

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Licenciatura en Trabajo Social

La salud que todo lo contempla:
Medicalización de la sociedad, ¿necesidad o
imposición?

ELIZABETH BONINO SANDE

Tutora: Elizabeth Ortega

2014

Índice

Introducción.....03

Capítulo I

Estrategia teórico metodológica.....04

El proceso de medicalización de la sociedad en Uruguay.....07

Capítulo II

La disciplina médica reguladora: una mirada a la construcción lo normal y lo anormal en base al poder-saber.....13

El lugar de la tecnología y la sociedad para la medicina y la profesión médica.....22

Promoción y prevención: la salud como promotora del autocuidado.....27

Capítulo III

Consideraciones finales.....33

Bibliografía.....37

Fuentes documentales.....39

Introducción

El presente documento constituye la monografía de egreso de grado en la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR.

El tema que se ha seleccionado es la medicalización de la sociedad en sus aspectos correspondientes con: la noción de poder- saber y su vínculo con los conceptos de normal – anormal, la conexión entre medicina- sociedad y tecnología, y la promoción y prevención como promotoras del autocuidado en la actualidad.

Se trata de un estudio exploratorio que se desarrollará mediante un análisis aproximado a lo que la genealogía (en el sentido que Foucault aporta a este término) supone.

Para desarrollar el trabajo monográfico, en principio, se expondrá la estrategia teórico metodológica seleccionada, realizando luego un breve recorrido histórico del proceso de medicalización de la sociedad en Uruguay. En un segundo capítulo se trabajarán los aspectos ya referidos en el párrafo anterior sobre la medicalización con el objetivo de mostrar la extensión que la medicina ha tenido hacia esferas cada vez más amplias de la vida social. El estudio se orienta a repensar estos aspectos desde la difusión que poseen en medios que no son exclusivamente médicos pero que, sin embargo, brindan a la población información general que puede ser analizada desde este punto de vista.

El trabajo responde a una exposición acerca de los formatos del proceso de medicalización de la vida social durante el siglo XX, considerando formatos institucionales como lo es la profesión médica, buscando las raíces históricas de la actualidad de estos hechos.

En el último capítulo se expondrán las reflexiones finales, que recabarán lo trabajado en el documento, haciendo énfasis en la autonomía de la profesión médica y planteando interrogantes surgidas del análisis realizado.

Capítulo I

Estrategia teórico metodológica

Acorde a la temática seleccionada se pretenden estudiar los formatos institucionales actuales del proceso de medicalización de la sociedad. La relevancia de dichos formatos está vinculada a que incluso los procesos más elementales del individuo en sociedad son dependientes de las instituciones sociales. (Douglas, M., 1996) En este sentido, existen instituidos que no se cuestionan porque el pensamiento colectivo ejerce coerción sobre el individuo, de modo tal que le es imposible oponerse. Douglas (1996) utiliza el término institución como agrupación social legitimadora y entiende que el principio estabilizador de ésta es la naturalización de las clasificaciones sociales, naturalización que la inserta como parte del universo. Las instituciones, por tanto, se fundamentan en la naturaleza y la razón.

En el presente documento, la profesión médica será el principal formato institucional que se trabaje en relación con otros como son: la discapacidad, la mujer, las patologías psiquiátricas –lo normal y lo anormal-, los aspectos morales, la tecnología.

La **hipótesis o línea indagatoria** que guía el interés por la temática es la siguiente:

- Los procesos de medicalización de la sociedad han llevado a que se visualicen temáticas anteriormente externas al campo de la medicina, como propios, a través de la intervención de los medios masivos de comunicación.

Este campo se ha construido mediante tecnologías disciplinarias, que apuntan al individuo como tal, y tecnologías biopolíticas, dirigidas a la población como unidad. Tal como refiere Foucault (2006) estas últimas poseen mecanismos de control, tales como las estadísticas, pensando individuos en función de variables: la mortalidad, la fecundidad, la higiene, la enfermedad, son algunos de sus temas de interés.

Como se expondrá en el capítulo II, la construcción de lo normal y lo patológico ha atravesado la historia de la creación de estas tecnologías. Previo al siglo XIX, la pastoral cristiana definía qué era lo lícito y qué lo ilícito. Ya en el siglo XIX las

tecnologías comienzan a propagarse por todo el ámbito social y la influencia de la medicina se orienta a construir perfiles, surgiendo el “desviado” como nueva categoría. La sexualidad es fundamental en este proceso, generando la idea de dispositivo como una red que se establece entre un grupo homogéneo de cosas, ligando sexualidad e identidad. La creación del dispositivo tiene por función silenciar su relación con el poder – saber que siempre está y del cual no se puede escapar-, teniendo asimismo una fuerte connotación política. Una vez que el dispositivo es construido, se naturaliza: el poder médico, el psiquiátrico, el religioso, el policial, las instituciones educativas, fueron construyéndolo logrando así un proceso de homogeneización social. (Foucault, 2002) A esta noción de dispositivo, como se podrá visualizar en el desarrollo del presente documento, se vincula la medicalización de la sociedad en tanto ésta existe y se impone al individuo.

Ante la referida hipótesis y el planteo del problema de investigación, el **objetivo general** es:

- Rastrear y problematizar aspectos del proceso de medicalización de la sociedad -el vínculo medicina, tecnología y sociedad, la construcción del binomio normal- anormal/ patológico y la promoción y prevención en la actualidad- a través del análisis de los contenidos de un medio no médico de comunicación, de alcance nacional.

La **fuentes** que constituirá la base empírica del estudio será la revista *Paula*, de alcance nacional, que no es específica del área de la salud pero que sí posee, en su edición mensual, notas referidas a dicho campo. Se propone analizar las ediciones mensuales de la revista mencionada durante el período que transcurre entre enero de 2012 y julio de 2013.

