

SIN PODER

Construyendo colectivamente la
autogestión de la vida cotidiana

SIN PODER

Construyendo colectivamente la autogestión de la vida cotidiana

Coordinan la edición: Javier Encina y Ainhoa Ezeiza

Editan:

Volapük Ediciones. A.C. Libros Volapük

www.volapukediciones.blogspot.com.es

Seminario de Ilusionistas Sociales

de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

www.ehu.eus/ism

UNILCO-espacio nómada

Universidad Libre para la Construcción Colectiva

www.ilusionismosocial.org

Colectivo de Ilusionistas Sociales

autogestion.ilusionismosocial.org

Diseño y maquetación: J. Corrales [kreiva.es]

Correcciones: Ainhoa Ezeiza y Sergio Higuera

Ilustraciones *Preámbulo, Ambulando y Epiámbulo*:

Erika Garrido Bazán. *erigabe@gmail.com* | *lapeztevisual.tumblr.com*

Primera edición: marzo 2017, Guadalajara.

Impresión: Ulzama Digital (Huarte, Navarra)

Depósito Legal: GU-25-2017

I.S.B.N: 978-84-940852-7-7

Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-SinO-
braDerivada 4.0 Internacional.



Índice

Zaguán Hacia una sociedad convivencial desde el desempoderamiento. Karmele MITXELENA y Ainhoa EZEIZA	11
A modo de prólogo Pedagogía del revés... Isabel ESCUDERO	15
PREÁMBULO	
El desempoderamiento. Viviendo la construcción de un nuevo mundo sin poder. Javier ENCINA y M ^a Ángeles ÁVILA	21
AMBULANDO	
Primeros balbuceos para un libro sobre desempoderamiento comunitario. Javier ENCINA, Ainhoa EZEIZA, Begoña LOURENÇO, Nayeli MORENO, Felicitas OVALLE y Carmen PÉREZ	111
Los ámbitos sociales y la democracia radical (fragmentos). Gustavo ESTEVA	135
Burocracia y mercado o ciudadanía: la política de los paños calientes y algunas alternativas desde el bien común. Felipe GARCÍA LEIVA	161
Desempoderamiento científico. Ainhoa EZEIZA y Javier ENCINA	183
Desempoderamiento lingüístico. Ainhoa EZEIZA, Nahia DELGADO y Javier ENCINA	243
Desempoderamiento educativo. Una introducción. Ainhoa EZEIZA y Javier ENCINA	237

Cuentan su historia en el lugar donde pueden vivir. Una andanza barroca. Emiliano URTEAGA, Juan Arturo PADILLA, Emilia NEGRETE, Adrián Alejandro MORALES, Felicitas OVALLE y Julieta SANTOS	301
Ilusionismo sanitario: Autogestión de lo cotidiano en salud. Estefanía ZARDOYA	317
El cuerpo en relación: desempoderamiento, ilusionismo social y culturas populares. Javier ENCINA y Ainhoa EZEIZA.	343
Doce preguntas sobre el decrecimiento. Carlos TAIBO	393
EPIÁMBULO	
La mirada horizontal. Raúl ZIBECHI	409
La ruptura. John HOLLOWAY	421
Al diablo con las buenas intenciones. Ivan ILLICH	439
Un ejemplo de ejercicio para una Pedagogía contra tiempo. Elogio de la caligrafía. Isabel ESCUDERO	451
Post-scriptum: De cómo Alicia huyó del país de las maravillas. Emilia NEGRETE	455
Post scriptum: Los poderes del Poder y la vida sin poder Javier ENCINA	459

Ilusionismo sanitario: Autogestión de lo cotidiano en salud

Estefanía ZARDOYA

Recuerdo cuando con 14 años mi hermano enfermó de tuberculosis pulmonar cavitada, recuerdo su cuerpo caquéctico, su piel pálida y su mirada asustada, recuerdo a mis padres temerosos y las miradas compasivas, entonces sentí/pensé que ser médico era lo que necesitaba para «salvarle» a él o a quien precisara, llegado el caso, de mi capa de superheroína. Así que seguí el camino adecuado, el trazado, para lograr mi sueño: EGB, BUP, COU, Selectividad y la Facultad de Medicina y Cirugía de Santiago de Compostela en 1996, paso a paso, escalón a escalón, siguiendo el plan establecido. Aprendí sobre la célula y el cuerpo humano, sus órganos y sistemas y sobre muchas enfermedades. Estudié básicamente el proceso de la enfermedad. Ahora que echo la vista atrás creo que por aquella época aprendí poco sobre la salud y sus procesos que no llegó a tratarse hasta el último año de carrera de la mano de la asignatura de Medicina Preventiva, que después de tantos años de memorizar que alienaron mi capacidad de pensar creativamente, me resultó pesado y un buen hueso duro de roer. Ha sido recientemente, muchos años después, cuando alcanzo a comprender todo su sentido.

Es curioso que hasta ahora, que han pasado ya 20 años desde entonces, no me había parado a reflexionar

en profundidad acerca del contenido y del sentir que subyace bajo el juramento de Hipócrates, considerado por algunos como el padre de la Medicina.

«Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higía y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y diosas, de que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia».

Cabría reflexionar si siendo algo vocacional y elegido, la práctica médica, debo «obligarme» y usar tantas «fuerzas». En realidad, creo que aquello que nos entusiasma requiere de poca fuerza y obligación, pues fluye desde lo más profundo de uno con total facilidad y maravilla.

«Tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días, partiré con ellos mi fortuna y los socorreré si lo necesitaren; trataré a sus hijos como a mis hermanos y si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa».

Ya en el juramento se dice de la ciencia médica «la enseñaré desinteresadamente», parece darse por supuesto que solo los sanitarios la poseen, obviando años de saberes populares en salud que no responden al Mercado ni al Estado y que se dejan al margen de la ciencia, además se restringe a los hijos de maestros y autores, cuando la educación sanitaria debe ser patrimonio de todos y estar al alcance de todos...

«Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los discípulos que se me unan bajo el convenio y juramento que determine la ley médica, y a nadie más».

Y ¿«a nadie más»? En la línea que plantea Ivan Illich en su libro «*Némesis Médica*», publicado en 1975, la medicina parece querer usurpar el monopolio de la interpretación y de la administración de salud, privando a la gente de su autonomía al supervisar y cuidar de ellas desde el nacimiento (o incluso antes) hasta la muerte.

«Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia. No accederé a pretensiones que busquen la administración de venenos, ni sugeriré a nadie cosa semejante; me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos».

Entramos en el espinoso debate acerca de un tema de total actualidad como el del aborto. Realmente, ¿somos conscientes de qué juramos al repetir estas palabras? Creo que la mayoría no, al menos yo no lo fui en su momento.

«Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla.

En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos».

Toda una declaración de intenciones...

«Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos. Si observo con fidelidad este juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres; si lo quebranto y soy perjuro, caiga sobre mí la suerte contraria».

Ya desde la antigüedad el foco se pone fuera del ser humano y ha de ser otro, el que nos aporte el conocimiento y desde ahí traiga sus herramientas que lleven a la curación.

Pero esto es una reflexión/sentir del ahora, después de 13 años compartiendo vivencias con pacientes. Del latín *patiens* («padecer», «sufrir»), **paciente** es un adjetivo que hace referencia a quien tiene **paciencia** (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar). Toda una declaración de intenciones.

El lenguaje está siendo estudiado en los últimos años en el mundo de la neurociencia cognitiva, cuenta el filósofo Luis Castellanos en su libro «*La ciencia del lenguaje positivo*» (Editorial Paidós) cómo nos cambian las palabras que elegimos y cómo cuidar de tu lenguaje para que él cuide de ti. Según este autor «es el lenguaje el que trabaja la percepción del mundo, el que inventa el lugar desde el que miramos y el que marca con su matiz emocional el tiempo de acercamiento entre las personas. Porque el lenguaje es al fin y al cabo la manera de acercarnos, el recorrido que realizamos hacia el otro y hacia nosotros mismos. Es, además, la herramienta con la que pensamos juntos».

Volviendo a mi historia y vigilando las palabras, además aparecen hechos que cambian mi percepción de la salud/enfermedad y es que las experiencias que vivimos nos transforman y condicionan nuestra manera de percibir lo que nos rodea y los sentimientos que afloran con ellas nos hablan de quiénes somos y cómo nos relacionamos con nosotros y con los demás.

En 2003, justo antes de hacer el examen MIR, mi padre sufre un AIT (accidente isquémico transitorio),

comienza otra etapa: mi relación con el miedo, la muerte y la incertidumbre. En ese momento más que nunca, pongo el foco en el médico como elemento que proporciona la salud y cura la enfermedad aunque empiezo a intuir el papel del enfermo a través de sus hábitos como factor crítico en la ecuación salud/enfermedad.

Por aquel entonces, aún no sabía de la existencia de Petr Skrabanek, toxicólogo, médico y editor en la prestigiosa revista médica *The Lancet* y autor de «*La muerte de la medicina con rostro humano*», donde cuestiona con maestría, la doctrina de los estilos de vida de los especialistas en salud pública que sostiene que la mayoría de las enfermedades son causadas por comportamientos malsanos. Refiere que el culto a la salud es una ideología poderosa que, en las sociedades modernas y laicas, ha llenado el vacío dejado por la religión. La salud puede ser un camino para lograr la salvación y esta creencia, es un arma de manipulación muy potente para una sociedad que ha perdido sus lazos con la cultura popular y se siente cada vez más insegura en un mundo en continuo cambio.

Comienza la residencia, una época de colocar signos y síntomas en estanterías con etiquetas de diagnósticos, de hablar con pacientes y familiares, con compañer@s, de interesarme por la comunicación como vehículo de transmisión de información verbal y no verbal, de compartir saberes y experiencias, de gestionar mi miedo a la responsabilidad, de sentir/pensar/hacer con la premisa de que es el médico el centro de la ecuación de la curación porque diagnóstica y trata al paciente, como etimológicamente expresa la palabra (*mederi*, curar).

