

COLECTIVO DEL LIBRO DE SALUD DE LAS MUJERES DE BOSTON
Nuestros cuerpos, nuestras vidas
(Barcelona, Icaria, 1987)

Lo más original de este libro es la forma en que fue creado. El método para analizar la realidad se logra mediante charlas donde las propias mujeres discuten acerca de la relación que tienen con sus propios cuerpos. Se cuestiona la construcción social de la conducta femenina en relación al cuerpo; se cuestionan, también, las soluciones médicas, consideradas en algunos casos erróneas al surgir de un mal enfoque de la realidad. Lo más importante está en que proponen soluciones alternativas para el cuidado del cuerpo femenino.

La dinámica de grupo donde se desarrollan las charlas rompe con la estructura jerárquica. Ello es básico para que cada mujer participante se asuma con la suficiente confianza como para expresar sus propias

experiencias, conflictos y dudas, que en muchos casos pertenecen al ámbito más íntimo de cada una. En una estructura jerárquica, el conocimiento se transmite desde la autoridad, lo que perpetúa los errores y los paradigmas científicos obsoletos.

Las propias protagonistas de los conflictos son sujetos/objetos de investigación, lo que confirma que la vivencia es esencial para el análisis científico. La relación grupal permite asumir críticamente la complejidad de la investigación. Las propias autoras, coherentes con su método, explicitan las limitaciones de sus propuestas; saben que las diferencias de razas, culturas, clase social o sexo impiden universalizar las conductas, los problemas, y, por tanto, las soluciones que proponen.

La experiencia de ser mujer, blan-

ca, de clase media y pertenecer a la cultura occidental da forma a la vivencia de la salud, que, en este caso, está distorsionada por la práctica de la reproducción, definida como trastornos del buen funcionamiento del organismo. La complejidad de analizar la identidad femenina construida bajo el patriarcado reside en que, a veces, se buscan alternativas a la desigualdad mirando el reverso de las situaciones dadas. Esta realidad es cuestionada por las autoras cuando afirman: «No queremos volvernos hombres.

Estamos orgullosos de ser mujeres. Lo que queremos es reclamar las cualidades humanas integradas; para que todos podamos ser más completos. Esto debería también liberar a los hombres de la tensión espantosa de tener que ser masculinos todo el tiempo; un rol que es tan limitador como el nuestro. Queremos crear un medio cultural donde todas las cualidades sean permitidas a toda la gente» (p. 17). Sin embargo, reclamar el derecho de ser mujer íntegra supone la superación de limitaciones culturales construidas con la finalidad de mantener alejadas a las mujeres del poder. Se pretende condicionar a las mujeres para que sean útiles al ideal mercantilista y, además, como por ahora las mujeres son imprescindibles para la reproducción humana y, por lo tanto, del sistema, se limita su identidad a la función de esposa y madre.

Es curioso que autores/as, con espíritu crítico, que han analizado las características con que se ha construido la identidad femenina como mujeres pasivas, inferiores y

cosificadas, continúen valorando la actividad reproductiva como negadora de otras posibilidades de prestigio social. Estos/as autores necesitan cuestionarse el núcleo del problema, que no está tanto en la biología, sino en cómo la cultura dominante al definir la maternidad le niega trascendencia social con prestigio. En este libro se muestra que son las posibilidades biológicas el potencial liberador. El corolario es que el aspecto humano que se utiliza para subordinar es el instrumento de liberación. De todo esto se aprende que sólo el conocimiento es generador de identidad, lo que garantiza la autonomía.

La alienación de las mujeres respecto a sus propios potenciales físicos se inicia construyendo tabúes sobre el cuerpo femenino. La insatisfacción ante el propio físico va acompañada del desconocimiento de las funciones del cuerpo. Mirarse a través del espejo masculino implica rechazar cada parte del cuerpo que no responde al ideal socialmente construido. Los rasgos propios con los que se debe construir la identidad, por ser específicos, diferentes, se convierten en defectos, en anomalías que deben ser disimuladas, y en ocasiones extirpadas. Sólo comprendiendo la eficacia con que se impone el modelo patriarcal del cuerpo se entiende la tortura que a lo largo de la historia se han autopracticado muchas mujeres. Lola Gabarrón, al referirse a los efectos del corsé en el siglo pasado, deja explícito que «de cada 100 chicas que llevan corsé, 25 sufren de enfermedades de pecho, 15 mueren tras

el primer alumbramiento, 15 se enferman tras el parto, 15 adquieren enfermedades, 30 solamente resisten, aunque, antes o después, se ven atacadas por males más o menos graves» (Gabarrón, 1989: 131). Sin ir tan lejos en la historia, incluso en nuestros días existen generaciones de mujeres dependientes del uso de fajas y sujetadores que moldean la figura a gusto de la moda. Otras se depilan con métodos dolorosos, soportan tacones en los zapatos que deforman la espalda, se imponen dietas alimenticias que llegan a causar enfermedades mortales como la anorexia. Todos ellos son métodos que impiden la movilidad, el pleno desarrollo del organismo, además de ser muy efectivos para negar posibilidades físicas, y de esta manera demostrar que las mujeres son el sexo débil.

Tomar conciencia del cuerpo es saber utilizarlo, es valorarlo como parte específica de la propia identidad. La vivencia del cuerpo con plenitud de capacidad al ser humano como sujeto de cambio, puesto que implica la vivencia constante de sensaciones nuevas. En este libro se aprende a desmitificar los tabúes que acompañan la vivencia de la reproducción y del sexo femenino, aportando nociones básicas de anatomía y fisiología que muestran la dignidad de cada parte del cuerpo. La noción de órganos obscenos o secreciones sucias queda invalidada: cada parte está implicada con el significado de la vida que sólo se capta desde el placer.

La distinción social entre masculino y femenino se convierte en des-

igualdad. Es una división que afecta la experiencia con que se aprende el mundo, limitando las posibilidades de expresión. El control de las conductas sexuales trasciende desde lo más íntimo hasta lo más público. Toda la organización social puede explicarse en relación al control sexual. Desde las funciones de las familias hasta la estructura política y la organización económica de una sociedad.

Por ser una obra circunscrita a lo que diferencia lo femenino de lo masculino se enfatiza todo lo relativo a los órganos reproductivos, tanto externos como internos. Se relaciona su estructura con su función tanto física como social. La extensión de esta obra integra el proceso de menstruación, el deseo sexual, la anticoncepción, el embarazo, parto, lactancia, menopausia y agresiones, con sus imbricaciones sociales. La descripción de la estructura del cuerpo femenino con sus funciones es el *a priori* para proponer conductas orientadas al cuidado del cuerpo, a la preservación de la autonomía y, lo que es más importante, como consecuencia de todo ello, las mujeres adquieren instrumentos para exigir a los profesionales de la medicina mayor información en las vivencias de enfermedades.

La menstruación es vivida, aún hoy, como un trauma. Los mitos han dotado a las mujeres menstruantes con cualquier clase de poderes sobrenaturales, desde curativos hasta destructivos. A las mujeres se les priva durante ese período de acceso a ciertas actividades. Ello tiene múltiples efectos, tanto estigmatizantes

como terapéuticos, condicionados por la vivencia negativa que obliga a la mujer a esconder la existencia del flujo menstruante como un acto sucio, impuro, como una prueba de anomalía pecaminosa. La menarquía da paso a otra relación con el cuerpo que permite sensaciones sexuales nuevas.

Hacer explícitas las vivencias sexuales es uno de los traumas que muchas mujeres padecen cuando recurren a las instituciones sanitarias. La relación entre mujeres y médicos/as se define por el poder que genera el control de la salud. La medicina moderna se fundamenta en una cientificidad muy ambigua al negar autonomía a las pacientes en el cuidado de la salud. La pasividad es el mayor problema médico. Se relaciona con el sentimiento de culpa con que se experimenta la enfermedad. Todo ello ayuda a que las mujeres se conviertan en clientes o en materia experimental. Alejar al individuo de la autonomía de su propio cuidado no sólo le convierte en un ser dependiente, sino que supone también un derroche de recursos públicos destinados a la salud. El excedente de recursos tecnológicos y farmacéuticos, por otro lado, no mejora la salud; ayuda a preservar un sistema médico burocrático orientado al beneficio de las industrias médicas, y con lo que el/la profesional médico cae en la trampa al convertirse en un simple funcionario obligado a ejercer una medicina defensiva.

Es éste un libro donde se encuentra información para crear una vida cotidiana saludable, orientada al uso

de técnicas que ayudan a prevenir enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo. Se informa de las causas que provocan patologías, de tal manera que se convierten en situaciones normales típicas de un organismo vivo que se adapta al medio. Con este mismo criterio se sugieren métodos de curación y advierten sobre los efectos de la medicalización. Las visitas regulares al médico no garantizan la salud si las mujeres no se responsabilizan del propio cuidado cotidiano. La atención sanitaria únicamente puede ayudar si ejerce una práctica en la que comparta con la paciente el saber médico.

La idea de que las técnicas de la anticoncepción son un logro de la medicina moderna no es del todo cierta. Desde la antigüedad se conocen métodos que han resultado eficaces, lo que quita mérito al progreso realizado por la medicina en este campo. La historia escrita hace trampas con las mujeres. En pocas ocasiones se menciona a Trotula como una tratadista y experta en medicina de Salerno, que ya en el siglo XI escribió el *Mulierum Passionibus*, un tratado sobre las enfermedades de las mujeres. Aunque la anticoncepción se ha practicado en todos los tiempos, fue en el siglo pasado cuando se descubrió el proceso de ovulación, lo que permitió más racionalidad para separar la reproducción de la actividad sexual. Ello supuso enfrentamientos muy duros entre las distintas instituciones que han competido por el control social. A pesar de todo ello, la realidad avanza muy lentamente. En

España, actualmente, sólo la mitad de las mujeres en edad fértil utilizan algún método anticonceptivo. Ello no significa que la otra mitad desee quedarse embarazada.

La represión sexual, junto a los prejuicios, ayudan a una mala utilización de las técnicas anticonceptivas. Por ello un libro de este estilo es una joya. La adaptación española del Libro de Salud de las Mujeres de Boston incluye información sobre centros de planificación familiar y sobre la ideología médica que condiciona el conocimiento de los métodos existentes, así como otras restricciones normativas.

El desafío en la planificación de la natalidad consiste en tener acceso a las técnicas existentes, conocerlas y poder utilizarlas, sin la obligación de que alguna autoridad médica dé el veredicto final. Lo mismo ocurre con uno de los métodos de control de natalidad más antiguo y, hoy en día, polémico: la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Actualmente, su práctica depende del Estado en coalición con autoridades médicas, que deciden lo que es bueno o malo para las mujeres. Ese paternalismo tiene como único objetivo favorecer los intereses de los grupos dominantes: «me pregunto si esa sociedad, este Estado hecho y fomentado para la aniquilación ha ido cambiando y aceptando el aborto en muchos países, ¿será que no es un peligro para ellos? Las situaciones cambian y cuando surge algún enfrentamiento siempre intentarán neutralizarlo, callarlo, sacarle la parte económica, política o social en su beneficio. Si nos dan el aborto es

porque les interesa, no nos engañemos. Estamos en el principio, no sabemos mucho, pero sí hemos sido y somos capaces de plantearnos nuestra vida, nuestro mundo, ¿por qué dejar en manos de los carniceros una parte de nuestro cuerpo?» (Colectivo, 1987: 220).

Una práctica como el aborto sólo puede interpretarse en su contexto, lo que supone adscribirla a las condiciones sociales. El proceso de decisión a la hora de tener un hijo/a es uno de los aspectos más complejos de entender por las ciencias sociales. Influyen todas las variables sociales conocidas, relacionadas con emociones que se escapen de la racionalidad científica. El control del deseo de ser madre se relaciona con el actual proceso de transición social. Elegir con racionalidad tener hijos significa haber llegado a un dominio de la propia vida, lo cual no se consigue a través de un camino fácil ni accesible para todas. La vivencia del embarazo es paradigmática para entender la participación de las mujeres en la decisión de tener un hijo o una hija.

Sería plausible que aparezcan nuevas ediciones de esta obra para conocer cómo integran en el Colectivo las nuevas aplicaciones médicas de la ingeniería genética. Parece ser que el fenómeno de la vida está atrapado en el laboratorio, lo que crea muchas disputas entre juristas, clérigos, científicos y médicos. A quienes se oye poco es a las mujeres, que siguen cuestionando el criterio con que se investigan sus cuerpos. El miedo a los efectos negativos del conocimiento es otra de las nuevas

técnicas de control social fundamentada en la polarización del mundo entre buenos y malos.

Como afirma Foucault, «el no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber» (Foucault, 1990: 106). Pero la «iatrogenia positiva» no depende del grado de conocimiento, sino de cómo se distribuye el control de ese conocimiento. Las mujeres deben conocer cómo se investiga con sus

cuerpos, crear criterios nuevos y hacer difusión de esa práctica.