La perspectiva teórico metodológica que se desarrollará para el análisis del objeto de estudio será la genealogía, en el sentido que Foucault (1992) asigna a ese término. Ello supone que no sólo se hará un recorrido histórico del proceso de medicalización, sino que se rastreará en las fuentes, a través del análisis de los discursos, aquellos aspectos que caracterizan los actuales procesos de medicalización de la vida social, los cuales fuesen referidos en el objetivo general.

Se trabajará desde lo que el referido autor menciona como “procedencia” por el contrario a la búsqueda del “origen”:

“Seguir el hilo complejo de la procedencia es, al contrario, conservar lo que ha sucedido en su propia dispersión: localizar los accidentes, las mínimas desviaciones --o al contrario los giros completos-, los errores, las faltas de apreciación, los malos cálculos que han dado nacimiento a lo que existe y es válido para nosotros; es descubrir que en la raíz de lo que conocemos y de lo que somos no hay ni el ser ni la verdad, sino la exterioridad del accidente.” (Foucault, M. 1992: 28)

Se considera, tal como establece Foucault, que la búsqueda de la procedencia permite encontrar lo heterogéneo dentro de aquello que se aprecia como homogéneo, las singularidades que hacen a los sucesos y hechos ser lo que aparentan ser. La genealogía es fundamental para ello: “La genealogía, como análisis de la procedencia, está, pues, en la articulación del cuerpo y de la historia. Debe mostrar el cuerpo totalmente impregnado de historia, y la historia arruinando al cuerpo” (Foucault, M. 1992: 32) Y lo es, asimismo, porque permite visualizar las inscripciones históricas que sobre el cuerpo penetran. Estos aspectos se verán más adelante en el presente trabajo: del cuerpo laborioso del Siglo XIX a la consideración del cuerpo perfecto y el cuidado de la imagen de los tiempos actuales. Ello demuestra cómo el cuerpo no escapa a la historia, sino que es historia.

Se destaca que el trabajo genealógico a desarrollar en el presente documento pretenderá ser una aproximación a lo que la genealogía supone, sin ser una labor exhaustiva, dada la extensión propuesta a los fines de la monografía.

El proceso de medicalización de la sociedad en Uruguay.

La medicalización de la sociedad es considerada, desde las ciencias sociales, como la expansión de los parámetros ideológicos y técnicos de la medicina en ámbitos concernientes a la vida social, sobre los cuales no intervenía en el pasado. Para que esto suceda fueron necesarios cambios históricos en la manera de concebir no sólo a la medicina como disciplina sino también a su área de influencia. (Menéndez en Mitjavila, M., 1998)

En la obra de José Pedro Barrán “Historia de la sensibilidad en el Uruguay”, el autor realiza un recorrido histórico sobre el surgimiento de lo que denomina como “sensibilidad civilizada”, una nueva forma de vida que comienza a surgir desde fines del siglo XVIII y principios del XIX. Estas transformaciones se dan en el marco del nacimiento de lo que, en ese entonces, era la incipiente burguesía, contando con agentes multiplicadores y de gran influencia en estas transformaciones: Estado, Policía, Iglesia Católica, Escuela y clases dirigentes.

“Escuela, Iglesia y Policía fomentaron, en realidad, y para poner límites a sus influencias, lo que las transformaciones económicas imponían si se quería seguir viviendo dentro de la comunidad y no como marginados: la eficacia, el trabajo, el estudio, la seriedad de la vida, [...]”

Las clases dirigentes en lo político - religioso, y las “conservadoras” o privilegiadas en lo económico-social, actuaron como los más eficaces agentes de cambio de la sensibilidad” (Barrán, J.P. 1998: 19)

Para que esta nueva sociedad se fuese conformando fue necesaria la adoración a “los nuevos dioses” (Barrán, J.P. 1998), siendo éstos: el ahorro, el trabajo, el orden, la salud y la higiene. Es a partir de esta nueva “devoción” que la salud pasa a considerarse fundamental al momento de introducir los cuidados sobre el cuerpo. Éste último aspecto importa porque lo que interesa es el cuerpo que pueda trabajar, que goce de salud para dichos fines. (Barrán, J.P. 1998)

Asimismo, el referido autor expresa que el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya se encuentra ligado a otro fenómeno, la secularización:

“El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. [...] el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. Fue, entonces, un hito final en el proceso de secularización de la cultura uruguaya pero también un hito inicial en el nacimiento de una cultura individualista [...] Así, la vida larga se transformó en el objetivo de la existencia individual y la salud pública en la suprema ley del Estado.” (Barrán, J.P. 1993: 11)

Por lo tanto, secularización y medicalización tienen su convergencia en el hecho de que la primera habilita el proceso de la segunda, con una impronta que permitirá la extensión de los parámetros medicinales al ámbito social. Todo ello en el marco de un Estado uruguayo que se encontraba afianzándose como tal, en lo que se conoce como la primera fase modernizadora. Ésta se caracterizó además, por modificaciones a nivel de pautas de comportamiento, a nivel de la educación e incluso en el propio sistema político. (Ortega, E. 2008)

¿Cómo sucedió dicha secularización? Barrán (1993) menciona que el poder que antes poseía el cura sobre los cuerpos, es, en la sociedad del novecientos, otorgado al médico cuyo poder se visualiza prácticamente como ilimitado: “El poder médico, en consecuencia, fue tanto una parte del orden establecido como un todo que pretendió regir al conjunto de la sociedad, a veces [...] ultrapasando los deseos de los sectores dominantes.”(Barrán, J.P. 1993: 14)

Sin embargo, la historia demuestra que no siempre el poder médico fue dominante. Hacia 1857, el Hospital de Caridad poseía una jerarquía que en nada beneficiaba a los médicos: éstos estaban subordinados al poder de las Hermanas y la Superiora, no decidían quienes ingresaban, no controlaban a los enfermeros ni tampoco podían determinar cuáles situaciones eran de urgencia y cuáles no. (Barrán, J.P. 1993) En esta época en que aún no se delimitaba claramente el oficio del médico, incluso farmacéuticos oficiaban de cirujanos. Entre médicos se disputaban un lugar de credibilidad en la sociedad, dándose lo que Barrán (1993) menciona como las “guerras médicas”, las que se extendieron hasta 1883-84.