Entonces, dos experiencias cambian mi sentir/pensar/hacer: el contacto con el paciente que requiere cuidados

paliativos y mi vivencia de cooperación internacional en Yoff (Senegal). La ecuación incluye una variable nueva: el sentir/pensar/hacer del paciente que ve con nitidez la inmediatez de la muerte, aunque por muy diferentes motivos, como centro. Empiezo a pensar en el conocimiento que puede ser bidireccional y en lo interesante que habría sido conocer más de las culturas populares en ambos entornos. Tal vez sea un camino para el futuro.

Al mismo tiempo que me pongo en contacto con la realidad de la muerte, lo hago con la realidad de la vida que brota por expandirse como agua de la fuente, a raíz de mi propio embarazo. Un acontecimiento vital profundamente transformador biológica y emocionalmente. «La crianza de la criatura es una oportunidad» señala el antropólogo Ritxar Bacete. En mi caso ha sido la oportunidad de conectar de forma consciente con mi sentir en un proceso de desarrollo personal y de cambio profundo hacia un hacer/pensar lleno de ilusión por compartir con lo/s que me rodea/n.

En este momento comienzo a reflexionar y a hacerme preguntas, ¡al fin! ¿Qué lleva a las personas a enfermar? ¿Cuál es la relación entre emociones/salud/enfermedad? ¿Qué oportunidad nos ofrecen las emociones a los profesionales sanitarios en el proceso curativo/paliativo/de acompañamiento? ¿Qué nos lleva a decidir cambiar o no? ¿Cuáles son los principios/hipótesis/premisas desde las que estoy/estamos interpretando la relación entre salud/enfermedad/paciente? ¿La idea belicista de la enfermedad está aún vigente? ¿En qué supuestos sería útil y cuándo no? ¿Cuál es el papel de nuestros hábitos en la ecuación salud/enfermedad? ¿Qué impacto tiene el entorno en nuestras creencias sobre salud/enfermedad? ¿Cuál es el papel de

la nutrición en esto? ¿De qué modo podemos conectar este tema con el de la ecología?...) y desde ellas, un proceso de investigación personal con mucho conocimiento y experiencias compartidas, en diferentes ámbitos: *Coaching*, Filosofía, Psicología, Lingüística, Comunicación, Medicinas alternativas, Medicina popular, Física cuántica..., en un intento de complementar mis saberes y de ayudar más y mejor a quienes me rodean y a mí misma.

Gracias a todo lo anterior he ido respondiendo, al menos en parte, a esas preguntas. Entiendo el papel de las emociones en el proceso de la salud/enfermedad y cómo afectan a nuestro sistema inmune¹.

Cuando hablo de «idea belicista de la enfermedad» me refiero a la enfermedad entendida como un enemigo contra el que hay que luchar, tal vez esta concepción fuera útil cuando la gente moría/enfermaba básicamente a causa de procesos infecciosos, pero en la actualidad, en el mundo occidental, las principales causas de enfermedad tienen que ver con el estilo de vida que llevamos, cómo nos alimentamos, nos movemos y cómo gestionamos el estrés, y creo que en ese sentido resulta mucho más acertado observar los síntomas como llamadas de atención que nos regala nuestro cuerpo para que vigilemos qué tipo de vida estamos viviendo y cómo nos sienta en el plano físico desde el punto de vista biopsicosocial. Además, resulta de gran utilidad en este sentido, ser conscientes de cómo nos condiciona cómo vivimos el proceso de enfermedad/salud, la información que tenemos derivada de nuestro entorno social y familiar y de nuestras propias experiencias entendidas con ese mapa mental, esto son nuestras creencias.

Incluso cabría cuestionarse, tal y como sugirió Ivan Illich en su «*Némesis Médica*» y meses después Thomas McKeown, catedrático de medicina social de Birmingham en 1976 en «*The Role of medicine: Dream, mirage or nemesis?*», si lo importante en el descenso de la mortalidad causada por las principales enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, la escarlatina o la tosferina, se debería en realidad a los factores sociales y ambientales como la nutrición, la higiene, la disminución de los índices de natalidad y el agua potable, y no a las intervenciones médicas.

En este camino de descubrimiento y reflexión, tras la enfermedad de dos amigas en la treintena, empiezo a plantearme también el papel de la nutrición en la salud/enfermedad, concepto diferente al de alimentación. La alimentación se define como un proceso voluntario a través del cual las personas se proporcionan sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cocinándolas, introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas; la nutrición, en cambio, es un proceso inconsciente e involuntario en el que se reciben, transforman y utilizan las sustancias nutritivas (sustancias químicas más simples) que contienen los alimentos.

No es igual ingerir alimentos para satisfacer el apetito que suministrar al organismo sustancias para mantener la salud y la eficacia física y ejecutar las tareas básicas y cotidianas². Desde este interés surge una investigación en torno a lo ecológico como medio de preservar la salud y prevenir la enfermedad de las personas y del entorno natural.