Nuestros cuerpos, nuestras vidas es básico para todo colectivo que crezca con el ánimo de conocerse en compañía, de discutir para aprender, de compartir para demostrar que la batalla aún se puede ganar. Si alguien se pregunta ¿qué batalla?, la respuesta es: la batalla que la dignidad está librando contra la sumisión.

Montse JUAN

A. REGULA HERZOG, KAREN C. HOLDEN y MILDRED M. SELTZER (eds.)
Wealth and Economic Status of Older Women
 (Amytville —Nueva York—, Baywood Publishing, 1989)

En el estudio de las personas ancianas, el estado de salud y la situación económica son dos temas de importancia crucial debido a las consecuencias que generan, tanto *individuales* como *sociales*. En el libro que se comenta el interés se pone en el micronivel, y el que se centre la atención en el subgrupo más amplio, las mujeres —aunque comparando su situación con los varones—, remite al lector/a a realizar una reflexión sobre las consecuencias sociales, así como sobre el replanteamiento de las políticas sociales. El enfoque en las mujeres se debe a que la mayor longevidad, además de la morbilidad mayor, y más alto índice de pobreza se encuentran entre las ancianas.

Los primeros estudios realizados sobre la ancianidad, las condiciones de vida, jubilación, no tuvieron en cuenta a las mujeres, quizá por la

prioridad otorgada a temas como el trabajo/jubilación, y sus consecuencias. Este desinterés ha persistido. En el libro se hace un repaso a las publicaciones e investigaciones sobre personas ancianas desde 1961 a 1977 y 1987, y se destaca la falta de interés —aunque decreciente— por las mujeres, a las que no se tiene en cuenta ni siquiera en la proporción a la hora de seleccionar la muestra. Los hallazgos sobre las diferencias por género a lo largo del ciclo vital, están haciendo ver la importancia de investigar en esta línea. Tal carácter específico de los procesos biológicos y sociales del ciclo vital, como son la probabilidad mayor de las mujeres de experimentar problemas de salud, depresión, viudez, aislamiento o institucionalización, son argumentos a favor de la necesidad de investigar sobre las mujeres mayores. Sin embargo —como manifiestan los

autores/as—, el Año Internacional de la Mujer, al comienzo de los ochenta, descuidó incluir a las mujeres ancianas como asunto prioritario.

Se señalan ciertos problemas como la definición de conceptos —viejo/a, vejez—, o metodológicos, como la dificultad de predicción sobre las futuras ancianas sólo a partir de los datos actuales, precisándose la necesidad de tener en cuenta la influencia en las cohortes de los cambios experimentados.

Se analiza la situación de las mujeres viejas de forma comparativa, teniendo en cuenta la información de que se dispone en los noventa, y la discutida en una reunión en la que participaron los autores/as en los años setenta. Se concluye que ciertos problemas siguen igual que veinte años atrás, como los relativos a la apariencia, la salud o el «edadismo» (*ageism*), al tiempo que han surgido otros como los relativos a las ancianas que ejercen de cuidadoras, o las que necesitan cuidados. Precisamente, el tema del «edadismo» sólo ha tenido cabida recientemente en las teorías feministas sobre desigualdad, señalándose que desde esa perspectiva el envejecimiento debe comprenderse en conjunción con el «edadismo», que a su vez es cómplice, y es reproducido por formas diversas de sexismo, racismo y otras actitudes prejuiciadas que acosan a las mujeres. Se realizan ciertas críticas sobre la actitud negativa (fóbica) hacia la vejez, de las mujeres jóvenes que componen los movimientos sociales, lo que les lleva a descuidar la situación de las mayores. Se argumenta

que aquellas que adoptan actitudes positivas, que logran una identificación con las mujeres que envejecen, les hace volverse más radicales con la edad, en contraste con los varones, que se vuelven más conservadores.

En el campo específico de la salud —física y mental— se analizan temas tales como la mortalidad, la salud física global, las condiciones de la enfermedad crónica, las funciones reproductivas, el bienestar subjetivo y la salud mental, la salud desde la perspectiva del ciclo vital, y la utilización de los cuidados de salud. Todo ello referido a las mujeres ancianas estadounidenses y contrastado con la situación de los ancianos, y en épocas anteriores de la vida.

Las conceptualizaciones actuales de salud física que emplean la epidemiología y la investigación social se centran en distintos aspectos de salud que pueden medir otros factores distintos a ella: 1) condiciones de la enfermedad crónica y aguda; 2) niveles de trastornos e incapacidad funcional; 3) autoevaluación de salud; 4) utilización de los servicios de cuidados de salud, y 5) edad y muerte, y causas de muerte según constan en los certificados de defunción.

Se hace hincapié en la importancia de la definición de los conceptos y aspectos relativos a la salud. La conceptualización actual de la salud física origina variaciones en las diferencias por género. Por otro lado, los hallazgos sobre los efectos de la salud en las variables económicas varía dependiendo de la conceptua-

lización específica de salud que se utilice. Lo mismo ocurre cuando se trata de la conceptualización de la salud mental y el bienestar subjetivo. Otra limitación de los conceptos existentes sobre salud física y mental es la relativa al enfoque sobre un concepto de salud global, relativamente estable, limitado a los problemas específicos de salud o valoraciones de salud general, pero que no llega a captar los problemas —a menudo débilmente definidos— del día a día. Por último, excepto para el concepto de bienestar subjetivo, las conceptualizaciones existentes se centran en los aspectos negativos de la salud: condiciones de la enfermedad, síntomas, incapacidades. A pesar de la importancia que va adquiriendo la salud positiva, sin embargo, las investigaciones en salud se centran sobre todo en lo que enferma a las personas. Deberá prestarse más atención —se concluye— en la investigación de los aspectos relativos al vigor, energía y buen comportamiento funcional de las personas ancianas, así como de las variaciones que experimentan a lo largo del ciclo vital.

Constituyendo la salud uno de los recursos no-materiales más importantes para la calidad de vida y bienestar, ocurre que las personas ancianas tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud, aunque la mayoría de ellas es capaz de realizar las actividades ordinarias. Existen diferencias por género tanto en la longevidad como en el tipo de enfermedades y discapacidades, pudiendo decirse de manera sintética que las mujeres ancianas tienen

más probabilidades de resultar discapacitadas por sus problemas de salud, mientras que las probabilidades de los varones son de morir a causa de ellos. Estas diferencias deben ser tenidas en cuenta por las políticas sociales.

Distintas hipótesis muy sugerentes son planteadas por ciertos investigadores/as acerca de las diferencias en los niveles de salud existentes por género. Además de las posibles derivadas de la elaboración de los conceptos, Nathanson se refiere a la influencia positiva en la longevidad de la adopción de conductas saludables, hábitos que tienen más incidencia entre las mujeres que entre los varones.

Por otro lado, y en cuanto a la autoevaluación como medida de salud física global, se sugiere que las mujeres son mejores jueces que los varones, o que las diferencias por género en morbilidad son debidas ampliamente a las diferencias por género en la percepción y verbalización de los síntomas. En cuanto a las tasas de depresión más altas entre las mujeres, se ofrecen explicaciones opuestas, por cuanto ciertos resultados conducen a señalar el mantenimiento en la vejez de las diferencias por género, mientras que otras investigaciones muestran que la diferencia se reduce en la ancianidad. Existe un aspecto donde no se hallan diferencias por género y es en el bienestar subjetivo. Otros, como en el caso de los trastornos cognitivos, la falta de medidas comparables y otras cuestiones metodológicas no permiten conceder suficiente credibilidad a los hallazgos realizados.

Entre las conclusiones se señala que no resultan claras las explicaciones sobre las diferencias observadas por género. Las mujeres difieren de los varones en su constitución biológica, educación, roles principales de vida, estilos de vida, actitudes y comportamientos, estando la mayoría de estas características relacionadas con el desarrollo de la enfermedad o con el mantenimiento de la salud. Por otro lado, ofrecer explicaciones a las diferencias en salud en los ancianos/as, resulta har-to complicado debido a que la salud en la ancianidad debe ser entendida como el resultado de toda una vida.

El análisis de la situación económica de las ancianas se realiza revisando dos áreas principales: los determinantes de la pobreza y las pensiones. La pobreza en la vejez es una característica más propia de las mujeres. Por otro lado, las ancianas no casadas tienen por término medio una situación económica peor que las parejas y que los ancianos no casados.

Las políticas sociales de los últimos cincuenta años han conseguido incrementar notablemente el bienestar de las personas ancianas; sin embargo, existen diferencias entre mujeres y varones, siendo las ancianas que viven solas las que corren un riesgo mayor de ser pobres. Se explica que ello no es consecuencia de un tratamiento diferente por género otorgado por los sistemas de pensiones privados o gubernamentales, sino que es debido a que las prestaciones actuales se obtienen en función de los modelos de actividad

seguidos por unas y otros, y de los ingresos obtenidos en el pasado, además del estado civil actual.

Por otro lado, la peor situación de las ancianas viudas no se debe solamente a su estado civil, sino también a que, por término medio son más ancianas. Son variables más importantes la presencia/ausencia en el mercado de trabajo, e ingresos obtenidos, y las oportunidades ocupacionales. Existe una serie de circunstancias comunes a una mayoría de mujeres, relacionadas con la actividad/inactividad económica, el grado mayor de divorcio y menor de matrimonio. Son escasos los estudios longitudinales y en el libro se insiste en la necesidad de conocer a través del tiempo cómo el matrimonio, el trabajo y modelos familiares determinan el estatus económico de las mujeres cuando envejecen y se jubilan.

Entre los factores determinantes de la pobreza o bienestar de las personas ancianas se señala la importancia de los ingresos previos a la jubilación, por cuanto posibilitan o impiden la realización de unos ahorros que permitirán o no mantener el nivel de vida. Se prevé que el aumento de la actividad económica femenina conllevará una mejora de la situación de las mujeres en la vejez, pero se señala la importancia de los roles familiares que determinarán las pautas salariales en las mujeres. Se sugiere que el rol dual de las mujeres —de madres y trabajadoras— les seguirá exigiendo pagar un precio económico, tanto en sus ingresos a lo largo de la vida como en sus pensiones, precio que

no se ven obligados a pagar los varones.

Existe un acuerdo generalizado al considerar que la relación entre jubilación y problemas económicos en los Estados Unidos entre las personas ancianas en general, y entre las mujeres en particular, no se debe tanto al hecho de la jubilación, sino a la historia personal desarrollada a lo largo del proceso vital.

Por otro lado, analizar a las mujeres ancianas implica tener en cuenta a los varones, ya que ellas son, o han sido, en su mayoría esposas, por lo que han compartido —y ahora experimentan las consecuencias de— las decisiones adoptadas en años anteriores por los maridos. Desde el contexto estadounidense referido a los sistemas —múltiples y variados— de seguridad privada y pública, situación distinta a la española, en el libro se señalan aspectos interesantes que afectan negativamente el estatus económico de las mujeres ancianas. Haber subestimado el hecho de la mayor longevidad actual, haber basado los maridos el tiempo de la jubilación sólo sobre sus propias expectativas de vida, sin considerar también las futuras necesidades de sus viudas, es uno de ellos. Otro hecho de considerable importancia es el relativo a la necesidad para ciertas parejas ancianas de tener que pagar en ocasiones los gastos por enfermedad, pues deja a los miembros supervivientes —mujeres en general— con los ahorros disminuidos o gastados. Esta cuestión merece tenerse en cuenta en otros países como España, donde la Seguridad Social carga, de momen-

to, con los costos ocasionados por los cuidados de salud, pero donde se ha comenzado, en alguna Comunidad, a cobrar los gastos hospitalarios generados por los enfermos/as crónicos/as, y se han incrementado de manera notable las cuotas de las compañías aseguradoras privadas a las personas mayores.

Se sugieren como temas de estudio, entre otros, conocer el impacto en el bienestar de las mujeres al enviudar, de las elecciones previas realizadas por los maridos acerca de los seguros de vida y de los planes de pensiones, así como saber en qué medida las mujeres jóvenes tienen en cuenta la participación en unos planes de pensiones propios al elegir el tipo de trabajo, y cómo afectan tales provisiones a las pensiones de jubilación.

Se dedica un capítulo a los problemas metodológicos que pueden surgir en el estudio de las ancianas, que son diversos, e inherentes a los presupuestos básicos de la investigación, el diseño del estudio y de la muestra, los instrumentos de medida y el análisis de los datos, llamándose la atención sobre la posibilidad de que surjan diferencias falsas por género, debido, entre otras cosas, a determinados presupuestos acerca de la naturaleza de las mujeres y de los varones, y sus roles en la sociedad. Se sugiere también la necesidad de desarrollar medidas nuevas de salud y del estatus económico que reflejen las necesidades para la vida cotidiana, y que estén menos orientadas hacia las necesidades para el mercado de trabajo.

Del mismo modo se señala la

necesidad de conocer el lado no-objetivo, no-cuantificable de la vejez, de saber a partir de las propias declaraciones de los actores sociales qué piensan de sí mismos y sus experiencias, cómo se autodescriben y explican, indicando la complementariedad de los estudios de carácter cuantitativo y cualitativo.

