

L'educació social i les institucions

Jordi Solé Blanch

PID_00190995



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

| | |
|---|-----------|
| Introducció..... | 5 |
| 1. Acollir o rebutjar l'“anormal”..... | 7 |
| 2. Saber mèdic i ordre institucional..... | 12 |
| 3. La institucionalització de l'exclusió..... | 16 |
| 4. L'estatus tècnic dels problemes socials i les pràctiques professionals..... | 19 |
| 5. El futur crític de les institucions..... | 23 |
| 6. Notes crítiques entorn de l'educador social i les institucions | 26 |
| Bibliografia..... | 29 |

Introducció

Introducció: una aproximació històrica a les institucions

En aquest primer mòdul proposem una aproximació històrica al fenomen institucional. En aquest punt serà important comprendre les institucions com a element essencial en la formació de professions com l'educació social. Es tractarà, doncs, d'entendre com el tipus d'atenció desplegat per les institucions sobre diversos col·lectius, víctimes o causants del desordre social, víctimes també de successos traumàtics de la seva existència, han requerit un cos d'especialistes que han dut a terme la intervenció institucional. Així, doncs, situats en els diferents espais institucionals, aquests especialistes desenvoluparan les seves pràctiques, desplegant tota una pedagogia de l'ordre institucional, que lluitarà per fer eficaces diferents lògiques de "tractament" amb les quals poder-se justificar. En aquest sentit, el que serà important comprendre en aquesta visió històrica és el tipus d'herències que se succeeixen i trobem en l'actualitat. Plantejada així la qüestió, l'anàlisi històrica ha de permetre trobar i utilitzar criteris d'anàlisi institucional contemporanis.

La història de les institucions socials ens permet recompondre el dispositiu d'una maquinària; com s'entremescla un entramat de peces que van produint els seus efectes. Primer, es detecta o genera una necessitat i s'avaluen les possibilitats de trobar un mercat o de conquerir-lo. Després, se'n promouen els agents –el cos de professionals i especialistes– i se seleccionen els usuaris, clients o pacients; es codifiquen comportaments, s'estableixen protocols d'atenció d'acord amb les seves característiques, es dissenyen itineraris d'inserció o accions de prevenció adaptats als perfils i les situacions de risc predefinides. Finalment, s'elabora una xarxa institucional, s'assenyalen fronteres i s'estableixen interconnexions amb altres instàncies, etc. Aquest és el desencadenament cronològic que segueix qualsevol sistema institucional.

Posats a buscar antecedents de l'educació social que han seguit aquest desencadenament cronològic els podem trobar, com se sap, en el **moviment alienista** del segle XIX i principis del XX, la finalitat del qual pretén esborrar fonamentalment del panorama social aquest focus de desordre que és la bogeria. Aquest tipus de política va haver de recórrer, en aquell moment, a la mediació de l'espai tancat. En efecte, ja en la bibliografia psiquiàtrica de la primera meitat del segle XIX apareix la necessitat de tractar els alienats i reformar els delinqüents. Davant la debilitat del discurs teòric per a dur-ho a terme, les institucions s'encarregaran de donar la seva força pràctica. Els primers especialistes en salut mental i els seus auxiliars, en què podem trobar certes pràctiques properes a l'educació social –o reivindicades com a tals si analitzem la vigència de moltes d'elles i que es duen a terme en nom seu –, van poder donar inici i desenvolupar la seva feina a partir dels seus objectius pràctics, comptant

amb la mediació de les primeres institucions psiquiàtriques. Les primeres pràctiques, per tant, deriven en unes tècniques disciplinàries tradicionals dutes a terme en aquestes institucions, que atorguen un “saber científic” construït a partir de l’exploració clínica de la medicina d’aquell moment.

Aquestes i altres qüestions històriques seran desenvolupades a continuació, a fi d’oferir paràmetres crítics de comprensió sobre el fenomen institucional en la nostra època.

1. Acollir o rebutjar l'“anormal”

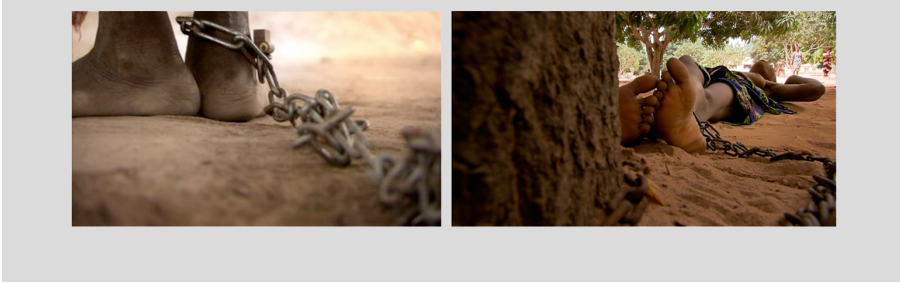
La història de les institucions en les quals s'inscriu avui l'educació social ens remet als primers gestos de compassió i hospitalitat entorn de l'alteritat, gestos d'acolliment que, al llarg dels segles, han anat també de la mà del rebuig i la marginació, sia per a protegir els exclosos de la societat o, per contra, per a contribuir (no sempre voluntàriament) a reforçar-ne l'aïllament o estigmatització.

El punt de partida d'aquests gestos, de les actituds de rebot o acolliment que es generen en qualsevol tipus de comunitat, intenta donar resposta a unes necessitats socials que revesteixen múltiples formes al llarg de la història. Actes benèfics, caritatius, filantròpics i assistencials es convertiran en els antecedents més evidents de l'ajuda professionalitzada d'avui dia dins de les polítiques socials de l'estat del benestar modern (Sánchez i Andrés, 2003).

Aquests *altres* dels quals parlem, i que agrupem sota la categoria genèrica d'*alteritat*, són fruit de construccions socioculturals amb les quals s'intenten establir límits precisos entre el que és “normal” i el que és “anormal” o “patològic”. Els “altres” són sempre l'“anormalitat”, fruit de contingències històriques i socioculturals molt diverses. El lloc que ocuparan en el si d'una comunitat i el tractament que rebran dels seus coetanis dependrà del sistema de creences, dels corrents de pensament dominants o de la mateixa evolució de les ciències. Així, allò que és “anormal” pot ser fruit d'una malaltia, d'una perversió, de la violació d'un tabú, d'un encanteri o d'un pecat... i cadascuna d'aquestes concepcions seran objecte de compassió, solidaritat, hospitalitat, tractament terapèutic..., però també de tortura, càstig, tancament, oblit o aïllament, ja sigui mitjançant rituals màgics, exercicis piadosos o mètodes empírics més o menys contrastats, amb l'objectiu d'extirpar el mal, salvar una ànima pecadora o reintegrar un individu a la societat.

Els oblidats dels oblidats

Un documental recent dirigit per Carles Caparrós i titulat *Els oblidats dels oblidats* (2010) retrata el tractament de la bogeria a l'Àfrica, on homes, dones i nens viuen encadenats, la majoria a la intempèrie, privats de menjar i aigua, alguns dels quals assotats regularment, o abandonats a les ciutats des de petits, per les seves famílies, la qual cosa ens permet fer-nos una idea del tractament de l'“anormalitat” prèvia a qualsevol gest de compassió...



