



methaodos.revista de ciencias sociales
E-ISSN: 2340-8413
coordinador@methaodos.org
Universidad Rey Juan Carlos
España

Gaona Pisonero, Carmen
Sujetos del dolor, territorio de la dignidad
methaodos.revista de ciencias sociales, vol. 2, núm. 2, noviembre, 2014, pp. 227-243
Universidad Rey Juan Carlos
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441542972006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Sujetos del dolor, territorio de la dignidad

Pain subjects, land of dignity

Carmen Gaona Pisonero

Departamento de Ciencias de la Comunicación y Lengua Española, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.
carmen.gaona@urjc.es

Recibido: 15-04-2014

Modificado: 10-09-2014

Aceptado: 01-11-2014



Resumen

Este artículo parte de un compromiso por entender la configuración diacrónica que una población concreta hace de su "experiencia de salud". Esta comunidad es el municipio de Campo de Níjar (Almería, España), en el que se llevó a cabo un trabajo etnográfico recopilando las narraciones de la población autóctona del municipio, en el que se alterna la reconstrucción de su memoria colectiva y sus narraciones personales. En ellas se encuentran las claves para entender los complejos mecanismos intersubjetivos que inciden de forma tanto consciente como inconsciente, en la construcción de los sentidos imperantes sobre la salud de los habitantes de un territorio resignificado a lo largo de la historia.

Palabras clave: antropología médica, comunicación, medicalización, memoria colectiva, ruralidad, semiótica, salud.

Abstract

This article starts with a commitment to understanding the diachronic setting that a specific population makes on their "health experience". This community is the village of Campo de Níjar (Almería, Spain), where the researcher conducted an ethnographic work collecting the stories of the indigenous population of the municipality. This ethnographic work alternates the reconstruction of collective memory and personal narratives. The latter are keys to understanding the complex intersubjective mechanisms that influence both conscious and unconscious in the construction of the prevailing health senses of the population of a territory resignified throughout history.

Key words: Collective Memory, Communication, Health, Medical Anthropology, Medicalization, Rurality, Semiotics.

Sumario

1. Introducción | 2. Espacio reflexivo para la experiencia de salud| 2.1. Mundo y carne | 2.2. Antecedentes al concepto de experiencia de salud, en la antropología médica | 3. Narraciones y memoria colectiva de la experiencia de salud en el Campo de Níjar | 3.1. La deconstrucción de la experiencia de salud desde el lugar de continuum signico | 3.1.1. Primera resignificación del territorio, desde los relatos de un pasado próximo: "los mares de plástico", abren la esperanza a un futuro próximo | 3.1.2. Segunda resignificación del territorio desde el papel del Parque Natural Cabo de Gata: de "zona maldita", de "región desgraciada" a lugar saludable | 3.2. Viejas y nuevas semantizaciones del Campo de Níjar | 4. Resignificar y ocultar | 5. Conclusiones | Referencias bibliográficas

1. Introducción

En unas siempre valientes declaraciones realizadas por Nekane Aramburu, actual Directora del Museu D'Art Modern i Contemporani de Palma de Mallorca, esta comisaria e historiadora del arte, aludía que por fortuna no todo el que crea objetos, ni el que que se matricula en Bellas Artes, es artista. Aramburu, impone como requisito para ser artista, aportar una innovación desde una particular manera de ver y entender el mundo. Del mismo modo, también la antropología aporta su particular manera de mirar y verbalizar el mundo, pues uno no se hace antropólogo por habitar en unas aulas académicas de antropología, ni mucho menos por hacer una tesis doctoral. Ante posibles expectativas que pudiesen crearse después de estas palabras, avisar como el presente texto, no versará sobre qué es ser antropólogo o antropóloga, tarea que por otro lado se complica de especial manera si el interrogante lo trasladamos al contexto español.

En las siguientes líneas propondremos hacer arte, de la mano de la antropología. No obstante, mi particular ruta pasaría por discurrir por las vastas e impenetrables grietas de la etnografía y la semiótica como rito de iniciación inexcusable, antes de mudar la epidermis hacia un empezar a sentirse antropólogo. Ese rito de iniciacion finalizaría al reconocerse como quien rompe aguas, que asiste a una incipiente manera de ver y entender el mundo.

En ese punto concreto, se encuentra mi discurrir reflexivo, por eso era el momento justo de retomar los datos etnográficos recopilados en el trabajo de campo llevado a cabo en las primeras décadas del actual siglo, en el municipio almeriense de Campo de Níjar (España), para darles a luz desde la particular manera de mirar y verbalizar el mundo que nos otorga la antropología médica. En ello quisiera agradecer – desde mi destierro de los lindes de la Antropología–, al profesor José María Comellas, quien desde el factum de la eclosión reflexiva centró y centra los discursos antropológicos sobre la salud en el escenario español. En otro orden, este artículo no hubiese sido posible, sin el impulso creativo de la profesora Vanina Pappalini, como mi muy especial e ilustre *ngü'l amtufe*.

2. Espacio reflexivo para la experiencia de salud

Cuando hablamos de la experiencia de salud nos estamos refiriendo, desde un primer orden, a un proceso íntimo de producción y apropiación de sentidos, que abarca desde la intersubjetividad interpretativa sobre la enfermedad, el dolor, la vida y el cuerpo, hasta los escenarios de la medicalización, la calidad de vida, la salud como capital, la salud como derecho, y la salud como deber, para finalizar en la percepción de la muerte. En un segundo orden, la experiencia de salud es una producción intrasubjetiva de sentidos desde un contexto sociocultural concreto, un imaginario colectivo, un lugar de *continuum* significativos, adscrita a un discurso terapéutico concreto y una retroalimentación constante con la esfera pública. Todos estos integrantes de la experiencia de salud en correlación desordenada, son nombrados sin atender a ningún criterio jerárquico o de representatividad, pues en cada realidad sociohistórica concreta emergirá como meridiano deconstrutivo uno u otro atendiendo a las particularidades de tiempo y espacio. En nuestra realidad concreta de Campo de Níjar, es el lugar de *continuum* significativos el principal integrante desde el que se construye su experiencia de salud, tal y como pasaremos a explicar en las siguientes líneas.

2.1. Mundo y carne

Debemos de relacionar a la persona con el mundo, pero no considerando a la persona como un mero momento del mundo, ó una única y principal presencia en la acción social, sin que la carne que en realidad es verbo se instaure en ese mundo desde la fuerza de la representatividad de sus símbolos. Estas visiones, no dejan de ser como mínimo ingenuas, o con ánimo de elogiar la capacidad humana pases afarolados. El engaño en esta visión, estaría en que ni mencionan y pasan por alto que el individuo está en el mundo, es en el mundo que se conoce, es por consiguiente tal y como lo nombra Merleau-Ponty "un sujeto brincado al mundo":

El mundo no es un objeto cuya ley de constitución yo tendría en mi poder; es el medio natural y el campo de todos mis pensamientos y de todas mis percepciones explícitas. La verdad no "habita" únicamente al "hombre interior", mejor aún, no hay hombre interior, el hombre está en el mundo, es en el mundo que se conoce. Cuando vuelvo hacia mí a partir del dogmatismo del sentido común o del dogmatismo de la ciencia, lo que encuentro no es un foco de verdad intrínseca, sino un sujeto brincado al mundo (Merleau-Ponty, 1975:10-11).

En el pensamiento de Merleau-Ponty el ser se sitúa en el lugar donde se cruzan la inmanencia (el sujeto que percibe) y la trascendencia (el mundo objetivo). Dicho concepto adquiere un cariz algo salvaje y potente en empirismo trascendental de Gilles Deleuze, al definir el sujeto como representación creada desde la pura corriente de conciencia a-subjetiva, conciencia pre-reflexiva impersonal, duración cualitativa de la conciencia sin yo. Pero esa representación empírica necesita tomar forma, brincarse al mundo, habitar en un lugar de continuum sígnico que le modelará y remodelará su forma. No en vano ha topado con la cultura. Ese lugar, puede ser un barrio, una comunidad virtual, o como en nuestro caso concreto, un pequeño municipio agrícola. Pero no daríamos por delimitado ese lugar de continuum signicos, si no diéramos paso al conflicto, pues la cotidiana construcción de nuestras corporizadas subjetividades no escapa de los sutiles velos del control social y de nuestros referentes culturales fagocitados por las poderosas identidades planetarias que avanzan a pasos agigantados como grandes logias romanas bajo el estandarte homogenizador del discurso terapéutico. Tal y como nos demuestra en su obra Eva Illouz:

el discurso terapéutico ha atravesado y ha desdibujado las esferas estancas de la modernidad y ha llegado a constituirse como uno de los principales códigos con los cuales expresar, conformar y guiar al yo. Además, a través de la estandarización de los planes de estudio académico y la estandarización de las profesiones psicológicas, el discurso terapéutico trasciende las fronteras nacionales y constituye un lenguaje "transnacional" del yo. Si, tal como escribe S. N. Eisenstadt, la civilización tiene centros que difuminan y encarnan visiones ontológicas, la perspectiva terapéutica se ha convertido en uno de los centros de esa entidad vaga y amorfa conocida como civilización occidental (2010: 17).