En resumen, aunque los temas objeto de análisis son el estado de salud y la situación económica de las ancianas, las discusiones y reflexiones han abordado no sólo las diferencias por género en estos aspectos, sino que también se ha señalado la importancia de tener en cuenta la diversidad de situaciones, tanto entre los ancianos como entre las ancianas, y los problemas metodológicos que surgen de las definicio-

nes al uso, o de los prejuicios. Se han señalado los riesgos inherentes específicos a la realización de la investigación sobre la ancianidad femenina, y se han hecho sugerencias interesantes, ofreciéndose una vasta bibliografía sobre los estudios realizados en las dos últimas décadas, así como información sobre diversas fuentes de datos. El libro resulta ser una aportación necesaria que viene a cubrir un vacío llamativo en la bibliografía sobre Sociología de la Ancianidad. No obstante, algo que se echa en falta es la ausencia de referencias a las mujeres institucionalizadas, y la influencia de las variables estructurales, y niveles de salud, en su situación particular actual.

María Teresa BAZO

A. KAUFMANN, P. AIACH y R. WAISSMAN

La enfermedad grave: Aspectos médicos y psicosociales
(Madrid, Interamericana-McGraw Hill, 1990)

Este libro constituye la versión castellana del texto francés *Vivre une maladie grave*, editado en París por Meridiens Klincksieck, 1989. Se refiere al análisis de las vivencias no sólo desde el punto de vista del enfermo, sino de los aspectos médicos y psicosociales de dos enfermedades graves: el cáncer y la insuficiencia renal crónica, consideradas desde la perspectiva sociológica. Los colectivos estudiados, además de los enfermos, son los profesionales sanitarios y la familia del paciente.

La riqueza metodológica de este trabajo permite abordar la cuestión desde diversas perspectivas que se traducen en una variedad de enfoques sobre el tema central. Las entrevistas han servido para indagar la actitud de los tres colectivos estudiados. Pierre Aiach ha trabajado también con los historiales de 64 enfermos. Alicia Kaufmann y Renée Waissman han completado el estudio con los aspectos simbólicos de la enfermedad a través del análisis de la prensa, revistas médicas y no-

médicas y de la literatura contemporánea. Todo ello da como resultado un trabajo sobre la enfermedad que supera las visiones más trilladas sobre este tema para enriquecerse con una visión integral de la enfermedad grave.

El libro consta de una parte realizada en común, producto de una investigación colaborativa entre España y Francia, y otra que suscribe cada autor. La introducción y las conclusiones generales configuran el marco teórico y conceptual y los resultados en los que se inscriben las tres investigaciones que se presentan. En cambio, los capítulos que firma cada uno de los sociólogos representan tres ópticas distintas y complementarias, tres formas de enfocar la enfermedad. El primero, de A. Kaufmann, se refiere, prioritariamente, al enfermo frente a su enfermedad y al carácter simbólico de la misma. El segundo, de P. Aiach, a la relación médico-paciente. El tercero, de Renée Waissman, a la familia como terapeuta y cuidadora de un enfermo crónico.

La enfermedad, en este libro, está tratada como una situación límite. Ello implica una crisis de la situación social de un grupo determinado, el enfermo, su entorno y los profesionales sanitarios, que desemboca en una ruptura. Esta situación debe ser resuelta y la vida se reorganiza en torno a la enfermedad que ha actuado como factor desestabilizador. La clasificación de las enfermedades se hace a partir de varios criterios. El tiempo es uno de ellos. Transcurre entre el diagnóstico y su consolidación o la muerte. En todo

caso, la situación límite sirve de eje de todas las investigaciones y representa el aspecto fundamental al denominar a la enfermedad como grave.

En el capítulo que ha elaborado Alicia Kaufmann, el enfermo es el centro y el objeto del análisis. En torno a él se mueven el resto de los actores, la familia y el médico. En el centro está la enfermedad, el cáncer. El objetivo de este trabajo es el estudio de «las actitudes y los comportamientos de los enfermos cancerosos evaluados en razón de sexo, edad y clase social». Para alcanzar este fin se ha elaborado una tipología de la conducta de los enfermos de cáncer. Primero, a través de la imagen simbólica de la enfermedad. Segundo, analizando el modo en que el actor principal reacciona ante la crisis. La hospitalización es presentada como la muerte social del individuo, frente a las otras dos, la psicológica, que depende de su actitud ante la enfermedad, y la biológica, que es el final.

La tipología que se ha elaborado permite diferenciar tres conductas que puede adoptar el enfermo, como respuesta no sólo a la enfermedad, sino también a los factores sociales, institucionales e individuales que interactúan en esta situación límite. Las conductas se definen en torno al cambio que se opera en la vida del enfermo. Las conductas negativas implican la imposibilidad de adaptarse a la nueva situación. Las conductas positivas apuntan a la reorganización de la vida del paciente. La tercera estaría encaminada a describir las situaciones donde no se

ha manifestado, aparentemente, ningún cambio. Los tres tipos se ilustran a través de las historias de vida de los pacientes, con el consiguiente análisis del contenido de las respuestas y la evaluación de sus actitudes ante la enfermedad.

El método cualitativo, en este caso, sirve también para evaluar las conductas de las personas sanas y sus respuestas ante el diagnóstico de cáncer. La negación de la enfermedad, en estas últimas, dificulta la elaboración de la nueva situación y la superación de la crisis, por parte de los enfermos, ante la imposibilidad de que se acepte la realidad de su enfermedad. Las diferencias de género aparecen como significativas. A. Kaufmann señala que los hombres tienen más dificultades que las mujeres al enfrentarse con esta situación límite.

Esta incapacidad generalizada de aceptar la enfermedad y la muerte, en la mayoría de los casos, desemboca en un aislamiento del enfermo. El tratamiento que los medios de comunicación dispensan al tema de la muerte ahonda los temores de las personas frente al diagnóstico de cáncer. Las imágenes sociales de la enfermedad tienen una profunda carga negativa y dificultan el proceso de adaptación de la persona, en esta situación crítica. La autora señala como un hallazgo la importancia de la clase social en el período inicial de diagnóstico y señala cómo distintas dimensiones de este concepto condicionan el proceso de «gestión de la enfermedad». El desenlace distinto se observa con claridad a través del análisis en profundidad de

dos casos que pertenecen a niveles sociales diferentes.

El capítulo que Pierre Aiach ha escrito se centra en la dinámica que se genera en la situación límite, fundamentalmente entre el médico de cabecera y el paciente. El proceso de interacción se extiende a los especialistas, pero es con el médico que ha diagnosticado inicialmente la enfermedad con quien se establece una relación particular. Ello por dos razones. Por una parte, porque cambia la actitud de ambos, respecto al período previo al diagnóstico. Por otra parte, porque los médicos se ven afectados por la enfermedad, en la medida en que la imagen social es negativa y ello influye en sus vivencias, tanto personales como profesionales.

El cáncer, en este caso, representa un desafío para el médico. De cómo elabore el profesional sanitario la enfermedad que ha diagnosticado a una persona que lo visitaba habitualmente, dependerá el pacto que se establezca entre ellos. En la medida que las relaciones entre ambos deben reelaborarse, la confianza del paciente y la ayuda que le pueda prestar el médico constituye la situación más usual. Sin embargo, no hay nada fácil en situaciones límites. Este pacto resulta de la actuación de una serie de elementos estructurales, entre los cuales el cáncer ocupa un lugar central.

Este resultado, por ser el más frecuente o el más deseado, no es el único. La enfermedad puede servir para cuestionar toda la actuación médica. Dependerá de la actitud del médico frente a las posibilidades de

la ciencia. En la medida en que confíe en un poder absoluto de curación, este diagnóstico lo puede enfrentar con los límites del saber y de las terapias que están a su alcance. En estos casos, el pacto no será el mismo. El médico se verá imposibilitado de establecer una relación de confianza-ayuda que permita al enfermo y a la familia enfrentarse con la enfermedad.

Los conflictos latentes del médico de cabecera contribuyen a definir dos polos ideológicos que, según el autor, representarían las adscripciones de la comunidad médica. Por una parte, el polo técnico que implicaría la evolución constante de la ciencia y un progreso sin límites que puede llegar a curar el cáncer. Por otra parte, se encuentra la visión holista de los médicos de cabecera, que se opone a la creciente especialización y a la división del saber médico en compartimentos estancos. Estos marcos ideológicos en los que se inscriben los profesionales sanitarios se traducen en una alteración de las especialidades y en el ejercicio cotidiano de los médicos.

Pierre Aiach analiza este y otros factores que inciden en la práctica diaria e intervienen en el establecimiento de un pacto con el paciente. La representación social de la enfermedad es otro de los elementos que coadyuvan a la redefinición de las relaciones entre ambos. La otra dimensión de esta relación, aparentemente bilateral, la constituye la entente que se establece entre el médico de cabecera y los centros especializados, a los cuales su paciente va a acudir.

La presentación de los casos, como en el capítulo de A. Kaufmann, es ilustrativa de la redefinición de la relación entre el médico de cabecera y el paciente a partir del diagnóstico de la enfermedad. La historia de un niño permite hacer intervenir la familia de distinta manera que en un adulto, ya que es la madre la que se acerca primero a la consulta. Pero es el capítulo tercero, escrito por Renée Weissman, el que se centra en la infancia. Esta investigación difiere de las anteriores por la enfermedad; dejando de lado el cáncer, se analiza el proceso que genera la insuficiencia renal crónica infantil.

La familia juega un papel terapéutico fundamental en las experiencias de la diálisis domiciliaria. Toda su vida se ve alterada desde dentro, en el seno de su propio hogar, por el tratamiento que se debe llevar a cabo. Sin embargo, esta enfermedad puede no ser mortal. Esto implica que la necesidad de superación de la crisis se hace más evidente, en la medida en que los cambios que se producen a partir del diagnóstico pueden ser permanentes, al menos hasta un hipotético trasplante renal.

El objetivo de este último capítulo es examinar el papel que lleva a cabo la familia del enfermo como cuidadora y como dispensadora de un tratamiento médico. Para ello, se estudia la organización de la diálisis en el domicilio del paciente. En segundo lugar, se analiza la relación entre los padres del niño aquejado de la enfermedad y los médicos que lleva a la elección de los cuidados. En último lugar, se tienen en cuenta

las consecuencias que toda la terapia ha generado en la familia como grupo social.

El eje fundamental de esta investigación es la transformación que se lleva a cabo en la unidad familiar. Las preguntas que se plantean y las respuestas que se dan son objeto de esta investigación y constituyen el material a partir del cual se analizan los cambios que sobrevienen. En la medida en que se ha definido el diagnóstico como situación límite inicial, la crisis y la reorganización se dan también en este caso, pero de una manera diferente por la edad del paciente y la importancia que tienen los padres y hermanos en el entorno de un niño. Las perturbaciones que se producen en el hogar no sólo afectan la organización del mismo, sino que alcanzan las relaciones en la pareja y la vida profesional de los padres. Como en la mayoría de situaciones similares, es, generalmente, la madre la que asume el rol fundamental como cuidadora del enfermo.

Las conclusiones del trabajo res-

catan los puntos comunes de las tres investigaciones. La reorganización que se produce luego de la situación límite puede implicar, en algunos casos, el refuerzo de los vínculos establecidos entre los actores. Los hallazgos de los trabajos apuntan a la importancia del contexto social en los procesos de interacción analizados. En esta medida, los objetivos del libro y de cada investigación en particular se ven colmados: provee los medios adecuados para la percepción del aspecto social de la enfermedad. Disponer de este texto implica completar los puntos de vista médicos y psicológicos, que habitualmente son los más comunes, con una visión sociológica de una realidad cotidiana muchas veces rechazada, producto muchas veces de una comprensión insuficiente del fenómeno. Se trata, sin duda, de un texto útil y necesario, no sólo para los profesionales, sino para todo aquel que tenga una relación directa o indirecta con la enfermedad.

Graciela SARRIBLE

NORBERT ELIAS

La soledad de los moribundos

(Madrid y México DF, Fondo de Cultura Económica, 1987)

Los estudios sociológicos sobre la vida y la muerte reproducen la inquietud de los enigmas sobre el origen del ser humano y el papel que desempeña dentro de la naturaleza. Las diferentes teorías sociales que tratan de explicar la existencia

del ser humano han variado de acuerdo con las características particulares de cada cultura. Poco se ha avanzado para entender el presente y la trascendencia que tiene el pasado en la vida actual. Esto ha causado un desconocimiento de los procesos

sociales de hoy en día. *La soledad de los moribundos* es uno de esos raros ensayos sociológicos que analizan los problemas del presente, e innova en su forma los comportamientos de las personas. Es un análisis sobre el cuestionamiento que el ser humano se hace respecto de su propia existencia, y de la soledad extrema que se vive frente a la muerte en la sociedad contemporánea.

