

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República

El saber médico y la medicalización del espacio
social

Myriam Mitjavila

Documento de Trabajo N°33
1998



INTRODUCCION

Este documento forma parte de una investigación dirigida a examinar transformaciones recientes del saber médico en la sociedad uruguaya, particularmente en el campo de la salud materno-infantil. Dicho estudio se organizó en torno a la hipótesis de carácter general según la cual los cambios operados más recientemente en el conocimiento médico pueden interpretarse como resultados y elementos co-constructores de las dimensiones institucionales de la crisis de la modernidad en el momento contemporáneo. Desde ese punto de vista, se incorporó la cuestión del *riesgo* como concepto y como dispositivo que interviene fuertemente en la redefinición de las fronteras del saber médico, a través de procesos de medicalización de la vida social que implican la creciente y compleja colonización médica de nuevos dominios.

La primera parte del material que aquí se presenta contiene una discusión del problema de la medicalización de la vida social, especialmente en lo relativo al interés sociológico que el tema reviste y a las diferentes lecturas que el mismo admite. En segundo lugar, se revisan las tesis más aceptadas en las ciencias sociales sobre la medicalización de la vida, proponiendo una desconstrucción de las mismas, y sugiriendo un análisis alternativo sobre la base de una tipología de funciones sociales que la medicalización del espacio social estaría desempeñando. Finalmente, la tercera sección de este documento está dedicada al examen de las bases socio-profesionales de la colonización médica de la vida social, particularmente desde los siguientes puntos de vista: (i) la autonomía del saber médico; (ii) la autoridad y la legitimidad de la medicina en el mundo moderno, y (iii) las propiedades socio-técnicas de la actividad clínica, en términos de los fundamentos técnicamente autosustentados por la medicina para expandir sus competencias hacia los más recónditos intersticios del tejido social.

I. El saber medico y la medicalizacion de la vida social: relevancia del tema para la investigación sociológica

Con el término *medicalización*, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios (Menéndez, 1985).

En efecto, el acervo de investigación empírica disponible muestra cómo determinadas fases del ciclo vital -desde el nacimiento, pasando por el embarazo y el climaterio, hasta la vejez- se han convertido, desde la óptica de la medicina, en *factores de riesgo* (SINGER, 1981); también cómo determinados comportamientos en el área del consumo -tales como los referidos al alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco (MENÉNDEZ, 1987), y, aún, la evaluación de atributos individuales para el desempeño de roles sociales -como la expedición de certificaddos de aptitud para el trabajo, por ejemplo (FOUCAULT, 1976) -se han extensamente transformado en objetos de la práctica médica.

A pesar de tener menos de cien años de existencia, la medicina tecnico-científica logró obtener una preeminencia notoria basada fundamentalmente en su carácter de autoridad experta. Como ha señalado FREIDSON (1978: 23), esto significa que "(...) el conocimiento de la Medicina sobre la enfermedad y su tratamiento está considerado como autorizado y definitivo." Esta clase de posición de la medicina contemporánea

es análoga a las religiones de Estado del pasado: posee un monopolio que goza de aprobación oficial, consistente en el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad en los seres humanos.

La posición monopólica y la ampliación de las fronteras de la medicina es el resultado de un proceso histórico en el cual participaron factores de diversa naturaleza. No forma parte de este estudio ingresar en una sociología histórica del conocimiento y la práctica médicas. A los fines del análisis aquí propuesto, debe sí señalarse que la colonización de la vida social por parte de la profesión médica no constituye una marca de distinción que haya poseído siempre y de la misma manera. Constituye un registro prácticamente unánime de la literatura especializada la situación de profesionalización incompleta que caracterizaba a la medicina tecno-científica hasta el siglo XIX en los contextos para los cuales se posee información (FREIDSON, 1978; STARR, 1991).¹

Sin embargo, la importancia del fenómeno de la medicalización no reside exclusivamente en su amplitud. Será necesario, entonces, identificar sus trazos más significativos desde el punto de vista sociológico. En este sentido, es plenamente compartible la postura enfáticamente adoptada por Freidson para distinguir las dimensiones sociales de los fundamentos

¹ A título de ejemplo, Freidson (1978: 23) señala lo siguiente: "Durante la mayor parte del tiempo registrado no hubo una simple ocupación identificable como <medicina>, ya que existían muchas clases de curadores. Con el surgimiento de la universidad en Europa, la Medicina se convirtió ante todo en una <profesión erudita>. Llegó posteriormente a ser una verdadera profesión de consulta, y sólo recientemente logró el poder y la estabilidad que actualmente caracterizan su preeminencia."

propriadamente técnicos de conversión de segmentos problemáticos de la vida humana en objeto de conocimiento e intervención médicas:

"(...) no intento tratar las <causas> del conjunto de signos verificables y medibles empíricamente que a veces el médico llama enfermedad. Esa es, esencialmente, una cuestión médica. En cambio, intentaré tratar las <causas> que designan un conjunto de atributos, y no otro, como enfermedad, y las <causas> de la experiencia y conducta de gente que fue diagnosticada de un modo particular. Esta es una cuestión genéricamente sociológica." (FREIDSON, 1978: 210-211).

Desde una perspectiva genérica, el interés sociológico por el problema de la medicalización reside en su propiedad de expresar la tendencia del saber médico a revelar que *"(...) a saúde, a doença e o corpo começam a ter bases de socialização e, simultaneamente, convertem-se em instrumentos de socialização dos indivíduos."* (Foucault, 1976: 154).

Ese tipo de atributo se desarrolla gracias a la *función normalizadora* del saber médico -presente con mayor vigor en los *procesos* de medicalización que bajo condiciones estables o más completamente medicalizadas-, a través de un poder legitimado en función de objetivos explícitos (cura real o imaginaria), y de bases cognoscitivas de tipo técnico-científicas (MENÉNDEZ, 1984).

En ese sentido, para que alguna cosa pueda ser medicalizada es necesario que sea clasificada, evaluada, caracterizada en términos de normalidad-anormalidad. Así, normalizar implica *"(...)proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto a la*

salud... supone la inducción a practicar y concebir las relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos." (MENÉNDEZ, 1984:164).

El criterio de normalidad corrientemente empleado por el saber médico es de naturaleza axiológica y no estadística (CANGUILHEM, 1986).² En esa dirección, se puede afirmar que el conocimiento y la práctica médicas instituyen normas. Esto indica que la medicalización de un objeto cualquiera no depende de su carácter estadísticamente desviado, aunque tal situación se presente como contingente. En este sentido, puede suscribirse la siguiente afirmación de Freidson (1978: 210):

"Debo insistir en que, al igual que el derecho y la religión, la profesión de Medicina utiliza criterios normativos para seleccionar lo que le interesa, y en que su trabajo constituye una realidad social que es distinta (y a veces virtualmente independiente) de la realidad física."

Ahora bien, la noción de medicalización habitualmente se plantea en un nivel de generalidad tan alto que su desagregación analítica y operacional se torna dificultosa y compromete, en consecuencia, su propia fecundidad heurística. Es necesario, pues, estimar su potencial interpretativo,

² Canguilhem (1986) sostiene que el término *normal* tiene dos acepciones que habitualmente se confunden en los campos de la biología y de la medicina: (i) como hecho, regularidad o frecuencia estadística y (ii) como valor conforme a normas. La imputación de normalidad/anormalidad en el primero de esos sentidos derivaría del término *anomalía*. Etimológicamente la palabra griega *an-omalos* indica algo desigual, aspereza, irregularidad. Designa un hecho descriptivamente. En anatomía refiere a lo insólito, lo desacomunado o, en lenguaje más técnico, la desviación estadística.

A su vez, el sentido normativo o valorativo de normalidad, estaría asociado a la expresión *anormal* cuyo origen puede encontrarse en el latín bajo el término *a-nomos*. Este significa ley, es un vocablo apreciativo y, por lo tanto, normativo. Por regla general, la generalidad observable de hecho adquiere el valor de una perfección realizada, esto es, de un tipo ideal que se convierte en el patrón de medida que emplean las disciplinas bio-médicas para identificar problemas e intervenir sobre la vida humana.

problematizando las relaciones conceptuales que el término medicalización pueda contener.

Al respecto, Crawford (1980) atribuye dos acepciones a la noción de medicalización: una que se refiere a las funciones de sustitución y de complementariedad con otras competencias institucionales, y otra que da cuenta de la expansión de la medicina, apelando a criterios de prevención.

La primera se refiere a la creciente intervención de la medicina sobre un amplio sector de lo que se suele denominar “conductas socialmente desviadas”, las cuales eran exclusivamente, en el pasado, objeto de abordaje por parte de otras esferas institucionales como, por ejemplo, el derecho y la religión.