I els *freak-shows*

En les nostres “societats civilitzades”, fins a ben entrat el segle xx, allò “anormal” i “monstruós” ha estat objecte d'exhibició pública, si bé “la roda de fira” dels *freak-shows* no ha deixat de rodar, revestit d'un *glamour* mesquí i desmoralitzador...

Va ser precisament un individu que havia guanyat els seus primers dòlars en l'univers dels *freak-shows* –protagonitzant el número de l'hipnòtic cadàver vivent– el responsable de la utilització més complexa i remarcable de *freaks* reals en una ficció cinematogràfica. Es deia Tod Browning i la seva peça cabdal, *La parada de los monstruos* (1932), va suposar la culminació d'un discurs obsessiu sobre la monstrositat. En el film, Browning reuniria alguns dels millors personatges de les fires ambulants encara actives per elaborar un conte cruel, que es reconvertiria en una de les obres més repulsives del seu temps. Els germans nans Harry i Dasy Earless, Johny Eck, partit per la meitat, el tronc humà Prince Radian, les siameses Daisy i Violet Milton, les noies sense braços Martha Morris i Frances O'Connor, els “caps d'agulla” Zip, Pip, Schlitzie i les bessones Show, l'hermafrodita Joseph/Josephine i l'esquelet humà Peter Robinson protagonitzarien sota la direcció de Browning una autèntica lliçó de cinema extrem que trigaria anys a ser digerida, encara que ara ja forma part de la nostra sobretaula.



Al llarg de la història hem assistit a tot tipus de pràctiques entorn de l'alteritat. A Grècia, per exemple, amb el suport i la recomanació dels grans filòsofs grecs es duran a terme infanticidis per a eliminar els nens febles o deformes. Però no ens quedem tan sols amb les pràctiques més negatives. També allà, com ens recorden Planella i Vilanou (2010), es desenvoluparà la idea d'hospitalitat, si invoquem les funcions de Zeus; o la de pietat, misericòrdia i caritat pel dolor que provoca la visió del mal i el patiment de qui no el mereix, tal com deixarà escrit Aristòtil en la seva *Retòrica*, o l'exercici de la *philantropia* i la benevolència, si atenem les recomanacions que Isòcrates farà al rei Filip, un dels seus antics i millors deixebles. El dret romà establirà, per la seva banda, certes proteccions als desvalguts (esclaus, nens i dones al marge), sempre molt limitades, si es té en compte l'autoritat sobirana del *pater familias* –a qui correspon fer el gest d'acceptació en societat del nou-nat o, per contra, el rebuig, en cas de “mal-

formació”, per exemple, exposant-lo davant la porta del domicili o en algun femer públic...–, i l’estructura rígida de classes, encara que Ciceró defensarà la unió de tots els homes mitjançant la justícia i la benevolència, de manera que estendrà el camp semàntic de la *humanitas* llatina a l’àmbit de l’educació.

Amb l’arribada del cristianisme apareixerà una nova manera d’entendre la vida i les relacions humanes. Sota la idea fonamental que tots els homes són iguals davant la llei de déu es trencaran les estructures existents fins al moment per a acollir l’altre, tal com Jesús fa en múltiples passatges bíblics. Lliurant la seva vida als més necessitats, ell mateix viurà al marge de la societat i morirà crucificat. Però la idea d’amor al proïsme es convertirà en una actitud antropològica fonamental des de la qual s’estructurarà tot un projecte revolucionari. És aquesta idea la que fundarà la caritat cristiana medieval i, juntament amb aquesta caritat, les seves institucions fundacionals: monestirs, leproseries, cases de misericòrdia, hospitals per a pobres, asils, hospicis, etc. Serà en aquestes institucions on s’acollirà tot tipus de desclassats i desventurats. Es desenvoluparà, així, una estructura de segregació, exili i clausura de les classes més pobres, que trobarà la justificació en el compliment dels mateixos mandats divins. La religió serà, a més, l’únic camí de salvació possible per a aquests desgraciats.

Amb el pas del temps, s’ampliarà el ventall de població que haurà de ser atesa i, sobretot, tancada. L’augment demogràfic i el creixement de l’aparell productiu durant l’antic règim –tal com sosté Calvo (2010)– seran dos aspectes fonamentals que justificaran reglaments de segregació nous. A mitjan segle XVII es produirà una gran afluència de camperols desheretats per la guerra o les càrregues fiscals en direcció a les grans ciutats, la qual cosa inquietarà en gran manera les classes urbanes. Els partidaris de tancar els pobres identificaran la misèria, la vagància i la criminalitat en una mateixa dimensió delictiva.

“Això, al segle XVIII, amb l’enduriment de la legislació penal, és el que conduirà a un bon nombre d’aquesta gent considerada com a generadora de desordre cap als hospitals generals, els hospicis, els convents, etc.”

(Calvo, 2010, p. 68)

Durant tot l’antic règim els espais de reclusió seran, fonamentalment, espais religiosos. Als monestirs, cases de caritat, convents, hospitals generals, etc. no sols s’acollirà leprosos malalts, sinó també persones que hauran de complir ordres d’internament dictaminades a instàncies d’un poder monàrquic i burgès. En mancar una política general contra la pobresa, la idea clàssica d’ordre que és l’internament es convertirà en una barreja abusiva d’elements heterogenis i confusos. El pobre, l’orfe, el malalt, el rodamón, l’esparracat i el criminal seran reclosos a la mateixa xarxa de confinament.

Les transformacions de les quals seran objecte aquests espais de reclusió donaran pas a una diversificació tècnica de recintes particulars tenint en compte nous sistemes de classificació i enquadrament de les diferents categories de desviats. El **desenvolupament de la ciència mèdica moderna** apor-

tarà, en aquest sentit, models experimentals de tractament, en els quals, a poc a poc, anirà desapareixent l'empremta religiosa, encara que es continuarà col·laborant amb l'Església. Una pràctica essencial d'aquests tractaments, com serà la de posar a treballar tots els interns –tal com sosté Calvo (2010)–, no tindrà tant un valor expiatori com terapèutic. Els tractaments continuaran tenint una funció moralitzadora, però no s'orientaran cap a la vida religiosa, sinó a una vida social útil i efectiva. Si l'origen de la pobresa, causa principal de la desviació social dels individus, no és conseqüència d'un sistema productiu injust, generador d'explotació i desocupació, sinó del “debilitament de la disciplina i la relaxació dels costums”, tal com sostindran els metges de l'època, “[...] la feina té la virtut de suprimir la misèria, en els casos més extrems, de restituir la raó als insensats i la moralitat als criminals” (Calvo, 2010, p. 73).