Hemos categorizado en nuestra presentación de la experiencia de salud, al discurso terapéutico, como un integrante de la misma, de gran peso en la actualidad, si bien en nuestra unidad de observación, tal y como se constatará asistimos a una medicalización tardía, que todavía no ha conseguido quitar el protagonismo al "lugar de continuum sígnico".

2.2. Antecedentes al concepto de experiencia de salud, en la antropología médica

En la tradición antropológica interpretativa, desde la segunda mitad de los años ochenta, sus estudios se han centrado progresivamente en la experiencia de los individuos y en la problemática de las representaciones de la enfermedad. Los antropólogos de la tradición interpretativa, cercanos o próximos a una filosofía continental tipificada en la fenomenología de Husserl, Heidegger y Merleau-Ponty, han tenido un especial interés en producir relatos de la experiencia que integran la comprensión de las repercusiones de la corporización, a la vez que critican las representaciones de la enfermedad desde una concepción meramente intelectual de la cognición. Ésta emerge desde la interacción entre cuerpo, cerebro y ambiente. Algunos de estos antropólogos, han utilizado la fenomenología explícitamente para estudiar el medio y estructura de la experiencia, concibiendo el cuerpo como sujeto de conocimiento, experiencia y significado previos a la representación. Dentro de esta última aproximación destacamos los estudios de B. Good (2003) contextualizados en el noroeste de Irán, junto con los aportes de Arthur Kleinman (1980), si bien este último hace un tratamiento fundamentalmente clínico de los *Ems* (Modelos explicativos), está claramente en un enfoque interpretativo, al igual que los conceptos de B. Good. No olvidemos que B. Good fue discípulo de Victor Turner, así como recibe toda una influencia de la filosofía hermenéutica europea. Tanto B. Good como A. Kleinman pueden incluirse o relacionarse con una Antropología de la *Illness*¹, es decir una teoría de las "dimensiones culturales de la enfermedad".

¹ Evidentemente existe una gran diferencia entre una apreciación de la enfermedad y/o de la salud de carácter analítico y biomédico y otra de carácter social y simbólico. Los antropólogos que se dedican a la etnomedicina han introducido la diferenciación entre *disease* e *illness*. Por regla general, se utiliza el término *disease* para aludir al modelo biomédico,

Cuadro 1. Aproximaciones teóricas a la salud como proceso sociocultural

Enfermar, sanar y morir como proceso de Eduardo Menéndez

"(...) Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones o instituciones dadas (...) sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente..." (Menéndez, 1994:71).

Redes semánticas de enfermedad de B. J.Good (2003)

El término acuñado por Good fue el de Illness Semantic Networks, utilizado para englobar en su análisis los factores socioculturales que aparecen semánticamente unidos en un episodio de enfermedad (Illness) y que se organizan y estructuran a partir de un símbolo central.

EMs (modelos explicativos) de A. Kleinman (1980)

"Concepto desarrollado por Kleinman para englobar el conjunto de concepciones sobre un episodio de enfermedad: etiología, sintomatología, fisiopatología, curso y tratamiento. Los EMs son tanto de los pacientes y familiares como de los profesionales. En el primer caso adquieren, no obstante, una mayor plasticidad y fluctuación. El análisis de los EMs de profesionales y pacientes es también una herramienta para valorar la eficacia y eficiencia de la comunicación clínica" (en Comelles, J.M. & Martínez, A. 1993:86-87).

Procesos de búsqueda de salud

"Alude al recorrido individual y colectivo seguido con la finalidad de re establecer o mantener un estado saludable de la sociedad o grupo social. Se refiere a los pasos concretos que se originan en un sistema de gestión de la salud y que incluyen desde el autocuidado, la asistencia de todos los terapeutas de un sistema médico, así como también, los significados reconocidos socialmente a estos últimos y los significados sociales de salud y enfermedad" (Twaddle, 1981).

Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta al campo de las Ciencias Sociales, destaca la obra de Arthur Kleinman, iniciada a finales de los años setenta, junto a su defensa de los estudios antropológicos en medicina y psiquiatría, al provocar toda una producción teórica a lo largo de los años ochenta centrada en una nueva manera de enfocar la conceptualización del "sistema médico". A. Kleinman, propone entender el sistema médico, como un "sistema cultural" y, por lo tanto, como un campo específico de indagación desde las ciencias sociales. Pese a ello, la obra de Kleinman sobre los "modelos explicativos", desde la que se inició una tradición centrada en el significado, ha sido en muchos casos tergiversada, pues se confunden "los modelos explicativos" como un equivalente del modelo más tradicional de creencias sobre la salud. Conseguir y reproducir relatos de modelos explicativos de la enfermedad es ciertamente un medio de analizar la comprensión que tiene el paciente de su estado, y sirve como introducción a los docentes clínicos para hacer aflorar el "punto de vista nativo" en su trabajo clínico (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978).

Pero el logro de esta perspectiva interpretativa, como bien es resaltado por B. Good, consiste en que:

la afirmación de que la enfermedad es un modelo explicativo no fue una contraposición idealista del reduccionismo biológico sino un argumento constructivista de que la dolencia está constituida y sólo es cognoscible a través de las actividades interpretativas. Más que recosificar o negar la significación de la biología, el paradigma interpretativo ha adoptado una posición fuertemente interaccionista y perspectivista. La biología, las prácticas sociales y el significado se interrelacionan en la organización de la enfermedad como objeto social y experiencia de vida (2003: 109-110).

en el que las enfermedades se clasifican de acuerdo con unas categorías independientes de las culturas concretas y con una pretendida validez universal, mientras que el término *illness* se reserva para percepciones y experiencias definidas culturalmente, que pertenecen al paciente y su grupo.

En lo concerniente a B. Good, la concepción que este autor tiene de enfermedad, en modo alguno, puede reducirse a una entidad natural, meramente como un conjunto de síntomas definidos. Para Good, la enfermedad se desenvuelve en forma de una red semántica y constituye una realidad socio-histórica, en tanto que la enfermedad es para B. Good, un "síndrome de significado y experiencia". La aproximación a la enfermedad, es una aproximación polisémica, pues ésta va asociada a un universo de valores, creencias, emociones y vivencias. En la siguiente cita se recoge una concisa definición de red semántica elaborada por el propio B. Good, en la que se aprecia claramente esa conjunción entre experiencia y significado que debería incluir toda aproximación a la enfermedad: "significado (...) no puede ser entendido simplemente como un conjunto de síntomas definidos. Es más un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas para los miembros de una sociedad" (Good, 1977: 27).

Cabría hacer una puntualización a dicha conjunción entre experiencia y significado, para una comprensión del auténtico sentido que B. Good concede a las redes semánticas, y es resaltar que las redes semánticas no deben entenderse como simples dinámicas de prácticas sociales o modelos explicativos, aunque sean rutinariamente reproducidos a través de tales prácticas. Todo lo contrario, pues los estudios que se refieren explícitamente al concepto de red semántica², demuestran que las redes semánticas son profundas asociaciones culturales (como la que existe entre la obesidad y el "autocontrol"), que, a los miembros de una sociedad, les parecen simplemente que forman parte de la naturaleza o que son una variante endógena del mundo social y que, por lo tanto, están insertas como estructuras hegemónicas.

Otras aproximaciones teóricas desde las Ciencias Sociales, próximas a la concepción de la salud como proceso, las hallamos en lo que Young (1982: 257) sugiere relacionar con una Antropología de la "Sickness", que se resumiría como una teoría centrada en las "dimensiones sociales de la enfermedad", con una orientación más sociológica y centrada en las prácticas y en los contextos sociales. Aquí situaríamos a Twaddle (1981), con su propuesta de "procesos de búsqueda de salud"; concepto éste último que tiene una gran conexión con el de "procesos asistenciales" acuñado por Chrisman e inspirado a su vez en el de "carrera moral" de Goffman.

En otra órbita académica, F. J. Varela, desde la teoría de autopoiesis, formula la cognición como enacción, o producción de significado en el mundo, desde una dinámica constructivista y considera "que la tradición occidental, nos ha legado una versión del conocimiento como una representación de un mundo preexistente. Frente a ello, el agente da lugar a, o produce, un mundo significativo en virtud de la historia de los acoplamientos estructurales filogenéticos y ontogenéticos con el entorno" (Etcheverria, A. 2007: 36). Mencionamos esta teoría de la enacción, al integrar una visión de la corporización interpretativa, si bien la excluimos como nuestro referente teórico, puesto que en la autopoiesis impera una corporización "represiva" puesto que está asociada a un sistema autónomo pero topológicamente limitado por una construcción física que encierra una red recursiva de interacciones con el entorno o contexto. Desde nuestro planteamiento, el signo es liberador de dicha corporización.