Comprendo, además, que la persona enferma es la «responsable de su estado de bienestar físico, mental y social»

(La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948) su historia, entendida como experiencias y sentimientos, conforma su interpretación de la realidad y sus creencias sobre el continuo mente-cuerpo y que en todo caso, el profesional, puede facilitar con su actuación, el proceso de restauración de salud pero siempre desde la bidireccionalidad, siendo mucho menos efectivo/útil/enriquecedor, si utiliza como médico su papel de autoridad. Esto supone una evolución desde la idea inicial de paciente como usuario o sujeto pasivo, al de sujeto activo autónomo al que me referiré a partir de ahora.

Desde esta nueva perspectiva, inicio un camino desde hace unos tres años, de compartir saberes hacia el desarrollo personal y el automanejo en salud/enfermedad con: pacientes, amigos, familia, internos de la prisión de Monterroso (Taller de *coaching*: Desde el estado actual al deseado), profesionales sanitarios interesados en la comunicación (Herramientas de PNL para la comunicación en consulta), la relación médico-paciente, trabajo con grupos y equipos, trabajadores de recursos humanos (*Coaching* de equipos), padres/madres del colegio La Salle³. En todos estos casos, sin ser consciente había utilizado un modelo asimilable al de «educación de experto», si bien se acompañaba de un proceso de mayor reflexión personal y autoconocimiento, a través de la metodología que aporta el *coaching* y que permitía adquirir perspectiva y el aprendizaje por medio de la acción, al fin y al cabo, en el cómo se transmitía el conocimiento, no estaba alejada de la formación más convencional.

Como Galeno, en discrepancia con Hipócrates, que pensaba que las enfermedades no consistían en un desequilibrio de los humores, sino en una lesión orgánica o imperfección funcional específica y que promovió la experimentación y revisión de los conocimientos antiguos a la luz de la propia experiencia, actitud fundamentalmente científica, me cuestiono en este momento, con espíritu científico, cómo estamos llevando a cabo la Educación para la Salud los profesionales sanitarios y cuáles son nuestros puntos de partida.

Como Sócrates, según refiere Aristóteles, utilizando el razonamiento inductivo, pero no desde el punto de vista de un lógico sino en el plano de la dialéctica o conversación, guiando al interlocutor a arriesgar definiciones hasta llegar a la más precisa, o sea, a una definición universal y válida, procediendo de lo particular o menos perfecto a lo universal o más perfecto, he extraído conclusiones desde el trabajo individual, sobre todo utilizando la metodología que aporta el *coaching*, a lo colectivo ahora, gracias al ilusionismo social.

Sócrates llamó a este método «mayéutica» haciendo referencia a su madre, que era partera, como un símbolo de su intención, de que los demás diesen a luz ideas verdaderas. De algún modo esta ha sido mi propia intención durante este tiempo: ayudar a las personas a que tomen consciencia y reflexionen sobre sus vidas. Tal vez el desafío sea, a partir de ahora, incorporar lo colectivo en este camino.

Hace apenas unas semanas (abril de 2016), conozco el ilusionismo social y su propuesta de desempoderamiento, palabra que *a priori*, chocaría frontalmente con la propuesta que he venido trabajando en estos últimos años

sobre todo en relación al *coaching*, pero como propone Ivan ILLICH⁴ en su obra más conocida, «*La Sociedad Desescolarizada*», «para esclarecer mi alegato en favor de esta investigación nueva, explicaré los pasos que me condujeron a mi postura actual. A esos efectos, comenzaré por criticar mi propio libro «*Deschooling society*» (Desescolarizar la sociedad, 1973), por la ingenuidad de sus enfoques». De igual forma, utilicé la escucha activa para comprender las propuestas del ilusionismo y acercarme a él y luego criticar mi propio hacer hasta entonces que, en realidad, era en un sentido incoherente con mi pensar/sentir la autogestión en salud. ¿En qué sentido? De inicio, en el punto de partida de las formaciones que he impartido, ya que si las «he impartido», ¿dónde queda la bidireccionalidad? Mantengo mi papel de autoridad del que pretendía alejarme, dando prioridad a los contenidos sobre las formas de relación, de modo que estos se presentan como un dogma nuevo sin abrir la posibilidad al debate y a la construcción colectiva.

Entender las diferentes formas de participación que se pueden dar en un proceso de construcción colectiva en salud, nos permitirá entrever qué tipo de sociedad estamos ayudando a generar como profesionales sanitarios. Una sociedad medicalizada y dependiente del sistema sanitario, con usuarios de consumo en forma de servicios sanitarios y tratamientos o bien una sociedad saludable que distinga la enfermedad de lo que no lo es, se autogestione y participe colectivamente en la construcción de la salud de la comunidad.

Si queremos empezar un proceso de participación en el que «se cuente más con la gente», debemos pensar que no somos las primeras personas a las que se nos ocurre

algo así. Además, tendríamos que saber que las formas en las que se han hecho procesos de participación las podemos resumir en tres:

- 1.- La primera sería trabajar **por y para quien nos paga**. No tenemos que preguntarnos nada, ni trabajar con nadie; sino hacer lo que nos han mandado, o cumplir los objetivos que nos han marcado o nos hemos marcado previamente. Ejemplos: Programas informáticos de registro, escalas que cumplimentamos, objetivos impuestos por la administración...

En el fondo, nos acercamos a la gente para conseguir algo de la gente (información, dinero, atención, etc.)