El treball com a teràpia

S'ha dit moltes vegades que la feina era la millor teràpia per a tenir controlats els malalts mentals, especialment els més violents. Aquestes són les paraules de P. Pinel (1745-1826), un dels grans pioners de la medicina clínica i defensor del tractament moral, a propòsit dels beneficis de la feina: “Agafeu un furiós, introduïu-lo en una cel·la, destrossarà tots els obstacles i s'abandonarà a les més cegues envestides de furor. Ara contempleu-lo traginant terra: empeny el carretó amb una activitat desbordant i torna amb la mateixa petulància a buscar un fardell nou, que també ha de carregar: és veritat que crida, que jura alhora que condueix el carretó... Però la seva excitació delirant no fa més que activar la seva energia muscular, que es canalitza en benefici de la pròpia feina”.

(P. Pinel (1986). *Traité complet du régime donataire des aliénés*. París)

Tots aquests sistemes ens serveixen per a introduir una premissa bàsica: **el vincle social elemental només es forja quan arrela en la ment dels individus un model d'ordre social**. Aquest model serveix per a justificar la legitimitat de qualsevol tipus d'institució. El principi estabilitzador consisteix en la naturalització de les classificacions socials, sia mitjançant un estatut religiós, mèdic, tècnic o policial capaç d'assenyalar el que és “diferent”, “patològic”, “pervers”, “perillós”, sia mitjançant l'establiment d'un règim ordinador de neutralització, la posada en tutela o el manteniment en minoria que se'n serveix per a assegurar les funcions de seguretat i protecció de la resta de la societat.

Robert Castel (1980) ho va estudiar profusament a l'hora de desxifrar una “política de la salut mental” i seguir les seves transformacions. “Semejante política [diu a *El orden psiquiátrico*] cualesquiera que sean las racionalizaciones con que se cubre, articula un número determinado de elementos: un código teórico (por ejemplo, en el s. XIX, las nosografías clásicas); una tecnología de intervención (por ejemplo, el «tratamiento moral»), un dispositivo institucional (por ejemplo, el manicomio), un cuerpo de profesionales (por ejemplo, los médicos-jefes); un estatuto del usuario (por ejemplo, el del enajenado...) –a los que habría que añadir– [...] los pagadores, los intermediarios, los promotores, los demandantes, etc. Ese grupo de variables forma una constelación relativamente estable de contenido relativamente fijo” (1980, pp. 16-17) que,

si bé són el resultat de pràctiques elaborades en un context històric precís amb relació a un problema concret –tal com afirma l'autor–, també les podem trobar i fer extensives en un altre tipus d'“ordres institucionals”.

2. Saber mèdic i ordre institucional

Els elements enumerats anteriorment es transformen per a donar pas a altres “**ordres institucionals**”, un altre tipus de coherències en el sistema. Pràctiques noves s'expressen amb polítiques noves. En qualsevol cas, Castel ens adverteix de la necessitat d'estar atents a la transformació d'aquest conjunt d'elements del sistema de “salut mental” perquè en derivaran “**dispositius de control**” nous, i reorganitzaran l'assistència, el treball social, la cura i la tutela.

Amb el naixement del discurs científic modern durant el segle XIX, l'elit en el poder sentirà una forta fascinació pel diagnòstic, la identificació, la mesura, la classificació i l'etiquetatge de les conductes considerades “anormals”. Allò “anormal” és deshumanitzat per tal de convertir-se en “objecte d'estudi de la ciència”. Amb el temps, aquesta ciència de la norma acabarà derivant en una “ciència criminal”. No obstant això, no és fàcil jutjar els primers passos del positivisme científic. Des d'aquest enfocament, els qui consideraran que els “anormals” pateixen per culpa de les seves patologies (i aquí hem de pensar, sobretot, en les que tenen a veure amb la conducta humana), defensaran la necessitat d'atendre'ls, de reeducar-los i no solament de penalitzar-los.

El cas de l'home “elefant”

David Lynch, a *L'home elefant* (*Elephant man*) (1980), mostra amb molt de rigor el naixement del discurs mèdic a propòsit del cèlebre cas de John Merrick (John Hurt, l'home elefant en la pel·lícula). En aquest cas, el Dr. Frederick Treves (Anthony Hopkins) encarnaria la voluntat d'humanitzar aquest discurs en uns temps en els quals les persones que patien algun tipus de patologia eren tractades com un simple “objecte” per a la ciència.



D'altra banda, aquest cas també permet obrir el debat entorn de la procedència del mal: és fruit de la naturalesa o de la cultura? I és que a partir de la segona meitat del segle XIX, i arran de la teoria de l'evolució, s'anirà imposant el paradigma darwinista o de l'animalitat en el discurs de la medicina i, sobretot, en el de la medicina mental. D'acord amb aquest paradigma nou –ens diu Roudinesco (2009)–, si bé l'home era considerat superior a l'animal, aquest l'havia precedit i per aquest motiu l'home civilitzat havia conservat en graus diversos –en la seva organització corporal, i també en les seves facultats mentals i morals– la petjada indeleble d'aquesta inferioritat i aquesta anterioritat. L'exposició, el 1885, del cèlebre cas de John Merrick pel metge anglès Frederick Treves ens permet pensar –apunta novament Roudinesco– fins a quin punt l'imaginari de la monstrositat animalista podia generar tota classe de fantasmes sobre el possible tràfic de la barrera de les espècies...

D'altra banda, aquells pioners de les ciències de la vida i de les ciències denominades *humanes* –antropologia, sociologia, psiquiatria, etc.–, lligades en aquella època a la biologia, seran testimonis dels prejudicis que la industrialització llstarà en la massa proletària, cada vegada més explotada en fàbriques i mines perilloses i malsanes. Només la ciència podrà regenerar l'ésser humà i per a això caldrà una tasca d'higienització ingent que obligui les masses depauperades a abandonar els “vicis” i tot allò que les corromp –la taverna, la promiscuïtat, la decadència moral...–, ahora que intentaran curar les malalties que corroeixen el cos social, com la sífilis, la tuberculosi, etc. Així, el discurs científic del s. XIX (i molt especialment el mèdic) acabarà proporcionant a la societat la moral que busca a partir de les seves institucions.

A partir d'aquest moment, la relació entre les institucions asilars i el saber mèdic s'estreny. De fet, tal com assenyala Foucault a *El poder psiquiàtric* (2005), el saber mèdic necessita aquestes institucions i el que ofereixen quant a la imposició de cert ordre, certa disciplina, certa regularitat aplicada en la vida quotidiana (i en els cossos dels interns) per tal de desenvolupar-se, fer les seves observacions, accedir al seu objecte d'estudi en unes suposades condicions de neutralitat i objectivitat, elements constitutius de les ciències positives, amb les quals obtindran, així, el criteri de validesa des del qual poder justificar les seves prescripcions i el seu poder.

“En esa dispersión reglada encontramos el campo a partir del cual es posible la relación de la mirada médica con su objeto, la relación de objetividad [...]. En segundo lugar, este orden disciplinario, [...] es al mismo tiempo condición de la curación permanente, es decir que la misma operación terapéutica, esa transformación sobre cuya base alguien considerado como enfermo deja de estarlo, sólo puede llevarse a cabo dentro de la distribución reglada de poder. La condición, entonces, de la relación con el objeto y de la objetividad del conocimiento médico, y la condición de la operación terapéutica son iguales: el orden disciplinario”.

