sobre sí misma para protegerse. En este caso era de un virus, pero yo creo que también se cerraron a la ciudadanía en otro sentido.

Otra cosa no tan positiva: más allá de esa generosidad inicial hay algunas personas que tienen una percepción del arte como algo ornamental. Cuando se trata de adecentar una habitación con decoración, no hay conflicto. Pero cuando se trata de cuestionar las relaciones de poder que hay en una institución sanitaria, porque ese es el origen de muchos de los problemas, ahí ya no es tan sencillo y será uno de los retos en los próximos

años. Porque con quien nosotros hemos encontrado más afinidad es siempre con el personal que está en primera línea de cuidados, personal de enfermería, técnicas de radioterapia, voluntariado, etc. No estoy diciendo que en los perfiles más elevados en esa jerarquía no haya aliados, que los hay. Hay gente que se da cuenta de que tiene que haber un cambio de paradigma y que el médico no puede ser el dios de esa superestructura y que hay otras formas de acercarse al conocimiento o de gestionar la salud que no pasan solamente por su propio criterio. Pero ese cuestionamiento de la autoridad, que va a ser lo más importante, es donde se va a ver si hay proyectos que son simplemente ornamentales y que no cuestionan la estructura, o si hay proyectos que entran en una lógica de dar más poder a quien está en primera línea de cuidados, que muchas veces tienen sus propios problemas laborales, sindicales y es un sector muy feminizado, etc.

Hicisteis un mapeo plasmado en el informe *La Interfaz Salud-Cultura en el Estado Español sobre iniciativas que se están dando*. ¿Cómo resumirías este mapeo y qué os llamó la atención por poco intuitivo?

El informe nace porque lo encarga la Fundación Daniel y Nina Carasso, que de hecho ahora va a iniciar una línea de trabajo sobre cultura y salud, y fue liderado por Samuel Fernández-Pichel, en aquel momento como investigador y ahora compañero también de ZEMOS98. La primera conclusión que sacamos es que, a lo mejor, para el mainstream es un campo emergente, pero hay mucha gente que lleva muchísimos años trabajando en esto, como Noemí Ávila o el Centre d'Art La Panera, de Lleida. El informe se cierra con una serie de recomendaciones donde resumimos nuestra visión. Por ejemplo, trabajar codo con codo con el personal que está en primera línea de cuidado, como ya hemos apuntado. Otro consejo para quien inicie un proyecto es que la salud mental y los profesionales de la psicología también son un gran vector. Porque desgraciadamente siguen estando en una situación periférica dentro del sistema sanitario y ese sentimiento de marginalidad ayuda a servir de puerta de entrada para la actividad cultural. Por último, hace falta incluir más la voz y la agencia de las pacientes. En Quásares, donde trabajamos con personas con cáncer, las pacientes tienen muchísimo conocimiento sobre cómo abordar emocionalmente la enfermedad. Lo que pasa es que ese conocimiento muchas veces está atomizado, disperso o aislado en la propia vivencia de cada familia. Y cuando

haces una reunión con seis o siete pacientes emergen muchísimas cosas. Es más, te diría que gran parte del trabajo que vamos a hacer, que en este caso lo están haciendo Adelaxdios, Andrea Morán, Rocío Mesa, Jorge Castrillo y Óscar Romero, que son las artistas con las que estamos colaborando, se sustenta en eso. O sea, en ese conocimiento, que además no tiene un lugar claro de canalización en lo social, porque hay mucho miedo y mucho tabú y solo suele desplegarse en el espacio doméstico. Ahí hay mucho conocimiento que puede ayudar a transformar muchas cuestiones del proceso oncológico.

¿Qué retos se despliegan en estos encuentros entre profesionales de la cultura y la salud?

La parte, digamos, más complicada es cómo evaluar y qué se mide. Ahí va a haber otro debate fuerte. Porque por parte de la ciencia más dura hay una lógica obsesión por los datos y por parte de las humanidades hay la obsesión por el relato o por cómo documentar estos procesos a través de formatos que son más subjetivos. En un pacto entre ambas vías, y citando un proyecto de Reino Unido que es «Creative and Credible» (<https://creativeandcredible.co.uk/>, Creativo y Creíble), se pueden conseguir cosas, porque es evidente que ninguna de las dos tiene sentido de forma aislada y una mezcla de ambas parece más valiosa. Será de lo más difícil. Eso y destinar recursos significativos para que no sean solamente intervenciones superficiales. Hace falta dinero para levantar estructuras, iniciativas, equipos, etc.

A nivel personal, ¿cómo te has sentido valorado en estas iniciativas? ¿Ha transformado tu forma de acercarte a la mediación?