- 2.- La segunda sería trabajar **por y para la gente**. No tenemos porqué preguntarnos nada que no esté ya contestado por nosotros mismos o en los objetivos, ni trabajar con nadie que no esté en nuestro círculo o en el plan de acción. Lo que tenemos que hacer es conocer qué necesita la gente y dárselo. Ejemplos: hacer un estudio de «necesidades» y tras nuestro análisis montar un grupo de trabajo en EPOC, diabetes, adolescentes...

En la práctica haríamos básicamente lo mismo que en la primera forma, pero al hacerlo lo haríamos «pensando en la gente», queriendo aportar algo.

- 3.- La tercera sería trabajar **con y desde la gente**. Dinamizando para que la gente (pacientes, sanitarios, personal de administración y servicios...) sea la protagonista de

su propia vida cotidiana (vida diaria donde la salud forma parte), para que la autogestione (la maneje por sí misma) y a partir de ahí, vaya construyendo cómo quiere que sea su centro de salud, su hospital de referencia, su barrio, su pueblo (de forma dialéctica: proponiendo, debatiendo colectivamente y llevando a cabo, en grupos, las diversas propuestas decididas). Ejemplos: Plan del parto, ELA, procesos de ayuda mutua, unidades de HADO...



Fig. 11: La salud desde la complejidad y el ilusionismo social (Estefanía ZARDOYA y ENCINA).

Esta última forma es la propuesta por el ilusionismo sanitario, no se trata de una metodología sino de una forma de trabajar con y desde la gente, sin objetivos *a priori*, a partir de una reflexión desde la complejidad (Teorías de la complejidad, Edgar Morin, 1977; Michell Waldrop, 1994) en temas de salud, porque esta no se puede entender al margen de la sociedad (incluyendo la cultura), la economía o el medio ambiente.

Las personas, en nuestras relaciones con el entorno y manteniendo entrelazados el pensar/sentir/hacer, construiremos o no nuestro estado de bienestar biopsicosocial (definición de salud de la OMS). Además, se pretende ir un paso más allá, entendiendo esto como una forma de construir colectivamente la autogestión en salud, desde el desempoderamiento comunitario que propone que los pacientes se conviertan en sujetos activos de su propia salud. Que compartamos, pacientes y sanitarios, los conocimientos que tenemos; de la cultura institucional (medicina alopática), de la alternativa (acupuntura, homeopatía, reiki...), de las culturas populares (medicina natural); y que los profesionales sanitarios, siendo conscientes de que la gente es la máxima concedora de su propia vida, de su cuerpo, de su historia, de sus saberes..., hagamos dejación de poder hacia abajo, construyendo juntos la salud comunitaria, abandonando el papel de salvadores de los demás. No seremos la autoridad sino dinamizadores de procesos de participación ciudadana en temas de salud, con y desde la gente, trabajando las formas de relación, compartiendo la responsabilidad y la toma de decisiones.

Tal y como plantea Raúl ZIBECHI (2009) en su artículo Movimientos sociales como sujetos de la comunicación⁵

y aplicándolo en este caso al ámbito de lo sanitario en el que nos encontramos, «Parece necesario reflexionar sobre la relación entre unidad y multiplicidad en el campo de la comunicación popular. Me parece necesario dar prioridad a la diversidad, heterogeneidad y variedad de expresiones comunicativas descentralizadas que a menudo suelen ser sacrificadas en el altar de la masividad. No puede existir un medio de comunicar que desplace a otros, todas las formas son necesarias (oral, escrita y audiovisual; formal e informal; de base, local y nacional e internacional) y todas pueden potenciarse mutuamente. En la realidad de la intercomunicación de los de abajo, coexisten multiplicidad de modos y medios de comunicar». Con esta nueva manera de pensar/hacer, donde cada uno aporta al grupo y se nutre de él, dando espacio a toda la diversidad, a todas las formas de comunicación posibles, se genera un entorno mucho más abierto para construir este nuevo modelo de autogestión en salud que en realidad, es una excusa para favorecer el bienestar físico, social y mental colectivo, gracias a la autogestión de lo cotidiano.

Desde esta perspectiva los ocho pilares del desempoderamiento (Oscar Botinelli lo define como «El fenómeno que muestra la pérdida de poder de alguien que naturalmente lo tiene, o que lo tiene por un tiempo determinado») cobran todo el sentido en nuestra labor como médicos:

Cuidados

Los cuidados son un conjunto de prácticas orientadas a identificar y facilitar la construcción colectiva de los satisfactores (necesidades y formas de cubrirlas) que den respuesta a las necesidades del grupo o movimiento.

En el ámbito sanitario, el cuidado es fundamental. Muchas veces más que curar, está el aliviar, acompañar, escuchar... en definitiva, satisfacer las necesidades del otro. En palabras del cardiólogo David Spodick⁶ «Los médicos curamos muy pocas veces. Sabemos cómo modificar la fisiología, detener la inflamación y extraer tejidos, pero con excepción de algunas infecciones y de algunos estados carenciales, son pocas, o ninguna, las curaciones en términos de *restitutio ad integrum*».