En el campo de la Medicina, y aunque no se incluya en el Cuadro 1, se destaca la obra de Isabelle Baszanguer (1989), dentro de un marcado humanismo médico, con un gran intento de acercamiento entre las ciencias sociales y las ciencias médicas. Baszanguer, en su intento de descifrar el dolor crónico e insertarse en la cuna del inconsciente subjetivo de ese dolor, nos encamina y conduce por un trabajo de la experiencia de la persona, de la experiencia de la enfermedad.

Buscando un común denominador a los diferentes enfoques teóricos que acabamos de ver, podemos decir que en la tradición antropológica interpretativa (Arthur Kleinman, 1980; Byron Good, 2003; Veena Das 1998; Cheryl Mattingly, 1998, 2005) se ha situado la relación entre cultura y enfermedad en el centro del interés analítico. Su alegato más significativo ha sido presentar la enfermedad no como una entidad, sino como acción comunicativa, que integra toda la fuerza ilocutiva de los signos y toda su performatividad. La enfermedad pertenece a la cultura, y de forma especial pertenece a esa carne, es

² B. Good (2003:112) destaca algunos de los trabajos más relevantes dentro de esta línea, señalando los escritos de Kleinman sobre las categorías chinas de la enfermedad y a sus patrones de búsqueda de atención médica (Kleinman, 1980), el análisis de Bibreau (1981) de las categorías de enfermedad entre los ngbandi; los estudios más bien formales de Blumhagen (1980) sobre la categoría de la "hipertensión" entre los pacientes norteamericanos de atención primaria, el análisis de Amarasingham (1980) de un caso de locura y de búsqueda de atención médica en Sri Lanka; así como entre otras obras más, el estudio de la "mala sangre" realizado por Farmer (1988) en Haití.

dicir es posesión y expresión de ese sujeto brincado al mundo. No obstante, los modelos explicativos presentados, conectan tan sólo con la cultura, pero es una concepción de cultura, o al menos así se aplica, desconectada de ese sujeto brincado al mundo, pues no olvidemos que la lógica argumental es culturalista.

No estamos anulando el entorno cultural en el que se inscribe la enfermedad y la salud, sino marcando los límites de esta perspectiva culturalista que tiñe de grises tanto al sujeto brincado al mundo, como los demás integrantes de la experiencia de salud. En verdad, la cultura no es sólo un medio de representar la enfermedad, sino que es esencial para su propia constitución como una realidad humana, y es desde unos referentes culturales que se narran los episodios de enfermedad y sanación. Recordemos por ejemplo la obra de Roger Bartra (2001: 40), para quien la melancolía supuso uno de los ejes fundamentales de la cultura renacentista. Nuestra apuesta, sin llegar a la potencia y ritmo salvaje de otras propuestas abanderadas y ambiciosas como las de Gilles Deleuze, si intenta no perder el punto de partida, la inmanencia como la vida.

3. Narraciones y memoria colectiva de la experiencia de la salud en Campo de Níjar.

Sin duda alguna la más alta expresión de reflejar "la carne del mundo"³ de la experiencia de salud, de forma artística, correspondería a la poesía, y a la pintura. Como exponente ideal de la materialización de dicha inscripción carnal en el mundo que experimenta toda persona, bien podemos recuperar la pintura de Georges Rouault, pintor del sufrimiento humano, o del actual Dino Valls. Pero las estéticas de esa "inscripción" son múltiples y personales, y nosotros nos centraremos en las de unos habitantes concretos de Campo de Níjar, (Almería) que aunque no sean ni poetas ni pintores, no por ello dejan de estar inscritos carnalmente en el mundo, seres que nos narran sus emociones y sus tormentos.

Los modelos explicativos que utilizan los habitantes de Campo de Níjar para enmarcar y narrar específicas etapas y acontecimientos de su experiencia de salud, constituyen uno de los principales referentes conjuntamente con las representaciones narrativas que pueden anteceder y ser ontológicamente previas a los sentidos asociados a su experiencia de salud. Estos datos se complementan, con toda la información recabada en diversos archivos municipales, así como el vaciado de topografías médicas y crónicas de la zona.

Debemos ir más allá de la recogida de los "modelos explicativos" de los habitantes de Campo de Níjar, por ello combinar en la recogida de datos el acceso a archivos y demás documentos históricos, nos permitirá reconstruir una parte de la memoria colectiva, otro integrante de la "experiencia de salud", tal y como ya hemos señalado. No decimos nada nuevo, pues compartiendo el posicionamiento de Jean Bollack⁴, es imposible leer a ningún poeta sin una comprensión de las condiciones en las que vivió y de las formas mentales que le fueron transmitidas. Evidentemente las estructuras sociales se imponen y producen el sentido de los textos.

Por consiguiente en esa reconstrucción teórica de "experiencia de salud", nos moveremos en tres niveles: el reflexivo (recogiendo la descripción por parte del yo conocedor de la "experiencia de salud"), el de la vida inmediata, es decir el de la vida cotidiana, el de la práctica social y la realidad material, donde se produce no obstante esa flexión entre lo local y lo global.

³ Con este concepto Merleau-Ponty va más allá de la noción de la primacía de la percepción y propone este término para presentar una alternativa al dualismo cartesiano, y en especial ofrecer una oportunidad abierta para la inter-subjetividad: "La noción de carne supera al concepto de "experiencia encarnada", sugiriendo que el ojo que percibe y el mundo sensible son parte del mismo elemento y se mezclan en "hermanamiento" o "quiasmo"... El hermanamiento no es simplemente un lugar donde el sujeto y el objeto conectan a través de la comunicación o por medio de un tipo de sinestesia, es un ser "pre-objetivo", el ser y el otro son partes del mismo fenómeno" (Taylor y Winquist, 2002: 297-298).

⁴ Este relevante pensador francés, autor de *Sentido contra sentido y La muerte de Antígona*, practica la versión más crítica de la filología. Jean Bollack, dice practicar una filología crítica o hermenéutica, porque integra la hermenéutica en la filología. Desde ambas, concibe la comprensión de los textos, como inseparable del desciframiento, y aún más, del estudio de las sociedades.

3.1. La deconstrucción de la experiencia de salud desde el lugar de continuum sígnico

Dentro de toda la compleja experiencia de salud, nos centramos en la reafirmación de las subjetividades de los habitantes del municipio de Campo de Níjar, que se hace a partir del impulso y sentidos que concede su territorio, como especial lugar de continuum sígnico. Desde las transferencias sígnicas del territorio al sujeto, se reformula el nivel más profundo de los símbolos identitarios, pasando a un segundo plano de intervención los discursos terapéuticos, existentes éstos últimos, pero que debido a una tardía medicalización de la zona, hasta el momento analizado incidían en un segundo orden en la construcción de la experiencia de salud nijareña, tal y como veremos más adelante.

Para entender la resignificación del territorio que la población de Campo de Níjar ha hecho, necesitamos hacer mención a algunas de las transformaciones socioeconómicas que ha experimentado este municipio. No se trata de reconstruir de forma exhaustiva su historia, sino de presentar ciertos rasgos esenciales, desde el siglo XIX a la actualidad, que perduran en la memoria colectiva nijareña.

3.1.1. Primera resignificación del territorio, desde los relatos de un pasado próximo: "los mares de plástico", abren la esperanza a un futuro próximo

En la primera mitad del siglo XIX, al igual que en épocas anteriores, en Campo de Níjar predominaba una insuficiente y precaria agricultura tradicional basada en la cerealicultura extensiva, cebada y trigo esencialmente, siempre con ganadería asociada. La práctica de estos cultivos junto con los de secano ocupaban la mayor parte del trabajo de los grupos domésticos, pero estas actividades agrícolas, tal y como constataron en sus investigaciones los antropólogos P. Molina y D. Provansal (1991) no garantizaban la subsistencia de los habitantes de Campo de Níjar. A su vez ese equilibrio inestable reforzaba la dependencia del exterior, es decir, la complementariedad de las labores agrícolas, con el pastoreo y otras actividades económicas temporales, como por ejemplo la recogida de esparto. Dentro de estas prácticas económicas complementarias, relevantes fueron también, a finales de siglo, las actividades mineras, en concreto la explotación de hierro en la Sierra de Alhamilla y el transporte del mineral hasta el embarcadero que existía en Agua Amarga.