Para Freidson (1978), ese aumento de las conductas y atributos designados y tratados como enfermedades y anormalidades ha sido a costa de un debilitamiento de su designación en términos de crimen y pecado. Simultáneamente, este proceso ha significado una pérdida relativa de jurisdicción de las instituciones tradicionales de control en los campos del derecho y la religión. Efectivamente, el carácter estratégico de la medicalización de la vida social residiría en la temprana focalización de formas graves de desviación, dejando a las otras instituciones lo que Freidson (1978: 252) considera "(...) un residuo de transgresiones esencialmente triviales o escasamente técnicas." El resultado puede ser ponderado en los siguientes términos:

"Lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado y aun pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad, y la política social pasó a adoptar una perspectiva adecuada a la imputación de enfermedad. Las cadenas se rompieron y por todos lados el profesionalismo de la salud se erigió para legitimizar la reivindicación de que la conducta adecuada ante la desviación es el <tratamiento> en las manos de una profesión responsable y diestra."

El segundo sentido que Crawford atribuye al término medicalización indica la ampliación del espectro de problemas sociales que son codificados en términos de salud y enfermedad. Se destaca aquí el carácter de norma invasora que los mismos representan para la vida cotidiana de los individuos, a medida que la mayor parte de las facetas de la misma (alimentación, ocio, trabajo, etc.) pasan a ser juzgadas desde ese ángulo.

Así, por ejemplo, la participación del saber médico en la modelización contemporánea de *estilos de vida*, constituye una ventana apropiada para visualizar las bases sociales y los resortes institucionales de la medicalización del espacio social. Para los fines de la presente investigación, este segundo sentido o dirección de los procesos medicalizadores se convierte en foco privilegiado de todo el análisis de la problemática escogida, tanto a nivel conceptual como de sus referencias empíricas.

Resulta igualmente interesante destacar que la complejidad derivada de la multiplicidad de significados atribuidos al término medicalización permite inicialmente identificar en él la presencia de una doble virtualidad: la cuestión de la medicalización adquiere igualmente relevancia en condiciones de ser tratada como una variable dependiente como

cuando adopta el papel de variable independiente, capaz de explicar el comportamiento de otras variables sociológicas.

Desde el punto de vista de los factores que históricamente han impulsado procesos medicalizadores de lo social, la literatura sobre el tema tiende a privilegiar aquellos asociados a las necesidades experimentadas por la sociedad de ejercer un control sobre los individuos, en el cuerpo y con el cuerpo. Es en ese mismo sentido que Foucault (1977: 5) señala que, para la sociedad capitalista, desde el inicio del siglo XIX, "el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica".

Los fundamentos sociopolíticos de ese tipo de función de la medicina pueden ser hallados en tres tipos de fuentes. En primer lugar, la medicalización de problemas relativos a las condiciones de vida de los sectores socialmente subordinados han constituido, en todas las sociedades capitalistas, un mecanismo facilitador de la reproducción social de la fuerza de trabajo (DONNANGELO, 1979; MITJAVILA, 1989).

En segundo término, la normatización medicalizadora es un pilar de la *economía política de la medicina*, en la medida que "la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros" (FOUCAULT, 1976: 165).

Finalmente, la medicalización a través del saber médico representa un campo propiamente socializador, en términos de legitimación de elementos de los universos simbólicos que integran un sistema de dominación (BERGER E

LUCKMANN, 1983). La investigación empírica en torno a este tema tiende a acumular resultados en ese sentido, especialmente en las áreas de institucionalización de roles basados en desigualdades sociales como las étnicas y las de género (FITZPATRICK, 1990; MARTIN, 1992).

II. (Des) construcción de la noción de medicalización

Probablemente, la interpretación más difundida y de mayor influencia sobre el problema de la medicalización de las sociedades modernas se encuentre representada en el libro de Iván Illich, *Némesis Médica*. En él se encuentran las bases de lo que puede ser tipificado como el conjunto de tesis más arraigado en el pensamiento social sobre la medicalización de la vida humana. Entre sus rasgos más destacables, se encuentran las siguientes afirmaciones:

(a) *La medicalización de la vida es socialmente iatrogénica*,³ o sea, produce efectos única o predominantemente negativos, a nivel de las condiciones de salud de los individuos. Para Illich (1987:171), por ejemplo, el carácter iatrogénico de la medicalización posee tres dimensiones: *clínica* -manifestada en la sustitución de las capacidades naturales u orgánicas por la administración heterónoma de la salud; *social* -involucrando la pérdida de control, por parte de los sujetos individuales y colectivos, tanto de sus condiciones internas como de aquellas referidas al medio ambiente; y, finalmente, *cultural* -registrándose cuando la medicina socava en los individuos la capacidad para aceptar el sufrimiento como parte de la vida.

3 La palabra *iatrogenia* proviene de los términos griegos *iatrós* -que se refiere a la actividad de la medicina, del médico y del remedio) y *genesis* (que significa origen, evolución). Especialmente en el campo profesional de la medicina, suele designarse como iatrogénico a todo proceso patológico o consecuencia negativa de la intervención médica realizada con fines diagnósticos o terapéuticos.

(b) *La medicalización impide el ejercicio directo del autocuidado*, como resultado del establecimiento del monopolio del arte de curar por parte de los médicos, inhabilitando a los individuos para practicar el autoconocimiento y la autointervención terapéutica (Illich, 1987: 13-17). Por ejemplo, la medicalización de las fases del ciclo vital (gestación, nacimiento, infancia, adolescencia, etc.) supone una creciente sustitución de los saberes y prácticas profanas por los criterios del saber y la práctica médicos (Lasch, 1991: 138-39).

(c) De esta manera, *la medicalización se expande y penetra uniformemente la totalidad del tejido social*, mediante la estandarización del conocimiento y de la intervención sanitarias. De acuerdo con las tesis más aceptadas, se trataría de un fenómeno lo suficientemente abarcador como para tornar universal y prácticamente inevitable la exposición de los sujetos sociales a los procesos colonizadores de la medicina.

En rigor, se podría admitir que esas tres proposiciones son parcialmente acertadas, ya que nadie puede negar que, en el mundo contemporáneo, la medicina penetra los más recónditos espacios de la sociedad, como si nada pudiese escapar a la mirada y a la intervención médicas. Por otra parte, los procesos de racionalización, burocratización y desarrollo tecnológico de la atención a la salud suelen ser evaluados en términos de una oferta de servicios fuertemente estandarizada, en el marco de contextos que ya no estarían en condiciones de contemplar las necesidades individuales ni las respuestas diagnósticas y terapéuticas a las mismas.

No obstante, dirigiendo una mirada más atenta a las bases institucionales y a los contextos socio-históricos de ese tipo de atributos de la práctica médica, se puede llegar a conclusiones diferentes y, de alguna manera, opuestas a las tesis corrientes: (a) los efectos iatrogénicos de la práctica médica no derivan exclusivamente de atributos intrínsecos de la profesión, sino de la compleja red de factores que configuran su autonomía relativa para desarrollar conocimientos e intervenir sobre la vida social; (b) el autocuidado es un componente clave de las estrategias medicalizadoras, y se encuentra impulsado por la emergencia de nuevas condiciones institucionales que experimenta la modernidad tardía, a través del desarrollo de una reflexividad orientada a la individualización de los riesgos para la salud; (c) la medicalización de la vida es expansiva, pero heterogénea en términos de su intensidad, de la distribución de los objetos y de las estrategias que la organizan.

De ahí la importancia de examinar las *estrategias médico-sanitarias*, entendidas como las orientaciones del saber y la práctica médicas, caracterizadas por la focalización de problemas o de situaciones codificados en términos de salud individual y colectiva, a través de modelos y dispositivos funcionalmente ligados a otras áreas del espacio social.

Desde ese punto de vista, los procesos de medicalización pueden entonces ser analizados según el tipo de estrategia que articula el saber y la práctica médicos con esferas institucionales más amplias.

De acuerdo con ese criterio, pueden ser identificados tres tipos de estrategias sanitarias: *punitivas*, *arbitrales* y *socializadoras*.

El desarrollo de *estrategias punitivas* en el área de la medicina comprende el conjunto de prácticas técnico-políticas dirigidas a la aplicación de sanciones -fundamentalmente mediante mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento- a determinados sectores de individuos portadores de “conductas socialmente desviadas” o que representan algún tipo de amenaza o riesgo social. Ese tipo de estrategia fue, por ejemplo, ampliamente desarrollado en contextos socio-históricos que provocaron el surgimiento, como una de sus expresiones más paradigmáticas, de los manicomios modernos.

Por otro lado, las *estrategias de tipo arbitral* se refieren al universo de procedimientos cuyo principal propósito es la emisión de juicios o pronunciamientos sobre atributos individuales de naturaleza diversa (aptitud laboral, responsabilidad penal, etc.). Se trata de intervenciones que acostumbran tener como resultado la habilitación o la restricción de los sujetos para tener acceso al desempeño de roles y a una amplia variedad de condiciones sociales. Las pericias forenses y la expedición de certificados de aptitud laboral constituyen claros ejemplos del desarrollo de las estrategias arbitrales de la medicina en las sociedades modernas.