El viraje de esta situación comienza en el novecientos:

“Entre 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de la atención, o sea el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad [...] antecedió a la medicalización; y el nivel de asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico.” (Barrán, J.P. 1993: 57)

El referido autor destaca, mediante relatos, las diferencias en la aceptación del médico entre el campo y la ciudad, siendo ésta última la que lo incorporó de forma más rápida. Menciona, asimismo, que el carácter inmigratorio de gran parte de la población uruguaya y la pequeñez y uniformidad del territorio, permitieron esa rápida y precoz propagación del ritmo de la medicalización. (Barrán, J.P. 1993)

La medicalización se introdujo en la enfermedad y en la muerte: la primera comienza a controlarse más en los sectores populares, pasando de no ser considerada a serlo en demasía, la segunda permitió el descenso de las defunciones medicalizadas, cambiando la presencia del cura por la del médico. (Barrán, J.P. 1993)

Tanto Barrán (1993) como Ortega (2008) coinciden en que el Estado batllista fue fundamental en la propagación de la medicalización de la sociedad, lo que por ejemplo se hace visible con el aumento de la cantidad de Hospitales a nivel nacional. El movimiento higienista de comienzos del siglo XX colabora con esta nueva concepción:

“Se entiende ese proceso como una reorientación de las bases de la asistencia social y de la caridad, con la idea de fundar esos roles sociales sobre bases científicas. Aparecen argumentos en pro de reconstruir estas funciones con un trabajo remunerado y especializado, reglamentado desde el Estado, y ya no desde el voluntariado y la finalidad religiosa.”(Ortega, E. 2008: 39)

La asunción del primer gobierno del presidente José Batlle y Ordóñez, como librepensador de la época, permitió el viraje de lo que en ese entonces era la Comisión de Caridad, la que comenzó a integrarse por médicos, buscando con ello el amparo

científico y dando comienzo a la supresión de los aspectos religiosos: un ejemplo de ello lo son la retirada de los crucifijos de los Hospitales. (Barrán, J.P. 1993)

Estas acciones se continúan con la presidencia de Claudio Williman, quien impulsa la creación de la Asistencia Pública Nacional, en el año 1910 mediante la ley 3.724. En estos avances no es de menor importancia destacar la creación de la Escuela de nurses, en el año 1913, cuyo fundador pretendía generar buenas observadoras y auxiliares de los médicos. (Barrán, J.P. 1993)

La clase médica, como el mismo colectivo se designaba, fue creando su lugar e imagen acorde a parámetros propios que rápidamente se propagaron en el imaginario social:

“La conquista de un lugar prominente en el imaginario social, tal vez el más destacado de los lugares, tuvo un rol principal en la consolidación del poder médico. Así se logró la sumisión de todos: enfermos y sanos, autoridades del Estado y anarquistas, hombres y mujeres, ricos y pobres, escritores contestatarios y conformistas.

Los médicos describieron al médico como santo, sacerdote, héroe, general victorioso, filántropo, patriarca, reformador y pedagogo, con las virtudes del desdén hacia el dinero del noble, la abnegación del cristiano, la sabiduría del científico y el buen sentido del burgués.” (Barrán, J.P. 1993: 102)

Interesa resaltar el último párrafo de la cita, logrando visualizar cómo se constituye por los propios médicos esa cualidad casi omnipotente de representar aquellos calificativos que refieren a la bondad, a la inteligencia y asimismo a la humildad. Aún más, en su posición de sabios, conocedores del “buen sentido”, como lo expresa el trabajado autor, lo cual remite a conocedores del estilo de vida burgués, estilo de vida deseado y digno de ser imitado. El poder y el acto de autoridad, mencionados por Foucault, son visibles desde la construcción del imaginario social de la profesión médica. Barrán (1993) permite discernir estos aspectos para la realidad uruguaya, demostrando el fuerte componente estatal habilitador de la constitución de dicho apogeo:

“La “salud pública” fue el primer cuidado del dirigente político – incluía, naturalmente, el concepto de bienestar económico de la población – y mantener “la salud” se convirtió en objetivo subordinador del comer, el respirar, el jugar, el placer.

Había nacido como una nueva clase de super- yo que dictaba las normas de sujetar la pasión, ya no desde Dios sino desde la aspiración por la larga vida del cuerpo, que no su vida intensa, por ejemplo.”(Barrán, J.P 1993: 116)

Por lo tanto, se genera detrás de la medicina, y como fuese mencionado con anterioridad, el interés por los cuerpos “sanos”, de larga vida, respondiendo a las pretensiones de las clases dirigentes y la necesidad, junto a ellas, de la consolidación del capitalismo en el Uruguay.

Ante lo expuesto, tal como lo establece Cheroni (1993), “La medicalización de la sociedad no es, por tanto, un fenómeno casual, sino uno de los efectos de la consolidación y legitimación de la hegemonía política de la burguesía a partir de la modernidad.”(Cheroni, A. 1993: 49)

Detrás de la idea del cuerpo laborioso ya mencionada, se encuentra arraigada la constitución de lo “normal” y lo “anormal” como nuevos parámetros que, formando parte del proceso de medicalización de la sociedad, contribuirán a fomentarlo y hegemonizarlo. En este sentido, Foucault (1990) establece que con la modernidad fue necesario ordenar, tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos que debían ser funcionales a un modo de producción específico, el capitalismo industrial. Para poder lograrlo se implementaron tres estrategias: en primer lugar, la constitución discursiva del concepto anormal; en segundo lugar, la medicalización de la sociedad; y en tercer lugar, la moralización de la sociedad.