La labor del médico se trata de «cambiar causas de muerte más que de salvar vidas», refiere el Dr. Juan Gervas, puesto que la muerte es inevitable como parte de la vida. Tomando esta reflexión como punto de partida, los cuidados y los satisfactores como respuesta a las necesidades de los pacientes (entendidos como sujetos activos y no como objetos) cobran, si cabe aún, mayor sentido.

Libertad

La libertad de los movimientos que de forma invisible están transformando el mundo no es la libertad de provocar consensos, sino la libertad del disenso basada en la comprensión.

Se trataría de comprender que no hay una manera de pensar/sentir/ hacer sino tantas como personas en el grupo y que el valor de compartir esas diferentes maneras es incalculable.

Construcción colectiva

No somos seres aislados, vivimos en relación con los demás y continuamente cambiamos nuestra forma de estar

y nuestras ideas o construimos nuevas ideas porque nos estamos continuamente relacionando.

El sistema educativo nos ha marcado el pensar como la actividad más importante (somos recipientes vacíos que nos tienen que llenar: educación bancaria, no tenemos nada que aportar solo ser receptivos al pensamiento docente) y socialmente reproducimos esta forma de relación vertical al reforzar las actividades que se derivan del pensar (dejando a un lado el hacer y el sentir).

Pero para la construcción colectiva son necesarias en igual manera las actividades derivadas del pensar, del sentir y del hacer y son necesarias sin marcar *a priori* cuál es primera y cual después, la situación (la mediación de la experiencia del mundo) es la que nos marca cómo va saliendo cada actividad, todas son igual de importantes, porque la unión de todas es la que posibilita la construcción colectiva: el poder hacer/sentir/pensar con las personas en espacios y tiempos cotidianos.

De igual forma, en lo sanitario, debemos entender la salud/enfermedad en relación con nosotros mismos y con los demás. Tanto los médicos como los sujetos ahora activos en la gestión de su salud, hemos de facilitar la construcción colectiva de un modelo pensado con y desde las personas más allá de lo individual. Compartiendo saberes y experiencias en dirección no solo desde los servicios sanitarios hacia afuera sino también empapándose del conocimiento ancestral que aportaría el entorno, recuperando los saberes de las culturas populares (plantas medicinales, comidas, estilo de vida, formas de relación...) que trascienden al Estado y al Mercado y devuelven la autonomía a la gente, ayudando desde la autogestión de lo cotidiano también en términos de salud y enfermedad.

Plantea Petr Skrabanek en su libro «*La muerte de la medicina con rostro humano*» (1999, Ed. Díaz de Santos) el riesgo que se corre si el médico se convierte en un agente del Estado, es una idea recogida por primera vez por Platón en La República que confía a los médicos el deber de preservar una raza limpia.

El médico no debería estar al servicio del Estado ni del Mercado sino que, como escribió Sir Theodore Fox, editor de The Lancet (1965), «es el servidor individual de un paciente individual, y siempre debe basar sus decisiones en los intereses individuales mutuos».

Confianza

La confianza es tanto del pensar, del sentir, como del hacer, y se trata de una decisión: el tener una apertura con la que poder empezar a construir colectivamente. La confianza depende de esa apertura que nos facilite un aprendizaje que posibilite el depender del otr@, en pugna con una sociedad que nos empuja a la competencia. La confianza es alógica, rompe la causalidad lineal, también está vinculada a un tipo de ética cotidiana basada en la importancia del cara a cara de las relaciones.

Creo que es un punto crítico en el acompañamiento honesto, hacia al automanejo en lo sanitario. Solo si confiamos podemos delegar. Solo si aceptamos la incertidumbre y comprendemos al otr@, confiamos. Solo si somos capaces de generar un pensamiento creativo hacemos/sentimos desde la confianza.

Interdependencia y autonomía

Como plantea Mahatma GANDHI, el camino de la interdependencia es el que te lleva a la autosuficiencia y a la autonomía (que es una de las características de estos movimientos transformadores en la invisibilidad, que tienden a autorregularse y a autonutrirse).

Para HEGEL, sin esa interdependencia, el sujeto no puede romper con el egoísmo. Es la interdependencia la que potencia el dar importancia a las relaciones horizontales: nadie debe imponer nada a l@s demás, todo se discute, todas las opiniones son válidas y el intercambio de los papeles facilita que aquellas personas que no suelen hablar por vergüenza o prejuicios rompan esas barreras y que l@s supuest@s «líderes naturales» reflexionen sobre su papel y den importancia al de l@s demás. Aquí es donde aparecen y se potencian desde un desempoderamiento inicial los liderazgos situacionales (frente a la esclerotización que significa el reconocer a ciert@s líderes/as como l@s Líderes para todo), desde esta nueva autonomía interdependiente: tod@s somos líderes/as en determinados espacios y tiempos cotidianos, nunca en todos, acabaríamos con la cotidianidad (convertiríamos todas las cotidianidades en el espectáculo del liderazgo único).