Finalmente, la expresión *estrategias socializadoras* remite al conjunto de mecanismos que representan el sustrato institucional de lo que Foucault (1976) designa como *somatocracia*. Esa noción es empleada por él para referirse al tipo de vigilancia panóptica que practica el Estado, a nivel de los individuos, sobre y desde el propio cuerpo, con la finalidad de regular sus conductas. La condición de viabilidad de ese tipo de estrategia -la más extendida forma de control social en la modernidad- está asociada al protagonismo de la *disciplina-mecanismo* (FOUCAULT, 1987), entendida como un tipo de relación social basada en la existencia de parámetros para el ejercicio de la libertad individual que son construídos a partir de coerciones sutiles o, dicho de otra manera, de una exterioridad supuestamente internalizada o internalizable.

Es necesario advertir que esta tipología de estrategias no pretende identificar correspondencias empíricas estrictas, ya que está concebida con fines analíticos, en el sentido de facilitar la interpretación de procesos sociales que posiblemente contengan elementos de más de una de las estrategias arriba señaladas.

La tipología es apenas un instrumento para la orientación del análisis. En esa dirección, se intenta contribuir a la identificación de nuevos perfiles de las estrategias medicalizadoras. Así, en condiciones de modernidad tardía, pueden percibirse algunas tendencias como las siguientes: (a) coexistencia de dos o, aún, de los tres tipos de estrategias medicalizadoras; (b) declinación relativa de las estrategias punitivas; (c) ampliación del universo de objetos

y de los ámbitos de desarrollo de las estrategias arbitrales de la medicina; (d) diversificación de las estrategias sanitarias de naturaleza socializadora.

- Además, la lógica del riesgo -esto es, la justificación de la intervención médica en nombre de la probabilidad y no de la certeza de que ocurra un daño en la salud- estaría estimulando el desarrollo de *estrategias socializadoras de naturaleza predominantemente intelectual* en los procesos de medicalización de la vida humana. Basadas en la reflexividad que el dispositivo del riesgo promueve, esas estrategias se caracterizan por intervenir en la socialización de los individuos mediante formas de interacción que privilegian el *autocuidado*. Con todo, puede hipotetizarse que las modalidades y los grados de inserción de ese tipo de estrategias no son ni generalizados ni homogéneos. Con certeza, hoy ya no estamos asistiendo al protagonismo de las consignas normatizadoras en los mismos términos que orientaron el disciplinamiento de los *cuerpos dóciles* que Michel Foucault brillantemente analizó en *Vigilar y Castigar*.

No constituye el cometido de este documento analizar las transformaciones operadas en las estrategias medicalizadoras en sí mismas. Lo arriba señalado apunta a indicar apenas su naturaleza procesual. Lo que sí se pretende es examinar las bases socio-institucionales en las cuales descansan y a partir de las cuales se desarrollan las tendencias a la progresiva expansión de los dominios del saber médico, asunto en el cual se centra la siguiente sección.

III. El campo médico-sanitario: bases socio-profesionales de la medicalización del espacio social

La medicina contemporánea se caracteriza por un alto grado de complejidad. Se trata de una complejidad de origen multidimensional, en la cual pueden identificarse como fuentes relevantes, las siguientes: (i) una importante división jerárquica del trabajo; (ii) una creciente especialización funcional de las esferas que la componen, y (iii) un conjunto de conexiones también complejas con otros aparatos institucionales, tales como los órganos de gobierno, los organismos internacionales y las principales agencias estatales vinculadas a la gestión de problemas sociales.

Una de las derivaciones de esa complejidad para el análisis sociológico es la dificultad para identificar los principales ámbitos y agentes que participan en la institucionalización de las prácticas discursivas y no discursivas que organizan la colonización médica de la vida social. En virtud de su creciente complejización, el saber médico se ha diversificado respecto a su naturaleza, sus objetos, su organización social y sus condiciones de circulación y aplicación. En este sentido, saber médico y ejercicio de la medicina como profesión no pueden ser considerados como sinónimos. Indudablemente, esta última constituye un momento fundamental en la creación del primero; pero la medicina moderna ha logrado establecer lo que se podría definir como *campo médico-sanitario*. Se entiende por tal al espacio social conformado por las esferas de conocimiento experto (medicina clínica, epidemiología, salud pública, medicina social, y otras disciplinas bio-

médicas y sociales) que organizan los discursos y las prácticas de agentes socialmente legítimos en los niveles científico, técnico, político y administrativo de la gestión de segmentos problemáticos de la vida social en términos de salud y enfermedad. Debido a su composición heterogénea en materia de competencias, de agentes y de intereses, este campo -como otros- está en permanente construcción, siendo al mismo tiempo un resultado y un elemento co-constructor de las formas mediante las cuales las instituciones sociales resuelven problemas fundamentales ligados a la gestión de lo social. Esa misma heterogeneidad significa la convivencia generalmente conflictiva de discursos y prácticas que disputan su imposición al interior del propio campo, así como en sus intersecciones y conexiones con el resto del tejido social.^{4 5}

Obviamente, el saber médico no es el único tipo de saber que participa en la construcción del campo sanitario, así como tampoco es el único que forma parte de las estrategias discursivas de la medicalización de la sociedad. No obstante, su preeminencia es tan marcada que resulta un hecho incuestionable para los estudiosos del tema. Debido a este protagonismo y a sus consecuencias sociales, es conveniente detenerse en el papel que desempeñan algunos rasgos estructurales del saber y la práctica médicas en la construcción de las fuentes institucionales de la medicalización de objetos

4 En este sentido, la noción de *campo* aquí empleada es en gran medida tributaria de la formulada por Pierre Bourdieu para dar cuenta de espacios socialmente significativos no reductibles a aparatos institucionales o a profesiones. Desde esa óptica, todo campo se define, entre otros atributos, por la disponibilidad de un *capital social*, así como por "(...) suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas invariantes revestem formas específicas." (BOURDIEU, 1983: 122).

5 La adopción de ese punto de vista se traducirá, en el marco de este trabajo en el uso indistinto de los términos medicina y campo médico-sanitario, reservándose la expresión profesión médica para una acepción más restringida que de cuenta de los ejercientes de la profesión, sus discursos y sus prácticas en cuanto tales.

sociales. Los aspectos de la medicina moderna que desde ese punto de vista serán aquí analizados corresponden a fundamentos medicalizadores que pueden hallarse en tres tipos de fuentes: (i) la autonomía del saber médico; (ii) las características del poder y de la autoridad médicos; (iii) la naturaleza técnica de la medicina, especialmente en lo relativo a las condiciones de producción/aplicación del conocimiento de los problemas que se codifican en términos de salud y enfermedad.

3.1 La autonomía del saber médico: licencia para medicalizar

Si hay algo que constituye un rasgo distintivo del saber y la práctica médicos es su autonomía. Vale la pena detenerse en el examen de lo que ello significa para la ampliación del campo de objetos de la medicina.

La autonomía del saber médico tiene origen en su carácter radicalmente profesional. En efecto, estamos frente a una verdadera profesión cuando determinada ocupación goza de una legítima autonomía organizada, ya que "(...) una profesión es diferente de otras ocupaciones porque se le ha dado el derecho de controlar su propio trabajo." (FREIDSON, 1978: 83). Dos elementos deben subrayarse en esta definición: en primer lugar, el hecho de tratarse de una autonomía concedida *deliberadamente* por la sociedad, y en segundo término, su alcance en términos del derecho exclusivo para determinar quienes pueden legítimamente ejercer su trabajo y cómo debiera realizarse éste.

Pero debe señalarse que se trata de una autonomía que no es una mera concesión gratuita por parte de la sociedad. No consiste en un atributo natural o estable, sino en una propiedad socialmente construída. Transportando para este dominio la perspectiva adoptada por Bourdieu y Passeron (1982) para estudiar el sistema educativo, se puede definir la autonomía como la capacidad de réinterpretar las exigencias externas en función de las chances históricas de la medicina para desarrollar sua propia lógica. En otras palabras, la autonomía relativa de la medicina para intervenir sobre la vida social deriva de los grados de libertad que aquellas exigencias admiten (MITJAVILA, 1992).

Así, en los más variados contextos nacionales, la autonomía del saber y la práctica médicos ha históricamente implicado procesos de persuasión y negociación políticas que han culminado en el convencimiento socialmente generalizado de la necesidad e importancia de que se le conceda a la medicina tecnico-científica el privilegio de su autorregulación (FREIDSON, 1978: 94).

En el caso de la sociedad uruguaya, se observa ese mismo patrón en la construcción social de la autonomía del saber médico. Desde los orígenes de la instalación de la medicina tecno-científica, se aprecia una permanente y estrecha relación entre el Estado y la profesión médica. El primero ejerció tempranamente una importante tutela y control de la segunda, fundamentalmente a través de la creación de la Facultad de Medicina, durante el último cuarto del siglo pasado. Se trata de un momento fundacionalmente importante de la autonomía del saber médico, ya que repite la experiencia - ampliamente registrada también en otros ámbitos nacionales- de obtener un

espacio legítimo y exclusivo para desarrollar el conocimiento y el arte de curar (DOVAL & SERRA, 1990). Este tipo de proceso en la conquista de la autonomía es de naturaleza política y tiene importantes consecuencias también políticas para el ejercicio del saber y el poder médicos.