Interesa a los fines del presente documento hacer énfasis en el segundo de los aspectos referidos en tanto que es a partir del proceso de medicalización de la sociedad que el campo de la salud logró establecerse como hegemónico. Al establecer la necesidad de que el cuerpo puede y debe ser normal, la medicina va a aparecer como una ciencia de la normalidad. Los médicos van a adquirir un gran protagonismo en la producción de individuos sanos y como consejeros familiares, ampliando su poder más allá del ámbito que les compete, convirtiéndose en una autoridad social. La medicina logra permear la vida de los sujetos para vigilarlos, controlarlos, medirlos y lograr aprovecharlos al máximo, introduciendo el examen como estrategia para ello.

En este sentido dice Foucault (1990),

“La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina es una práctica social, y sólo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente.” (Foucault 1990:124)

Tal como lo expresa Ortega (2008), la medicina monopoliza todo aquello que se relaciona con la salud, y desde allí la vida social es colonizada apostando a la prolongación de la vida y a una mayor salud. Asimismo, Mitjavila (1998: 07) hace alusión a que: “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.”, aspecto éste que será trabajado en siguiente capítulo.

En la misma línea de lo expuesto hasta aquí, Portillo (1993) expresa que la medicina tiene diferentes valores: de uso, de cambio, de signo e incluso fractal. En la sociedad uruguaya, la medicalización, según el referido autor, es uno de los aspectos más destacados:

“El valor de la medicina es más que el intercambio mercantil, es más que la dimensión simbólica, es efectivamente un valor que llena todos los intersticios de la cotidianeidad. [...] El valor de ese saber es fractal, pero es también totalitario y sobre todo, normalizador, disciplinador.” (Portillo, J. 1993: 18)

En el siguiente capítulo se expondrá el respectivo análisis de las fuentes empíricas seleccionadas en base a los aportes de los autores referidos hasta el momento. Para ello se retomarán características que conforman los aspectos elegidos para trabajar sobre la medicalización de la sociedad, en la búsqueda de un análisis realizado a partir de la perspectiva genealógica.

Capítulo II

La disciplina médica reguladora: una mirada a la construcción de lo normal y lo anormal en base al poder-saber.

El siguiente capítulo tiene por objeto analizar: la construcción del binomio normal- anormal/ patológico, el vínculo medicina, tecnología y sociedad, y la promoción y prevención en la actualidad, siendo éstos los aspectos destacados a partir de las fuentes empíricas seleccionadas.

Esta primera parte refiere al primero de los aspectos mencionados: la construcción del binomio normal – anormal/ patológico, a lo que se le agrega la noción de poder- saber, logrando así una mejor exposición y comprensión de éstos conceptos.

Para dar comienzo se extrae una cita de Barrán (1993):

“Los sectores populares del Novecientos, con su comportamiento todavía en tantos planos preburgués- particularmente los rurales- perturbaban cuando no impedían, la marcha del orden establecido. Había lazos no tan sutiles que ligaban la trasnochada del obrero joven con la enfermedad y la falta de empleo al día siguiente, o que vinculaban la taberna y la ingestión de alcohol con la enfermedad pero también con la sociabilidad obrera y la reunión sindical.” (Barrán, J.P., 1993: 14)

La cita hace referencia a una clara diferenciación en estratos favorecidos y desamparados de la sociedad del novecientos. Según el mencionado autor, la función del cuerpo médico era la normalizadora, buscando uniformizar conductas que negaban la existencia de los pobres y sus costumbres. Si bien no se remite a la diferenciación social en estratos en los artículos elegidos, sí se aprecia la referencia a lo normal y lo anormal, siendo lo primero aquellos digno de ser imitado, y lo segundo como lo desviado y necesario de ser corregido. En la actualidad, la normatividad se ha hegemonizado. Al respecto, uno de los artículos refleja nuevas formas de “irrespetar” ese saber médico y los condicionamientos impuestos:

“Lo curioso en todo esto es que la mayoría de las infecciones podrían ser evitadas con una simple pero resistida medida: lavarse las manos. Esto reduciría drásticamente el

número de casos; aunque cuesta sobremanera incorporar el hábito en pacientes, familiares e incluso en el personal de la salud. ¿Por qué? Subestiman la medida. “La gente se pone una vez alcohol en gel y piensa que con eso ya está. No se da cuenta que cada vez que toca la cama del paciente y todo lo que se encuentra a su alrededor se vuelve a contaminar las manos. Le parece exagerado ponerse alcohol en más de una oportunidad”, sentencia Guerra. “(Revista *Paula*, Julio 2012: Infectados)

El nombre del artículo citado, “Infectados”, es sugerente con respecto a la obra de Barrán y permite visualizar que existen expresiones que se continúan a lo largo de la historia. Asimismo la cita precedente transmite una de las preocupaciones actuales en torno al contagio de bacterias en los centros hospitalarios. Cabe preguntarse: ¿únicamente actual? Acorde a lo que expone Barrán (1993), dicha preocupación existió siempre, simplemente adopta formas diferentes condicionadas por el contexto socio histórico.

En este punto es importante destacar el concepto de normalidad que se trabaja desde el presente documento. Para ello se considera a Angelino (2009) y sus aportes acerca del concepto de ideología y normalidad. La autora refiere a la primera en tanto supone la representación que sobre las condiciones de existencia se posee. En cuanto al segundo, destaca que la normalidad no ha estado desde siempre presente en la definición de las relaciones sociales, sino que surge en el siglo XIX – trabajado aquí desde Barrán- adquiriendo un gran peso en la delimitación de lo “Mismo” y lo “Otro”, en tanto lleva consigo su contraparte, lo anormal. En este sentido, Vallejos (2009) expone:

“Normalidad- Anormalidad es un par conceptual que emerge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos; y que ha sido posible a partir de tres estrategias complementarias: la constitución discursiva del concepto anormal, la medicalización de la sociedad y la moralización de la sociedad” (Vallejos en Angelino, 2009: 96)