(Foucault, 2005, p. 15)

Aquest **ordre disciplinari** que es desenvoluparà en els primers asils per a alienats es farà extensiu a tot tipus d'institucions fins a trobar-lo, encara avui, a les més modernes. Aquest ordre s'imposa sempre en nom d'un saber (profesional), en el cas inicial que estem analitzant “**un saber mèdic**”, però en realitat el precedeix una instància molt precisa des de la qual s'exerceix un poder, sempre asimètric, sense possibilitat de resistència i reciprocitat. En aquestes primeres institucions es desplegarà un funcionament tàctic del poder, que començarà amb el metge i seguirà amb la resta de membres de l'escalafó institucional (els vigilants, els servents, etc.) i els reglaments interns –tal com relata Foucault (2005). Per a poder tractar, assistir i curar els interns caldrà construir un dispositiu de control que ofereixi les condicions per tal de desenvolupar el “saber”, el coneixement mèdic en aquest cas, amb el qual es vencerà la malaltia, la “desviació”, les causes de l'alienació, etc.

Si pensem que el que caracteritza aquestes primeres institucions, aquests primers asils per a alienats... és un desplegament tàctic del poder, l'objectiu últim del qual és vèncer la malaltia, ens adonarem de seguida que aquestes institu-

cions són un camp de batalla. S'hi ha de dominar la bogeria, i l'element que la caracteritza segons la ciència mèdica de principis del segle XIX és la insurrecció de la força, el fet que en el boig es desencadena certa força, no dominada i potser indomable, i que per a Foucault adoptarà quatre grans formes segons l'àmbit en què s'aplica i el camp en el qual fa estralls. Així, Foucault ens diu:

“Tenemos la fuerza pura del individuo a quien, de acuerdo con la caracterización tradicional, se denomina «furioso».

Tenemos la fuerza en cuanto se aplica a los instintos y las pasiones, la fuerza de esos instintos desatados, la fuerza de esas pasiones sin límite; y esto caracterizará justamente una locura que no es una locura de error, una locura que no implica ilusión alguna de los sentidos, ninguna falsa creencia, ninguna alucinación, y se la llama manía sin delirio.

En tercer lugar tenemos una suerte de locura que se adosa a las ideas mismas, que las trastorna, las vuelve incoherentes, las hace chocar unas contra otras, y a esto se denomina manía.

Por último tenemos la fuerza de la locura cuando se ejerce, ya no en el dominio general de las ideas así sacudidas y entrechocadas, sino en una idea específica que, finalmente, encuentra un refuerzo indefinido y va a inscribirse obstinadamente en el comportamiento, el discurso, el espíritu del enfermo; es lo que recibe el nombre de melancolía o de monomanía.”

(Foucault, 2005, p. 20)

Per això, la gran distribució d'aquesta pràctica asilar de principis del segle XIX consisteix a lliurar una batalla contra la força amb què la bogeria deslliga la seva insurrecció, sotmetre aquesta força i aconseguir domesticar l'alienat –tal com sostindrà Pinel, un dels pares fundadors de la psiquiatria francesa–, per a posar-lo a la dependència estricta del poder del metge i, per tant, del poder institucional a partir del qual aquest construirà el seu saber i, juntament amb aquest saber, la seva autoritat.

Veiem, així, que les institucions es constitueixen com a dispositius de poder i, per això, esdevenen instàncies productores del saber i els seus discursos. La psiquiatria hi obtindrà el seu estatus mèdic i l'educació social, més tard, el seu estatus professional. En la història de les institucions trobem, doncs, el punt precís en què es formen les pràctiques discursives i professionalitzadores des de les quals s'exercirà l'atenció mèdica, l'assistència, la rehabilitació, la reeducació, la protecció, la tutela, etc.

Les institucions en les quals s'inscriu l'educació social deuen moltes coses a les tecnologies organitzacionals dels primers asils per a alienats, organitzats a partir de tres dimensions aparentment heterogènies, l'articulació de les quals constituirà la síntesi alienista. Tal com les ha descrit Castel (1980, pp. 91-92), a propòsit de l'obra de Pinel, aquestes tres dimensions són: la classificació de l'espai institucional, la planificació nosogràfica de les malalties mentals i la imposició d'una relació específica de poder entre metge i malalt: el “tractament moral”. Si traduïm aquestes tres dimensions a la gran varietat d'institucions actuals, i no solament les psiquiàtriques, ens trobem amb una distribució

d'espais, dispositius i recursos dirigits a “categories socials” i col·lectius que es defineixen a partir d'atributs que la “ciència mèdica” o els “treballadors socials”, entesos en un sentit ampli, han “problematitzat” per ser “atesos” i/ o “tractats”. Racionalitzada la disposició espacial, distribuïts “metòdicament” els individus i els grups a partir dels seus problemes, es funda una ciència o es construeixen els discursos i les pràctiques professionals. Així, **són les institucions les que precedeixen aquestes pràctiques i no a l'inrevés.**

Hem d'insistir en el fet que tota aquesta distribució metòdica dels primers alienistes es continua donant en la gran majoria de les institucions actuals. L'estratègia de l'ordre que va fonamentar tota la pràctica manicomial té el seu correlat en els sistemes organitzacionals d'institucions aparentment més obertes. Per exemple, l'“aïllament del món exterior” justifica els “períodes d'observació” sense permisos de sortida als centres de protecció al menor i els centres oberts de justícia juvenil. En segon lloc, i seguint amb l'anàlisi de Castel (1980, p. 97), la constitució de l'ordre asilar, aquesta disposició rigorosa dels llocs, les ocupacions, la utilització del temps, les jerarquies, que entreteixeix la vida quotidiana del malalt en una xarxa de regles immutables, continua marcant la “dinàmica interna” de qualsevol institució, que es dota de reglaments de règim intern i projectes educatius amb els quals constituir un “ordre institucional” i orientar la vida quotidiana dels interns, i també el tipus de pràctiques que podran desenvolupar els responsables de la seva educació, del seu tractament o de la seva assistència. Finalment, “la relació d'autoritat” (Castel, 1980, p. 98) que estableix la naturalesa del vincle entre els professionals i els usuaris o interns. Als primers els correspon dirigir la intervenció i el tractament, sovint mitjançant l'exercici d'un poder sense reciprocitat i constantment aplicat que estableixi límits o un ordre racional en aquells que arriben “desordenats” i ancorats en la deriva personal.

3. La institucionalització de l'exclusió

El manteniment de l'ordre social exigeix assenyalar quins són els grups d'individus que plantegen problemes especials. Aquesta idea està associada a la dinàmica d'estigmatització que tan bé va explicar Erving Goffman en diferents obres. A *Estigma. La identidad deteriorada* descriu aquesta dinàmica de la manera següent:

“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. [...] Es probable que al encontramos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su «identidad social». [...] Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible –en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil. De ese modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando éste produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio.”

(Goffman, 2003, pp. 11-12)

D'acord amb aquesta perspectiva, un estigma es converteix en un atribut profundament desacreditador. Goffman va assenyalar tres tipus d'estigmes diferents:

“En primer lugar, las abominaciones del cuerpo –las distintas deformaciones físicas. Luego, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia.”