Conviene precisar como no sólo las duras condiciones ecológicas (suelo en general poco fértil, clima seco, falta de agua), dificultaban a los nijareños asegurarse su subsistencia, sino que también existe otro factor de importancia cabal: la estructura de la propiedad de la tierra, que desde la desamortización de Mendizábal presenta un fuerte desequilibrio, haciendo coexistir minifundios y latifundios. Dicha estructura se mantuvo casi hasta el proceso de colonización en época franquista. Una de las modalidades de este desequilibrio fue la apropiación indebida por parte de los grandes propietarios de los pastos comunales de libre acceso para todos y su privatización⁵ a partir de dicha desamortización hasta el franquismo.

Por consiguiente, durante el siglo XIX y primera mitad del XX, se puede decir que Campo de Níjar, era un territorio deprimido económicamente, con una comunidad de agricultores que no eran más que jornaleros, con una falta de aumento de la productividad agrícola, con una constante baja demográfica y pérdida de actividades económicas complementarias. Todo ello desembocará en unas condiciones de subsistencia inviables que se compensarán con una emigración temporal hacia Argelia o definitiva hacia América, tal y como se constata en las investigaciones de D. Provansal y P. Molina (1989), J. B. Vilar (1976) y M. E. Córner Valero (1984).

A estas difíciles condiciones económicas, se suma una carencia significativa relativa a la falta de estructuras viarias. La inexistencia de unas buenas infraestructuras de comunicación viaria en el municipio de Campo de Níjar, fomentó durante mucho tiempo su aislamiento y abandono, a pesar de su proximidad a la ciudad de Almería. No obstante, Campo de Níjar, inicia un despegue económico posibilitado por un nuevo ciclo de desarrollo agrícola. Dicho desarrollo viene definido por dos procesos. El primero de ellos parte en el 1959⁶, hasta el 1965, en que Campo de Níjar, se beneficia de un programa especial de

⁵ Esta privatización, que sigue dos modalidades, es explicada por los antropólogos D. Provansal y P. Molina (1991: 157-158).

⁶ En el decreto de 07-11-52 un territorio de 4.240 Ha dentro del municipio de Campo de Níjar, fue objeto de Declaración de Interés Nacional. Dicho territorio se denominó Campo Hermoso, que no debe de confundirse con la población actual

desarrollo, bajo los auspicios del Instituto Nacional de Colonización⁷, llamado luego después IRYDA⁸ (Instituto para la Reforma del Desarrollo Agrario), de la misma manera que otras zonas de España tales como Campo de Dalías y el Delta del Ebro, entre otras regiones, en las que también se aplicó un plan de colonización.

A partir de 1965 y después de años de fracasos y tanteos, el panorama cambia con la aparición y extensión de nuevas técnicas de cultivo –enarenados, alcolchados, túneles de plástico–, que modificaron totalmente las condiciones de producción, hasta el punto que las pequeñas superficies de las parcelas⁹, empezaron a ser rentables.

El segundo proceso de desarrollo agrícola se inicia a partir de los años setenta, periodo en que se implantan los invernaderos, a semejanza de lo que ocurrió años antes en el poniente almeriense. Es éste un desarrollo mucho más extravertido y organizado (aparición primeras alhóndigas), cada vez más dependiente del mercado, pero con una dinámica que afecta a otras ramas de actividades: el desarrollo de la industria contaminante, como supone la central térmica de Carboneras; el inicio de la industria conservera, la activación de la construcción y del sector comercial.

La adopción de nuevas técnicas de cultivo, supuso una serie de cambios, que afectaron no solamente a la naturaleza de las tareas agrícolas y su calendario, sino a las condiciones de trabajo: se diversificaron los cultivos debido a las exigencias del mercado, lo que obligó a más mano de obra en cada ciclo de cultivo, siendo el grupo doméstico insuficiente para asegurar las tareas de cada campaña, en particular la cosecha. Esta necesidad del aumento de mano de obra, se explica en gran medida, por la imposibilidad técnica de mecanizar las principales tareas que comportan estos cultivos. También, en algunos casos, la dificultad de una posible mecanización se agravaba por la traba económica de los nuevos colonos.

Hablamos de nuevos colonos, pues estos nuevos cultivos y las posibilidades que ofrecía la colonización franquista en esta área, supusieron un foco de reclamo y atracción para personas que vivían en otras zonas de España en unas condiciones de extrema precariedad económica. Una vez implantados estos nuevos cultivos, y en base a los buenos resultados de rentabilidad económica obtenidos, se inicia la extensión imparable de los cultivos bajo plásticos y a demandarse para su construcción, mantenimiento y producción una gran cantidad de mano de obra¹⁰. Entre los años setenta y los noventa se produce un fenómeno migratorio de trabajadores nacionales de enormes dimensiones, procedentes de otras provincias españolas, hacia Campo de Níjar. Como reclamo: la garantía de un empleo remunerado que permitía tener y mantener una estabilidad de estos inmigrantes nacionales, que pasarán de jornaleros a propietarios de su propio invernadero.

Además de la agricultura intensiva y de la industria conservera derivada de ella, en los últimos años, se inician otras actividades económicas. El aumento demográfico que hemos señalado al principio, ha estimulado la construcción, que paralelamente al desarrollo turístico (anterior) favorece ciertas actuaciones urbanísticas especulativas como se da ya en la parte del Poniente. Pero la diferencia con la zona del

de Campoverde. En 1957 se dicta una ley sobre expropiación, completada en 1958 por una ley de colonización y distribución de la propiedad.

⁷ Muy interesante es el análisis de los antropólogos Danielle Provansal y Pedro Molina, de este etapa del Instituto Nacional de Colonización, para ambos autores el papel que desempeñó este Instituto es objeto de controversia: "Al igual que la época minera del siglo pasado o el cierre de los yacimientos entre 1935 y 1960, -la intervención del Instituto Nacional de Colonización- cumple la característica función simbólica de acontecimiento frontera entre dos ciclos económicos en la historia relatada y revivida émicamente. Para nosotros, sin embargo, la línea divisoria real entre el secular complejo agro-pastoril y la agricultura nueva, se sitúa en torno a los años sesenta y cinco, cuando se adoptan localmente los primeros cultivos enarenados. La modificación de la base material no se produce como consecuencia de una serie de decisiones administrativas y de la implantación de un marco jurídico nuevo, sino que emerge de las condiciones nuevas que estas decisiones y este marco han posibilitado" (1989: 309).

⁸ El IRYDA se crea en el 1971 por decreto del 27-7-71, en el que queda integrado el Instituto Nacional de Colonización en el nuevo órgano IRYDA.

⁹ Normalmente éstas no superan los 5000 m² y el conjunto de una explotación también, rara vez excede las 2 Ha.

¹⁰ Los invernaderos tienen la ventaja de exigir una superficie de tierra más pequeña, que oscila entre una hectárea y una hectárea y media, pero tienen el inconveniente de originar mayores gastos que los enarenados, tanto en productos fitosanitarios y en semillas, como en la infraestructura misma del invernadero. Desde esta exigencia económica se inicia todo el proceso de endeudamiento de los agricultores para hacer frente a estos gastos, con las consiguientes repercusiones en su calidad de vida.

Poniente, es considerable, no solamente por ser éste un fenómeno reciente y minoritario en Campo de Níjar, sino que además en nuestro municipio se detectan dos estrategias. En primer lugar, encontramos de forma débil y tímida la mencionada sustitución de invernaderos por urbanizaciones, y una segunda estrategia frente a esa especulación urbanística, en la que Campo de Níjar se convierte en un foco de atracción para agricultores de otros municipios almerienses, que han sucumbido ante los promotores¹¹ y han vendido sus explotaciones. Esta dinámica no es nueva, pues Campo de Níjar hace diez años también causó una gran atracción para las empresas agrícolas murcianas, que compraban terrenos de secano en Campoverde que reconvertían en explotaciones agrícolas de invernaderos.

Evidentemente el papel a desempeñar por el municipio de Campo de Níjar, hablando en términos económicos, está por determinar y la continuidad de los cultivos de invernadero, dependen en primera e importantísima instancia de la existencia de agua y de la competitividad de los mercados internacionales, pero en las previsiones futuras para este municipio se planifica un aumento considerable de la superficie destinada a cultivos de invernaderos. No obstante, nuestra pretensión no era entrar en prospecciones futuras, sino que queríamos resaltar un hecho relevante: la tierra, cultivable o no cultivable, ha dejado de tener esa única función de producir elementos, o en general materias primas. A partir del desarrollo económico implementado en Campo de Níjar cimentado en el cultivos de invernaderos, la tierra posibilita un bienestar económico, y desde éste un abrirse al mundo. Emerge por tanto, la dignidad del territorio.