Es decir que, en un contexto en el que el poder se ejerce a través del disciplinamiento, se construye un modelo de sujeto considerado normal y se intenta corregir y combatir todo aquello que no se adapta a dicho modelo. Los individuos,

atravesados por la ideología de la normalidad, construyen no sólo sus representaciones, sino también su individualidad. Acorde con estas ideas, Angelino (2009) establece que la ideología de la normalidad se sustenta en esta lógica binaria, lo que también es trabajado por Foucault (2006), quien define estos conceptos en relación con la disciplina:

“La normalización disciplinaria consiste en plantear ante todo un modelo, un modelo óptimo que se construye en función de determinado resultado, y la operación de normalización disciplinaria pasa por intentar que la gente, los gestos y los actos se ajusten a ese modelo; lo normal es, precisamente, lo que es capaz de adecuarse a esa norma, y lo anormal, lo que es incapaz de hacerlo.” (Foucault, M., 2006: 75-76)

En este sentido, algunos de los artículos seleccionados de la revista Paula son un reflejo de estos conceptos. Tal es el caso del que refiere a parejas de jóvenes con Síndrome de Down:

“Los sábados son para hacer de novios. Se encuentran en la Asociación y luego planean el resto del día, a veces en la casa de uno y a veces en la casa del otro, pero siempre juntos. Las visitas suelen terminar en una habitación a puertas cerradas y, como cualquier pareja, sueltan sus impulsos. A sus padres, claro está, no les incomoda. “Tienen derecho a vivir su intimidad como todo el mundo”, asegura la madre de Maite.” (Revista Paula, Octubre 2012: Amor Puro)

El hecho de destacar que la pareja posee su intimidad como cualquier pareja puede parecer azaroso, pero denota que el lenguaje es intencional y las expresiones utilizadas proceden preceptos influenciados por las instituciones. Se destaca que el lenguaje es relevante en la manera clínica de enunciar e intervenir, siendo la medicina un conjunto de prácticas tanto discursivas y no discursivas cuyo campo se forma en la unión del conocimiento y la dominación. (Mitjavila, M., 1998)

Asimismo, en el artículo se hace mención a la demostración por parte de la persona con Síndrome de Down, de su capacidad de comprensión de las responsabilidades que se asumen al momento de contraer matrimonio. Es decir que, en caso de querer iniciar estos trámites, la persona debe comprobar la aptitud de su estado mental ante la justicia. Esto recuerda los ya referidos aportes de Foucault acerca de la necesidad de poder categorizar para así distinguir en “casos”, mediante la creación de

un saber que individualiza permitiendo que los individuos sean objetos de estudio, y ante ello examinados, comparados y juzgados.

Así como en el novecientos era, según expresa Barrán, el pobre el que asistía a la medicina pública, objeto de variadas intervenciones por parte de docentes y estudiantes de medicina, siendo tratado en su condición de pobre, tratado como algo inferior a una persona, en un espacio físico poco adecuado; en el artículo se visualiza que no es la persona como tal la que asiste a solicitar se le otorgue la posibilidad de casarse, sino que es aquella persona con Síndrome de Down. Esta característica predomina sobre lo que la define como persona.

Por otra parte, la dicotomía normal- anormal puede ser asociada a otras esferas. La siguiente cita resulta pertinente:

“En los últimos 30 años el número de cesáreas aumentó en todo el mundo, al punto de alcanzar en varios países lo que la Organización Mundial de la Salud denomina “proporciones de epidemia”. Es que las cifras distan bastante del 15% de partos quirúrgicos recomendados por el organismo internacional. Sin ir más lejos, el 29% de los bebés que nacieron en hospitales de Montevideo en 2010 y el 50% de los pequeños que lo hicieron en mutualistas llegaron al mundo por cesárea. Si hablamos del interior del país, las cifras descienden ligeramente al 26% en el sector público y al 41% en el ámbito privado. Una cosa es el uso terapéutico de esta cirugía y otra muy distinta el abuso.” (Revista *Paula*, Mayo 2012: Cesáreas, ¿necesidad o abuso?)

El artículo al cual pertenece la cita plantea la problemática, percibida así desde la medicina, del aumento del número de cesáreas por oposición al parto natural. En los términos referidos se deja constancia de que se visualiza como anormal que existan tantas cesáreas, relacionado con diversos factores: las mujeres que no se animan a sostener un parto natural, el atraso en la edad de la concepción, la elección de la fecha del parto, son algunas de las enumeradas.

¿Cuáles son los hechos que han llevado a esta “problemática? Barrán (1995), refiriéndose a la construcción de los roles masculinos y femeninos en la sociedad del novecientos, menciona:

“La mujer podía ser tanto la primera cuidadora de los enfermos del hogar, la auxiliar lógica del poder médico, el paciente ideal por su sumisión al paternalismo, como la opositora del médico con su propio y antiguo saber casero, sus conocimientos empíricos sobre la crianza de los niños [...] o la paciente terrible y misteriosa, inasible, de los ataques de histeria, casi una esencia del eterno femenino, un ser hecho para ser sometido por la hipnosis y la sugestión del macho científico.”(Barrán, J.P., 1995: 84)

Dada la preocupación planteada, cabe cuestionarse: ¿es la elección del parto por cesárea un producto de los avances de la medicina?, ¿se la puede seguir considerando como antinatural- anormal, según lo que exponen las estadísticas y expresa el poder médico? Una vez que están dadas las condiciones, las elecciones se diversifican y las estructuras de pensamiento se transforman. En otros tiempos, cuando la opción no era dada, no se cuestionaba, ¿qué sucede en la actualidad? Las herramientas están a disposición y muchas veces son empleadas para interrogar lo establecido. En este caso la dicotomía queda expuesta y las opiniones sobre la temática siguen esa lógica.