(Goffman, 2003, p. 14)

Són ben conegudes les actituds que la societat ha adoptat, en la mesura que és portadora de la “normalitat”, cap a les persones que tenen un estigma. En general, es practiquen diversos tipus de discriminació, tal com hem vist en l'apartat anterior. Seguint Goffman (2003, p. 15), construïm una teoria de l'estigma, una ideologia per explicar-ne la inferioritat i després anunciem el perill que representa aquesta persona per a la resta de la societat. Aquestes qüestions han de ser tingudes en compte a l'hora d'analitzar qualsevol procés d'institucionalització que es fonamenti en la segregació i l'exclusió d'atributs estigmatitzadors.

Qualsevol dinàmica d'estigmatització i exclusió s'ha de vincular –tal com hem vist en el nostre repàs històric breu– amb els diferents nivells de l'estructura social. Aquí cal assenyalar que, mentre que uns tenen el poder de decidir i, per

tant, el de retolar i avaluar els altres –tal com ha demostrat Juliano–, d'altres han d'assumir les opinions i decisions que els afecten des de situacions de vulnerabilitat social.

“Los sectores con poder se presentan a sí mismos como normales, en el doble sentido en que la norma se extrae de su manera de comportarse, y que nadie cuestiona la naturalidad de su conducta. [...] Las gentes de los sectores populares sí que son catalogadas y analizadas, y muchas veces resultan consideradas peligrosas, anormales o desviadas y son sancionadas con estigmatizaciones que legitiman su marginalización o exclusión social.”

(Juliano, 2004, pp. 55-56)

Tot depèn, doncs, dels discursos que legitimen l'exclusió i “estos discursos son construcciones culturales, en la medida que obtienen su autoridad de los principios en los que cada sociedad se apoya en un momento histórico determinado” (Juliano, 2004, p. 56). És així com la lògica d'un sistema dominant defineix les relacions socials i, per tant, ofereix un marc des del qual s'inscriuen les definicions sobre els subjectes. Qualsevol marca o estigma amb què s'assenyalen aquests subjectes servirà, llavors, per a situar-los en un lloc i decidir el tipus de tractaments que se'ls haurà d'aplicar.

La situació social de l'individu estigmatitzat comporta en molts casos una lluita desesperada per aconseguir l'acceptació social. De vegades, es tracta d'una operació quirúrgica (per exemple, l'eliminació d'alguns fenotips de les persones amb síndrome de Down –glossoplàstia i cantoplàstia–), en altres casos de rebre una educació compensatòria (tal com s'observa en les polítiques de formació per a l'ocupació de les persones aturades) o algun tipus de tractament terapèutic (en uns temps en què moltes persones van al metge per expressar un estat general de malestar que els impedeix tenir una vida social satisfactòria), etc. Dependrà, en qualsevol cas, de la naturalesa de l'estigma, del rebuig o acceptació social que aquest generi, d'acord amb la classificació enumerada anteriorment.

Gran part de les institucions en les quals s'inscriu l'educació social neixen, precisament, d'aquesta necessitat de donar resposta a l'estigma (o al malestar subjectiu) i oferir a qui el pateix un mecanisme amb el qual aconseguir l'acceptació social. En alguns casos, són les mateixes persones afectades les que creen aquestes institucions que en l'actualitat veiem desplegar-se en forma d'associacions, grups i xarxes d'ajuda mútua, etc. Aquí l'interès se centra en la possibilitat d'establir un tipus de vida col·lectiva entre els qui pertanyen a una categoria particular. Així, hem d'entendre gran quantitat d'institucions dels serveis socials especialitzats que proporcionen comunitats residencials i terapèutiques altament desenvolupades. Pensem, per exemple, en l'ampli camp de les rehabilitacions pel consum problemàtic de tòxics en què, a més, podem trobar persones que han fet del seu estigma una professió, com succeeix amb extoxicòmans que segueixen en una comunitat terapèutica com a monitors o educadors de companys nous.

Les dificultats que presenten els grups d'“individus problematitzats” tenen a veure amb la posada en marxa de tecnologies eficaces per a controlar-los, sancionar-los, assistir-los, curar-los, reeducar-los, corregir-los o castigar-los, és a dir, medicalitzar-los en un sentit ampli mitjançant tractaments regulars i eficaços, molt més eficaços com millor es defineixin els comportaments desviats, una tasca a la qual es lliuraran especialistes i terapeutes (també els educadors socials) amb la voluntat de generalitzar la patologització o penalització de comportaments cada vegada més diversos i, per tant, comprendre grups socials més amplis fins a abraçar, com ocorre avui dia, tots els membres de la societat. Qualsevol política de prevenció, com veurem més endavant, s'explica a partir d'aquesta lògica: intervenir sobre comportaments latents dels individus abans de passar a l'acte, la qual cosa ens converteix a tots en “sospitosos habituals”, individus portadors de conductes patògenes que només una actuació preventiva és capaç de contenir.

Per això si hi ha una educació social que desenvolupa les seves pràctiques a l'interior de les institucions, també n'hi ha una altra que ho fa en la comunitat, que ofereix la seva competència al lloc on emergeix la desgràcia i el desordre. El territori es converteix, així, en l'espai de l'acció social i comunitària i de la intervenció preventiva partint, això sí, d'un dispositiu general de diagnòstic i intervenció precoç. Es tracta d'evitar la política segregativa d'assistència, que condemna el professional a intervenir quan el mal ja està fet, quan la precarietat necessita l'assistència bàsica urgent, quan el membre de la societat malalt, desviat o desgraciat ha iniciat una deriva difícilment reversible. Sempre és preferible tractar sobre el terreny que aïllar, prevenir més que intentar programar novament un individu dessocialitzat en un marc institucional aïllat, reforçar els vincles amb el medi de vida més que netejar els enderrocs de la seva ruptura.

4. L'estatus tècnic dels problemes socials i les pràctiques professionals

L'educació social assumeix, doncs, l'encàrrec de treballar amb aquests col·lectius problematitzats; per tant, ho fa sobretot des d'institucions que se situen al marge de la societat, perquè és allà on se'ls classifica, ordena i agrupa. Però **les institucions reforcen l'exclusió** d'aquests col·lectius. D'acord amb aquesta dinàmica, ens trobem davant una paradoxa inevitable. Tal com apunta Pié (2006) amb relació a aquesta paradoxa, abans d'incloure cal excloure totes aquelles persones que la comunitat no pot acollir. Als individus i col·lectius se'ls exclou, tal com hem vist, sobre la base de certs atributs que generen el rebuig de la resta de la societat. L'atribut estigmatitzador es converteix en la raó de ser de les institucions, per això entren en una dinàmica d'especialització amb la qual reforcen la reducció d'aquests individus i col·lectius als seus atributs excloents. Es dona el cas, en l'actualitat, que aquesta dinàmica d'especialització no fa més que aguditzar-se, establint protocols d'ingrés en els quals es defineixen els perfils dels subjectes que les institucions poden atendre, deixant fora els qui no s'adeqüen a aquests perfils. L'important és garantir l'adequació menys conflictiva possible entre l'individu que cal institucionalitzar i la institució per a aconseguir que s'adapti a la dinàmica institucional i s'hi identifiqui.