Los ritos de la muerte cambian según las culturas y los procesos de desarrollo de cada civilización. La transformación de cuerpo en espíritu, la reencarnación o el ateísmo, manifiestan la variedad de ideologías sobre el tabú de la muerte. Sin embargo, no es el interés del libro mostrar la evolución de los ritos. Presenta un análisis sociológico de la conducta de las personas cuando tienen conciencia de las limitaciones que plantea la vida. Alrededor de las imágenes culturales de la muerte se han marcado formas específicas de convivencia: unas más cercanas que otras. Las pautas de convivencia varían según la cultura de la que se trate. Por lo que se refiere a la sociedad occidental, más bien se trata de un distanciamiento. El análisis se centra en el alejamiento del proceso de la vida: y de ahí el caso de los moribundos/as.

El conjunto social ha asimilado con cierta rapidez que la vida puede estirarse o acortarse dependiendo de las circunstancias vivenciales de cada grupo. En los siglos anteriores la vida media de una persona era entre los treinta y cuarenta años. Con los nuevos adelantos de la medicina y de la higiene la vida media se ha dupli-

cado. Al garantizar nuevas formas de protección social y de seguridad social, se ha podido constituir una imagen cultural de la felicidad. Los mundos imaginarios expuestos por futuristas e intelectuales no pertenecen a una realidad futura, sino a un presente racionalizado y moralizado. La novela *Un mundo feliz* (*A Brave New World*), de Aldous Huxley, por ejemplo, refleja la incapacidad del ser humano para encontrar formas de satisfacción, dando más importancia a una felicidad inventada que a la creación de espacios de satisfacción personal. En esa búsqueda de la felicidad inventada, el rompimiento surge con el enfrentamiento a la muerte y al absoluto imaginario.

Para reconocer la interiorización de los roles de cada grupo social habría que analizar la influencia que tienen los tabúes y la respuesta del ser humano cuando ve amenazada su vida. «Quizás sólo comparando las diversas zonas biosociales de peligro y su evolución sea posible comprender hasta qué punto es desigual la curva general del auge y declive de los tabúes, de la formalización y la informalización de las distintas funciones de la vida humana en común»*. La conciencia de la muerte

* Norbert ELIAS, *La soledad de los moribundos* (Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1987), p. 56. La primera edición en alemán es de 1982. Esta edición incluye un apéndice titulado «El envejecimiento y la muerte. Algunos problemas sociológicos» (pp. 85-111), que es una conferencia suya en un congreso médico en octubre de 1983, publicada en inglés en 1985. El Fondo de Cultura Económica en México y en España ha publicado también, del mismo autor, *El*

ejerce un malestar para la mayoría de la sociedad; la simple negación de la muerte fomenta mayor tensión en la relación entre las personas. Según Norbert Elias, el ser humano, a diferencia de los demás seres vivos, percibe que su vida tiene un límite. El solo hecho de saberlo produce una angustia; de ahí la creación de mecanismos de defensa para evadir el enfrentamiento.

La intervención de los tabúes sobre la muerte constituye una característica ideológica más o menos homogénea en cada cultura. El contenido ideológico constituye la sustancia de las prácticas sociales, de los patrones y roles que hacen posible la comunicación entre los grupos. A través de la cultura occidental se han ido perturbando las capacidades para manifestar los impulsos instintivos. Esto ha provocado la definición de un comportamiento de aislamiento y una forma particular de asumir la soledad. Siguiendo este patrón de conducta, la soledad que vive el moribundo/a es producto de la incapacidad de comunicación entre quien muere y los seres más cercanos que siguen viviendo. Las carencias para advertir las necesidades íntimas de las personas están marcadas por la propia incapacidad para entender la soledad interna que se ha vivido durante toda la vida.

En comunidades antiguas, las prácticas sociales sobre la muerte eran más colectivas que individuales. La muerte era enfrentada en grupo y es probable que el moribundo/a viviera sus últimos momentos con

una considerable participación de los familiares en el intercambio de afecto. El grado de mistificación era mayor, ya que se tenían menos posibilidades para entender y afrontar la naturaleza. Por el contrario, en la sociedad occidental contemporánea el desarrollo del conocimiento científico y tecnológico ha modificado tanto las prácticas sociales como las ideologías y ritos ya existentes. Los hospitales son un ejemplo del desarrollo tecnológico y científico del ser humano; y es también donde se ha producido un alejamiento afectivo entre quien se encuentra enfermo/a y los familiares. Norbert Elias interpreta la soledad que vive el moribundo/a como consecuencia de la falta de experiencia por parte del ser humano para enfrentar la muerte.

La soledad creada alrededor de la muerte es producto de las relaciones sociales que la condicionan. Con el desarrollo de la ciencia y la tecnología se han formado nuevos tabúes generados por la especialización de funciones y el monopolio del conocimiento. La profesionalización de las actividades del ser humano ha propiciado el desconocimiento de roles cotidianos. Un ejemplo de especialización es la medicina, que es una de las actividades que más han monopolizado un conocimiento sobre el entendimiento del cuerpo humano. El grado de autonomía alcanzado dentro de la sociedad por parte de esta profesión le ha permitido definir lo que es *enfermedad* y lo que es *salud*, la normalidad y la conducta desviada. La serie de símbolos creados en torno a los «desequilibrios» que sufren las personas han

proceso de la civilización (1987), *La sociedad cortesana* (1982) y *Sobre el tiempo* (1989).

formado tabúes que han venido a sustituir a los practicados por la brujería y las religiones de tiempos anteriores.

En *La soledad de los moribundos* se cuestiona el grado de desarrollo de los tabúes. La importancia del libro se basa en que es uno de los pocos estudios serios sobre *la muerte* desde la sociología contemporánea. Es, además, un análisis global, crítico, lleno de ideas importantes. Se trata de un ensayo que muestra una alternativa de análisis sobre la serie de metáforas formadas respecto a la muerte, la vejez y la soledad. Critica el desarrollo de las especializaciones, en particular de las que se ocupan del organismo y comportamiento del ser humano. Cuestiona la actividad de la medicina como única vía para definir desviación y normalidad. El lenguaje sencillo y manejable de las ideas permite al lector/a des-

cubrir lo que Norbert Elias quiere comunicar. En esencia, es una provocación al descubrimiento de la propia persona, de lo que oculta, y lo que reprime frente a las demás personas. Es una invitación a la desmistificación de las instituciones, de los hospitales, y la deshumanización en el trato de los enfermos/as. Es una crítica a las instituciones hospitalarias, que el autor ha bautizado oportunamente como los «verdaderos desiertos de la soledad». La reciente muerte de Norbert Elias (en el verano de 1990) deja la incógnita sobre las posibilidades de la Sociología para entender la soledad que vive el ser humano y la capacidad de las personas para convivir consigo mismas. De si la muerte iguala a todas las personas, incluidos a los sociólogos/as más perspicaces.

Omar G. PONCE DE LEÓN

OSCAR GUASCH

La sociedad rosa

(Barcelona, Anagrama, 1991)

La sociedad rosa es un *streak-tease* sociológico y antropológico del mundo homosexual español. Esta definición sirve como alegoría de lo que puede encontrarse en un ensayo académico que es fruto de una investigación seria, minuciosa y, al mismo tiempo, presentada con la elegancia que la convierte en una obra apta para todos los públicos. La metáfora del *streak-tease* sirve como imagen de un proceso de desnudo.

Oscar Guasch (antropólogo y profesor de la Universidad de Barcelona) describe para los/as profanos las vivencias de la homosexualidad masculina desde sus propios protagonistas, desde la complejidad de intentar captar un mundo diverso, subterráneo, repleto de creaciones simbólicas.

La aportación del libro es que hace operativo a los/as lectores el conocimiento de un grupo social

con el que se comparten vivencias cotidianas, espacios urbanos, ilusiones, conflictos; y que, al mismo tiempo, se convierten en personajes marginales, extraños, objetos de burla, e incluso, en ocasiones, se les percibe como delincuentes.

Hacer pública la diferencia tiene consecuencias imprevisibles. Habrá quien lo considere un insulto, un acto pornográfico que atenta contra la buena moral. Habrá quienes se sentirán descubiertos, invadidos en su intimidad. Para la mayoría, este estudio puede significar un camino de acceso a una realidad construida con mitos por falta de conocimiento real. La especificidad de los homosexuales como grupo social con conducta sexual distinta a la estándar, les obliga con frecuencia a esconder esa faceta de su identidad, so pena de verse marginados de los espacios sociales. La vida cotidiana está por comprender; sin embargo, el valor de la intimidad hace cuestionar al investigador el derecho a penetrar en esos reductos secretos de los individuos. Sin embargo, sólo el conocimiento hace crecer el respeto hacia lo existente.

Ignorancia, prejuicios y marginación van de la mano para crear los mecanismos que deciden las relaciones sociales. Este estudio, más que un análisis del proceso que convierte a los homosexuales en un grupo subordinado, los presenta como una subcultura social. Son individuos que crean su propia existencia como reacción a las condiciones sociales que les niega parte de sus potencialidades.

El primer capítulo es útil para

conocer mejor las investigaciones sobre este tema. Oscar Guasch analiza críticamente las aproximaciones que han hecho distintas disciplinas humanistas como la Historia, Sociología, Antropología, Psicología e, incluso, la Medicina, desde las cuales se ha contribuido, en lo que va de siglo, a crear y, al tiempo, a desmitificar los prejuicios sociales referentes a la homosexualidad. Estas aportaciones permiten un conocimiento extenso sobre el fenómeno, lo que, por supuesto, no significa que todo esté escrito. *La sociedad rosa* es un ejemplo de que son necesarias esas otras aproximaciones donde la implicación con la realidad aporte mayor sustancia a la teoría. Encontrar la clave que acorte la distancia entre las vivencias y el discurso teórico, es el reto que los investigadores sociales tienen que superar para comprender los aspectos más centrales de las conductas.

Tanto la Medicina como el Psicoanálisis han abordado la homosexualidad desde el siglo pasado. La contribución de estas ciencias se ha centrado en la homosexualidad como un «problema» a resolver a partir de conocer sus causas. Desde la Historia se sabe muy poco de lo que han significado los homosexuales en otras épocas. Al poner el acento en la homosexualidad institucionalizada, se pierden referencias más cotidianas. Es en estas últimas décadas cuando aparece el interés por el discurso histórico de las minorías. Sin embargo, es desde la Sociología y Antropología desde donde se aborda el tema con análisis más complejos. La dimensión cultural hace posi-

ble comprender las diferencias. La dimensión social permite comprender la desigualdad. De ahí la importancia de esas dos disciplinas que, además, aportan la base teórica de esta investigación.

La homosexualidad durante la dictadura franquista se caracteriza por ser todavía una vivencia *pre-gay*, entendiendo este término como «la manera de concebir la homosexualidad [...] en la que ésta no puede definirse más que haciendo referencia al punto de vista heterosexual. Está basado, fundamentalmente, en una identificación de la homosexualidad masculina con lo femenino [...]. La génesis del modelo *pre-gay* debe buscarse, sobre todo, en las transformaciones sufridas por el occidente europeo a lo largo de los últimos siglos» (pp. 51-52). En esa época se emplean los estereotipos clásicos de *marica* y *maricón* con definiciones precisas dentro del contexto social. Los *mariquitas* son personajes integrados en la cultura popular como varones que han renunciado a sus roles masculinos. Se les considera como seres distintos pero sin desconfianza; el hecho de que muestren su condición con honestidad les convierte en identidades reconocibles. Eso mismo no ocurre con el individuo calificado como *maricón*. Se le percibe como un personaje más incógnito, perverso y, por lo tanto, menos tolerado. Al esconder parte de su identidad se le intuye más peligroso. A estos dos personajes se les sitúa en el límite entre la excepción de la naturaleza y la infracción del derecho.

El objetivo de este libro es cap-

tar lo significativo de la naturaleza interna de la homosexualidad. Implica contextualizar este fenómeno para analizarlo desde las dimensiones culturales. Al tratarse de España, los valores que caracterizan la vivencia de la masculinidad se convierten en el acento del análisis. Se trata de valores que impregnan aspectos inherentes a las conductas como es el lenguaje (tanto verbal como no verbal), la indumentaria, actividades profesionales, etc.

Analizar la homosexualidad de la España franquista es importante para valorar el cambio en las tensiones sociales que se derivan de este fenómeno, así como las transformaciones en los mecanismos de control social. El homosexual viril, bajo la dictadura, no tiene cabida en los estereotipos sociales que se han creado para definirle. Hasta la aparición del modelo *gay* se hace muy difícil comprender cómo se crea el proceso de socialización en la subcultura homosexual. Adscribirse como *gay* supone una posición activa en la valoración de la diferencia, significa el intento de romper con la construcción de una identidad homosexual a partir del referente femenino. Al mismo tiempo, en el contexto español, las instituciones *gays* reivindican el derecho del varón a lo femenino.