En su capítulo sobre la Medicina Coercitiva, Petr Skrabanek desarrolla el concepto de autonomía y comienza con esta frase de Bertrand de Jouvenel, (considerado por algunos el mayor exponente de la filosofía política y uno de los iniciadores de la economía ecológica) de su libro «*Sobre el poder: Historia natural de su crecimiento*»(1945): «No sé por qué se decide que los hombres detestan

el despotismo. Yo creo por el contrario, que les encanta». Durante años el concepto de autonomía ha estado de moda entre algunos expertos en ética médica. Los defensores de una legislación paternalista establecen, en palabras de Skrabanek, diferencias entre la «libertad positiva» y la «libertad negativa» para rechazar los argumentos en defensa de la autonomía.

Estas cuestiones deberían ser objeto de debate actual, muchas veces los profesionales sanitarios, sostenemos esta postura amparándonos en la idea de que los pacientes no quieren asumir la responsabilidad de su salud, si bien no es menos cierto que nos molestamos cuando buscan información por sí mismos, cuando cuestionan nuestras decisiones, como un claro atentado a nuestra autoridad, y caemos en la trampa del paternalismo más voraz que fagocita la autonomía y la libertad. Sin darnos cuenta de que la vida es de cada uno y que por encima de todo, debemos favorecer en nuestra práctica médica la autonomía que da derecho a cometer errores, a escoger equivocadamente, a entrar en contradicción sin ceder ante una poderosa tentación a la que se refiere Randy E. Barnett, catedrático americano de Derecho (1987), en «*Curing the grug-law addiction. The harmful effects of legal prohibition*»: «la de conceder a alguien los poderes para imponer, por la fuerza, sus preferencias personales en materias de consumo (...) Este poder, acarrea una de las pocas cosas garantizables en esta vida: la garantía de una corrupción y de una miseria sin nombre».

Comprender en el sistema sanitario, que profesionales y usuarios formamos parte de un todo conectado e interdependiente cambia el marco y la perspectiva y con esta mirada nueva, el sentir/pensar/hacer es realmente con

y desde la gente, que somos tod@s, de manera que los liderazgos se diluyen y se trata de compartir para construir un modelo mejor, donde haya libertad y autonomía desde el respeto y la comprensión.

Alegría

La alegría es una emoción compartida, un estado del sentir/pensar/hacer que abre y conmueve hacia la transformación social. Es un estado que abre los sentidos y que facilita la comprensión, el compartir y la construcción colectiva. Nos desinhibe de las normas sociales o de las normas alternativas, propiciando nuevos escenarios marcados por la confianza..., por el juego y la experimentación que no se atiene a las normas.

Para trabajar la alegría con y desde la gente tenemos que tener en cuenta los siguientes conceptos y vivencias:

- felicidad *versus* alegría
- la organización popular en los espacios y tiempos cotidianos
- la risa y sus potenciadores
- desencajar el ser para estar de una forma completa

Tener esta emoción en el sentir/pensar/hacer nos acerca a los demás y a nosotros mismos. Nos permite, como médicos, tomar consciencia de qué valioso tesoro supone esta profesión y cuánto podemos aprender desde ella y para ella, en beneficio de la colectividad. Además, nos enfoca más en la dirección y no tanto en el objetivo, superando

una concepción resultadista, centrada en el objetivo *a priori* del profesional, por otra que pone en valor el para qué del paciente (sujeto activo) a la hora de recorrer el camino.

Decrecimiento

Reformulando las propuestas ya citadas podríamos definirlo como:

- revisar los valores desde una nueva ética del compartir, del sentirnos imperfectos, inacabados, en la comprensión de que es un valor en sí mismo el estar con las demás personas
- adaptar producciones y relaciones sociales al cambio de valores poniendo al alza las economías populares, las economías sociales y solidarias que guarden un equilibrio con sus entornos sociales y naturales, poniendo en valor el construirnos colectivamente, potenciando relaciones sociales horizontales y ambivalentes
- repartir la riqueza y el acceso al patrimonio natural creando formas de vida a partir de lo local y comunitario, formas de vida que rompan la manida dualidad público (Estado) / privado (Mercado) abriendo sin cerrar hacia lo común, a lo que es patrimonio de nuestro entorno social y natural
- rebajar el impacto de la producción y el consumo partiendo de la diferenciación entre necesidades y satisfactores y construyendo colectivamente la forma de satisfacer nuestras necesidades para conseguir un desarrollo a escala humana y natural

- reutilizar y reciclar tanto los objetos, enriqueciendo nuestra cultura material, como los pensamientos y haceres, enriqueciendo nuestra cultura general y nuestras habilidades sociales, que generan nuevos sentimientos hacia nuestro entorno social y natural

En el ámbito sanitario, que los profesionales nos percibamos como imperfectos e inacabados y que veamos en el estar con las demás personas un valor en sí mismo, nos colocaría en una posición desde la que es mucho más fácil conectar con nuestra parte más auténtica y con nuestros pacientes, dándole la importancia que se merece a ese aspecto del arte de curar que supone el estar sosteniendo y compartiendo mutuamente con los demás.