Los invernaderos en las representaciones colectivas de los habitantes entrevistados de Campo de Níjar, se acercan más a aquella frase de: "el aire de la ciudad libera"¹², reemplazándose claro está por "los mares de plástico nos libera". Aunque el uso y manipulación de productos tóxicos en los invernaderos evidencia nuevos modos de enfermar, o como mínimo amplía ese riesgo ambiental, no obstante los invernaderos también liberan y dignifican a la persona. Este riesgo muchas veces se obvia, se olvida, se oculta¹³, pero pese a la conciencia o la inconsciencia de esa presencia real perturbadora, los invernaderos han posibilitado salir de la pobreza, de una difícil y precaria subsistencia. Esos "mares de plástico" posibilitan una expansión económica y social; también han creado nuevos ciudadanos instaurados en las ruedas del consumo, y lo más importante basándome en las narraciones recogidas: son propietarios de unas tierras y poseedores de un futuro. Esos "mares de plástico" abren la experiencia de salud a un futuro tan incierto y contingente como el inquietante futuro de la cuestión del agua en esta zona, pero por primera vez se puede pensar en un futuro próximo en ese mismo territorio.

3.1.2. Segunda resignificación del territorio desde el papel del Parque Natural Cabo de Gata: de "zona maldita", de "región desgraciada" a lugar saludable

En el pasado, la declaración del Parque, supuso un freno a la expansión de los invernaderos¹⁴, y por ese motivo entre otros factores, había un inicial recelo popular hacia el Parque Natural de Cabo de Gata¹⁵, que

¹¹ Otra dinámica seguida por los promotores es la de comprar los invernaderos a propietarios de más edad, y que prefieren jubilarse o prejubilizarse, ante las suculentas ofertas de los promotores inmobiliarios.

¹² Posiblemente tengamos grabados en nuestra memoria la frase *Stadt Luft macht frei* (el aire de la ciudad libera), frase común hallada sobre la puerta de alguna ciudad europea allá por el 1250, perteneciente a La Hansa. Ésta formó una cadena comercial entre ciudades que distribuía bienes por todo el norte de Europa. Fundada en 1161, operaba en el mar transportando mercancías desde Génova, Venecia, Londres y los Países Bajos a los puertos del norte de Alemania, desde donde penetraban en el interior. Así por ejemplo, París tenía su propio círculo comercial, que se extendía al este y al oeste a lo largo del Sena y por el norte y sur desde Flandes a Marsella.

¹³ La representación entre territorio y peligro se correlaciona con la horticultura intensiva en la zona. El cultivo intensivo en invernaderos posibilita una esperanza en el futuro, y también una alarma de peligro. Sobre esta última representación, cabe precisar que no ha sido elaborada por la población de Campo de Níjar, ni en modo alguno está integrada plenamente en su imaginario colectivo; es una representación localizada en los discursos científicos, en asociaciones ecologistas y presente en los *mass media*, pero que insisto una vez más, no llega a estar ni aceptada ni integrada, en la actualidad, por los hombres y mujeres de Campo de Níjar, pese a esa leve percepción por parte de la población de riesgo. La única excepción localizada a lo largo del trabajo de campo, es la declaración por parte de cuatro inmigrantes entrevistados, residentes en Fernán Pérez, que en sus discursos expresan de una forma clara y directa la asociación entre trabajo en invernaderos y riesgo para su salud.

¹⁴ No obstante se localizan algunos invernaderos construidos en los límites del Parque, después de la declaración de dicho Parque.

fue de forma paulatina delegado y sustituido por nuevas representaciones sobre territorio y salud, a partir de que el parque empezó a ser un motor hacia nuevas actividades de expansión turística de la zona. No obstante el papel que desempeña y ha representado el Parque Natural, no puede reducirse a la mera acción económica¹⁶ y turística, pues también incide directamente en la configuración identitaria de los habitantes de Campo de Níjar¹⁷. Nuestro cometido no se centra en un análisis profundo del papel que ha jugado y desempeñará el Parque Natural de Cabo de Gata-Níjar, sino en ver como la construcción identitaria nijareña, se nutre de los distintos imaginarios socioculturales relativos a las representaciones culturales efectuadas sobre ese espacio protegido. En segundo lugar, nos detendremos en la repercusión que el Parque ha tenido en esa experiencia de salud, en especial en la conceptualización del buen estado de salud, producto de la adjetivización émica del territorio del parque, como un espacio saludable.

3.2. Viejas y nuevas semantizaciones en Campo de Níjar

Para reconstuir las representaciones negativas imperantes sobre el territorio de Campo de Níjar haremos mención tanto a la obra del escritor Juan Goytisolo, como reproduciremos algunos de los múltiples comentarios recogidos a lo largo del trabajo de campo:

Es un pueblo triste, azotado por el viento, con la mitad de las casas en alberca y la otra mitad con las paredes cuarteadas. Arruinado por la crisis minera de principios de siglo, no se ha recuperado todavía del golpe y vive, como tantos pueblos de España, encerrado en la evocación huera y enfermiza de su esplendor pretérito. El viajero que recorre sus calles siente una pesona impresión de fatalismo y abandono. Más en ningún otro lugar de la provincia, la gente parece haber perdido aquí el gusto de vivir. Hombres y mujeres caminan un poco como autómatas y, al tropezar con el forastero, aprietan el paso y le miran con desconfianza. En San José, hay una escuela, edificada según el modelo único de la región. Al pasar por su lado descubro que está vacía. La iglesia es pobre y su interior tiene cierto encanto (1973: 87).

Estas son las palabras de alguien de paso por Campo de Níjar, que capta el halo negro de una tierra que todavía no se había desprendido de sus desgracias pasadas y seguía sumergidas en ellas. En los pasados siglos VII y XVII, epidemias como el cólera, causaron verdaderos estragos en la población de Campo de Níjar. "El cólera viene con el aire, posa sobre nuestros alimentos que más a la intemperie están, y envenena a nuestros cuerpos..." (*La Crónica Meridional*, 26 Agosto 1885: 2). En concreto, retomando datos del *Boletín estadístico sanitario-demográfico. Córlera-Morbo Asiático en España durante el año 1885*¹⁸, en Níjar, 168 cuerpos fueron invadidos por el cólera, falleciendo un 22.02 % de la población. Estas cifras son de hecho poco descriptivas del dramatismo que reinó en toda la provincia de Almería en esa época.

A continuación se transcriben algunos comentarios sobre la pasada visión *emic* del territorio bañada de calificativos próximos a la miseria y la desgracia:

¹⁵ Para una comprensión del nacimiento del Parque Natural de Cabo de Gata, junto con su representación, consultar el artículo de la Dra. Danielle Provansal (1993: 47-51).

¹⁶ El crecimiento urbano, junto a la proliferación de urbanizaciones ligadas al *boom* turístico en el Parque, ha ido ganando terreno y transformando el paisaje nijareño, si bien sigue manteniéndose la disseminación de los núcleos de población en barriadas. El *boom* turístico ya vivenciado por algunos pueblos costeros, como San José y Agua Amarga, actualmente alcanza también a otras barriadas que se habían mantenido al margen de esa expansión urbanística, como por ejemplo los antiguos poblados de mineros de Rodalquilar, la recia villa de Níjar, que respetando su centro histórico empieza a seguir el ritmo vertiginoso de crecimiento, todo ello junto a la imparable expansión urbanística de San Isidro y Campoverde, éstos dos últimos en contraste directo con otros dos pueblos surgidos de la época de colonización franquista, Puebloblanco y Atochares. Ni que decir de las múltiples barriadas diseminadas, generadoras de estilos de vida y nuevas estéticas plurales, tales como El Barraquete, Hornillo, Hortichuelas, Huebro, Las Mañicas, Las Matanzas, Los Pipaces, El Pozo del Capitán, Saladar y Leche o Los Tristanes.

¹⁷ Del papel o papeles que ha jugado el Parque Natural de Cabo de Gata-Níjar, ver el artículo de la antropóloga Danielle Provansal (1993: 47-54), quien aborda el proceso de transformación social que ha protagonizado el citado parque.

¹⁸ Ministerio de la Gobernación, *Boletín estadístico sanitario-demográfico. Córlera-Morbo Asiático en España durante el año 1885*. Madrid, 1887, Establecimiento Tipográfico Sucesores de Rivadeneyra. (Cit. en Gómez, 1993: 86).

Hace cuarenta años, mis padres seguro que no te dirían lo mismo, eran malos tiempos, y aquí no había más que miseria, y aunque hubiese más agua que ahora, esta tierra era dura, entonces si que más que morir de viejo, morías porque se te tragaba la tierra (Felipe, Pozo de los Frailes).

Que ahora esto es un paraíso, pero hace años no es porque no hubiesen caminos, es que esto era una tierra olvidada, era la nada, y vivir en la nada pues era muy duro, la tierra no te daba nada, te quitaba la vida (Angelina, San Isidro).