La importancia del cuerpo en la identidad homosexual es otro de los análisis centrales, entre otras cosas porque supone interpretar la complejidad de la estética utilizada como principal vía de interacción. Entre los homosexuales, «el reconocimiento se realiza de un modo semi-racio-

nal e intuitivo que considera tres variables fundamentales: el *contexto*, la *apariencia* y la *actitud*» (p. 75). El secreto con que se mantienen las conductas homosexuales vemos que es sólo un secreto a medias, susurrado a través de símbolos estéticos.

El interés más científico de esta obra está en el empeño con que muestra la diversidad inherente al mundo homosexual. Las distintas conductas sugieren al autor el esfuerzo de describir estereotipos representativos. Para esa construcción tiene en cuenta tanto la actitud social como la apariencia estética, la edad, la participación en el mercado sexual y otras cualidades definitivas.

Es una presentación que va desde personajes tan populares como el *marica* hasta otros poco conocidos fuera del ambiente como son el *macho*, el *blando* o el *chaperero*. La interacción entre esos distintos personajes se contextualiza en los ambientes de encuentro. El proceso mediante el cual se establecen las relaciones, que pueden terminar o no en actividades sexuales, varía según cada uno de esos personajes. Las relaciones están intensamente ritualizadas, son vividas desde manifestaciones disfrazadas simbólicamente.

La descripción de ambientes, de personajes, de rituales, de actitudes, se realiza desde el discurso *emic*, es decir, muestra la intención subjetiva de los actores. Ese aspecto no sólo se convierte en el centro del análisis; además, la lectura de esos capítulos se hace más intensa al recrearse en imágenes que conectan directamente

con la realidad. La vitalidad de esas descripciones es una cualidad que se agradece en toda obra literaria, y es una joya cuando caracteriza un análisis académico.

El último capítulo está dedicado a mostrar lo que ha supuesto la enfermedad del SIDA para el colectivo homosexual, que se ha identificado como uno de los grupos de riesgo. El impacto del SIDA condiciona las transformaciones del universo homosexual. Es un síndrome que viaja desde Estados Unidos hasta Europa, penetra a golpe de impactos en la conciencia de la sociedad. Los medios de comunicación han sido la vía principal de creación metafórica del SIDA como la plaga que detecta pecadores.

El interés del análisis está en mostrar la reacción del colectivo homosexual ante ese ataque a su integridad. El deseo de querer ignorar esa enfermedad se cruza con la angustia de la hipocondría. La reacción para hacer frente al problema hace cuestionarse desde el propio colectivo el significado de sus vivencias sexuales. El preservativo, la monogamia, la promiscuidad, el sadomasoquismo, requieren —según los homosexuales— nuevos valores para hacerlos compatibles como instrumentos de salud sin caer en el discurso conservador. Es un reto que el autor manifiesta mostrando las dificultades inherentes en los valores subjetivos de la vivencia sexual. El miedo ha minado la identidad *gay*, que «está en pleno proceso de descomposición al dejar de existir las bases sociológicas que le dieron fundamento y solidez: el librecambio de orgasmos sin

apenas restricciones» (p. 222). El rechazo del victimismo, junto con la plena conciencia de que el colectivo homosexual es sujeto participante de su historia, se convierten en el corolario de esta obra.

Una buena forma de iniciar su lectura es empezar por el glosario

que se muestra al final. La riqueza del vocabulario con que se definen las conductas homosexuales ya sugiere la trascendencia de la lectura. En resumen, *La sociedad rosa* es ya un clásico en su estilo.

Montse JUAN

CHARLES PERROW y MAURO F. GUILLÉN
**The AIDS Disaster: The Failure of Organizations in New York
 and the Nation**

(New Haven —Connecticut—, Yale University Press, 1990)

El SIDA cumple ya diez años. La seriedad, las dimensiones potenciales y el número de casos posible de la epidemia del SIDA se conocen desde 1981. Sin embargo, la reacción de las organizaciones, tanto públicas como privadas, durante esta primera década ha sido lenta e ineficaz. Charles Perrow y Mauro F. Guillén, en el libro *The AIDS Disaster*, publicado por la Universidad de Yale, analizan la falta de respuesta adecuada e inmediata a la problemática del SIDA: 1) la homofobia y el racismo ampliamente difundidos en nuestra sociedad como explicación única; 2) el no reconocimiento de un fracaso masivo por parte de las organizaciones, sino, por el contrario, una respuesta bastante acertada, y 3) la negación cínica de que haya que explicar algo, pues no se puede esperar nada mejor del sector sanitario estadounidense.

Los autores de este estudio comparten la primera posición en líneas generales. Si lo que se pretende es

un análisis sociológico serio, la actitud del público hacia los/as drogadictos, minorías y homosexuales no explica satisfactoriamente el fracaso de las políticas privadas y públicas en general (en una sociedad donde existen mecanismos institucionales que los protegen). *¿Por qué las organizaciones fracasan al tratar de neutralizar las actitudes hostiles que están impidiendo acciones efectivas una vez el SIDA entra en escena?* Esta no es la primera vez que negros, hispanos y homosexuales (todos: varones y mujeres) requieren servicios públicos y voluntarios de organizaciones supuestamente en favor del interés público. *¿Por qué se equivocaron más de lo normal?*

El SIDA no será la última epidemia, ni la última en afectar principalmente a grupos pobres y estigmatizados. Mientras tanto se podría, por lo menos, aprender algo de la experiencia. El análisis se divide en dos partes diferenciadas. Una primera parte describe el SIDA y las reac-

ciones de las organizaciones concretas y programas de actuación frente al SIDA. Todo ello en el marco de Estados Unidos.

El SIDA es oficialmente identificado en Estados Unidos en 1981 por el Centro de Control de Epidemias. En un principio fue denominada la *epidemia de los gays*, a pesar de la evidencia que la asociaba con drogadictos/as intravenosos, y de que podía ser transmitido a bebés y recién nacidos/as. Las predicciones sobre el número de casos y las tasas de letalidad fueron, por lo general, mucho menores de las que realmente se produjeron luego.

Una de las causas del fracaso organizativo es la mala asignación de fondos. Es difícil de probar porque nadie puede definir cuál es el nivel de recursos que deberían de haberse proporcionado. Numerosos informes del gobierno y de sociedades de investigación profesional (como el Instituto de Medicina) sugieren que la financiación fue lenta y poco adecuada. Una de las evidencias del fracaso de la financiación es que expertos/as en SIDA niegan que habían solicitado más dinero; o incluso después de haber presentado un presupuesto nunca llegaron a asignarse. La insuficiencia de fondos no fue debida a una falta de avisos serios, pues existían datos que demostraban la importancia del SIDA y argumentos fuertes que apoyaban la inversión en investigación y prevención (para impedir facturas enormes posteriores). A pesar de ello, el gobierno federal sólo gasta unos pocos millones de dólares entre 1981 y 1983. A partir de 1984, cuando el

SIDA es identificado como la crisis de salud pública del siglo, las fundaciones privadas incrementan sus subvenciones trece veces más rápidamente que el gobierno estatal o federal. Cabe destacar la Robert Wood Johnson Foundation como principal fundación privada.

En la esfera de los programas educativos no se producen demasiados cambios. Los primeros consejos generales para la reducción de riesgos de los Servicios de Salud Pública no aparecen hasta marzo de 1983, donde figuran sólo dos frases como guía para varones homosexuales. Hasta 1987, Estados Unidos es el único país occidental que carece de un programa nacional de educación. Conflictos entre los grupos del gobierno federal retrasan considerablemente las acciones educativas. El Estado de California es el primero en iniciar campañas. Pero quizá el mayor impacto social se produce en junio de 1985, cuando Rock Hudson hizo público su diagnóstico de SIDA.

Perrow y Guillén alegan que una intensa *campana educativa* en el primer año de epidemia podría haber salvado miles de vidas. Cambiar las llamadas «conductas de alto riesgo» es la prioridad de algunas personas del sector sanitario desde el principio, pero la resistencia individual y organizativa es considerable, especialmente entre la sociedad *gay* (y los empresarios de las saunas). Además de controlar los focos de transmisión, es necesaria una campaña educativa dirigida a persuadir a los médicos/as que atienden a la población *gay*, y a las clínicas especializa-

das en enfermedades de transmisión sexual. Las campañas de educación de difusión masiva, aunque necesarias, son poco eficientes. El fracaso educativo se atribuye a la comunidad gay, a la comunidad médica y, sobre todo, a los responsables públicos. El mayor error es el de los responsables públicos de la ciudad de Nueva York, quienes declaran que ellos no tienen por qué decir a los gays cómo hacer sexo; cuando eso es precisamente lo que se necesita. Las industrias de sangre también fracasan en garantizar la seguridad de su producto.

El SIDA es una epidemia cuyos medios de prevención están disponibles en cualquier supermercado local, son baratos y fáciles de utilizar. La resistencia al uso de condones, lejía o alcohol es extraordinaria. Privarse de sexo o romper un hábito de drogadicción es difícil, pero no es necesario renunciar a ellos. Una campaña educativa que enseñase que «su vida podría depender de la utilización de un condón al practicar el sexo anal o limpiar la jeringuilla con lejía o alcohol antes de chutarse» hubiese sido barata y exitosa. Pero dichas campañas no se intentan en una primera etapa en los Estados Unidos. El riesgo a estimular el sexo fuera del matrimonio o a potenciar la drogadicción por medio de una «cura de supermercado» es visto por los grupos con poder como peor que los riesgos de la propia epidemia.

La realidad del fracaso organizativo se explica por razones burocráticas, económicas y políticas. El sector sanitario estadounidense es particularmente

propenso al fracaso. Estados Unidos gasta mucho dinero *per capita* en cuidados sanitarios y obtiene a cambio los peores servicios sanitarios de los otros países industrializados. El sistema sanitario público está fragmentado. La respuesta lenta a la crisis del SIDA es síntoma de un sector sanitario enfermizo. El SIDA aparece después de un período de alta inflación, por lo que la *Administración Reagan* presenta una fuerte aversión a cualquier incremento del gasto público para servicios humanos, con excepción de Defensa. A mediados de los años ochenta, el resultado visible son los recortes en los presupuestos hospitalarios, con consecuencias importantes para los/as pacientes mentales y pacientes de SIDA que requieren atención médica. En contraste con otros países industrializados, en los Estados Unidos, los hospitales son el pilar del sistema de cuidados sanitarios. Estos son importantes porque se hace muy poco de medicina preventiva. Los sectores más marginados no tienen acceso a médicos/as y, por lo tanto, utilizan los servicios de urgencia de los hospitales. Los grupos conservadores bloquean los programas educativos y limitan los servicios de consulta.

Frente a las explicaciones burocráticas, económicas y políticas, los autores del libro intuyen que si una crisis del orden del SIDA llega a afectar a ciudadanos/as no estigmatizados se hubiese luchado con más recursos y con menos resistencia organizativa, a pesar del estado del sistema sanitario. Daniel Fox, historiador médico, describe un número

de cambios importantes en las décadas recientes que previnieron la gestión efectiva de una epidemia del tamaño del SIDA. Llega a la conclusión de que somos mucho más vulnerables ahora que en el pasado.

Probablemente, las *características únicas del SIDA*, en contraste con otras enfermedades infecciosas del pasado (como la de cambiar el comportamiento de uno/a para evitar contraer la infección), es fundamental para comprender la respuesta al SIDA. Los *niveles de tolerancia cultural y de ayuda* sugieren que no hay nada inmutable sobre la intolerancia. Existen una multitud de comportamientos potencialmente dañinos (fumar tabaco, obesidad, jugar y alcoholismo) en los que la persona dañada suele ser la responsable. Ello no hace al SIDA un proceso único. Sin embargo, las primeras conductas consiguen una tolerancia cultural e incluso asistencia social para conseguir cambios de comportamiento, en contraste con la intolerancia mostrada hacia las personas con SIDA. Otra dimensión particularmente amenazadora de la enfermedad es la *transmisión inconsciente*, dado que el período latente de la enfermedad se descubre que cada vez es más largo; actualmente, incluso de ocho a diez años. Encuestas recientes en los Estados Unidos indican que el 25 por 100 de la población piensa que la enfermedad puede contraerse por contagio al toser. Existe un elemento de amenaza o miedo en la transmisión de persona-a-persona que lo diferencia de otras enfermedades que, aun teniendo consecuencias alarmantes compara-

bles (como el alcoholismo o el consumo de cocaína), no pueden transferirse de persona-a-persona. El problema de la transmisión se convierte en un *conflicto de libertades civiles*. Algunos incluso pretenden imponer leyes contra las personas con VIH.

Una vez el SIDA aparece en escena, los homosexuales y los/as drogadictos intravenosos experimentan una reacción social que está lejos de la tolerancia cultural clásica. Los homosexuales varones se enfrentan a una homofobia que crece; y los/as drogadictos intravenosos, a la desaprobación, junto con amenazas y, frecuentemente, con racismo. Perrow y Guillén sostienen que los drogadictos intravenosos heterosexuales blancos, hasta el momento tolerados, se estigmatizan al asociarse con los varones homosexuales, hispanos y negros. El estigma también se transmite de alguna manera a los hemofílicos/as, aunque, obviamente, la tolerancia cultural es mayor y la ayuda también está más disponible. Quizá el análisis deja un poco de lado el estudio de los *heterosexuales con múltiples contactos sexuales casuales* (sobre todo prostitución), justificando que no existe evidencia documentada de ello, junto con los *casos pediátricos*.