El concepto de «experto» me da bastante alergia, pero siento que estoy aprendiendo muchas cosas. Además, poder trabajar en medio de esas dos instancias me ha hecho sentirme verdaderamente útil, porque lo que se va a producir tiene un impacto directo en la salud de las personas. Y creo que ha servido en ambos proyectos para desplegar el trabajo de la mediación y hacerlo entender. Ahí sí que creo que hay algo muy valioso para los próximos años. En ZEMOS98 tenemos la intuición de que, igual que en los hospitales hay un servicio de psicología o una psicopedagoga, perfectamente puede haber a partir de ahora una persona o un área de mediación cultural que se encargue de mapear el tejido cultural alrededor de la instancia sanitaria y active procesos que sean sostenibles en el tiempo y que vayan más allá de la visita del futbolista famoso

“

EL CUESTIONAMIENTO DE LA AUTORIDAD MÉDICA ES DONDE SE VA A VER SI HAY PROYECTOS QUE SON SIMPLEMENTE ORNAMENTALES, O SI HAY PROYECTOS QUE ENTRAN EN UNA LÓGICA DE DAR MÁS PODER A QUIEN ESTÁ EN PRIMERA LÍNEA DE CUIDADOS

“

POR PARTE DE LA CIENCIA MÁS DURA HAY LA OBSESIÓN POR LOS DATOS Y POR PARTE DE LAS HUMANIDADES HAY LA OBSESIÓN POR EL RELATO Y CÓMO DOCUMENTAR ESTO A TRAVÉS DE COSAS QUE SON MÁS SUBJETIVAS

aláreadepediatría.Ojo,esteejemplo que pongo tiene su función. Pero hay que ir más allá y plantear procesos complejos y profundos, que puedan sostenerse en el tiempo y que se integren como parte de la estructura sanitaria. Porque lo que está más que probado, como apunta la investigación de Daisy Fancourt para la OMS en 2019 es que la cultura mejora la salud, desde muchos puntos de vista.

Contestando más personalmente, yo sí me he sentido muy valorado en estos dos proyectos. Una vez que alguien entra desde el ámbito sanitario y entiende cuál es nuestra manera de aproximarnos al arte y la cultura, es decir, desde lo social, a mí me han otorgado mucha credibilidad y, por tanto, mucha responsabilidad. También hemos intentado en ambos proyectos ser muy rigurosos, no generar ninguna suspicacia con quien pueda tener dudas sobre la parte científica. Hemos hecho en ambos casos una revisión bibliográfica de carácter científico para tener claro cómo intervenir y qué lugar ocupa lo que hacemos en toda esa cadena vinculada a la salud.

Parte del interés de lo que comentas es que exista un salto de escala que permita integrar estas iniciativas puntuales en las prácticas diarias del ámbito sanitario. ¿En qué estado se encuentra esa posibilidad?

Se ha anunciado un acuerdo, que creo que es histórico, entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Cultura. De momento no se traduce en nada más que en la voluntad de colaborar a través del Comisionado de Salud Mental. Y ya sabemos que los acuerdos sin presupuestos son más simbólicos que otra cosa. Pero yo creo que es el principio de un camino en lo público y que abrirá espacio para que otras organizaciones se planteen trabajar en esta línea. Además, Jazmín Beirak y Javier Padilla son dos magníficos profesionales que se conocen y comparten visión con respecto a la conexión entre cultura y salud. Debería materializarse en que haya un vuelco de financiación en este entorno, y la clave va a ser, como decía Samuel, cómo distinguimos quién usa el concepto de bienestar como un lugar común donde vale todo, de un lugar donde intervenir de forma creativa y rigurosa. Probablemente haya proyectos que van a seguir siendo superficiales, que sean muy de «cojo el imaginario y la terminología», pero luego no transformen nada. Eso pasará. Pero bueno, depende de nosotras, la sociedad civil, las entidades, el activismo, etcétera, empujar para que haya cambios y que el vínculo cultura y salud, además de ser algo bonito, también cambie jerarquías, estructuras y relaciones de poder. ●

MANUAL PARA LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Javi Sánchez
Antropólogo

¡*Cuídate, compa!* (Eneko Landaburu, Txalaparta Ed, 2000) fue un clásico del autocuidado y el cuidado colectivo de la salud, muy leído especialmente en ambientes politizados. Solemos olvidar lo importante de cuidar nuestra salud y para cambiar las cosas no podemos quemarnos a la primera de cambio (¡mejor quemar otras cosas!). Es difícil dar con un libro práctico que aborde la salud sin escamotear causas sociales o cuestiones políticas —mundos cuidadosamente separados—.

Vivimos tiempos de estrés y ansiedad, combinamos la bajona con trabajos mal pagados, comemos mal y vamos siempre justes de tiempo. Ibuprofeno por el día, antidepresivo por la noche. No escuchamos a nuestro cuerpo, aunque grite, y este es el punto de partida del libro. Andamos agotados y esta es una de las causas de enfermarse, como explica Landaburu: Conocer cómo funciona la energía en el cuerpo es clave para la autogestión de la salud. El título aborda y relaciona lo físico, lo mental y lo emocional. Las enfermedades al uso a veces desencadenan desequilibrios mentales y viceversa, o se van fraguando conjuntamente como respuesta a un mismo malestar.