Estas representaciones perduran en la memoria colectiva nijareña, pero han sido relegadas por sentidos ligados a un concepto de municipio saludable, en el que por fin se ha dejado de malvivir, y empieza una existencia digna. Esta representación viene propiciada, tal y como ya hemos señalado, por la existencia del Parque Natural de Cabo de Gata. Además, esta representación se refuerza entre otros factores, entre otros citamos la frecuente comparación que establecen los nijareños entre la ciudad de Almería, y su territorio (los pueblos nijareños). Pero dicha representación choca ante ciertas actitudes que atentan contra ese "paisaje que da salud", un territorio que tanto valoran y resaltan los habitantes de este municipio; nos referimos al impacto ambiental de esos cultivos intensivos en invernadero.

Pero ese peligro no está presente en el imaginario colectivo de hombres y mujeres de Níjar, por el contrario a lo largo de todo el trabajo de campo, lo que proliferan son calificativos próximos al bienestar, como señal de esa resignificación del territorio como espacio saludable, que pasa a ser el gran protagonista de la "experiencia de salud" en Campo de Níjar, hasta el punto de que la salud se traslada a la construcción de sentido del espacio, del lugar. Ésta es por otro lado, una semantización reciente. En el pasado predominaba la imagen del territorio de Campo de Níjar, como una naturaleza inhóspita e ingrata; imágenes que nuestros entrevistados reproducen mediante el uso de expresiones tales como "zona maldita", o "región desgraciada". Pero estas expresiones, se han ido quedando en el olvido y en contrapartida cabe destacar que en la actualidad existe entre la población de Campode Níjar (pese a esa variedad en la población colonizadora llegada de diversas zonas españolas, mucho más pobres y desfavorecidas que Campo de Níjar) un fuerte sentimiento de pertenencia al terreno, en un refuerzo identitario nijareño consolidado.

La incidencia de la semantización del Parque Natural reformula el municipio de Campo de Níjar, como un espacio saludable, pero además dicha representación, se refuerza también por la creciente medicacización del municipio, en oposición a un pasado caracterizado por la precaria asistencia sanitaria en la zona. Una precariedad asistencial que perdura en la memoria histórica de los nijareños. Con el fin de reconstruir aspectos asistenciales de la pasada experiencia de salud de nuestro municipio, haremos alusión a la situación histórica sanitaria de la provincia de Almería tal y como es narrada y descrita en las fuentes históricas consultadas.

El primer rasgo que queremos remarcar, es la leve medicalización de esta provincia, extensibles al municipio de Campo de Níjar, dificultada tanto por la propia estructura caciquil de la sociedad almeriense, como por el rechazo de la población hacia los profesionales sanitarios. El profesor Donato Gómez Díaz (1993:187) exalta algunos aspectos, que obstaculizaban las actuaciones de los profesionales sanitarios: "muchas veces chocaba con la incultura, la inercia e incluso la corrupción caciquil imperante". El freno que supone una estructura caciquil para un óptimo desarrollo sanitario en Almería, queda también constatado en la obra de Manuel Amescua, Concha Germán, Cristina Heirle y Mº Carmen del Pozo:

Si la primera lacra que tenía que soportar el practicante rural era la competencia desleal de los intrusos en su arte, la segunda era sin duda la opresión por parte de algunos caciques. El cacique, según opinión generalizada en la época, ponían y quitaban a su placer los puestos administrativos. Ay del pobre practicante que osara cruzarse en su camino, siendo frecuentes los casos en que algunos hubieron de abandonar sus destinos por la hostilidad del cacique. En otros casos eran los propios médicos de la localidad los que mantenían actitudes caciquiles hacia los practicantes, aprovechándose de su influencia en la población y llegando a potenciar la práctica de los curanderos con tal de perjudicar económicamente al practicante. Hay que aclarar que la mayor parte de los practicantes destinados a los pueblos recibían sus honorarios a través de iguales familiares, por lo que salvo raras excepciones el poder adquisitivo de los mismos era bastante bajo (1994: 178).

No defendemos que ese espíritu caciquil controlase todo el sector médico, pero los intentos llevados a cabo por los caciques con la finalidad de no perder su control en el ámbito de la gestión

sanitaria de sus áreas de acción, forma parte del pasado histórico de Campo de Níjar. Y lo más importante, corabora la ingerencia en la gestión de la salud de factores sociales objetivos y de desigualdad, así como la relación con las estructuras de poder.

Ya aludimos como a lo largo del siglo XIX proliferaron en Almería, las corrientes migratorias huyendo de la hambruna y de la falta de trabajo; movimientos migratorios que se extienden hasta los años 70, con la interrupción de la Guerra Civil y los años 40-44 del hambre. Sobre estos movimientos migratorios, menciono no a modo anecdótico, sino por la repercusión e incidencia que tiene en la gestión colectiva sanitaria de Níjar, la emigración de profesionales sanitarios:

Motivado por los malos tiempos y favorecido por la existencia de un comercio ágil con el continente americano, tiene lugar en el año 1920 una verdadera explosión de emigrantes almerienses a los Estados Unidos, entre los que se embarcan no pocos profesionales sanitarios. El Dr. Juan Company, en un artículo que publicó en "El Sol", achacaba al abandono de las autoridades político-administrativas la creciente despoblación de la provincia con los millares de emigrantes que buscaban en América lo que su tierra no les proporcionaba, acosada cada día con más impuestos y cacicatos e imposibles de soportar (...) Algunos inquietos practicantes, tentados por el sueño americano, decidieron también embarcarse en busca de mayor fortuna. A decir del presidente del colegio, se trataba de espíritus vigorosos y fuertes para una lucha tan obscura y falta de porvenir como en su patria se desarrolla (Amescua et al., 1994: 172-173).

Evidentemente no estamos hablando de la marcha de todos los profesionales sanitarios reconocidos institucionalmente, pero si tenemos en cuenta que en esta época los recursos sanitarios en Almería ciudad y mucho más aún en Níjar, son mínimos, la marcha de tan solo un profesional era suficiente para alterar considerablemente los recursos oficiales existentes.

Ese tardío proceso de medicalización en la provincia de Almería al que hacemos mención, independientemente de las dificultades materiales en el incremento de los recursos sanitarios y de los inconvenientes por alcanzar logros en los hábitos alimenticios en una población que se mantenía en una precaria economía de subsistencia, tuvo que enfrentarse a otro obstáculo: el recelo popular en la asistencia facultativa. Recelo que queda recogida en innumerables textos de *La Crónica Meridional* de finales del XIX, de entre los cuales, reproducimos el siguiente fragmento: "Aquí Sr. Director, viene sucediendo hoy lo que en varias capitales que consienten morirse antes que llamar a los facultativos; esto sucede entre esa gente ignorante que dicen les dan polvos para ocasionarles la muerte"¹⁹.

Este testimonio recogido en *La Crónica Meridional*, cuando el brote de cólera en 1885 en Almería, atestigua, en una primera etapa, esa falta de confianza en la asistencia facultativa por parte de la población, hasta el punto de que en ocasiones, se tuvo que llegar al extremo de emitir órdenes y mandatos con el fin de que los enfermos tomaran las primeras medicinas. Así en carta publicada en *La Crónica Meridional* se declara como el Alcalde de Adra tuvo que pasearse por las casas en la que había contagiados, probando las medicinas y haciendo ver que no eran venenosas. En esa misma Crónica también se incluye la advertencia por parte de este alcalde de "castigar con todo tipo de rigor que le autorizan las leyes a los que valiéndose de la charlatanería aconsejan que no acudan a la ciencia médica y de igual manera procederé contra las familias que dejen de llamar para sus enfermos la asistencia facultativa"²⁰.

Esta primera actitud de desconfianza popular respecto a la medicina academicista, es una respuesta detectada no tan sólo en Almería sino que, como reflejan varios investigadores de Historia de la Medicina, es común en casi todo el espacio rural y urbano europeo de finales del XIX y principios del XIX:

Hay una cuestión muy atractiva sobre el tema que estamos tratando, y a la vez grave, que da índice de los niveles culturales en los que se encontraba la provincia: el desinterés total en varias zonas y grupos sociales por la medicina oficial. Tal desapego suponemos se debía a la deficiente capacidad de la medicina para hacer frente a las enfermedades dominantes. Circunstancia también presente en otras partes del país (Gómez, 1993: 23-24).

¹⁹ *La Crónica Meridional*, 20 Agosto 1885: 2.

²⁰ *La Crónica Meridional*, 20 Agosto 1885: 2.