Las personas con SIDA están sujetas a una larga lista de *impedimentos sociales y médicos* inusuales. El virus todavía está cambiando y es engañoso en su invasión del cuerpo. Ninguna vacuna o cura está disponible, y los paliativos se limitan a unos pocos medicamentos, especialmente el AZT. La asistencia es cara, y el

curso de la enfermedad largo, doloroso y desfigurador. Existe un riesgo potencial para los/as trabajadores del sector sanitario. Predomina un miedo infundado, pero generalizado, a la contaminación a través del contacto fortuito. El sistema hospitalario tiene cada vez más pacientes con SIDA, pero hay una escasez visible de personal sanitario. La muerte parece estar asegurada.

Las personas con SIDA sufren toda una serie de problemas que impiden una respuesta social efectiva a la enfermedad. Los problemas planteados se pueden agrupar en: *amenaza* para el resto de la población; *estigma social*, al relacionarse la enfermedad principalmente con varones homosexuales y drogadictos intravenosos; así como *carga financiera* sobre el gobierno, proveedores de la sanidad privada y compañías de seguros. La distribución de los recursos y la preocupación por parte de las clases medias y altas respecto de la imposibilidad de su asistencia sanitaria y *efectos del sistema* se debe a la interacción de los fracasos.

La fragmentación de los cuidados sanitarios y de la seguridad social es característica en los Estados Unidos. El nivel de fragmentación de Nueva York sobrepasa del resto de ciudades y Estados. Los autores de *The AIDS Disaster* dedican dos capítulos al análisis del SIDA dentro del Estado de Nueva York, particularmente donde las tasas nacionales son más elevadas, es decir, en la propia ciudad de Nueva York. En 1983, la ciudad supera ya la barrera simbólica de los mil casos informados.

Cuando el Estado y la ciudad de

Nueva York confrontó la crisis del SIDA a principios de los años ochenta, la mayoría de los/as funcionarios sabían que la enfermedad sería muy cara, que afectaba a *gays*, que se expandía rápidamente y que podía propagarse a la población en general. Los primeros casos conocidos pertenecen mayoritariamente a la población homosexual masculina altamente activa (en sus relaciones sexuales). Es la comunidad *gay* la que presiona a las autoridades estatales y locales para que inicien programas de educación e investigación en 1982. El enfoque exclusivo hacia la población *gay* es todavía incomprendible. Se sabe desde un principio que los/as drogadictos intravenosos tienen riesgo, y se estima que hay unos 200.000 en la ciudad de Nueva York.

La *División del Estado de Nueva York de Abuso de Sustancias* estaba bien organizada, y tenían ambulatorios donde suministraban metadona y otros centros de atención a drogadictos, mucho antes que apareciese el SIDA. Los programas cubren sólo una pequeña fracción de los adictos/as, pero ello no es suficiente para atender el creciente número de casos. Como la mayoría de las organizaciones, ignora el problema del SIDA durante los primeros años. En segundo lugar, dicha institución tiene la función de luchar contra el abuso de sustancias (drogas), no contra la enfermedad que estaba matando a miles de esos drogadictos/as. No es hasta 1988 que el grupo de drogadictos/as intravenosos y los varones *gays* reciben igual atención en la ciudad de Nueva York.

En 1986 y principios de 1987, en respuesta a tendencias regulatorias y a presiones económicas, se cierran hospitales locales, representando aproximadamente un 5 por 100 de la capacidad total. El número de pacientes diarios de hospitales asociados con el SIDA crece entonces a una tasa entre el 20 y el 25 por 100. Por desgracia, los funcionarios/as de la ciudad y del Estado continúan negando la necesidad de disponibilidades y servicios adicionales.

Las iniciativas organizativas que se producen en el Estado y la ciudad de Nueva York, con un 45 por 100 de los casos de SIDA del país, fueron varias. En 1982 se inicia el programa *Integracy AIDS Task Force*, aunque no tiene el suficiente respaldo. No fue hasta 1983 que el Estado de Nueva York da su primer paso importante con el establecimiento del *Instituto del SIDA*. También se crea una organización peculiar, la *Office of Gay and Lesbian Health Concerns* (La Oficina de las Preocupaciones de Gays y Lesbianas); un título curioso si se tiene en cuenta que la enfermedad tenía ya un nombre y afectaba a varones homosexuales y drogadictos/as intravenosos, y no a lesbianas. En segundo lugar es ya algo más que una preocupación sanitaria, puesto que está matando a sus víctimas.

En 1983, el *Instituto del SIDA* del Estado de Nueva York se ubica en el Departamento Estatal de Salud. Su presupuesto se incrementa sustancialmente cada año, y el alcance de sus actividades se extiende. La epidemiología del virus era el aspec-

to primordial de investigación en ese momento. El Instituto del SIDA representa la principal respuesta del Estado ante la crisis. Existen dos versiones sobre el Instituto del SIDA. Una *interpretación cínica* de los/as propios drogadictos intravenosos que aboga por una estrategia de control financiero centralizado y el aislamiento de la enfermedad. Tiene la virtud de anticipar un modelo de investigación médica para la crisis, en vez de politizar la enfermedad. Sin embargo, un modelo de investigación médica hubiese ignorado los elementos de discriminación, de vivienda, y problemas de seguro económico y sanitario. Es una opción prudente para los/as políticos comprometidos. La segunda versión *del personal del Instituto del SIDA* señala la elevada incertidumbre del alcance del problema, la racionalidad y prudencia de las respuestas del gobernador sobre el alcalde y los obstáculos enormes en llegar hasta las comunidades minoritarias. Una respuesta centralizada es necesaria por ser una enfermedad nueva y que afecta a grupos específicos de población. El Instituto del SIDA es criticado por dedicarse principalmente a los homosexuales, y por no asociar a las mujeres ni a los drogadictos intravenosos con la enfermedad. Otros lo critican por gastar recursos en coordinación, cuando la financiación directa de servicios hubiese sido más productiva, y por financiar programas oficiales. Existe la opinión de que dicho Instituto no expresa un compromiso incondicional para aliviar la epidemia en las

comunidades hispanas y negras. El convencimiento es que lo que se usa es la «burocracia de siempre» durante una crisis que precisa riesgos inusuales y una gran dosis de flexibilidad. Estas acusaciones contrastan con la evaluación de los/as investigadores de la Universidad de George Washington, quienes consideran el Instituto como innovador e imaginativo.

Un resultado de la creciente polarización entre las poblaciones mayoritarias y las minoritarias, los blancos y los no blancos, es que la pobreza y la discriminación están, aparentemente, intensificando las desgracias que se desprenden de la mayoría de la población. El SIDA puede analizarse en estos términos: está disminuyendo la tasa de infección entre blancos (principalmente varones *gays*), pero se incrementa entre las minorías étnicas. El SIDA enfatiza el problema de esas minorías estigmatizadas al intensificar su impacto e incrementar su resistencia al cambio. La falta de alojamiento y la escasa educación son los obstáculos principales para la difusión de la información sobre las formas de prevenir la infección. Es probable que las personas pertenecientes a minorías se vean envueltas en «prácticas de alto riesgo», pero menos probable que reciban ayuda de los grupos comunitarios. Estos tienen también menos probabilidades de obtener atención sanitaria apropiada una vez la inmunodeficiencia lleva a sus consecuencias inescapables. Tras un diagnóstico, las minorías mueren varios meses antes de la media. Su

peor situación sanitaria, que retrasa aún más la solicitud de tratamiento, se debe a la falta de medios y a las barreras sociales. El aislamiento social, la falta de alojamiento y la carencia de cuidados sanitarios aumentan con la crisis del SIDA.

No debe olvidarse la *tendencia cultural* y la *influencia de la Iglesia* en estas minorías étnicas. Los esquemas de dominio del varón y la indiferencia a los riesgos (es decir, el comportamiento «machista») en las comunidades minoritarias parece ser elevada. Es una cuestión claramente cultural. Por otro lado, sin el soporte de la Iglesia católica en las comunidades hispanas y las Iglesias protestantes en las comunidades negras no se pueden llevar a cabo programas educativos masivos, o el alojamiento para personas con SIDA. Los sacerdotes se esfuerzan por resolver un aspecto difícil: la mejor prevención contra el SIDA es la información, pero la información enseña a los fieles a cómo «pecar sin infectarse». Algunas Iglesias se niegan incluso a celebrar entierros de personas que mueren de SIDA.

Perrow y Guillén sostienen que los esfuerzos de la ciudad y el Estado de Nueva York (del Instituto del SIDA en particular) son anacrónicos, débiles e incongruentes con la envergadura del problema. Pero incluso si el Estado, la ciudad y el Instituto hubiesen llevado a cabo el esfuerzo apropiado habrían encontrado obstáculos enormes para desarrollar acciones efectivas. Aparecen multitud de problemas que convergen en aspectos sobre educación y

prevención del SIDA. Los autores especifican tres razones por las cuales la respuesta organizativa frente a las minorías es débil: 1) la mayoría de las organizaciones no desean enfrentarse al problema del SIDA y no piden o presionan para obtener fondos; 2) la comunidad tiene pocas organizaciones apropiadas para recibir fondos, y 3) no tienen una infraestructura capaz de obtener fondos. El 34 por 100 de los casos de SIDA de adultos/as se da entre drogadictos intravenosos; pacientes negros e hispanos representan un 52 por 100 de esos adultos.

El libro analiza también el *papel de las organizaciones individualmente*. Ello no sólo sirve para reforzar la hipótesis de que el SIDA ha sido único, sino que también tiene el propósito de aumentar la comprensión de las organizaciones en general, o en términos técnicos, de contribuir a las *teorías de las organizaciones*. La hipótesis principal que se propone es que el SIDA deja a las organizaciones vulnerables a lo que podría ser llamado «infecciones oportunistas». Si las infecciones existentes anteriormente fracasan al encontrarse con la nueva enfermedad, ¿qué ocurre con las nuevas instituciones que se forman? Perrow y Guillén analizan tres de éstas, todas ellas exitosas pero con diferencias.

En 1982 se funda una organización por un grupo de activistas *gays*, el *Gay Men Health Crisis (GMHC)*. Durante los primeros años de existencia la financiación del GMHC proviene, mayoritariamente, de contribuciones individuales. Pero el cambio crítico en las finanzas del

GMHC se produce cuando el Estado y el Gobierno local empiezan a financiar la organización. Ello produce divergencias dentro de la propia organización sobre el enfoque de las actividades principales. Su programa inicial de educación y prevención del SIDA para homosexuales se extiende también a drogadictos/as intravenosos, negros/as e hispanos/as. La experiencia del GMHC sugiere que las nuevas organizaciones que tratan con el SIDA requieran una estructura burocrática si quieren tener éxito; y necesitan interaccionar con instituciones complejas como fundaciones y gobiernos locales. Prueba de ello es la creación de la oficina de relaciones públicas de GMHC en 1985 para centralizar el contacto con los medios de comunicación, el cual facilita la difusión de la organización.

El *Proyecto Shanti* se inicia a finales de 1970, en Berkeley, para evitar que las personas mueran de cáncer. Cuando los *gays* empiezan a morir de la nueva enfermedad, el Proyecto Shanti se interesa por ellos. Ese proyecto, surgido en San Francisco, es similar al GMHC de Nueva York en muchos aspectos: como iniciativa original de varones *gays*, proporciona una amplia gama de servicios a personas con SIDA, con fondos obtenidos inicialmente de la comunidad *gay*, y posteriormente con fondos municipales, estatales y federales. A diferencia de la organización GMHC, Shanti no es una burocracia ejercida uniformemente.

GMHC y el Proyecto Shanti experimentan enormes obstáculos para obtener la legitimación y efica-

cia organizativa debido al hecho de que tratan con el SIDA y utilizan mayoritariamente voluntarios *gays*, lesbianas y bisexuales. El ADAPT experimenta un obstáculo incluso mayor: sus clientes son drogadictos intravenosos y mayoritariamente negros e hispanos. Además, ADAPT (Asociación para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas) tiene graves problemas para obtener financiación.

ADAPT se funda para persuadir con mayor capacidad de tratamiento a los centros de rehabilitación de drogadictos de la ciudad. ADAPT resucita tras un período de abandono para hacer frente al problema del SIDA en drogadictos intravenosos. Su misión es imposible. La organización tiene que demostrar que es posible llegar a los drogadictos intravenosos y convencerles para que utilicen jeringuillas esterilizadas. Se utilizan campañas de distribución gratuita de jeringuillas. A consecuencia de ello reciben fuertes críticas al identificarse esta acción con el fomento de la drogadicción.