Landaburu explica que enfermamos poco a poco, no de golpe, aunque los efectos se hagan evidentes a posteriori; y nos ayuda a identificar este proceso a tiempo. En el apartado de salud mental llama la atención la importancia que el autor le da a la culpa y las tensiones que acumulamos, así como a la necesidad de buscar las causas del malestar personal y de ser escuchados (y escuchar).

El libro vincula estrechamente enfermedades —físicas y «mentales»— con el tipo de sociedad en que vivimos, muchas a consecuencia directa de un sistema social irracional, enfermo. El autor a la vez critica buena parte de la medicina industrial —en la línea de Iván Illich en *Némesis médica*—. El negocio de la salud desprecia los procesos de autocuración de nuestro cuerpo, ¡*Cuídate, compa!* nos enseña a prestar atención a mecanismos como la depuración o el desahogo emocional. ●

EL PIPEO NUNCA PROMETIÓ SALUD, PERO ALIMENTÓ GENERACIONES

Reyes Guardia
Friki del comer y todo lo que molesta

Comer saludable no es una elección libre cuando se convierte en mandato. Cuando se impone, el cuidado deja de ser un deseo y pasa a ser una obligación. Y toda obligación, incluso la que se disfraza de bienestar, acaba convirtiéndose en rechazo, culpa o fracaso. El cuerpo es un territorio de control: la alimentación reproduce jerarquías de género y el patriarcado dicta no solo qué comemos, sino cómo sentimos nuestros cuerpos. Estándares universales de salud y estética, culpa individual garantizada y borrado de todo contexto social, material y político: así funciona la alimentación bajo las instituciones y el capitalismo.

La comida se ha vuelto un examen moral: si no comes *bien*, algo falla en ti. El *marketing* lo sabe: los supermercados, llenos de yogures *healthy*, productos con proteínas y alimentos *bio*, venden salud envasada. Salud a tiro de piedra, prometen... Mientras tanto, nos alejamos de la historia y la política implícita en cómo comemos y consumimos. Comer sano y seguir disfrutándolo —porque lo más grande es comer, y eso no debemos olvidarlo— no viene empaquetado, ni tampoco con dietas aburridas que abandonarás en tres meses: hay que conectar con lo que es importante; lo demás vendrá solo.

Os lo contaré a través de *el pipeo*, un potaje de la serranía de Ronda que sabe a primavera. Un plato que nos devuelve a la huerta, a cuando las verduras y las legumbres eran las protagonistas y la carne o el pescado un acompañante, y no al revés. Nuestro pasado huele a campo. Nuestras recetas tradicionales están protagonizadas por vegetales.

Hay una intuición cultural que hemos obviado cuando hablamos de salud: delegamos todo únicamente en la opinión de personas expertas e instituciones. Hemos despreciado el saber heredado y la observación empírica, un legado a nuestro favor. Hemos pasado de alimentarnos activamente a consumir pasivamente.

La estacionalidad y el sabor formaban parte de este legado. No como teorías, sino como prácticas cotidianas. Un buen ejemplo es este plato hecho con verduras de vaina. Tras una temporada de alimentos secos, suponían el primer sabor de la primavera y ayudaban a limpiar el organismo y recuperar la energía. Frente a las habas y los guisantes de bote (color triste, textura incómoda, sabor anestesiado), cocinar una receta como esta depende de variables vivas: el aceite que usas, la potencia del ajo, la cantidad de especias que te apetezca añadir ese día. Comer deja de ser un acto homogéneo con un claro ganador —el glutamato— y se llena de matices; hay margen, hay sorpresa. La comida es sensible al contexto.

Más allá de los aspectos políticos, culturales o medioambientales que influyen en cómo comemos, hay uno que para mí resulta central y profundamente emocionante, porque choca con la lógica capitalista del consumo individual: cocinar invita a lo colectivo. Los ultraprocesados no saben de echar un poco más de agua en la olla para que se sienten dos más a la mesa. Cocinar rompe el aislamiento del consumo individual y devuelve la comida al terreno de lo común: razón suficiente para reivindicar *el cuchareo*.

El potaje es político y a la vez placentero. Debemos gozar cuando comemos, temblar del gusto, crear memoria y evocar historias... Es así cómo cocinaremos mejor. Estoy harta del mantra capitalista de «cambia tus hábitos a base de disciplina». Propongo cambiar nuestros hábitos —o retomar los que olvidamos— en compañía, a través de lo que nos llena el alma y nos sienta bien. *Cocina o barbarie*, como bien diría María Nicolau. ●

SI NOS QUERÉIS, ¡ASOCIARSE!