Se trata de una protección estatal que es, al mismo tiempo, un reconocimiento. Y una de las dimensiones estratégicamente más relevantes de ese reconocimiento ha sido la consagración del carácter monopólico del saber y de la práctica médicas.

En efecto, la autonomía técnica se convierte en la matriz a partir de la cual se desarrollan otros aspectos de la soberanía médica, entre los cuales se encuentran la eliminación y el control de otros saberes y de otras prácticas terapéuticas, sean éstas pre-existentes o de eventual aparición.

Ese carácter monopólico le ha permitido al saber médico su extensión y desarrollo más allá de las fronteras técnicas de la identidad profesional que le dio origen. El primero de los territorios conquistados ha sido, sin duda, lo que aquí se ha definido como *campo médico-sanitario*. Las luchas por la imposición de la racionalidad y el poder médicos en el espacio social de la atención a la salud frente a otros saberes y otras prácticas se han registrado en innumerables investigaciones sociohistóricas dedicadas al origen de la medicina moderna (BARRAN, 1992; FREIDSON, 1978; ROSEN, 1980; STARR, 1991). En Uruguay, a diferencia de otros países como, por ejemplo, Estados Unidos, no se han procesado conflictos de elevada magnitud entre la

medicina tecno-científica y otras modalidades de curación.⁶ Estas adquirieron precozmente un estatus marginal, manteniéndose fuera del campo médico-sanitario oficial o permaneciendo en su interior de forma subordinada al saber y al poder médicos.

En efecto, además de las ocupaciones desterradas o confinadas a un segundo plano por la medicina, existen otras que proporcionaron siempre servicios relacionados con la curación y que, en el caso de no ser controladas, ofrecen seria competencia al saber médico, como sería el caso de la farmacia. La solución fue, y sigue siendo, obtener del Estado el control sobre las actividades de esas ocupaciones, tanto para limitar su radio de actividad como para supervisarlas o dirigir las. El resultado fue la delimitación del campo legítimo del saber y la práctica médicas. De este modo, "(...) el Estado, simultáneamente, convirtió en ilegal la competencia de otros trabajadores con los médicos y otorgó a éstos el derecho a dirigir las actividades de las ocupaciones afines (...)" (FREIDSON, 1978: 61). Una vez obtenida la autonomía técnica y a partir de ésta, la medicina adquiere una serie de privilegios que le otorgan una fuerte ventaja en otras esferas de la práctica. Tiene influencia sobre aspectos del trabajo que no son técnicos, pero que forman parte de la división social del trabajo en el campo sanitario (FREIDSON, 1978: 59).

6 Una excepción sería, hasta cierto punto, la relación de la medicina tecno-científica con la homeopatía. Esta última tenía una fuerte inserción en la sociedad uruguaya del siglo XIX, manteniendo una cátedra (integrada por médicos y por idóncos) en la Facultad de Medicina hasta su clausura en 1925. De cualquier manera, el Estado uruguayo mantuvo, junto a una actitud de concesión del monopolio de curar a la medicina tecno-científica, una relativa tolerancia frente a otros saberes. Existen indicios que revelan zonas de legitimidad de la homeopatía, como por ejemplo, la permanencia de los homeópatas no médicos durante un largo período en las listas de personas autorizadas a retirar vacunas (BUÑO, 1986). Más recientemente, esa ambivalencia se mantiene bajo formas renovadas, ya que las concepciones homeopáticas han ganado terreno entre los médicos con formación alopática, lo cual revela, al mismo tiempo, un triunfo de la medicina tecno-científica al subordinar técnica y socialmente ciertas "medicinas alternativas" (MACIEL, 1997).

Pero las relaciones entre medicina y sociedad tienden a exhibir recientemente nuevas características así como la permanencia de aquellas que constituyen sus marcas de nacimiento. Forma parte, precisamente, de los objetivos de la investigación en la cual se inscribe el presente trabajo construir al menos una región del mapa de esas transformaciones, partiendo de la hipótesis de que *la orientación de las estrategias medicalizadoras del espacio social resulta, en parte, de las condiciones de desarrollo de la autonomía de la profesión médica.*

Estas pueden ser observadas en la capacidad de la práctica médica para articular y controlar fuertemente las esferas de la producción y aplicación del saber que ella misma produce (BECK, 1992: 206).

Se trata de condiciones que operan en la propia base de la arquitectura del saber médico, caracterizada por el desempeño simultáneo de competencias profesionales en las áreas científica, técnica, administrativa y política de la vida social moderna. El establecimiento de relaciones circulares entre esas esferas - aunque no lineales ni libres de conflicto - fue identificado en los orígenes mismos de la medicina moderna y manifestado en las condiciones de desarrollo de la clínica, de la epidemiología y de la salud pública (FOUCAULT, 1980; ROSEN 1980). Ese carácter circular y auto-instituyente de la medicina representa una licencia para el ensayo y la experimentación de sus innovaciones, integrando nuevos objetos a la mirada y la intervención médicas.

La colonización temprana de áreas estratégicas de la gestión de lo social por parte de la medicina uruguaya constituye un ejemplo paradigmático al respecto, permitiendo así identificar al menos una parte de las raíces estructurales de los procesos contemporáneos de medicalización del espacio social. Se trata de una inserción progresiva, que se ha suscitadamente caracterizado en los siguientes términos:

"<La clase médica> logró primero el control de las autoridades estatales que regían la salud, luego lo obtuvo en los centros que la cuidaban, asilos, hospitales, sanatorios; en tercer lugar, pudo controlar ámbitos claves de la beneficencia pública. La beneficencia católica, que antes había regido el espacio hospitalario se vio desplazada no solo de éste, sino también de su escenario propio: la caridad." (BARRAN, 1993a: 164).

Como acertadamente lo anotara Starr (1991: 43), "la reforma médica de la conducta moral ocurrió al mismo tiempo que la ampliación del Estado en la vida privada". En última instancia, este tipo de proceso se apoya en los cambios generales que afectaron las bases culturales del mundo moderno y en el crecimiento del Estado benefactor (STARR, 1991). Un ejemplo interesante en ese sentido puede observarse en las orientaciones ideológicas y corporativas de los médicos en oportunidad de creación de las bases político-institucionales del sistema tutelar de atención a la infancia pobre en el Uruguay. En 1934 se crea el Código del Niño y el correspondiente aparato asistencial -Consejo del Niño. En una reciente investigación sociohistórica que procuró realizar una genealogía de la familia en el Uruguay, se consigna el papel estratégico del saber médico en la instalación de nuevos dispositivos de vigilancia y regulación de las familias pobres:

"Es interesante indagar el espacio social a partir del cual el Código se origina. ¿Quiénes integran la Comisión Asesora y Codificadora? Médicos y

abogados (...) Todos ellos vinculados al elenco político de manera colateral. Proviene de servicios asistenciales, con amplio reconocimiento por su abnegada labor por la modernización de los mismos. Son los cruzados de las ideas iluministas en un ámbito anteriormente impregnado de filantropía y beneficencia: médicos pediatras, especialmente. Aquellos que descubrieron al niño y a la familia pobre en sus prácticas más vergonzosas; por ejemplo, el abandono de los niños.

El saber médico y el jurídico se asocian para ordenar las nuevas lecturas de una sociedad en proceso de transformación y organizar nuevas reglas de convivencia. No es ajeno a ello el proceso de medicalización vivido por la sociedad uruguaya desde fines del siglo XIX. Evidentemente médicos con experiencia clínica pero también médicos como políticos, como asesores políticos." (DE MARTINO, 1995: 44-45).

En suma, la autonomía del saber médico no se reduce a la dimensión técnica. La autonomía es también una propiedad que opera en la coordinación del pensamiento y de la acción entre diferentes facetas de la medicina que involucran las áreas de la clínica, la epidemiología, la salud pública, la investigación, la enseñanza, y la defensa de intereses corporativos, para mencionar las más importantes. En ese sentido, resulta ilustrativo que las áreas político- institucionales responsáveis por el control normativo del ejercicio de la profesión médica, consagren las mejores condiciones imaginables de autonomía para la medicina, en el espacio de la clínica. Dos tipos de factores explicarían ese resultado: (i) se trata de un control efectuado por los mismos agentes que son los objetos del control (en el sentido de ser también ellos médicos), y (ii) el propio control es un mecanismo de incitación a la autonomía, en la medida que generalmente exige del médico el desempeño de ciertas competencias en condiciones poco definidas o padronizadas. Así, por ejemplo, las normas que regulan la atención materno-infantil en el Uruguay desde 1988 instituyen una amplia gama de competencias de los médicos pediatras y obstetras ("controlar", "documentar",

"categorizar", "pesquisar", "prevenir", "tratar", "clasificar" y "educar" a los individuos y a la población meta) en áreas que trascienden el cuerpo individual y remiten a estructuras y procesos sociales (condiciones psicoafectivas, estructura y funcionamiento de la familia, condiciones socioeconómicas y culturales, ejercicio de la maternidad, etc.) (MITJAVILA & ECHEVESTE, 1992: 30-31). Se trata de normas que establecen un claro y amplio mandato o licencia para medicalizar, pero que no regulan en lo más mínimo los contenidos y los instrumentos que la medicina debe emplear en el cumplimiento de dicho mandato.