Posteriormente, ADAPT intenta definir una respuesta organizativa al problema. Con la ayuda financiera de la *Community Service Society* y de la *Fundación Nueva York*, consigue una estructura administrativa mínima que le permite acceder a fondos estatales. Se argumenta que los/as drogadictos intravenosos pueden ser tratados con un esfuerzo educacional. Una propuesta es aprovechar las estructuras sociales de las minorías para incidir en las conductas de sus miembros/as. A principios de 1988, a pesar de su pequeña dimensión,

goza ya de reconocimiento internacional y figura en los planes oficiales. Sin embargo, tiene que afrontar constantes problemas ideológicos y políticos. La distribución gratuita de jeringuillas esterilizadas tiene como objetivo inmediato evitar la propagación de la enfermedad. Las críticas que reciben no se centran en las pretensiones de esas campañas (prevención y lucha contra el SIDA), sino en problemas ajenos a éstas (lucha contra la pobreza, programas de prevención de drogas, «reconversión de fieles», etc.). Quizá, Perrow y Guillén no resaltan suficientemente esa distorsión.

Las hipótesis organizativas que se sustraen de ADAPT son: 1) las organizaciones minoritarias precisan asistencia en sus inicios, dado el criterio de competencia y contabilidad sobre el que insisten las burocracias gubernamentales y la mayoría de las fundaciones privadas; 2) la posición moralista de algunas Iglesias sobre estos problemas puede luego perjudicarlas; 3) el trabajo de ADAPT indica la compleja telaraña en la que está atrapado el SIDA: personas sin alojamiento, alcoholismo, abuso de drogas, embarazos adolescentes, familias monoparentales, desempleo, tuberculosis, sífilis, otras ETS y delincuencia.

Perrow y Guillén plantean que lo más importante para una perspectiva adecuada de la crisis del SIDA no es la dirección de la organización o de las energías de sus empleados/as, sino el éxito de la organización por superar los miedos presentes, externos e internos. Las instituciones son siempre vulnerables a tales «infecto-

ciones oportunistas», pero tienen mecanismos —defensas— para prevenir la distorsión de objetivos, inactividad o discriminación. La unicidad del SIDA hace fácil vencer sus defensas. Pero sólo en las circunstancias más favorables pueden las organizaciones superar el cambio, y entonces, incluso, no del todo.

Se analiza *el impacto del SIDA en las organizaciones existentes*, junto con algunos ejemplos concretos. Los impactos que se observan son seis: 1) incorporación en programas en marcha; 2) la crisis del SIDA es abordada, pero en detrimento de otros programas; 3) degeneración, negación y fuga ante el SIDA; 4) segregación e inacción; 5) la desviación de los objetivos organizativos legítimos, y 6) la deshabilitación o destrucción de la organización.

La mayoría de las organizaciones moldean las vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Es inconcebible que un problema social serio como una epidemia pueda tener otra solución que no sea la organizativa. El SIDA es tanto un problema *organizativo* como *biológico*. Por otro lado, parece que la única solución viable es un proyecto de gran envergadura llevado a cabo con la filosofía de una Guerra Santa. No existe ninguna excusa legítima para no llevar a cabo un proyecto comparable al modelo «Polaris».

Los autores analizan los modelos de abnegación, excusabilidad y segregación que las distintas organizaciones plantean frente a la crisis del SIDA y sus víctimas. Sin embargo, no estudian en profundidad las

aportaciones positivas de las organizaciones frente a la vida. *The AIDS Disaster* está enmarcada en los Estados Unidos, y concretamente en Nueva York. Hubiese sido interesante exponer también la situación comparativa con los otros Estados, aunque fuese globalmente. Tampoco aparece en este estudio una contrastación con otros países avanzados, ni con poblaciones similares de las minorías étnicas (hispanos/as y negros/as), para medir así el impacto de la marginación social.

El libro es un buen análisis sociológico. Se lee como una novela. Desarrolla el estudio con un enfoque sociológico, no médico, de la epidemia. Representa, además, un avance importante en el estudio de las relaciones entre las organizaciones y las problemáticas sociales. Es un análisis de la desorganización y de la vulnerabilidad de la sociedad que tendría que ser utilizado frente a las próximas epidemias del siglo XXI.

Hay que resaltar, por último, la meritoria combinación de los autores: un estadounidense y un español. Charles Perrow es catedrático en el Departamento de Sociología de la Universidad de Yale; Mauro F. Guillén es doctor en Económicas por la Universidad de Oviedo, y, actualmente, candidato a un PhD en Sociología por la Universidad de Yale. *The AIDS Disaster* es uno de los primeros libros en que se realiza un trabajo efectivo de colaboración sociológica en nuestra área, con resultados muy positivos.

Ruth V. AGUILERA

CLAUDE GOT
Rapport sur le SIDA
 (París, Flammarion, 1989)

Rapport sur le SIDA, presenta un estado de la cuestión del SIDA en Francia. La coordinación de la investigación fue encargada a Claude Got (Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Ambroise Paré) por el *Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale*. Es un manual imprescindible para comprender el proceso de desarrollo epidemiológico y social del SIDA en Francia, que incluye desde un análisis de la respuesta de la sociedad gala ante la enfermedad, hasta decenas de fichas resumen que explican las acciones de los poderes públicos ante el SIDA. Teniendo en cuenta este informe (tal y como afirma el ministro francés de la Solidaridad en el prefacio) se deciden las actuaciones del gobierno francés respecto al SIDA hasta 1992.

El libro se estructura en dos bloques. En el primero aparecen una descripción y un análisis (efectuados desde un punto de vista sociológico y médico) de los problemas que el SIDA plantea a la sociedad francesa, y de las actuaciones de los poderes públicos para solventarlos. También incluye diferentes propuestas de actuación desde el Estado. El segundo bloque (agrupado bajo el título genérico de «anexos») describe la situación epidemiológica del SIDA en Francia, y explica las acciones desarrolladas desde las administraciones contra la epidemia. También detalla las investigaciones terminadas y en tránsito respecto al SIDA.

Los datos para confeccionar el libro (publicado en 1989) se obtienen en 1988, es decir, cuando todavía existía la creencia de que el SIDA podía transformarse en una pandemia. Esto último se ha de tener en cuenta para entender algunas de las conclusiones presentadas.

A lo largo de la primera parte del libro se defiende la necesidad de priorizar la educación para la salud como único instrumento de prevención, se desaconseja las analíticas indiscriminadas, se desaprueba la marginación de los PWA, se destaca la importancia de la participación de las ONG en la ejecución de programas de asistencia y/o prevención, y se reclama la inclusión de los colectivos más afectados (que estén mínimamente organizados) en el proceso de toma de decisiones político-sanitarias respecto al SIDA.

Se afirma también la imposibilidad de realizar una estimación objetiva de la incidencia futura del VIH entre la población heterosexual, porque existen serias contradicciones entre las investigaciones realizadas (que concluyen que el sexo seguro es poco practicado entre los/as heterosexuales) e indicadores externos como, por ejemplo, la importación y el consumo *per capita* de preservativos. El informe señala que la población homosexual es la mejor informada y la que mejor responde a las campañas de prevención (aunque existen matices según la procedencia étnica). La contamina-

ción por vía de transfusión se da por cancelada. Se afirma que cualquier política de prevención entre los/as ADVP tendrá una eficacia reducida, y se aboga por facilitar al máximo el acceso a jeringas estériles. Respecto a la transmisión materno-infantil, plantea la necesidad de practicar el test de detección de anticuerpos a toda mujer en gestación.

En cuanto a las estructuras administrativas de salud, y a la manera en que actúan frente al problema, se afirma que una situación de epidemia grave, como el SIDA, bloquea su transformación profunda (aun cuando ésta sea necesaria). Se propone una combinación de las estructuras administrativas vigentes con las de nueva planta para hacer frente a un problema definido como particular y específico. Se aconseja desarrollar el, ya creado, *Conseil National de Reflexion sur le SIDA* como un órgano independiente de las administraciones públicas, que emita un informe anual sobre el SIDA, y que incluya a colectivos ciudadanos y ONG. El informe defiende la necesidad de potenciar un organismo específico de investigación sobre SIDA (la *Agence pour la Recherche sur le SIDA*), para evaluar y corregir las políticas de lucha contra el SIDA en función de las investigaciones realizadas. Finalmente, señala que los recursos hospitalarios públicos terminarán por revelarse insuficientes para suministrar cuidados a las víctimas de una epidemia en expansión. En consecuencia, prevé una mayor participación del sector hospitalario privado (cifrada en el 30 por 100 en 1988) en suministrar

esos cuidados. Sin embargo, se afirma que uno de los mayores problemas que la sociedad francesa deberá afrontar en el futuro será (tanto desde el sector público como desde el sector privado) garantizar la calidad de la asistencia, en particular en lo que respecta al apoyo psicológico, la acogida de personas incapacitadas y la lucha contra la discriminación.

Este estado de la cuestión del SIDA en Francia, efectúa un conjunto de recomendaciones que son extrapolables a muchos otros países: no discriminación, implicación de los colectivos más afectados en la toma de decisiones, potenciación de la educación para la salud, etc. En ese sentido, la primera parte del libro no aporta novedades destacables, porque, al igual que otros «estados de la cuestión», gravita entre la necesidad de destacar la gravedad del problema y la de no caer en el alarmismo. Al contrario, los anexos del *Rapport sur le SIDA* constituyen su aportación más novedosa e interesante.

Las fichas-resumen que conforman la segunda parte del libro se clasifican en A.C. o fichas de investigación (*acquisition des connaissances*) y A.P.P. o fichas de actividades públicas (*actions des pouvoirs publiques*). Incluye, entre otras, fichas de *aspectos epidemiológicos* (vigilancia epidemiológica, encuestas de prevalencia, etc.), de *prevención* (educación para la salud, promoción del preservativo, venta libre de jeringuillas, etcétera), de *organización de los cuidados* (formación del personal sanitario, soporte psicológico, etc.), de *problemas jurídicos* (SIDA y función

pública, SIDA y seguros, etc.), y de las *acciones internacionales* en las que está implicado el Estado francés en la lucha contra el SIDA.

Cada ficha (de no más de 60 líneas) incluye: una *definición del problema*, un *estado de la cuestión* (o un resumen de los datos disponibles), una *definición de los objetivos* que persigue la acción (o la investigación realizada), la *localización administrativa* (define los organismos estatales implicados) y una *propuesta de acción* para mejorar las tareas en tránsito. También existen fichas que, siguiendo el mismo procedimiento, plantean actividades de nueva planta. Mientras que la primera parte del libro se concibe como un manual dirigido a cualquier persona interesada en conocer la problemática del SIDA en Francia, estas fichas conforman el paisaje exacto de las actividades que Francia pone en práctica en la lucha contra el SIDA, y resultan útiles a los profesionales que persiguen coordinar tareas y evitar la duplicidad de esfuerzos y recursos. Finalmente, el libro incluye una proposición de ley en torno al registro y tratamiento informático de los datos relativos a la salud, que pretende garantizar el secreto y el

anonimato de tales informaciones.

Rapport sur le SIDA es un manual que revela la falta de preparación del sistema sanitario francés para hacer frente al SIDA. Propone un conjunto de medidas de carácter puntual para corregir el problema, pero sugiere postergar la reforma del sistema sanitario (público) francés hasta más adelante para permitir que las nuevas propuestas de intervención ante el SIDA sean viables. Es un práctico manual en el que se echa en falta, primero, una revisión bibliográfica; y segundo, una clara especificación del modo en que se han obtenido los datos: aparecen gráficos sobre el consumo de preservativos en Francia, pero no se citan las fuentes; tampoco se explica cómo se han obtenido los datos para realizar los *estados de la cuestión* en las fichas-resumen. Es de suponer que la validez científica de los datos presentados en este buen manual informativo, la aporta el prefacio a cargo del ministro Claude Levin, quien personalmente (o a través de funcionarios del *Minister de la Solidarité*) debió facilitar los datos en cuestión.

Oscar A. GUASCH

PERE NEGRE

La prostitución popular: Relatos de vida
(Barcelona, Fundació Caixa de Pensions, 1988)

Debido a sus innumerables connotaciones sociales de todo orden, que no es preciso, por conocidas,

enumerar aquí, la prostitución ha sido y es objeto de interés y curiosidad, desde los detenciones mor-

bosos hasta los libelos condenatorios o apologéticos. Reflejo de todo ello es su abundantísima presencia en la literatura y otras artes, como el cinema. Sin embargo, parece que la asepsia de los científicos sociales no les ha permitido adentrarse en tan poco elegante tema y, en consecuencia, la producción publicada y no publicada es exigua y, salvo excepciones, de dudosa calidad. Por ello debemos aplaudir la aparición de este estudio realizado con exquisita seriedad y cuidadoso rigor metodológico.