La consolidació de marcs institucionals amplis mitjançant programes d'intervenció, recursos socials i dispositius d'atenció... està estretament lligada a l'estratègia de la "medicalització dels problemes", és a dir, a les "respostes tècniques" amb les quals s'aborden. Treballar tècnicament permet ocultar la significació sociopolítica de conjunt. Les diferents dimensions que originen aquests problemes o que en formen part s'autonomitzen per tal de convertir-les en "qüestions tècniques" dependents de les competències d'especialistes suposadament "neutres". Així, les polítiques socials deuen més coses a les exigències corporativistes dels diferents grups professionals del camp social (especialistes, tècnics i experts d'una dimensió aïllada de cada problema social) que a una qüestió "ideològica" dels responsables polítics i els administradors públics. Si, a més, la gestió d'aquests marcs institucionals es lliura a les entitats privades i a la caritat benèfica, els "problemes socials" queden reduïts a un àmbit de pràctiques manipulables des de marcs teòrics, professionals i/o científics que oculten tots els que no depenguin d'aquest "tractament tècnic especialitzat" (sigui psicològic, orgànic o educatiu).

Així, entrem en una **lògica de la individualització** que constituirà la forma d'intervenció del treball social, tal com ho ha fet la medicina mental (Karsz, 2007). Aquesta lògica serà, a més, la que donarà a les institucions el seu sentit polític específic. Un "cas" s'assumeix si pot ser ben o mal tractat segons criteris tecnicocientífics autònoms. Significa, doncs, el desplaçament del cas a un pro-

blema totalment tècnic sense entrar a qüestionar altres aspectes que probablement caldria plantejar en una altra part i d'una altra manera. Les institucions i, juntament amb aquestes, els seus professionals no podran més que actuar (amb la millor voluntat) en el marc tècnic per a perfeccionar el seu dispositiu d'intervenció especialitzada. Actuant en el marc de les seves competències i, per tant, reduint el cas a aquestes competències, les institucions i els seus professionals reproduiran amb les seves intervencions concretes l'assignació política que constitueix l'estatut del "cas". Les institucions i l'encàrrec tècnic que les sosté reforcen així l'exclusió social. Si el tractament de l'"exclusió social" es pot convertir, a més, en un negoci (nous filons d'ocupació i sectors econòmics, segons la terminologia en ús), la dinàmica neoliberal en el camp social no ha fet més que enlairar-se.

No obstant això, i sense pretendre reduir una situació a un model simplificat, es pot afirmar també que les institucions i els seus professionals no guanyen poder mitjançant aquesta lògica exclusivament per a ells mateixos. Tots els seus dispositius tècnics es reconeixen com a legítims en la mesura que resolen (o creuen resoldre) una dificultat pròpia de les autoritats per tal de preservar la societat dels perills que l'aguaiten. D'aquesta manera, la seva expansió proporciona un augment de poder a les instàncies administratives o polítiques que, al seu torn, l'utilitzen en funció de les seves pròpies finalitats.

En les polítiques socials, la dimensió pròpiament tècnica no és –respecte al conjunt de dispositius– més que la part emergent (i per això l'única visible) de l'iceberg. Per a l'administrador conscient és, en el millor dels supòsits, el mitjà de dur a terme la seva pròpia gestió. També pot ocórrer que s'entengui com una simple cobertura per a una operació els objectius de la qual poden estar en contradicció amb les intencions dels professionals. En aquest cas de conflicte, els professionals rars vegades tenen les qualitats requerides a l'hora d'acceptar el seu judici per a emprendre o frenar qualsevol decisió.

Així, doncs, s'obre un camp de conflicte entre la posició que adopten els professionals respecte al seu mandat i el grau de consciència que en tenen. En el si de les institucions això és perfectament visible, ja que emergeixen actituds de tot tipus: la mala fe (no saber o no voler saber el que es fa), la corrupció del mandat (voler-se servir d'un suposat fer per a fer una altra cosa), la mala consciència (no voler fer el que es fa) i el nihilisme (no fer res). En tot cas, qualsevol possibilitat tècnica o institucional ha d'estar en simbiosi amb les opcions polítiques, de tal manera que el fet de triar una proposició tècnica aparegui com un mitjà de dur a terme l'opció política (Castel, 1980).

Les pràctiques professionals, que en un altre moment s'haurien anomenat *tecnologies* formen una espècie de **triangle disciplinari** –per seguir amb l'analogia proposada per Foucault i Castel entorn de l'ordre i el poder psiquiàtric– en el

qual es posa en relació l'**agent** (l'especialista, el tècnic, el professional), l'**usuari** (pacient, client, internat) i la **institució**. És la interrelació jeràrquica i reglamentada entre aquests tres pols el que en constitueix el dinamisme i explica l'eficàcia que se li concedeix. El professional imposa la seva voluntat raonable en nom d'un criteri tècnic o científic a un subjecte desposseït d'autonomia i capacitat de decisió mitjançant els diferents ressorts institucionals (els reglaments, els treballadors, les activitats dirigides, l'ocupació del temps, etc.). Només la modificació de, com a mínim, dos dels elements d'aquesta trilogia, sia mitjançant una concepció nova dels models d'intervenció professional, dels dispositius institucionals o de les persones usuàries convertides en subjectes, poden alterar profundament aquest "règim disciplinari", encara que amb això se n'imposi un altre.

Avui assistim, sens dubte, a "tecnologies" i "models d'intervenció" que han refinat els seus codis teòrics. Els dispositius institucionals són més sofisticats, no són tan transparents com es mostraven els del passat. Com veurem més endavant, advertits per les crítiques de tot allò que pogués recordar el pitjor de les "institucions totals", s'han tornat més amables i, sobretot, molt més confusos. Molt més confusos perquè les institucions del passat eren fruit d'una política d'assistència la missió de la qual era segregar, controlar i mantenir la diferència de classes. Avui dia, els serveis socials (almenys en la nostra comunitat) han estat declarats com un dret social universal. Per això, el "nou treball social" s'obstina a trencar els vincles que encara mantenia l'antiga caritat amb la beneficència pública. "Aquella assistía a unas poblaciones menesterosas [ens diu Castel (1980, p. 300)], marcando las señales visibles de su dependencia, reproduciendo así el desnivel entre las clases". Ara es tracta d'oferir atenció social al conjunt de la societat, això sí, atenent cadascú en funció del lloc que ocupa, sens dubte, "[...] a permanecer en el circuito de la producción-consumo reproduciendo la existencia de la estructura socioeconómica en su totalidad. Se comprende entonces el interés de las modalidades de control que difuminan las rupturas y borran los principios objetivos de oposición para mantener la continuidad de las diferencias cualitativas" (Castel, 1980, pp. 300-301).