3.2 Saber, Poder y Autoridad: legitimidad para medicalizar

Si, como fue discutido hasta ahora, la autonomía técnica y jerárquica del saber médico representa una licencia para medicalizar, debe tenerse en cuenta que la medicina también se autonomiza como fuente de poder, en el sentido más spenceriano de esta expresión. Las modalidades y las características específicas del ejercicio del poder médico revelan ya no sólo porqué se medicaliza sino de que manera y con que tipo de legitimidad.

Las ciencias sociales se han profusamente ocupado de analizar diversas facetas del problema del poder médico. Desde el punto de vista de los objetivos de esta sección, esto es, en tanto fundamentos de procesos medicalizadores, interesa detenerse en dos dimensiones : (i) las relaciones entre conocimiento y poder en el campo médico-sanitario, y (ii) las bases sociales de la legitimidad de la autoridad de la medicina en el mundo moderno.

3.2.1 Cuerpo, poder, saber: las facultades medicalizadoras de la clínica moderna.

Con relación a la primera de las dimensiones arriba señaladas, resulta de utilidad recurrir a la estrategia interpretativa de Michel Foucault para definir el espacio de producción de verdad en la ciencia moderna. Sus análisis de la psiquiatría y de la medicina, por ejemplo, abarcan lo que el término francés *savoir* designa en sentido más amplio que el de conocimiento erudito o especializado: indica conocimiento profundo y la existencia de un conjunto de reglas para la determinación de verdad o falsedad de los enunciados en un determinado dominio (HACKING, 1988).

Esta definición sugiere por sí sola la presencia de configuraciones de poder internas al propio dominio del pensamiento técnico-científico. En términos generales, Foucault sostiene que el poder no es algo anterior ni exterior al conocimiento, sino un elemento co-constitutivo de la producción de verdad en el mundo moderno. En este sentido, se torna particularmente válida para el análisis saber médico, la visión foucaultiana de que no existen dos tipos de datos, "conocimiento" por un lado y "poder" por el otro (HACKING, 1988).⁷

⁷ Esta distinción no debe conducir al error de suponer -como muchas veces se observa entre algunos intérpretes- que para Foucault saber y poder constituyen la misma cosa. El propio autor trata de aclararlo cuando lhe atribuem ter "dito que o saber confunde-se com o poder, que o saber sao é mais do que uma frágil máscara que encobre as estruturas de dominação e que, por sua vez, estas últimas implicam sempre opressão, reclusão, etc (. .) Se houvesse dito ou desejado dizer que o saber é o poder, teria dito e uma vez feito isto não teria nada para acrescentar, já que indetificando-os não vejo porque esforçar-se para mostrar suas diferentes relações. Precisamente tentei elucidar como certas formas de poder que pertencem ao mesmo tipo podem dar lugar a saberes extraordinariamente diferentes no seu objeto e na sua estrutura." (FOUCAULT, 1991a: 238-239).

Esa perspectiva internalista del poder médico se apoya en clases de argumentos: una proveniente de lo que el ejercicio del poder representa desde el nacimiento y durante el posterior desarrollo de la *clínica* como instancia fundamental de producción del saber médico, y otra asociada a la articulación de este saber con dispositivos de poder que lo trascienden.

En efecto, el nacimiento de la clínica moderna implicó un conjunto de transformaciones al interior de la propia medicina. Esos cambios constituyen marcas de nacimiento que, en buena parte, el saber y la práctica médicos transportan de manera casi imborrable hasta nuestros días y, lo que interesa a los fines del presente estudio, constituyen el capital que le permite solventar permanentemente innovaciones en materia de colonización de la vida social.

La clínica es la marca de identidad del pensamiento y la práctica médica. Es un tipo de *discurso* que supone una manera de recortar lo enunciable, apoyándose para ello en el el carácter "positivo" de la ciencia.⁸ Con la emergencia de la clínica las formas especulativas del saber ceden paso a la reorganización de este campo de conocimiento en función de nuevas maneras de descifrar la verdad sobre lo normal y lo patológico, sobre la salud y la enfermedad:

"(...) na clínica, *ser visto e ser falado* se comunicam de imediato na verdade manifesta da doença, de que é precisamente todo o *ser*. Só existe doença no elemento visível e, conseqüentemente, enunciável." (FOUCAULT, 1980:108)

⁸ Como señala Foucault (1980: 226-227) el término *positivo*. "(...) deve ser tomado aqui em sentido forte. A doença se desprende da metafísica, do mal com quem, há séculos, estava aparentada, e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos (...) Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pôde se desprender da contranatureza e *tomar corpo no corpo vivo dos indivíduos*."

Pero, como el propio Foucault advierte, la clínica no es el resultado apenas de una reconstrucción epistemológica de la enfermedad. Se trata, fundamentalmente, de una forma de construcción del objeto que incluye una profunda reorganización del acto médico. Los componentes esenciales de esa reorganización residen en la indisociabilidad temporo-espacial de las instancias de producción y aplicación del conocimiento. La clínica nace y se desarrolla a expensas de una legítima manipulación del cuerpo individual, del cuerpo sano o enfermo, caracterizada por un acto en el cual la mirada y la intervención sobre el cuerpo forman una unidad indisociable. El cuerpo pasa a ser para la medicina lo que la naturaleza para el ser humano, ya que "(...) o observador lê a natureza, aquele que faz a experiência a interroga."⁹

Sobre esa base la medicina edifica lo que contemporáneamente conocemos como un complejo conjunto de conocimientos y formas de intervención sobre la vida humana, capaz de reunir simultáneamente una forma de experiencia y un método de análisis. Crea por esta vía una nueva manera de conocer que implica el ejercicio del poder sobre los cuerpos de los vivos y de los muertos.

El lenguaje cumple una función extremadamente relevante en la manera clínica de ver/enunciar/intervenir. De acuerdo con la descripción de Foucault (1980:130-131):

"(...) só se vê, de agora em diante, o visível, porque se conhece a Linguagem; as coisas se oferecem a quem penetrou no mundo fechado das palavras (...) agora se

⁹ Roucher-Deratte, *Leçons sur l'art d'observer*. Paris, 1807, p. 14. Citado por FOUCAULT (1980:122).

procura adquirir um domínio operatório sobre as coisas, por um justo uso sintático e uma difícil familiaridade semântica com a linguagem."

Es en ese sentido que la medicina, en tanto una forma de saber que es típicamente un producto y un motor de la modernidad, puede ser concebida como un conjunto de prácticas discursivas y no discursivas que configuran un campo que es simultáneamente de conocimiento y de dominación. Para indagar el rendimiento de esta propiedad respecto a la medicalización de la vida, se trata de examinar no sólo las normas morales y las verdades que la medicina moderna postula, sino también de identificar sus fuentes de poder desde una perspectiva internalista, trascendiendo el arraigado supuesto de que el poder opera sólo externamente, a través de la falsificación de lo verdadero (RAJCHMAN, 1987).

Efectivamente, la medicina, y especialmente la clínica, se han convertido en uno de los tipos de saber que se construyen a expensas de formas de coerción y de técnicas disciplinarias para la subordinación de los cuerpos. Foucault percibe en esta orientación de la constitución y el despliegue del saber excelentes condiciones para lograr el sueño de la Ilustración: una sociedad en la que todo es regulado, calculable, racionalizado y eficiente. El saber individualiza porque convierte a los individuos en casos, los cuales son *simultáneamente objetos de estudio y de poder*; son examinados, medidos, descritos, comparados, clasificados y juzgados (FOUCAULT, 1977).

Desde su nacimiento, la clínica contribuyó fuertemente a la institucionalización de formas de poder que suponen maneras no inmediatamente visibles de administrar tanto el cuerpo individual como el cuerpo social. Se convirtió en una de las figuras protagonistas de la corriente de administración moderna de la vida que Foucault (1991) define como *biopoder*, y que se caracteriza por el desarrollo de dos formas de poder: (i) una *anátomo-política del cuerpo*, a través de las disciplinas que atraviesan la totalidad del tejido social, y (ii) una *biopolítica de la población*, centrada en una gran variedad de controles e intervenciones reguladoras del bienestar, dirigidas a la población considerada como *cuerpo-especie*. A través de diferentes mecanismos, la medicina moderna experimenta tempranamente la experiencia de "(...) penetrar os corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de maneira cada vez mais global" (FOUCAULT, 1991:130).