EL TOPO TAMBIÉN ES POSIBLE GRACIAS AL APOYO DE ESTOS COLECTIVOS Y PROYECTOS. CONSTRUYE COMUNIDAD HACIÉNDOTE ENTIDAD ASOCIADA

Escríbenos a suscripcion@eltopo.org y te contamos en qué consiste serlo.



Mediación para el cambio social
www.zemos98.org



C. Muñoz Olivé, 5, 41001 Sevilla
www.oxfamintermon.org/es



www.coop57.coop
625 945 218



Facilitamos Transiciones
www.latransicionera.net



Ecologismo social
ecologistasenaccion.org



Plaza del Pumarejo 1
www.pumarejo.es



Autoformación e investigación
eltaller.lafugalibrerias.com



Asociación anarcocultural
instagram.com/zurkoaa/



enredaosconlatierra.org



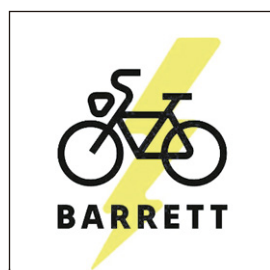
www.andalucia.isf.es
info@andalucia.isf.es



954 540 634
www.solidaridadandalucia.org



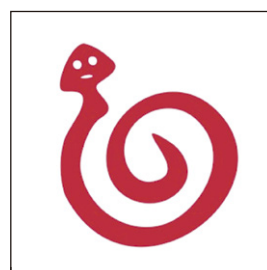
C/ Conde de Torrejón 4 Acc.
lafugalibrerias.com



www.editorialbarrett.org
TW: @LibrosBarrett



C/ San Hermenegildo 1
www.larendija.eu



Plaza del Pelicano 8
www.quilombo-libros.com



C/ Alfonso XII 26 / 954 560 065
www.cgtandalucia.org/sevilla



C/ Procurador 19 / Triana
FB: sala-el-cachorro



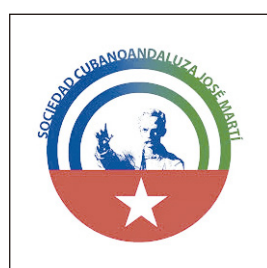
Asesoría por cita previa
ofideokupacionsevilla@riseup.net



Ropa ética y ecológica
www.guasinei.es



Up-welling Social
www.surgencia.net



Ser cultos para ser libres
www.sccajosemarti.es



954 633 800
www.derechosalsur.org



FB: redsevillaecoartesana
sevillaecoartesana@gmail.com



955 027 777
www.autonomiasur.org



C/ Enladrillada 36
www.huertodelreymoro.org



C/ Miguel Cid 80
FB: Animagaleriataberna



C/ Antonio Susillo 28-30
www.madafrica.es



Espacio Autónomo La Tomiza
www.bsquero.net



687 420 697
tantomontaproducciones.com



Platos caseros y vinos naturales
C/ Feria 117 · Sevilla



C/ Pasaje Mallol 22
www.tramallol.cc



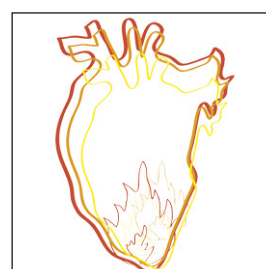
Espacio y taller compartido
www.t11.es



957 167 258 / 651 992 838
www.transformando.coop



Bar vegano. Mercado del Arenal
www.veganitessen.es



El Corral de San Antón / Jerez
www.elcorral.org



C/ Pasaje Mallol 22
www.lanonima.org



Clara Malpica • [instagram.com/mal.pikk](https://www.instagram.com/mal.pikk)

LETRA IMPRESA COMPROMETIDA BUSCA SUSCRIPTORES



EL TOPO es una **publicación libre y autogestionada** de actualidad *ecopolíticasociá*, sostenida por el esfuerzo colectivo de colaboradoras y suscriptoras. ¿Nos ayudas a que siga siendo así? Si te suscribes, por 30 euros al año recibirás en casa 4 números (un número cada tres meses, vaya), envío incluido. ¿Cómo? Pues puedes hacerlo bien **a través del QR o de nuestra web**, www.eltopo.org/suscribete/, o bien **a la antigua**, mándanos una carta con tus datos y dirección de envío (y no olvides meter los 30 € dentro del sobre) a «Asoc. El Topo Tabernario. C/ Pasaje Mallol 22, 41003 — Sevilla». Una vez hecho de alguna de las dos maneras, avísanos por mail a la cuenta suscripcion@eltopo.org para que podamos formalizar tu suscripción. Y en *na*, tendrás el siguiente EL TOPO en tu casa. Gracias por formar parte de la madriguera.