Si bien no es objeto del presente documento trabajar acerca de la construcción de los roles masculino y femenino y de su relación con el concepto de género, sí importa destacar que a través de los diferentes artículos se visualizan propagandas para productos de embellecimiento femenino. Asimismo, uno de ellos refiere a la anorexia en mujeres que exceden la edad que se contempla para esa enfermedad. Se menciona que surge en la adolescencia y es producto de los cambios corporales que a veces no son asumidos con naturalidad. (Revista Paula, Abril 2012: Señora Anorexia) Estos aspectos serán retomados en la última parte del presente capítulo, al trabajar acerca de la promoción y prevención.

Al retomar los aportes de Barrán (1995) se puede rastrear la construcción del cuerpo femenino desde el ámbito médico:

“El saber médico no sólo creó una imagen de lo que biológicamente “era” el cuerpo femenino sino que, cuando ese “ser” no era, procuró modelarlo, incluso quirúrgicamente, para que coincidiera con la imagen.

El saber médico trató de inventar un cuerpo femenino que respondiera a la mujer que la sociedad patriarcal burguesa deseaba [...]” (Barrán, J.P., 1995: 115)

Esta ideología, construida alrededor de una imagen del cuerpo femenino deseada y deseable, se perpetúa hasta la actualidad. La necesidad de no sobrepasar los límites que el imaginario social ha impuesto parece ser una de las premisas rectoras de comportamientos, en este caso de las mujeres. E incluso en ámbitos históricamente relegados a éstas, como lo es la maternidad:

“El mal que afecta a las mujeres profesionales americanas ya bien entrado el siglo XXI no es el sexismo, sino una nueva tendencia que los grupos feministas denuncian como igualmente peligrosa y que llaman el *childism*, algo así como el *niñismo* en español, o la *kindergarchy*. Es el resultado de una obsesión: ser madres más que perfectas.”(Revista *Paula*, Mayo 2012: La Nueva Maternidad)

Acorde a lo mencionado acerca de la construcción de los aspectos que definen lo normal por sobre lo anormal, entendiendo que ésta se realiza a partir del conocimiento de un estado normal respectivo para cada patología (Canguilhem, G., 1971), resulta pertinente referir al concepto de poder, en el sentido que Foucault le brinda. El poder, vinculado al saber, se encuentra reflejado en la disciplina, cuyo surgimiento transversaliza todas las instituciones: el Estado, la policía, la escuela, los hospitales. Cabe destacar aquí lo que Mary Douglas (1996) refiere sobre la institución como una convención: la primera surge cuando las partes componentes tienen un interés común en la existencia de reglas que aseguren la coordinación. Son las instituciones codificadoras de información. Para lograr su funcionamiento, el registro juega un rol fundamental: permite la clasificación de los individuos, como por ejemplo se visualiza en la codificación de los síntomas y enfermedades de los pacientes. Foucault (2002) menciona que una buena “disciplina” médica es aquella que, además de integrar los datos individuales permitiendo que se pueda localizar al individuo mediante el registro, permite asimismo que esos datos aporten a la realización de cálculos de conjunto. Esto es lo que el autor denomina como biopoder.

Son los propios mecanismos que permiten la formación de las instituciones los que logran afianzar un poder- saber invisible a las miradas acríicas, generado a través de mecanismos que pasan desapercibidos. Este poder es productivo y a su vez transversaliza cada vínculo, cada relación a nivel social. Y ello se logra, asimismo,

mediante la disciplina y la institucionalización del saber. Las instituciones guían la memoria individual, encauzándola hacia las formas que son compatibles con su funcionamiento; generadoras de etiquetas que permiten estabilizar el desarrollo de la vida social. (Douglas, M., 1996)

La disciplina se encuentra fomentada por el discurso médico, compuesto no sólo por la cientificidad que lo caracteriza, sino que existe también un componente de seducción: “Cuánto tiene el discurso médico de poderoso, pero también cuánto tiene de seductor. Es una combinación inestable de seducción y poder. Nada lograría sin la seducción. Quizás la seducción contribuye a aumentar su poder de dominación.” (Portillo, J. 1993: 27) Esta seducción tiene su correlato en el contexto en el que se da el proceso de medicalización, y ese lugar es definidor e influyente sobre la construcción ideológica que se genera. Tal como lo menciona Cheroni (1993) se refleja en que el contexto ideológico no está aislado de la estructura económica social de una sociedad determinada, sino que la base material de la sociedad es su determinante.

El mecanismo de poder que antes, en el siglo XVIII, apelaba al cuerpo individuo, ahora lo hace además sobre el cuerpo masificado, correspondiente con el ya referido término de biopolítica:

“Estos procesos de natalidad, mortalidad y longevidad constituyeron, a mi entender, justamente en la segunda mitad del siglo XVIII y en conexión con toda una masa de problemas económicos y políticos [...] los primeros objetos de saber y los primeros blancos de control de esa biopolítica.” (Foucault, M. 2000: 220)

La biopolítica surgirá como un complemento a ese poder disciplinario individualizado : la anatomopolítica, encargándose la primera de los procesos referidos en la cita anterior, procurando el control sobre la población y aquellos factores que puedan ponerla en riesgo, buscando el equilibrio global. (Foucault, M. 2000) “El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, M. 1996: 125) La realidad del capitalismo habilita la realidad de la medicina en el marco del control que se ejerce, más allá de la ideología, sobre el propio cuerpo. Éste es uno de los aspectos fundamentales en el proceso de medicalización de la sociedad, aspecto que aparece en los artículos trabajados ante cuestiones como el cuestionamiento a las decisiones acerca del embarazo y parto en las mujeres, así como también en cuanto a la

elección o no de contraer matrimonio en caso de parejas con Síndrome de Down. Este último denota claramente cómo la medicina permea las decisiones no médicas, en el presente caso, de las personas calificadas según su patología.