Els antics models d'internament institucional han representat la versió medicalitzada de la concepció segregacionista de l'assistència: tancar per a curar. Els models actuals pretenen trencar la dicotomia normal/patològic i la separació dels espais on té lloc el seu "tractament". Es defensa una concepció democràtica i participativa de la integració. Tota la comunitat n'és responsable. No obstant això, s'esborra en aquest mateix pla social l'existència de la "diferència de classes". Mentrestant, els professionals ens hem refugiat en la "construcció del nostre saber tècnic", en la intervenció que ens permet la nostra especialitat i la seva capacitat per a ser interdisciplinària. Sens dubte, té menys riscos que plantejar la ruptura de les classes i tranquil·litza les nostres consciències de "bons professionals". Els assumptes de què tractem no estan connectats amb la destinació social i política; som operadors neutres que, des dels nostres dispositius institucionals, tractem de problemes tècnics.

5. El futur crític de les institucions

La consolidació o desaparició de les institucions depèn de molts factors: canvien els marcs legislatius que qüestionen l'arbitrarietat de certes institucions i els seus protocols d'internament i tractament; l'evolució del coneixement i l'instrumental tècnic obre també el debat sobre les pràctiques professionals; finalment, la imposició de paradigmes científics nous –com la importància que s'està donant avui dia a les dimensions biològiques i genètiques de la condició humana (Núñez, 2003)– desplaça certes pràctiques a favor d'unes altres, cosa que imposa el domini de cossos professionals nous que van ampliant les seves àrees d'actuació més enllà dels espais que els eren propis.

Es dona el cas també que les institucions, malgrat els tecnòcrates, no són empreses l'èxit de les quals es pugui mesurar exclusivament per la rendibilitat, encara que així es vulgui argumentar. A la seva manera, les institucions psiquiàtriques, per exemple, han estat sorprenentment competitives. Potser són un cadàver, però com desempallegar-se'n? Així, Castel escriu:

“Comprender la extraña perseverancia en su ser alienista es también ser sensible a la helada poesía de esos laboratorios-cementerios donde se lleva a cabo una paciente experimentación sobre el hombre a la sombra de altos muros. Es mostrar que existe un simbolismo de la exclusión, de la señalización negativa, de la estigmatización que, a su manera, pudo ser tan rentable como los programas positivos de resocialización y curación que le han servido de cobertura.”

(Castel, 1980, p. 240)

No és tan important la seva “rendibilitat” si és mesurada pels seus resultats positius en índexs de curació o inserció social, sinó per la seva eficàcia simbòlica del funcionament institucional, que projecta la imatge invertida d'una eficàcia pròpiament terapèutica o reeducativa. Com es pot justificar, per exemple, el manteniment de les presons si se'n valorés la funció sobre la base dels percentatges estadístics de no-reincidència de la població reclusa? O què es pot dir dels centres residencials d'acció educativa (CRAE) del sistema de protecció al menor si es té en compte l'alt nivell d'assistència posttutela o la repetició d'històries familiars d'abandó i negligència dels (ex)tutelats?

L'home d'Alcatraz

El cinema ha debatut a la seva manera la qüestió de la “rendibilitat” institucional. Som conscients que en alguns casos ha ofert una imatge massa estereotipada del que aquí estem debatent. Una pel·lícula com *L'home d'Alcatraz*, de John Frankenheimer (1962), ens sembla que aporta una visió bastant assenyada sobre el tema, en aquest cas, entorn del suposat treball de rehabilitació que es duu a terme des de les institucions penitenciàries, ja que en posa al descobert totes les paradoxes.



El film està basat en la biografia que va escriure Thomas E. Taddis sobre Robert Franklin Stroud (Burt Lancaster en la pel·lícula), el denominat *home de les aus*, un presidiari titllat de violent, que canvia el rumb de la seva estada a la presó quan, gràcies a la visita d'un pardal malferit a la seva cel·la, el convertirà en la seva mascota i serà un al·licient en la seva vida carcerària, la qual cosa inicia una vocació desconeguda en la cura de tot tipus d'ocells, de manera que es converteix en un dels millors especialistes en el camp de l'ornitologia. És una gran història sobre la redempció, la voluntat humana i la superació personal, en un context institucional que anul·la qualsevol possibilitat de reinserció d'un ésser humà.

En tots aquests casos, el que importa és allò que “aparenta” el funcionament institucional; és a dir, l'establiment d'una analogia pedagògica àmplia que converteix aquest tipus d'institucions en centres especialitzats on es desenvolupa una activitat educativa diferencial. El caràcter especial de la institució dota les pràctiques professionals que s'hi duen a terme de la seva especificitat pròpia, el seu caràcter distintiu més enllà de l'eficàcia en el compliment dels seus objectius. L'important és l'element simbòlic mitjançant el qual la mateixa institució es representa. L'internament a les institucions comporta una ruptura amb l'ambient sociofamiliar. La tasca dels tècnics i professionals que hi treballen es diferenciarà de les pràctiques de l'educació ordinària per la multiplicació i la intensificació de l'eficàcia pedagògica. És el que ocorre, per exemple, als centres de menors i d'educació intensiva: separació del món social i familiar, trasplantament a un medi especial i maximització de les tècniques disciplinàries. En això consistirà l'educació intensiva mitjançant la qual es vol reformar o reconstruir una personalitat malalta o una història de vida trencada pel desafecte i la violència. I aquí s'obre més aviat la pregunta sobre quin tipus d'intervenció social fem des de la professió? És a dir, on queda l'acció social en tota aquesta comprensió dels problemes individuals?

La mala premsa d'aquesta pedagogia disciplinària ha fet que avui dia s'introdueixin un altre tipus de pràctiques i es parli en termes d'*acompanyament* o *restabliment del vincle educatiu*. Potser estem una mica més lluny de l'antic tractament moral, però es continua apel·lant a algun element de “pedagogia diferencial”, la qual cosa permetrà desenvolupar un saber especialitzat i l'existència necessària d'unes institucions on dur-lo a terme. La recerca d'un emblema distintiu amb aquesta especialitat fa possible la simbiosi entre la institució i les seves pràctiques i, per tant, la seva representació (i acceptació) simbòlica davant la societat.

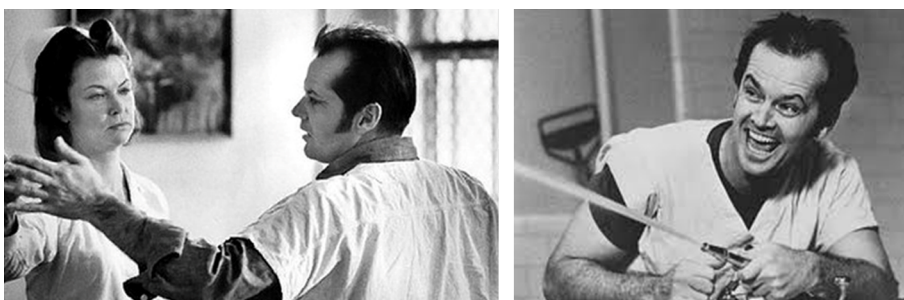
No obstant això, aquest emblema distintiu –tal com hem vist– és convertit en un estigma pels interns o usuaris d'aquestes institucions. En primer lloc, l'entrada en el sistema no comporta precisament una promoció, sinó que sanciona una situació de “falta” de l'intern o usuari. En segon lloc, la durada del pas per la institució no sempre facilita la tornada o readaptació a la societat. En tercer lloc, la persona que ha entrat en el sistema ha de carregar amb l'afiliació institucional, sovint durant massa temps, amb tot el que l'assistència comporta de procés d'estigmatització. Finalment, la significació de la “sortida” representa per a l'internat o usuari la reintegració de la contraposició normal/patològic, la qual cosa farà que s'identifiqui i sigui identificat com a (ex)tutelat, (ex)toxicòman, (ex)pres, (ex)malalt mental, etc. L'*ex* funciona aquí com una marca indeleble del pas per la institució. Marca permanentment aquell “problema” que es va tenir, però que ja no hi és. Passat que retorna en cadascun dels usos del significat *ex*. Passat, doncs, inesborrable, ja que continua essent important recordar-lo fins a la societat.