Una de las experiencias más significativas al respecto ha sido el papel desempeñado por el saber médico frente a las grandes epidemias del siglo XVIII. En ese contexto se solidifica una parte considerable de las bases del poder político de la medicina moderna: el espacio médico, como señala Foucault (1980:34),

"(...) pode coincidir com o espaço social, ou melhor, atravessá-lo e penetrá-lo inteiramente. Começa-se a conceber uma presença generalizada dos médicos, cujos olhares cruzados formam uma rede e exercem em todos os lugares do espaço, em todos os momentos do tempo, uma vigilância constante, móvel, diferenciada."

La vigilancia epidemiológica y la salud pública desarrollaron los principales instrumentos de desenclave de la clínica de su territorio natal:

"O que constitui agora a unidade do olhar médico nao é o círculo do saber em que ele se completa, mas esta totalização aberta, infinita, móvel, sem cessar, deslocada e enriquecida pelo tempo, que ele percorre sem nunca poder detê-lo: uma espécie de registro clínico da série infinita e variável dos acontecimentos." (FOUCAULT, 1980: 32).

En suma, las diversas formas modernas del saber, especialmente científicas y técnicas, tienen una participación decisiva en la articulación de las dos dimensiones del biopoder -esto es, individual y poblacional, a través de diferentes dispositivos que convierten al cuerpo humano en un espacio socialmente estratégico. El saber médico es un componente esencial de este tipo de configuración moderna del poder. El principal síntoma parece ser su presencia casi infaltable en los más importantes dispositivos de dominación que instauró la modernidad: la prisión, la sexualidad, el manicomio, etc. En una perspectiva contemporánea, el presente estudio se propone precisamente argumentar que la medicalización del espacio social encuentra también en el *dispositivo del riesgo* un fundamento relevante.

Pero las bases de la expansión tanto cuantitativa como cualitativa de las fronteras del saber médico, no sólo se hallan, como hasta ahora ha sido analizado, en la autonomía de la práctica médica y en las condiciones anátomo políticas de su inserción social. Algunas señales significativas pueden también ser identificadas en el tipo de autoridad y en la legitimidad que el mundo social le otorga a la medicina como institución, aspecto del que se ocupará la siguiente sección.

3.2.2 Autoridad y legitimidad: fundamentos culturales del poder medicalizador

La medicalización creciente del espacio social no podría entenderse si no fuera por la doble condición que caracteriza al ejercicio del poder médico: la legitimidad y la dependencia. Ambas constituyen facetas de la *autoridad*.

Desde un punto de vista general, la autoridad implica la posesión o la pretensión que induce a confiar o a obedecer; significa al mismo tiempo tener el poder para usar la fuerza o la persuasión. Pero, como lo señala Arendt (1961:93), la fuerza implica el fracaso de la autoridad, mientras que la persuasión supone la existencia de cierta simetría fundada en un proceso de argumentación que deja a la autoridad en suspenso.

Si bien la perspectiva adoptada en el marco de la presente investigación es tributaria de la interpretación foucaultiana del poder, complementariamente se considera pertinente recurrir al aporte de Starr (1991) para dar cuenta del papel que la legitimidad y la dependencia juegan en la autoridad del saber médico, y sus derivaciones para la medicalización del espacio social.¹⁰

Mientras que la legitimidad descansa en la aceptación de la pretensión de obediencia, la dependencia se apoya en la previsión de las consecuencias desfavorables de la no obediencia. Pero lo que Starr señala es que, desde el punto de vista de esas dimensiones, las relaciones de autoridad generalmente

¹⁰ En la definición de autoridad empleada por Starr hay un apartamiento autoreconocido respecto al papel organizador de la noción de legitimidad que caracteriza al pensamiento de Weber y a la tradición weberiana en general.

no son fijas ni estables. De esta manera, puede existir pérdida temporaria de legitimidad con mantenimiento de la dependencia y a la inversa:

"De este modo, los pilares gemelos de dependencia y legitimidad introducen estabilidad en las relaciones de autoridad. Cuando una se debilita, la otra sube a la palestra, y de este modo la autoridad, como medio de control, es más fuerte y más confiable que la fuerza o la persuasión." (STARR, 1991: 24)

En efecto, la evidencia empírica disponible sugiere que el poder de la medicina para colonizar la vida social suele experimentar tanto la simultaneidad como la alternancia de los componentes *legitimidad* y *dependencia*, tratándose de configuraciones variables de acuerdo a los contextos involucrados. Cada una de esas situaciones proporciona condiciones favorables para los procesos medicalizadores, aunque impliquen estrategias y alcances diferenciados. La autoridad implicaría pues, una relación de tensión entre dependencia y legitimidad.

Así, por ejemplo, el sometimiento a la autoridad médica exclusiva o fuertemente basado en una relación de dependencia ha históricamente constituido una regularidad entre los sectores pobres urbanos. Como señala Starr (1991:36),

"(...) los miembros de las clases pobres y obreras suelen tener problemas de comunicación con los profesionales debido a sus diferencias en antecedentes lingüísticos y culturales. Como no comparten los mismos supuestos, es probable que sean reservados en su comunicación y que se sientan extraños y hostiles. Muchos de sus contactos con profesionales son involuntarios o tienen lugar en instituciones públicas, amén de que no poseen el control que proporcionan los medios financieros privados."

En el otro extremo, Starr reconoce la existencia de relaciones de autoridad basadas en la legitimidad y exentas de subordinación por dependencia. Para este autor, la definición clásica de Max Weber destaca, como la mayor parte de los conceptos corrientes de autoridad, la regulación de la acción. Así, para Weber *herrschaft* -traducido indistintamente como dominación o autoridad- es la probabilidad de que se obedezca un mandato reconocido como legítimo según las normas prevalecientes en una sociedad. Pero Starr entiende que existe otro tipo de autoridad que denomina *autoridad cultural*, susceptible de ser distinguida de la *autoridad social* definida en términos weberianos. La autoridad cultural "(...) se refiere a la probabilidad de que ciertas definiciones particulares de la realidad y juicios de significado y de valor prevalezcan como válidos y verdaderos." (STARR, 1991: 28)

Starr justifica la necesidad de esta distinción analítica -que involucra otra más problemática aún entre cultura y sociedad- en la importancia que debería atribuirse a ciertas formas de la cultura objetiva que involucran sistemas normativos y juicios eruditos o especializados, a través de objetos culturales o de productos de la actividad intelectual presentes o pasados. Desde este punto de vista, una obra científica y un texto religioso, por ejemplo, poseen autoridad cultural. En este caso, "(...) la autoridad puede ser usada sin ser ejercitada; comúnmente es consultada (inclusive por personas situadas en puestos de autoridad), quizá buscando resolver ambigüedades." (STARR, 1991:28)

Esta definición no deja de ser problemática porque, en el fondo, no hace más que remitirnos a lo que generalmente puede ser interpretados como

dimensiones simbólicas del mundo institucional (CASTORIADIS, 1989). Con todo, lo que interesa destacar a los fines del presente análisis es la importancia de la dimensión cultural del poder médico. El reconocimiento del saber médico como conocimiento calificado implica generalmente la aceptación de su autoridad cultural. Este tipo de autoridad es en muchas ocasiones la base a partir de la cual se reproduce y expande la autoridad social de la medicina. Un ejemplo de ello puede hallarse en el aceptación socialmente generalizada de la capacidad de la medicina para desempeñar lo que más arriba fue definido como *funciones arbitrales* del saber y la práctica médicas, y que Starr (1991: 29-30) describe en los siguientes términos:

"En su función de autoridades culturales, los médicos emiten juicios autorizados sobre lo que constituye enfermedad o falta de cordura, evalúan la actitud de las personas para desempeñar determinados trabajos, determinan la incapacidad de los heridos, certifican muertes, e inclusive valoran después de la muerte si la persona tuvo o no capacidad en el momento de hacer testamento. Estos juicios profesionales tienen consecuencias en tribunales, ante patrones y autoridades sociales en general. En estas situaciones, se supone que el médico debe concretarse a presentar los hechos; otras personas decidirán qué hacer al respecto (...) En este terreno, la autoridad médica es un recurso que sirve tanto al orden social como a la profesión y a sus clientes."

Sin embargo, en los últimos años se han pronunciado innumerables sentencias acerca del declinio relativo del prestigio social del saber médico, colocando en tela de juicio la existencia misma de la autoridad cultural de la medicina. Así, suelen invocarse fundamentos tales como el ocaso de la modernidad y el correspondiente debilitamiento de la razón técnica y científica, y otros que se apoyan en la crisis del Estado Benefactor, expresada en el desfinanciamiento y deterioro de la atención a la salud (BAYCE, 1993).