Nos atrevemos a afirmar que el texto que comentamos, desde la perspectiva socioantropológica, se inscribe en una nueva etapa de intento de estudio más serio y útil respecto al tema, que enlaza con la magnífica obra de Claude Jarret en Francia¹, y seguida también por el trabajo de la Fundación Solidaridad Democrática², por las diversas aportaciones de Raquel Osborne³ y por el estudio que actualmente está realizando el Secretariado de la Mujer del Principado de Asturias sobre las condiciones generales de vida de las prostitutas. Esta etapa está suponiendo un nuevo y rico debate que va difuminando estereotipos anteriores a partir de abando-

nar los polos actitudinales de la condena o el proteccionismo compasivo mediante la concesión de la palabra a las propias prostitutas y su atenta escucha del cómo ellas viven el fenómeno y qué es lo que demandan.

Estamos en un inicio prometedor en el que será preciso seguir trabajando para avanzar, y para estos trabajos futuros es imprescindible la lectura de esta obra de Pere Negre.

Este estudio se centra en las prostitutas callejeras del Barrio Chino de Barcelona y ha sido realizado desde una perspectiva cualitativa mediante catorce relatos de vida, bajo un mismo esquema temático y con control en la elaboración y recogida de datos, utilizando también cuatro estudios de casos. El trabajo ha estado presidido en todo momento con un poco habitual rigor metodológico, lo cual supone una buena garantía, máxime cuando, además, explicita suficientemente su inscripción teórica y tiene el acierto, que el autor califica de honradez y que nosotros exigiríamos a todo trabajo que se pretenda científico, de confesar las coordenadas ético-ideológicas que ilustran la particular elección del objeto y colorean su interpretación.

Como aportación valiosa al estudio de la prostitución se debe destacar el esfuerzo conseguido al establecer una tipología y caracterización de las etapas de «vida» o del proceso de las prostitutas, que utiliza certeramente como hilo conductor de su trabajo. También es importante el difícil intento de situarse en la perspectiva de la compren-

¹ C. JARRET, *Une vie de putain*, Les Presses d'aujourd'hui, París, 1975.

² Fundación Solidaridad Democrática, *La Prostitución de las Mujeres*, Instituto de la Mujer, Ministerio de Cultura, 1988.

³ Raquel OSBORNE, *Las Prostitutas*, Dope-sa, Barcelona, 1978; «Feminismo y Prostitución: Buenas Intenciones y Malas Comprensiones», en *Sistema*, 1986, 74, 9, 73-87; *Las Mujeres en la Encrucijada de la Sexualidad*, La Sal, Barcelona, 1987.

sión weberiana sin caer en la mera explicación y en la priorización de los determinismos sociales externos. Tarea casi imposible, que creemos que no consigue del todo al situarse en la discutible posición de la deseabilidad y la relativa posibilidad utópica de la desaparición de la prostitución, lo cual tiñe de una cierta confusión y contradicción al enmarcarla en la sociología de la desviación y de la marginación, así como en atribuir el fenómeno al sexismo y las deficiencias de la sociedad democrática.

Convencido de la validez del estudio, de su inscripción en esta etapa que ha supuesto un golpe de timón que comparto y que el avance en esta dirección reside en la riqueza del debate abierto, a continuación voy a exponer mis desacuerdos con el texto, naturalmente tan discutibles como lo que pretendo discutir.

Pese a que en su descripción reconoce que actualmente las encuestas suelen complementarse con diversas estrategias de tipo cualitativo, no deja de entrar en el tradicional debate que opone los estudios cualitativos a los cuantitativos, a favor, en este caso, de los primeros. Así, escribe: «como si una problemática social dependiera meramente de la gente afectada y no de la gravedad de la misma»⁴, y, más adelante: «... existe la idea, no confesada pero generalizada, de que algo se convierte en problema social por el gran número de personas afectadas, y de ahí la tendencia a destacar el mismo con una secreta emulación, exagerando

sus proyecciones». Siendo esto último, desgraciadamente, cierto, los estudios cualitativos, si bien escapan del subrayar con el número, con frecuencia se ven atrapados en la seducción de lo excepcional y lo impresionista, obviando en su análisis y balance tipológico los aspectos y procesos «normalizados» de los grupos en estudio. Por otro lado, evidentemente, las problemáticas no dependen meramente de la extensión de los problemas, pero tampoco exclusivamente de la gravedad de la misma. En primer lugar, nos deberíamos situar en el lugar no de «la gravedad», sino de «la supuesta gravedad», para evitar los sobredimensionamientos cuantitativos y las exageraciones cualitativas; en este caso, dadas las estereotipias funcionantes, sería interesante situarnos en el análisis de este sector partiendo de la sospecha de su «normalidad» para poder distinguir lo que le es propio de lo que es compartido con los diversos sectores sociales a los que pertenecen. En segundo lugar, la utilización de la metodología cualitativa o cuantitativa dependerá del objetivo final de investigación, es decir, del qué pretendemos conocer, el proceso existencial o la dimensión y localización, y del para qué queremos conocer, para una acción limitada o para el establecimiento de políticas sociales amplias. En este último caso precisaremos no sólo de las técnicas cualitativas, sino también de estudios distributivos que nos ofrezcan los datos necesarios para la articulación logística, táctica y estratégica de dichas políticas.

Otros desacuerdos aparecen res-

⁴ Página 8.

pecto a los referentes teóricos en los que enmarca el estudio. El autor duda, se contradice y se sorprende de las supuestas contradicciones de la prostitución al intentar enmarcar el fenómeno en la sociología de la desviación y de la marginación. Empieza manifestando que no pertenece a dichos ámbitos aunque tenga «ciertas analogías», luego las incluye en ellos aunque se sorprende, relativamente, de que no hayan creado su propia subcultura y sus códigos sexuales alternativos, y finalmente afirma que «la prostitución surge de la marginalidad, y margina, de algún modo, a quien la practica». Un primer nivel de confusión podría proceder al referirse a la prostitución en general partiendo de un estudio sobre la prostitución callejera, en estos momentos minoritaria y decreciente, y que tiene las características más trágicas, si bien habría que distinguir cuáles de estas características son compartidas con el sector social general en el que se inscribe. Un segundo nivel, más importante, de confusión consiste en no distinguir, en ningún momento, entre la prostituta como ciudadana y la prostitución como actividad. Si bien la prostituta como ciudadana, en algunos casos, surge de la marginación, convive con ella y permanece en ella, como actividad creemos que en ningún caso debe situarse en la marginación. El sociólogo debe estar especialmente atento en no confundir el sistema normativo y de valores de la cultura ideal con lo que opera efectivamente en la cultura real⁵. Si prescindir

mos de la cultura real y centramos nuestra atención en la cultura ideal, es decir, en el sistema de normas positivas del sistema jurídico y moral y en las normas y valores transmitidos y repetidos en términos declaratorios del deber ser social, indudablemente la prostitución no debería tener cabida en el sistema social. Sin embargo, si nos fijamos en la cultura real, es decir, en el sistema normativo y de valores operante, y en la clara funcionalidad atribuida a la prostitución para la defensa del funcionamiento del sistema y sus instituciones, veremos cómo tiene todas las características de institución interna al sistema, no sólo como complemento y garantía de las instituciones que enmarcan, regulan y sitúan la organización de la sexualidad, la afectividad, la reproducción y la socialización, y como, incluso, no sólo funciona como válvula de seguridad y escape de dicha organización, sino que, incluso, para amplios sectores de la población adquiere categoría de función positiva, como, por ejemplo, para la iniciación sexual del joven o como permanente recurso de mostración simbólica de la virilidad. Esta contradicción entre cultura real e ideal da lugar al insistentemente mencionado doble mensaje, o a la burda coartada de la tolerancia, y convierte a la prostituta, al mismo tiempo, en trabajadora necesaria y en ciudadana estigmatizada y marginada. Esta cultura hipócrita, como desde posturas éticas se la califica, también justifica la contradicción bajo el recurso consistente en calificar la prostitución como «mal nece-

⁵ Recuérdese que Malinowsky definía,

sario» y/o «mal menor», cuando implícitamente se la considera «bien necesario». En definitiva, la prostitución no está al otro lado del límite del sistema social funcional, sino en la parte interior del sistema, situado junto al margen, como uno de los elementos de refuerzo de instituciones básicas del sistema. En este sentido, sorprenden las sorpresas ante el hecho de que sus referentes comportamentales sean diferentes y se organicen de forma más próxima al interior del sistema que respecto a los grupos marginales, como sería el caso de la delincuencia y otros. «Tal sería, pues, la incoherencia explosiva de la prostitución: no poder crear un código moral alternativo, algo en lo que suelen tener más éxito las bandas de delinquentes profesionales, las mafias y los grupos contraculturales»⁶. «Para nosotros, la prostitución no sería ni delito ni marginación, aunque tendría rasgos esenciales de ambas cosas»⁷. Disentimos en este tema con el autor, y creemos que el problema se origina en la falta de diferenciación entre los conceptos prostituta y prostitución, como, por ejemplo, se observa en su frase «la prostitución surge de la marginalidad y margina, de algún modo, a quienes la practican»⁸. Lo que puede surgir de la marginación es la prostituta, no la prostitución, ya que ésta surge de la normalidad institucional más estricta. Igualmen-

precisamente, como función del sociólogo el estudio de la distancia y diferencia entre cultura ideal y cultura real.

⁶ Página 19.

⁷ Página 95.

⁸ Página 95.

te, opinamos que la prostitución tiene algunos rasgos del delito y la marginación, pero no rasgos «esenciales», y casi diríamos que ni siquiera la prostituta tiene muchos rasgos «esenciales» del delito y la marginación. Así, pues, la prostitución no debe ser examinada desde la sociología de la marginación, sino desde las diferentes ramas de la sociología que se aplica a las situaciones «normalizadas»; en este sentido se deberá analizar desde la sociología del trabajo, desde la sociología de las profesiones, y desde la que hace referencia a la organización social de la sexualidad y la afectividad.

Siguiendo en la línea de partir del análisis de la cultura ideal y de la cultura real, también sería dudoso situar a la prostitución como objeto de estudio de la sociología de la desviación, ya que los comportamientos complementarios de la prostituta y del usuario son estrictamente normalizados, y totalmente consecuentes con el sistema de organización social de la sexualidad y la afectividad. Consecuentemente, no creemos que, por más indicaciones que se hagan de su singularidad o de su carácter *sui generis*, deben buscarse sus referencias en el marco teórico de la sociología de la desviación: «... la prostitución es un caso muy singular de desviación social, porque resulta despreciada y etiquetada, pero también solicitada y forzosamente tolerada por la sociedad»⁹; «... la prostitución es un tipo *sui generis* de desviación, ya que no sólo simbólicamente, sino realmente, tie-

⁹ Página 93.

ne una función social reconocida por todos: reforzar normas y costumbres sociales, impidiendo la ruptura de la familia (o sus sucedáneos) y todos los crímenes sociales imaginarios»¹⁰. Efectivamente, la prostitución es un caso tan «singular» y *sui generis* que no es desviación. Precisamente «resulta despreciada y etiquetada» desde la cultura ideal, pero es «solicitada y forzosamente tolerada» y «no sólo simbólicamente, sino realmente tiene una función social reconocida por todos» desde la cultura real, y en virtud de esta solicitud y del reconocimiento «por todos» debe ser considerada como comportamiento normalizado e interior al sistema normativo, tanto desde el uso del cliente como desde la actividad de la prostituta. Estando de acuerdo con la crítica que A. Gouldner hace a la escuela de Chicago, citada por P. Negre, en el sentido de que, si bien tiene sentido dar la voz a los marginados, la palabra de éstos no representa la verdad científica, debo confesar que respecto a estos aspectos epistemológicos, a mí mismo me han informado más lo que las prostitutas dicen, no ellas en general, sino lo dicho por algunas de ellas, y el seminario de encuestadoras del estudio de la prostitución en Asturias, que las teorizaciones de los científicos sociales: «No se está fuera de las costumbres; por el contrario, se está plenamente dentro» (una prostituta)¹¹.

Finalmente, otro punto de desacuerdo, relativo, pues entra en el campo de las utopías, de los más o menos futuribles y de los *desiderata* y, en consecuencia, cada posicionamiento tiene un amplio margen de discutibilidad, se refiere a su creencia de que la prostitución «debe considerarse erradicable en una sociedad democrática que pretenda la igualdad de oportunidades entre ambos sexos y se plantee la lucha contra toda discriminación sexista»¹². Con estas premisas, añadiendo la desdramatización de los tabúes respecto al sexo, también podemos imaginar la prostitución para los diversos sexos, la mejora de las condiciones generales de trabajo, su uso no compensatorio sino complementario de las fantasías, más guiado por el deseo gozoso que por la necesidad compulsiva, u otras muchas posibilidades «democráticas» y «no sexistas».

En todo caso, el debate está abierto, y esto es bueno, especialmente por el giro que está dando con la participación de las propias interesadas. En este sentido, el libro de Pere Negre supone una valiosa aportación, en tanto locutorio de éstas y por la reflexión teórica aportada.

Ignasi PONS I ANTÓN

¹⁰ Página 94.

¹¹ C. JARRET, p. 71.

¹² Página 125.