Ante tal desconfianza popular hacia las prácticas médicas academicistas, autores como J.M. Comelles (1993) describen las distintas estrategias seguidas por parte de la medicina academicista, para ir ganando la aceptación de las clases populares en esa implementación de la medicina academicista, ó como nombraría Eduardo Menéndez de un modelo médico hegemónico. Así por ejemplo, ésta última se propone como objetivo la aculturación²¹ de la población en el ámbito de la salud y, combatir así la confianza de la población en los recursos terapéuticos populares. Para ello

la Medicina mostró un interés precoz por un campo, el de los saberes populares, en donde debía ganar la batalla de la medicalización. Dentro de esta misma estrategia, uno de sus instrumentos de inculcación más significativos fueron los libros de divulgación que, junto a los recetarios, iban destinados a ofrecer alternativas terapéuticas y preventivas. Con ellos se pretendió transmitir conceptos, prácticas y remedios médicos, consejos acerca del embarazo, parto, puerperio, lactancia y educación infantil, criticar el uso de nodrizas y parteras empíricas (comadronas), y lanzar mensajes terapéuticos que contribuyeron, a medio plazo, a desplazar los remedios caseros por los medicamentos de farmacia en las ciudades y pueblos" (Comelles y Martínez, 1993: 10-11).

Penetrar en el campo representó para el médico luchar con estrategias sólidamente asentadas, puesto que eran fundamentales para la reproducción social, así como la influencia de los citados libros de divulgación fue casi inapreciable en un área rural en que el índice de analfabetismo era elevadísimo, como en el caso concreto que nos ocupa. Por todo lo anterior, en el análisis de las estrategias de medicalización, debe diferenciarse el contexto social y cultural en que son llevadas a cabo, así como existen dos ritmos diferenciados atendiendo a un espacio rural o a un espacio urbano.

Sobre las iniciativas llevadas a cabo en la provincia de Almería para combatir las reticencias y recelos de las clases populares por esa medicina academicista, cabe mencionar estrategias públicas diseñada sobre educación sanitaria. Así por ejemplo, era frecuente que los sanitarios se organizasen en equipos o brigadas en los que complementaban la labor asistencial con acciones de promoción de salud, mediante campañas educativas a la población, dirigidas a los sectores más pobres de la población, e incluyendo también población de área rurales almerienses. Prueba de esa inclusión de las áreas rurales es que en publicaciones periódicas de la época, tales como el *Boletín del Instituto de Higiene* y en las revistas profesionales se insertaban artículos claramente dirigidos a población rural, como constatan toda una serie de artículos titulados *Consejos de higiene rural* o *Cartillas sanitarias*, que constituyen todo un cúmulo de artículos de propaganda sanitaria en área rural. En ellos se dan consejos que van desde las precauciones que los labriegos debían de adoptar en la manipulación del estiércol, hasta la recomendaciones que las madres debían de tener en la crianza y educación de sus hijos, así como también, la difusión de medidas preventivas de enfermedades concretas, como por ejemplo el gravísimo problema del tracoma.

Otra estrategia inherente al propio proceso de medicalización, tanto en el mundo urbano como rural, es conseguir el descrédito de la medicina popular. De este modo, la magia, la hechicería, la brujería, la superstición, el endemoniamiento, la astrología, los conjuros y demás recetas secretas, el mal de ojo y el embrujamiento, se explicarían desde el modelo médico hegemónico como resultado de la falta de educación, a la transmisión oral de conocimientos, al analfabetismo, al fanatismo, al atraso y al aislamiento o desde otras perspectivas de los no civilizados. En una topografía médica²² llevada a cabo en la Villa de Dalías (Almería), por el Dr. M. Rodríguez Carreño, queda patente el lenguaje utilizado para desacreditar esas prácticas tan arraigadas y aceptadas por las clases populares:

los nacidos en Dalías son espíritus dóciles, apegados a las costumbres de sus mayores y excesivamente crédulos, lo que les hace caer en errores particularmente en lo que ataña a la salud que explotan con descaro muchos curanderos que pululan en el país predicando la primacía curativa "de las sobas, del masaje, la fatalidad de los años bisiestos y el mal de ojo..." (Rodríguez, 1859: 81).

²¹ Para tratar la medicalización como proceso de aculturación me remito al texto de Comelles y Martínez (1993: 10-23). Para estos autores el proceso de medicalización se inició antes en el medio urbano (a mediados del siglo XIX los saberes populares urbanos estaban medicalizados) que en el rural, hecho que explica la pronta reivindicación del acceso al médico por parte del proletariado europeo.

²² Los antropólogos J.Mª Comelles y A. Martínez, describen el papel jugado por las topografías médicas, que responden a la necesidad de los médicos de tener un conocimiento empírico del papel que jugaban la medicina popular, en definitiva les permitía *identificar y clasificar las creencias a aculturar*.

4. Resignificar y ocultar

Hemos presentado algunos de los factores que inciden en esa resignificación del territorio níjarero que gira sobre la representación de un espacio sano, construída desde imágenes del pasado selladas en la memoria colectiva níjarera, como en un territorio olvidado de las políticas sanitarias provinciales, y al mismo tiempo receloso de éstas. No obstante, esta resignificación, se edifica desde el ocultamiento de la realidad cotidiana. En la práctica diaria agrícola, la población de Campo de Níjar, se percata también de los peligros adhericos a los cultivos intensivos en invernaderos, si bien tal y como ya hemos comentado, es una percepción de riesgo silenciada y que de forma curiosa, es mucho más consciente para el caso de las mujeres entrevistadas. No obstante, en la reflexión de los datos de campo, se observa, como son dos apreciaciones realizadas en dos escalas diferentes.

La representación de Campo de Níjar como espacio sano se construye, tal y como acabamos de ver propiciado en gran medida por la influencia del Parque Natural de Cabo de Gata-Níjar, en la población níjarera y por negros episodios del pasado reciente de Campo de Níjar.

Ya aludimos a los penosos episodios del cólera en los siglos VII y XVII, pero si hacemos un salto en el tiempo, y en lugar de situar nuestro relato a finales del siglo diecinueve nos situamos a principios del siglo XXI, seguimos hablando de cuerpos contaminados.

Los nuevos cuerpos contaminados del siglo veintiuno, son envenenados no por la bacteria *Vibrio comma*, sino desde dentro, puesto que la causa principal se localiza en el propio motor del crecimiento económico de esta zona: la agricultura intensiva de invernaderos, que implica la manipulación excesiva, desequilibrada y descontrolada que se hace de los insecticidas, herbicidas, fungicidas, etc. empleados en dicha agricultura. De este modo, entra en escena un gran sustituto del cólera, los disruptores endocrinos.

La antropóloga Mary Douglas, señalaba la relación entre la división del trabajo y los grados de pureza heredados. No existía, en el imaginario colectivo, una idea de "contaminación" por el trabajo en la tierra. Todo lo contrario, pues las labores del agricultor estaban asociadas con unas categorías positivas, haciendo uso de un fundamento subjetivo, "la riqueza se relaciona siempre con la tierra desde un punto de vista émico y no con la ganadería, que es percibida de manera dependiente e instrumental" (Provansal y Molina, 1991: 157). Con la implementación de estos nuevos cultivos de invernaderos, la idea de "riesgo", se recoge en las narraciones de trabajadores inmigrantes en invernaderos, tal y como se recoje en las entrevistas. No obstante la población autóctona de Campo de Níjar, parece no percibir ese "riesgo", esa "contaminación", que representa el uso y manipulación de plaguicidas en invernaderos, como atestigua, entre otros datos, el hecho del desconocimiento de los síntomas que llevan una intoxicación crónica.

Antes de la implementación de los cultivos intensivos en invernaderos, la idea de "riesgo" y "riesgo", en el ámbito laboral, se relacionaba, sobre todo por parte de la población autóctona, con actividades del pasado, como es el caso del trabajo en las minas. Acompañó a continuación una frase de Manuel Berenguer, que vive actualmente retirado en Rodalquilar y trabajó en las minas de dicha localidad, como muestra de numerosas narraciones dentro de esta traslación del "riesgo" a épocas remotas:

En los años 30 moría la gente como chinches, era raro el día que no morían dos o tres. Antes se trabajaba sin carretas, sin inyección de aguas, ni ventilación, la gente se metía a culo saco. Ya la cosa con Adaro, estaba más protegida, pero a pesar de eso no se podía uno descuidar (Manuel Berenguer Pérez, Rodalquilar).

El hecho de ver morir a la gente "como chinches", visualiza de forma ineludible y en primera línea, los desastres que anunciaba el trabajo en las minas. Esa visualización semantizaba el trabajo en las minas como un peligro real. Pero en la actualidad, no se ve morir a la gente "como chinches" por los efectos de los disruptores endocrinos, no existe una visualización directa y tangible de ese peligro, y por lo tanto desde su intangibilidad directa no se interpreta como un peligro real. De este modo resignificar y ocultar son dos giros lingüísticos dentro de la misma acción comunicativa

5. Conclusiones

Reflejar los diferentes meridianos de la "experiencia de salud", no responde a un malicioso placer implícito en todo acto de mirar y verbalizar el mundo, sino que se inscribe como un ejercicio necesario –que nos posibilita la etnografía–, de explorar una realidad polimorfa, compuesta de identidades múltiples y de constantes metamorfosis.