Pero lo cierto es que también existen fuertes indicios de que la autoridad cultural del saber médico goza de buena salud. En primer lugar, debe señalarse que, si se considera que el prestigio de la medicina como profesión es un indicador válido de la autoridad cultural del saber médico, prácticamente todos los estudios sobre el tema tienden a mostrar que la medicina se encuentra entre las actividades y profesiones socialmente más confiables y prestigiosas (BAYCE, 1993).¹¹ En segundo término, a pesar de la existencia de registros -no demasiado exhaustivos- que indican el resurgimiento o extensión de otros saberes y prácticas curativas (medicinas populares, naturistas, alternativas, neomágicas, etc.) y la consecuente formulación de pronósticos acerca de un descenso de la autoridad cultural de la medicina técnico-científica (BAYCE, 1993), otras informaciones no hacen más que ilustrar la confianza de las principales instituciones sociales de la contemporaneidad en el saber médico. Es en esa dirección que, a título de ejemplo, puede interpretarse la apelación a las funciones arbitrales de la medicina por parte de los actores políticos uruguayos, para utilizar como argumento en contra de la despenalización del aborto la definición bio-médica de cuando comienza una vida a partir de su instalación intrauterina (SANTA MARTA, 1997).

Tampoco debe soslayarse que la autoridad cultural de cualquier saber o práctica debe estar orientada al cumplimiento de valores esenciales para el

11 Los resultados de encuestas de opinión pública realizados a lo largo de las últimas dos décadas tanto en Estados Unidos (especialmente, las recopilaciones de surveys hechas por *North American Research Center* y los *Harris Surveys*), así como relevamientos efectuados en Uruguay (*Ogilvy & Mather* 1985; *Gallup Internacional* 1985, 1987 y 1992; *Equipos Consultores* 1986; *Data Notar* 1993) muestran pequeñas diferencias en cuanto al mantenimiento o pérdida relativa de prestigio atribuido por la población a la medicina. No obstante, casi todos los resultados tienden a coincidir en la permanencia de la medicina entre las tres o cuatro primeras posiciones de rankings realizados entre un número considerable de ocupaciones. (Informaciones citadas por BAYCE, 1993).

conjunto social: la salud cumple con ese requisito y es en nombre de ella que la medicina fundamenta su intervención sobre diversas facetas de la vida social (STARR, 1991).¹²

En síntesis, la autoridad es un atributo relevante del saber médico, especialmente si se le considera en su dimensión cultural. En ese sentido, la legitimidad de la medicina se convierte en un fundamento más de los procesos de medicalización del espacio social. Para sintetizar lo que ha sido hasta ahora planteado a ese respecto, como señala STARR (1991), la autoridad cultural de la medicina descansa en una serie de atributos entre los cuales se destacan el conocimiento y la competencia profesional validadas por la comunidad de pares; el hecho de que esos conocimientos posean fundamentos racionales y científicos; y la orientación del juicio e intervención médicas hacia un valor central como la salud. Obviamente, se trata de una autoridad que no se ejerce al margen de la sociedad. Esta le confiere a la medicina el mandato de diagnosticar, prevenir y corregir conductas desviadas. Es en función de esa autoridad cultural que la medicina desempeña el rol que Becker (1963) designa como <empresario moral>: la actividad médica participa en la creación de nuevas reglas que definen la desviación, al tiempo que la práctica médica refuerza esas mismas reglas a través de la identificación y tratamiento de los desviados (FREIDSON, 1978).

12 Únicamente con la finalidad de recordar la centralidad que ocupa la preocupación por la salud entre los uruguayos, debe tenerse en cuenta que diversas encuestas de opinión pública, como las periódicamente realizadas por *Equipos Consultores*, indican que el binomio <salud/educación> aparece constantemente como la tercera preocupación de los uruguayos, detrás de la desocupación y los bajos ingresos (BAYCE, 1993).

3.3 El saber como práctica: las bases socio-técnicas de la medicalización

Hasta aquí se han analizado fundamentos de la propensión medicalizadora -léase autonomía, saber/poder, y autoridad- que poseen en común haber sido contruídos en estrecha relación con instancias fundamentales de la estructura social. Pero la tendencia de la medicina a expandir sus fronteras no podría entenderse al margen de un análisis de la naturaleza propiamente técnica del saber médico, desde un punto de vista diferente al que fuera más arriba considerado: se trata de identificar fundamentos medicalizadores en la anatomía socio-técnica del acto médico en sí mismo y, especialmente, de lo que en ese sentido representa la *mentalidad clínica*. Su importancia es crucial para comprender a forte presença do juízo subjetivo como resultado do modelo que provem da clínica, como instância fundadora e dominante no saber médico. Nela, o ato médico é sempre intervenção técnica individualizada porque incide sobre cada indivíduo, a cada vez (Freidson, 1970), mediante um re-ajuizamento do conhecimento científico quanto à particularidade de cada caso examinado (SCHRAIBER, 1995).

Evidentemente existen diferencias estructurales muy profundas entre aquellos saberes que se inscriben en el campo de la ciencia y aquellos otros que su razón de ser consiste en una actividad profesional. Como acertadamente ha señalado Freidson (1978), esas diferencias tienen consecuencias mucho mayores que sus similitudes respecto a las formas en que ambos grupos se desarrollan y, especialmente, a las culturas profesionales

que construyen. Es en función de ese carácter técnico, es decir, de un conocimiento que se elabora para y a través de la intervención en la realidad, que se institucionaliza como parte de la mentalidad clínica lo que podría calificarse como una propensión ilimitada a la acción. Desde la perspectiva de Freidson (1978: 169-170):

"(...) de alguna manera la práctica de la medicina utiliza la ciencia; está orientada característicamente a aplicarla más que a crearla o a contribuir a ella. Verdaderamente, dado que su enfoque es la solución práctica de problemas concretos, está obligada a continuar aún o cuando carezca de fundamento científico para sus actividades: está orientada hacia la intervención prescindiendo de la existencia de conocimiento fiable."

En otras palabras, para la mentalidad clínica, *siempre es mejor hacer algo que no hacer nada*. En parte, se trata de una respuesta típica a la *incertidumbre*, elemento constitutivo del acto médico. Ello se debe a que, en el nivel clínico, el conocimiento se produce y se aplica a *individuos* más que a conjuntos o unidades estadísticas. Por lo tanto, aún disponiendo de conocimiento general, su aplicación al caso individual inevitablemente genera zonas de incertidumbre, y la reacción generalmente tiende a ser siempre la misma: intervenir. En otros términos, a la hora de fundamentar la elección de procedimientos diagnósticos o aún terapéuticos, el predominio de argumentaciones basadas en la *eficacia* siempre se impone respecto a otras, incluidas las que se apoyan en la eficiencia.

Esa propensión a la acción refleja un tipo de racionalidad según la cual es preferible imputar enfermedad que negarla o correr el riesgo de dejarla pasar o no notarla. Dicha tendencia a registrar desviaciones ha sido designada por Scheff *norma de decisión médica*, constituyendo para ese autor un

atributo que integra las bases cognoscitivas de todos los niveles del trabajo médico.¹³

Debe subrayarse que, a pesar del establecer condiciones favorables para la utilización de criterios subjetivos y particularistas, la *norma de decisión médica* no está denotando que el trabajo clínico no sea racional. Como advierte Freidson (1978: 177), se trata de una racionalidad diferente a la racionalidad científica:

"La racionalidad es un atributo significativo del médico actualmente, tal como lo fue entre algunos hipocráticos en la antigua Grecia. La racionalidad es particularizada y técnica; es un método de clasificar la enorme masa de detalles concretos confrontándolos con sus casos individuales. La diferencia entre la racionalidad clínica y la racionalidad científica es que la primera no es una herramienta para la exploración o el descubrimiento de principios generales, como lo es el método científico, sino que es sólo una herramienta para ordenar las interconexiones de los hechos hipotetizados y percibidos. Los <principios> se generan en el curso de la práctica médica pero son generalizaciones de la experiencia clínica, lo que es como decir generalizaciones de la experiencia personal y sistemáticamente tendenciosa."

Bajo esas condiciones, cabe preguntarse entonces que tipo de factor opera como elemento organizador de la percepción médica de la enfermedad en el espacio clínico. Sin ser el único, pero debido a sus consecuencias medicalizadoras para el mundo social, merece especial atención lo que Freidson (FREIDSON, 1978: denomina *experiencia de primera mano* o, lo que también de una forma más genérica puede entenderse como la *aproximación clínica* a los fenómenos codificados o codificables en términos de salud/enfermedad y normalidad/anormalidad. La manera clínica de observar/intervenir se edifica en torno a una actitud de elevada autoconfianza en el papel de la propia experiencia del médico y del uso de sus sentidos antes

13 Thomas J. SCHEFF, *Being mentally ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Publishing Co., 1966, p. 105-127.