Por otra parte, según menciona Barrán (1993), la salud se hegemoniza considerando su intervención en la moral:

“El componente clave de esa nueva cultura – a los efectos que aquí interesan- fue el descubrimiento hedonístico y disciplinante a la vez del cuerpo. El condujo a la creación de “la salud” , un valor absoluto para esa cultura, hecho de afirmaciones y negaciones del placer del cuerpo y del alma, pues “la salud” contuvo nociones que no venían solo de la observación de los mecanismos del cuerpo, sino también de la moral dominante.”(Barrán, J.P. 1993: 116)

Entonces, ¿qué lugar tiene la medicina como uno de los aspectos de la biopolítica? Según Foucault (2000), la medicina será una técnica política de intervención, cuyos efectos de poder le pertenecen, abarcando el cuerpo individuo y la población como tal, con efectos que apuntan a la regularización y disciplina, tanto sobre el cuerpo y su orden disciplinario, como sobre la población y los aspectos normalizadores. (Foucault, M. 2000) Es a partir del Plan Beveridge¹ el momento en el cual los estados comienzan a preocuparse por la salud, tornándola como objeto de su intervención:

“A partir de entonces, la salud – o su ausencia-, el conjunto de condiciones en virtud de las cuales se va a asegurar la salud de los individuos, se convierte en un desembolso por su cuantía, integrado en las grandes partidas del presupuesto estatal, [...]” (Foucault, M. 1996: 95)

Por lo tanto se genera un régimen en el que el cuidado del cuerpo y el binomio enfermedad- salud son finalidades de la intervención estatal. A ello se le agrega la consideración de la medicina como “medicina social”, tal como fuese mencionado con anterioridad, como práctica social que se ha desarrollado así a través de la historia, y desmitificándola como una práctica que únicamente engloba la relación médico paciente.

¹ Primer sistema unificado de protección social, impulsado por el gobierno del Reino Unido (acuerdo entre Roosevelt y el Primer Ministro Reino Unido Churchill), creado por William Beveridge, a quien debe su nombre.

Foucault (1996) plantea que a partir del siglo XX es el momento en que la medicina comienza a extender notoriamente sus parámetros de influencia, funcionando fuera de su campo tradicional que se definía por la demanda del enfermo. Cada vez es más una práctica social. Los artículos seleccionados demuestran la capacidad de extensión de esos parámetros, en tanto se han generado cada vez más espacios de difusión. Es la medicina un “acto de autoridad”:

“Existe una política sistemática y obligatoria de “screening”, de localización de enfermedades en la población, que no responde a ninguna demanda del enfermo. [...]Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo” (Foucault, M. 1996: 107- 108)

En definitiva, la salud se convirtió en objeto de intervención médica, importando incluso cuestiones como el saneamiento, la calidad urbana de vida, las condiciones de vivienda. (Foucault, M. 1996) Los parámetros de extensión de la medicalización se han ido creando históricamente en función de necesidades que son externas al desarrollo de la medicina como una disciplina, pudiendo adaptarse a éstas mediante la justificación de su influencia por el poder que emana de su autoridad legitimada socialmente.

En el siguiente apartado se trabajará acerca de la relación de la medicina con la sociedad y la tecnología, siendo esta última una de las vías de acceso a dicha extensión.

El lugar de la tecnología y la sociedad para la medicina y la profesión médica.

A continuación de lo trabajado acerca de los conceptos normal, anormal y la noción de poder- saber, se proseguirá aquí con el segundo de los aspectos mencionados: la medicina y su vinculación con la tecnología y la sociedad. Para comenzar se destaca la definición de Freidson acerca de qué es una profesión.

Según Freidson (1978), una profesión es una ocupación que al asumir una posición predominante en la división de trabajo, actúa teniendo el control de la esencia de aquello que es su competencia. El referido autor explica que la medicina es la única profesión que ha logrado una conexión con la ciencia y la tecnología.

En este sentido, lo expresado por Freidson (1978) en el párrafo anterior es fácilmente visible en las fuentes empíricas seleccionadas: la tecnología se ha desarrollado y expandido con una fuerte conexión con la medicina, permitiendo avances que generan interrogantes entre lo que es y lo que debe ser, a nivel de lo moralmente correcto y admitido, tal como lo reflejan las siguientes citas:

“La bioética actúa en lo que tiene que ver con los problemas morales vinculados a las ciencias de la vida. Es un área de intersección, como la vieron sus precursores, entre la moral y las ciencias naturales. Llega un momento en el que cabe preguntarse si todo lo que se puede hacer es moral hacerlo. Esto lleva a problemas, a cuestionamientos, a dilemas que son precisamente algunos de los centros de atención de la bioética.”

(Revista *Paula*, Febrero 2012: Dilemas Bioéticos: valores en conflicto)

“Para entender lo que se viene es preciso, ante todo, diferenciar algunos conceptos. En primer lugar, "la inteligencia artificial es un campo interdisciplinario que busca que las máquinas realicen tareas típicamente humanas, como manejar un auto, encender la calefacción cuando bajó la temperatura, traducir un texto de un idioma a otro [...]" (Revista *Paula*, Marzo 2012: Tecnología ciencia no ficción)

Este último extracto hace mención al artículo sobre una entrevista realizada a uno de los integrantes de la Comisión de Bioética del Ministerio de Salud Pública (MSP) acerca del ámbito de competencia de dicha comisión, visualizándose uno de los

grandes interrogantes de la actualidad, que refiere a los límites de la medicina, hasta dónde puede llegar – o hasta dónde se desea que llegue.