Además, creadores y receptores –en nuestro caso de sentidos de la experiencia de salud, no flotan libre e inconexamente en un universo vacío de infinitas potencialidades de interpretación, sino que se hallan anclados en espacios particulares (un mundo social cotidiano) que influyen en las edificaciones culturales. Como declarábamos al principio de este texto, debemos de relacionar a la persona con el mundo, traspasando la figuratividad del sujeto, que no viene definido por un cuerpo ocupando un mero momento del mundo, sino que somos cuerpos instaurados en ese mundo desde la fuerza de la representatividad de sus signos. Fuerza y potencia significativa que procede no sólo de las interacciones de nuestras subjetividades, sino de unas correlaciones entre el territorio (espacio significativo y simbolizador) y nuestras corporeidades.

Buscamos un lugar para amar, sondamos territorios para habitar y un universo para morir. Quizás todo ello sea incierto y es el lugar quien nos encuentra. Pero por un instante, en medio de esa etnografía incrustada en encuentros, lugares y lenguajes en el municipio de Campo de Níjar –nuestro pequeño laboratorio desde el que entender el mundo según la mirada antropológica–, se encuentra la locura interpretativa suficiente para plantear que además de una cognición inferencial, exista también una inferencialidad del territorio, y sea el propio territorio el que conecte con la más pura corriente de conciencia a-subjetiva, conciencia pre-reflexiva impersonal, duración cualitativa de la conciencia sin yo. Hallar una explicación pausible a esta performatividad del territorio, pasa sin duda por el proceso artístico de la antropología, con constantes incursiones a la etnografía. Me quedo en este último puerto, desde el que entender que la verdadera continuidad de las cosas habita en el corazón de la metamorfosis entre sujetos de dolor y la dignidad del territorio.

Referencias bibliográficas

- Amescua, M., Germán, C., Heierle, C. y Pozo, C. (1994): *Sanidad y colectividad sanitaria en Almería. El Colegio de Practicantes 1885-1945*. Almería: Publicaciones del Ilustre Colegio de Enfermería de Almería.
- Aramburu, N. "La crisis consolidará el arte", en *Carta de la cultura*. [19-07-2013]. Disponible en web: <http://cartadelasculturas.blogspot.com.es/2012/04/nekane-aramburu-la-crisis-afianzara-al.html>
- Baszanger, I. (1989): "Douleur, travail médical et expérience de la maladie", *Sciences sociales et santé*, 7 (2): 5-34.
- Bartra, R. (2001): *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*. Barcelona: Anagrama.
- Comelles, J. M. y Martínez, A. (1993): *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.
- Cozar, M. E. (1984): *La emigración exterior de Almería*. Granada: Universidad de Granada.
- Das, V. (1998): "Official narrative, rumor, and the social production of hate", *Social Identities*, 4 (1): 109-130.
- Duch, L. (1977): "Antropología de la religión", *Anthropológica*, 6.
- (1999): *Símbolismo y salud. Antropología de la vida quotidiana, I*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.
- (2000): *Llums i ombres de la ciutat. Antropología de la vida quotidiana 3*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.
- (2003): *Escenaris de la corporeitat. Antropología de la vida quotidiana, 2.1*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.
- (2004): *Estaciones del Laberinto. Ensayos de antropología*. Barcelona: Herder.
- Etxeberria, A. (2007): "Cognición y corporeidad", en Corral, N. coord.: *Prosa Corporal. Variaciones sobre el cuerpo y sus destinos*. 35-48. Madrid: Talasa.
- Gómez, D. (1993): *Bajo el signo del cólera y otros temas sobre morbilidad, higiene y salubridad de la vida económica almeriense. 1348-1910*. Granada: Universidad de Granada.

- Good, B. J. (2003): *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Illouz, E. (2010): *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Kleinman, Eisenberg y Good (1978): "Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258.
- Kleinman, A. M. (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- (1988): *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Laín Entralgo, P. (1960): "La enfermedad como experiencia", Revista de Occidente, "Ocio y trabajo": 81-128.
- (1989): *El cuerpo humano. Teoría actual*. Madrid: Espasa Calpe.
- Le Breton, D. (1998): *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF.
- Mattingly, C. (1998): "In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice", *Medical Anthropology Quarterly*, 12 (3): 273-297.
- (2005): "The Narrative Turn in Contemporary Medical Anthropology (Den narrative udvikling I oyere medicinsk antropologi)", *Journal of Research in Health and Society (Tidsskrift for Forskning I Sygdom Ogsamfund)*, 1 (2): 13-40.
- Merleau-Ponty, M. (1975): *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península.
- Palomar, F. (1994): *Los invernaderos en la provincia de Almería*. Almería: Instituto de Estudios Almerienses.
- Parrón, T. y González, M.C. (1989): "Estudio de los riesgos ocasionados por el uso de Plaguicidas en la Zona del Poniente Almeriense", en *Libro de Publicaciones IV Jornadas de Salud Pública y Admón. Sanitaria II Jornadas de Salud del Mediterráneo: "Nuevas Perspectiva en Promoción de Salud"*: 119-120.
- (1996a): "Increased risk of suicide with exposure to pesticides in an intensive agricultural area. A 12- year retrospective study", *Forensic Science International*, 53: 53-63.
- (1996b): "Clinical and biochemical changes in greenhouse sprayers chronically exposed to pesticides", *Human & Experimental Toxicology*, 15: 957-963.
- Pérez, V. (1984): "Crisis demográficas y crisis agrarias: paludismo y agricultura en España a fines del siglo XVIII", en *Congreso de Historia Rural, siglos XV al XIX*. Madrid: Casa de Velásquez, Universidad Complutense.
- Provansal, D., (1993): "El Parque Natural de Cabo de Gata-Níjar. De la percepción estética de un paisaje a la transformación social", en González Turmo, I. coord.: *Parques Naturales Andaluces. Conservación y Cultura*: 47-51. Junta de Andalucía.
- Provansal, D. y Molina, P. (1982): "Alternativas terapéuticas en la provincia de Almería", en *I Jornadas d'Antropología de la Medicina*: 242-264. Barcelona: Arxiu d'Etnografia de Catalana.
- (1989): *Campos de Níjar: Cortijeros y areneros*. Ed. Instituto de Estudios Almerienses, Almería.
- (1990): "La ceremonia del Huertecito", *Folklore Andaluz*, 3.
- (1992): "Territorio, política medioambiental e identidad", *Historia y Fuente oral, Andalucía. Invención y realidad*, 8.
- Ricour, P.(1996): *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Rodríguez, M. (1859): *Topografía Médica y Estadística de la Villa de Dalías*. Almería: Imprenta de D. Antonio Cordero.
- Ruiz, A. (1997): *Toxicidad crónica por plaguicidas en trabajadores de invernadero en la zona básica de salud de Níjar (Almería)*. Granada: Facultad de Medicina de Granada. [Tesis Doctoral].
- Sánchez, A. (1988): "Marchar a las Andalucías: Un episodio migratorio en la Almería del Siglo XIX", en *Homenaje al padre Tapia*. Almería.
- Taylor, V. E. y Winquist, C. (2002): *El Posmodernismo*. Madrid: Síntesis
- Vilar, J. B. (1976): "Emigración almeriense a Argelia en el siglo XIX: sus repercusiones políticas, sociales y económicas sobre la provincia de origen", en *Actas I Congreso de Historia de Andalucía*: t. II. Córdoba: Caja de Ahorros.
- Young, A. (1982): "The anthropologies of illness and sickness", *Ann. Rev. Anthropol.*, 11: 257-285.
- Young, J. (1981): *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Young, J. y Garro, L. (1982): "Variation in the choice of treatment in two Mexican communities", en *Social Science and Medicine*, 16: 1453-1466.

Breve CV de la autora

Carmen Gaona Pisonero es Diplomada en Comercio Exterior, Licenciada en Geografía e Historia, especialidad en Antropología, y Doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona. Ha sido investigadora en el Instituto de Estudios Almerienses y ha desempeñado labores de investigación en el Departamento de Cultura Popular de la Generalidad de Cataluña. Ha impartido docencia en la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Ha sido profesora invitada en la Université d'Amiens (Francia) y en la Università Degli Studi di Milano-Bicocca (Italia). En la actualidad es profesora en la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid). Sus líneas de investigación son las nuevas tecnologías y el desarrollo local, los estudios culturales, la percepción antropológica de la salud femenina, medios de comunicación e inmigración e identidad y género.