Citado por Freidson (1978:257).

que en conocimientos abstractos y en el acervo académico. En ese sentido, parecen haber sido transportadas de manera casi intocada hasta nuestros días las definiciones sobre la naturaleza de la clínica que la propia medicina hacía cuando esta apenas nacía:

"(...) a prática, a manipulação se unirão aos preceitos teóricos. Os alunos serão exercitados nas experiências químicas, nas dissecções anatômicas, nas operações cirúrgicas, nos aparelhos. Ler pouco, ver muito e fazer muito."¹⁴

Si más arriba se señalaba que la propensión a la acción constituye un rasgo del saber médico que estimula su propia expansión, del mismo modo la *aproximación clínica* y la importancia que en ella juega el *conocimiento de primera mano* instalan formas elementales de estructuración de los discursos y de las prácticas medicalizadoras. En su oportunidad, serán descritas para la presente investigación las consecuencias de la *aproximación clínica* sobre las formas enunciativas que adopta el discurso en torno al *riesgo* como dispositivo medicalizador que opera a nivel de la salud tanto individual como colectiva. Bastará por ahora con anotar la generalizada resistencia del pensamiento clínico al desarrollo de argumentaciones y razonamientos basados en criterios estadísticos o en factores abstractos, a partir de un *habitus* fuertemente arraigado que vanagloria el papel del el conocimiento personal de la casuística y de la experiencia directamente sensible del médico. De esta manera, el ejerciente es sumamente proclive a enfatizar la idea de la *indeterminación* o de la *incertidumbre*, no la idea de la regularidad que domina el comportamiento científico (FREIDSON, 1978).

¹⁴ *Rapport de Foucault à la Convention, au nom des Comités de Santé publique et d'Instruction publique*, 7 de Fevereiro, ano III, p. 16.
Citado por FOUCAULT (1980: 79)

Ocurre, como se discutirá más adelante, que aún las facetas de la medicina que parecen estar más alejadas de la racionalidad clínica especialmente las perspectivas epidemiológica y de salud pública- están fuertemente influidas o, mejor aún, matriciadas por la manera clínica de construir socialmente la salud y la enfermedad. Así, como indica Freidson (1978: 275) hasta las investigaciones epidemiológicas y muchos de los estudios que pretenden analizar problemas de salud a nivel poblacional se caracterizan por transportar los esquemas de percepción creados y difundidos desde el espacio clínico:

"Todo lo que estos estudios harán será recoger información precisa acerca de la distribución de signos y síntomas que ya han sido designados enfermedades sobre la base de la experiencia de salas de consulta y la evaluación profesional."

Algunos signos de la aproximación clínica a los problemas de salud pública pueden hallarse en el tipo de fenómeno que FREIDSON (1978) designa como *sobreinformación de enfermedad*. Se trata de la circunstancia mediante la cual la medicina tipifica un problema de salud como más predominante y/o más grave que lo que sus evidencias objetivas posteriormente puedan mostrar:

"(...) igual que los oficiales del marco legal y otros empresarios morales tienden a hablar de <olas de crímenes> sobre la base de estadísticas sesgadas y poco representativas, del mismo modo los médicos tienden a comunicar <epidemias>." (FREIDSON, 1978: 274)

Hasta cierto punto, ese tipo de manifestaciones -que obviamente poseen también raíces socio-políticas, de acuerdo a lo que ya fuera señalado y que

serán retomadas más adelante- tiene origen en una propiedad del discurso clínico que se puede definir como una excesiva autoconfianza. Debido a la naturaleza de los problemas que se enfrentan, de manera semejante a otros saberes y prácticas que tratan con los aspectos más desgarradores y problemáticos de la existencia humana, la medicina suele ser proclive a considerar que sus conocimientos y habilidades la dotan de una sabiduría que carece de parangón respecto a la vida y a la naturaleza humana. De esta manera, los médicos acostumbran considerarse expertos, no sólo en los problemas para los cuales están entrenados, sino también respecto a todas las dificultades de los seres humanos. Desde este punto de vista, el elenco de objetos susceptibles de ser medicalizados se presenta como ilimitado.

Sin duda, esa autopercepción suele estar reforzada por la *autoridad cultural* de la que goza el saber médico, aún cuando la respetuosa recepción de las opiniones médicas por parte del mundo profano no discrimine entre lo que es funcionalmente específico de las competencias para las cuales es entrenado un experto en medicina y lo que no lo es (FREIDSON, 1978).

La clínica constituye pues un *núcleo duro* de los discursos y las prácticas medicalizadoras, ya que su importancia puede observarse en las diversas facetas y ámbitos de aplicación del saber médico. Es más, siguiendo a Foucault (1980), puede sostenerse que ha jugado un papel determinante en la arquitectura del conjunto de las ciencias humanas. La medicina moderna es al mismo tiempo un motor y uno de los testimonios más visibles que adoptan los dispositivos fundamentales del saber.

Prácticamente todas las características de las bases socio-profesionales del saber médico hasta ahora presentados remiten a rasgos relativamente estables de un tipo de saber que expande y diversifica su campo de objetos. Pero este ángulo de análisis resultaría explicativamente insuficiente para dar cuenta de la medicalización como *proceso*. En esa dirección, se entiende aquí que para ello y, en particular, para comprender adecuadamente la conversión del *riesgo* en un dispositivo medicalizador, se torna necesario explorar las cuáles son las condicioens institucionales que la experiencia de la modernidad tardía genera para la colonización médica de la vida social, asunto del cual se ocupará la segunda parte de este trabajo a presentar en un documento actualmente en preparación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARENDT, H. *Between Past and Future*. Nueva York: Viking, 1961.

BARRAN, J.P. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos (1) El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1992.

----- *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos (2) La ortopedia de los pobres*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1993.

BAYCE, R. El devenir histórico del poder y prestigio social del médico. In: Portillo, J. Rodríguez, J. *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan, 1993.

BECK, U. *Risk Society. Towards a New Modernity*. Londres: Sage Publications, 1992.

BECKER, H.S. *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. Nueva York: The Free Press of Glencoe, 1963.

BERGER, P; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 1983.

BOURDIEU, P. O campo científico In: Ortiz, R. (org.) *Pierre Bourdieu*. San Pablo: Atica, 1983.

BOURDIEU P; PASSERON, J.C. *A reprodução. Elementos para uma teoria do sistema de ensino*. , Río de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

BUNO, W. *Historia de la vacunación antivariólica en el Uruguay*. Montevideo: Banda Oriental, 1986.

- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI, 1986.
- CASTORIADIS, C. *La institución imaginaria de la sociedad. Vol. II El imaginario social y la institución*. Barcelona: Tusquets, 1989.
- CRAWFORD, E. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services* 10 (3): 365-387, 1980.
- DE MARTINO, M. Una genealogía de la familia uruguaya: familia y modernización en el Uruguay del 900. *Fronteras* (1): 17-53, 1995.
- DONNANGELO, M.: *Saúde e Sociedade*. Sao Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DOVAL, F; SERRA, J. *La profesión médica en el Uruguay*. Montevideo: mimeo, 1990.
- FITZPATRICK, R. *La enfermedad como experiencia*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología/Fondo de Cultura Económica, 1990.
- FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud* 10 (2): 152-169, 1976.
- *Historia de la medicalización. Educación Médica y Salud*, 11 (1): 3-24.
- *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitaria, 1980.
- *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI, 1987.
- *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI, 1991.

----- El interés por la verdad. In: Varela J; Alvarez-Uría, F. (Eds.) *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta: 185-195, 1991a.

FREIDSON, E. *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Alianza, 1978.

HACKING, I. La arqueología de Foucault. In: Couzens, D *Foucault*. Buenos Aires: Nueva Visión: 35-50, 1988.

ILLICH, I. *Némesis Médica*. México: Joaquín Mortiz/Planeta, 1984.

LASCH, C. *Refugio en un mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

MACIEL, G. *Nuevos perfiles de la medicina en Uruguay. El caso de los médicos homeópatas*. Montevideo: mimeo, 1998.

MARTIN, E. The end of the body? *American Ethnologist*, 19 (1): 121-140, 1992.

MENENDEZ, E. Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico. *Revista Paraguaya de Sociología* 21 (61): 153-171, 1984.

----- Estratificación social y condiciones de morbilidad. Algunas reflexiones sobre la crisis y la recuperación teórica de esta relación. *Desarrollo Económico*, (27):105, 1987.

MITJAVILA, M. *Movimientos sociales y políticas de salud en el Uruguay*. Ponencia presentada al II Congreso de ABRASCO. Sao Paulo, 1989.

----- Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización. *Cuadernos del Claeh*, 62: 37-45, 1992.

MITJAVILA, M; ECHEVESTE, L. *La medicalización de la reproducción humana*. Serie Investigaciones 64. Montevideo: CLAEH, 1992.

RAJCHMAN, J. *Foucault. A liberdade da Filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

ROSEN, G. *Da Policia Médica à Medicina Social*. Río de Janeiro: Graal, 1980.

SANTA MARTA, I. *Los discursos políticos sobre la despenalización del aborto en el Uruguay*. Montevideo: mimeo, 1987.

SCHRAIBER, L. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cadernos de Saúde Pública* 11 (1): 57-64, 1995.

SINGER, P. *Prevenir e curar: O control social através dos serviços de Saúde*. Río de Janeiro: Forense-Universitaria, 1981.

STARR, P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.