Esperanza

Como plantea Edgar Morin (2011:285), «la esperanza ha resucitado en el corazón mismo de la desesperación. Esperanza no es sinónimo de ilusión. La esperanza verdadera sabe que no es certidumbre, pero sabe, como dijo el poeta Machado, que se hace camino al andar, sabe que la transformación a través de la metamorfosis, aunque improbable, no es imposible».

La esperanza nos lleva de la seguridad de lo posible a los imposibles, sin romper lo cotidiano y las formas de organización de las culturas populares.

Si hay un pilar en el que veo cercanía con mi sentir es este. Tomando como punto de partida otras maneras de trabajar con la gente y experiencias de participación del Illusionismo Social que he conocido recientemente, como las de Olivares, La Verde, Palomares del Río, Las

Cabezas de San Juan, Buenos Aires, México... y otras en un ámbito más académico, como la de la Escuela Universitaria de Magisterio de San Sebastián, del mismo modo o de otros modos, según el caso, se podría en lo sanitario, trabajar con la gente desde lo cotidiano para la autogestión de su propia salud aunando los diferentes saberes de las distintas medicinas (alopática, alternativa, popular). Del consenso al disenso en función del caso, porque el consenso es una solución cerrada y a menudo solo nos podemos poner todos de acuerdo en nada. El consenso implica pérdida de información. El disenso es una solución abierta. El consenso produce la certeza, el disenso la duda y «dudar» viene de *duo* y *habitare* (dubbitare): el que habita dos mundos. De esta forma se diluirían los conflictos y bloqueos en los procesos.

Teniendo en cuenta que las personas implicadas deben ser las que marquen el cómo, el dónde, el cuándo... favoreciendo el abandono del consumo de servicios sanitarios muchas veces desmedido y el cambio de paradigma, desde la dejación de poder hacia arriba, que hacen los pacientes (sujetos pasivos) en el actual sistema, a la dejación de poder hacia abajo, favorecida por los sanitarios que soñamos con sujetos activos que se autogestionen. Tal vez sea posible que, en las próximas reuniones y congresos médicos, el abanico se amplíe y participen, con los profesionales sanitarios, los pacientes que tanto conocimiento nos han regalado sobre sí mismos durante décadas, compartiendo en un aprendizaje mutuo mucho más enriquecedor para todos.

A veces parece más fácil hacer lo de siempre y como siempre, presentarse como autoridad que expone un dogma para convencer al otro, pero si pensamos en construir

una sociedad más equilibrada, menos medicalizada y consumista de servicios/productos sanitarios y más autónoma, hemos de dinamizar a la gente, devolverle el poder, recuperar los saberes populares e integrar los alternativos, desmedicalizar la vida cotidiana y abrir el debate para construir juntos un nuevo paradigma humanista en salud.

El ser humano es una entidad viva de gran complejidad en la que la parte física es solo el lado visible del iceberg; es en relación armónica con el entorno social y natural que le rodea, donde el ser humano encontrará un estado saludable.

Un nuevo camino se abre ante mí para experimentar, compartir, aprender, disfrutar, sentir, pensar y hacer, tal vez, sin objetivos *a priori* pero con la dirección que aporta el sueño de que en lo sanitario, algo diferente, más saludable y más equilibrado, es posible.

«No importa lo que sintamos o sepamos, no importan nuestras dotes potenciales o talentos, solo la acción les da vida. Muchos de nosotros entendemos conceptos como el compromiso, el coraje y el amor, pero en realidad saber es hacer. Hacer trae la comprensión, y las acciones convierten conocimientos en sabiduría. No puedes atravesar el mar simplemente mirando el agua»

Rabindranath Tagore

NOTAS

- 1 Manolete S. MOSCOSO (2009) De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Revista Liberabit*, Vol. 15, nº 2, p. 143-152. Silvia MAZAS CALLEJA y otr@s (2015) Terapias no farmacológicas que aumentan el bienestar del paciente incrementando los niveles de inmunoglobulina A. *Revista Calidad de Vida y Salud*, Vol. 8, nº 1.
- 2 Olga CUEVAS FERNÁNDEZ (1999) El equilibrio a través de la alimentación: sentido común, ciencia y filosofía oriental. Editorial Sorles. León.
- 3 Alicia LÓPEZ GARCÍA y Estefanía ZARDOYA CABO (2015) Impacto de sesiones de coaching en la labor educativa de los padres en el ámbito familiar. *Revista Innovación Educativa*, n.º 25, pp. 283-307.
- 4 Ivan ILLICH (2015) Un alegato en favor de la investigación de la cultura escrita lega. En Javier Encina y Ainhoa Ezeiza (coord.), *Desempoderamiento, juego y oralidad*, pp. 22-49. Editan Colectivo de Ilusionistas Sociales, Bitiji-Toreador de Pájaros, UNILCO-espacio nómada. Sevilla/Donostia.
- 5 Raúl ZIBECHI (2009) Movimientos sociales como sujetos de la comunicación. En Javier ENCINA y otr@s, *Comunicación Popular o Comunicación Alternativa. ¿Un falso dilema? Atrapasueños*, UNILCO-espacio nómada. Sevilla.
- 6 David H. SPODICK (1971) Revascularization of heart-numerators in search of denominators. *American Heart Journal*, 81, pp. 149-157.