En temps de descentralització de les polítiques socials, delegades directament a les comunitats locals o lliurades a la iniciativa privada, cal esperar una doble destinació a les institucions socials: d'una banda, la seva desaparició, perquè els recursos de les administracions locals són limitats per a cobrir la despesa que generen; de l'altra, el manteniment de les que puguin ser més rendibles, com les institucions psiquiàtriques i les seves diferents modalitats d'atenció en un context de salut pública i privada (mitjançant règims oberts, seguiments facultatius, clíniques privades) o les presons, convertides en un negoci molt lucratiu a països com als EUA, on la població reclusa no deixa d'augmentar. Si aquest tipus d'institucions es reinventen per continuar existint es deurà tant a motius tècnics com polítics. En efecte, el saber especialitzat i les indústries que el sostenen continuaran desenvolupant noves formes de detecció de categories socials susceptibles de ser ateses i medicalitzades. En l'àmbit polític s'insistirà en la necessitat d'aïllar de la societat els elements més perillosos.

6. Notes crítiques entorn de l'educador social i les institucions

Els efectes de l'ordre disciplinari que veiem que s'imposen en moltes institucions sobre la integritat dels subjectes internats, és a dir, sobre el seu cos i la seva ànima, també s'imposen sobre els responsables de la seva custòdia. Així, l'educador, el vigilant, l'auxiliar, etc. prenen consciència que han d'aparentar certa superioritat perquè no serveix de res que sigui la mateixa institució qui la hi concedeixi, i aquesta superioritat passa per projectar una imatge física que es correspongui amb la que la mateixa institució vol produir en els interns: salut, força, vigor, determinació, seguretat, bellesa, etc.

Els objectius de la institució han de ser "encarnats" pels seus professionals, i el primer lloc en el qual s'encarnen és als seus cossos. Aquest és un dels motius pel qual s'obre el debat de la paritat en els equips educatius, sobretot en professions tan feminitzades. En aquest sentit, ens limitem a constatar un fet. Si en una institució el primer que s'exerceix és l'autoritat, aquesta ha de ser representada en els cossos que l'han d'imposar. Per això les figures masculines acaben essent tan sol·licitades en les institucions on s'ha d'exercir cert ordre disciplinari, encara que no podem oblidar l'estricta infermera en cap d'*Algú va volar sobre el niu del cucut* (Milos Forman, 1975), contra la qual es rebel·len Randle McMurphy (Jack Nicholson) i la resta de malalts. En efecte, sempre hi ha certes paradoxes: el nombre més gran de contencions físiques que es produeixen en moltes d'aquestes institucions són provocades pel complex físic dels qui han d'exercir l'autoritat.



Quan un educador entra a treballar en una institució ha d'entendre que, d'entrada, funcionarà com a personatge amb uns trets físics que han d'encarnar l'autoritat des de la primera mirada. Hem d'establir aquesta analogia amb Foucault (2005) quan la va pensar amb relació a la professió psiquiàtrica. Allà on ell diu *psiquiatre* nosaltres diem *educador*. En aquesta primera mirada, s'entaula la relació educativa, l'educador és en essència un cos, més precisament, és un físic, una caracterització determinada, una morfologia que

aparenta allò que ha de representar: el poder, l'autoritat. Aquesta presència física serà sempre prèvia a les regles, les normes institucionals, les pautes quotidianes que s'hauran de fer complir.

Sens dubte, aquesta visió no és compartida per la majoria d'educadors. Ningú no es vol veure reduït a un simple cos. Ningú no vol que el seu físic faci ombra al seu saber. Per això, l'educador rebutja ser un vigilant. No obstant això, ho sol·licita quan la institució es precipita al caos i al desordre. La noció de *poder* que està disposat a exercir no la col·loca al lloc del vigilant, que és cos, sinó al del saber, que és autoritat educativa, moral o terapèutica. En la mesura que l'educador es professionalitza reivindica pujar un esgló, col·locar-se a l'altura dels qui tradicionalment han ocupat el lloc del saber, el del metge psiquiatre, primer, i el del psicòleg, després. Per això, parlaran de *pràctiques educatives*, com els psiquiatres i els psicòlegs parlen de *pràctiques mèdiques i terapèutiques*, que remetent a funcions supremes, armades d'un saber especialitzat, d'un discurs que, sens dubte, no ha de tenir el vigilant, en les seves funcions de simple gendarme i guardià de la norma institucional.

Bibliografia

- Calvo, F. (2010). El tancament de l'alteritat (s. XVII-XVIII). A C. Vilanou i J. Planella (Coord.), *De la compassió a la ciutadania. Una història de l'educació social* (pp. 67-82). Barcelona: Editorial UOC.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: Ed. La Piqueta.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1973-1974)*. Madrid: Akal.
- Goffman, E. (1963/2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Juliano, D. (2003). Cultura y exclusión. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 19, 55-67. Barcelona: Institut Català d'Antropologia.
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa.
- Núñez, V. (2003, desembre). Entre la tecnociencia y el tecnopoder: el desafío de mantener abierta la pregunta acerca de las condiciones de producción de la Pedagogía Social y sus efectos. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 10, 2a. època, 111-122. Madrid: UNED.
- Pié, A. (2006). La pedagogía social instituida. A J. Planella i J. Vilar (Coord.), *La pedagogía social en la sociedad de la información* (pp. 115-162). Barcelona: Editorial UOC.
- Planella, J. i Vilanou, C. (2010). Compassió, pietat, hospitalitat i humanitat. Fonaments històrics i antropològics de l'educació social. A C. Vilanou i J. Planella (Coord.), *De la compassió a la ciutadania. Una història de l'educació social* (pp. 39-66). Barcelona: Editorial UOC.
- Roudionesco, E. (2009). *Nuestro lado oscuro. Una historia de los perversos*. Barcelona: Anagrama.
- Sánchez, G. i Andrés, T. (2003). El estudio de la historia para comprender el trabajo social. La ayuda al necesitado en la Antigüedad, de Oriente a Occidente. A A. T. Fernández i C. Alemán (Coord.), *Introducción al trabajo social* (pp. 22-49). Madrid: Alianza.