Cheroni (1993) alude a que la filosofía brinda una concepción del mundo que se orienta de alguna manera a la actividad social, buscando racionalizarla, explicitando desde un punto de vista ético. Lo que la comisión del MSP trabaja bajo el nombre de bioética, tiene su correlato histórico en el novecientos, cuando se buscaba la consolidación del poder médico mediante la propagación de ideales positivistas y de fomento en la creencia de las ciencias por contraposición a lo espiritual. En este sentido, menciona:

“El programa filosófico materialista requirió a la comunidad médica el esfuerzo de contribuir a su estructuración y promoverlo socialmente. Para esta tarea estaban los médicos altamente preparados. La Facultad de Medicina fue el centro más activo del impulso del materialismo científico [...] Es por el contenido y resultado de estas luchas filosóficas que la comunidad médica aparece como un poder fuerte y autónomo” (Cheroni, A., 1993: 60)

Se aprecia aquí lo que Cheroni (1993) y Freidson (1978) aluden como la relación medicina- tecnología y el auge de la primera ligado a los avances de la segunda. Aún más, como un pilar fundamental desde el discurso médico del novecientos, que permitió el desapego a las creencias espirituales, relacionadas con la religión. Es importante destacar que, previo a la consolidación de la clase médica, en términos de Barrán, la Iglesia desempeñaba un rol fundamental en lo medicinal y las decisiones que desde allí se tomaban, aspectos mencionados en el capítulo anterior.

Ante lo referido, Labisch (1993) remite a la relación sociedad- medicina, destacando, al igual que los autores mencionados, la aparición de la ciencia en conexión con la medicina y su legitimación mediante parámetros científicos. De esta manera expresa:

“Allí surgieron también los informes y exámenes de la medicina social: en la medida en que lo “corporal” adquiere importancia en los Estados de alta organización social, todos los ámbitos de la vida irán siendo sometidos al dictamen médico, empezando por el nacimiento y siguiendo por el ingreso a la escuela, la preparación

profesional, la vida laboral, la actividad económica y, finalmente, la muerte.”
(Labisch, A., 1993: 239)

La búsqueda del control, pero en el sentido que Foucault brinda al término, mediante mecanismos que pasan desapercibidos a la percepción cotidiana (detallado en el concepto de poder capilar anteriormente), se refleja en la ampliación del dictamen médico. La ya destacada idea de examen y su rol en el biopoder posee estrecha relación a lo referido por Labisch (1993) acerca de que cada vez son más las esferas de la vida social sometidas. En este sentido las fuentes empíricas trabajadas permiten visualizar diferentes definiciones y especificaciones que se realizan sobre aspectos concernientes a enfermedades o patologías. Lo interesante es que la exposición se realiza en términos que obedecen al lenguaje médico y, por tanto, se remite a la interpretación del lector. ¿Qué conocimientos tiene éste sobre terminología médica? Exceptuando a quienes conforman la clase médica, es probable que el conocimiento sea aquel que se obtiene mediante indagación en medios como lo es la web. Un ejemplo de ello, que sí posee una breve definición de los términos empleados, es el siguiente extracto de uno de los artículos:

“El primero -A-incluye a los paranoides, esquizoides y esquizotípicos, que suelen ser sujetos raros o excéntricos. El segundo grupo -B-encierra a los antisociales, límites o borderline, histriónicos y narcisistas; estos individuos suelen ser dramáticos, emotivos o inestables. En tanto, el tercero -C-agrupa a los trastornados por evitación -evitadores-, por dependencia -dependientes-y a los obsesivo-compulsivos, quienes se muestran ansiosos o temerosos con estas alteraciones.” (Revista *Paula*, Enero 2012: Conductas conflictivas, trastornados)

Este tipo de artículos, vinculados a lo médico psicológico, relegan el interés por demostrar la existencia de patologías y las posibles maneras de identificarlas. Las clasificaciones de patologías en sus respectivas definiciones, como en este caso, parecieran permitir al lector ingenuo la identificación de personas con dichas características. ¿Cuál es el verdadero sentido de brindar datos de este tipo? La información habilita el conocimiento; considerando lo que expone Freidson (1978) acerca de que el conocimiento médico es autorizado y definitivo, ¿se busca una población informada o la hegemonización de saberes admitidos? Ello tiene su correlato

con la idea que expone acerca de la sobreinformación de la enfermedad, hecho que supone brindarle una mayor relevancia de la que sus evidencias denotan. Cuando surgen interrogantes como las precedentes se debe considerar, además de esta sobreinformación, la autoconfianza que poseen los discursos médicos, aspecto originado a partir de la autonomía que ha ganado la profesión.

Por otra parte, Portillo (1993) expresa que el saber médico es una práctica discursiva cuyas dimensiones son la mercantil y la relativa. La primera corresponde con la industria farmacológica y la aparatología existente, en tanto que la segunda remite a que el discurso varía, por el contrario a lo que se considera, según las condiciones socio históricas. En este sentido se entiende que la producción de los artículos de la fuente empírica seleccionada pretenden ilustrar aspectos de interés a nivel poblacional que se corresponden con problemáticas contemporáneas. Un ejemplo de ello lo brinda el artículo que refiere a la medicalización de los niños con Ritalina. Otro de los ejemplos son los artículos que refieren a las patologías psiquiátricas definidas como modernas, como lo es el Síndrome de Asperger, que parecen cautivar la atención del lector.

Es interesante notar que estos artículos se conectan con la noción de riesgo² y su manejo, como por ejemplo:

“Todos tenemos rasgos de personalidad que nos caracterizan, aspectos que son sanos y constructivos, y también algunos que pueden generarnos conflictos con nosotros mismos y con nuestros vínculos. Pero para que se constituya un trastorno, esas características deben ser rígidas, inflexibles, desadaptativas y que generen un deterioro funcional significativo” (Revista *Paula*, Enero 2012: Conductas conflictivas, trastornados)

“Desde el vamos, ella percibió indicios “anormales” en el pequeño, pero en un principio pensó que podían diluirse con el paso del tiempo. “Cuando comenzó a repetir jingles de televisión y frases tales como ‘qué lindo el autito, qué lindo, qué lindo, qué lindo el autito’ varias veces por día, me preocupé mucho y consulté a una psicóloga” (Revista *Paula*, Marzo 2012: Planeta Asperger)

² La noción de riesgo y su vínculo con la salud se trabajará en el apartado “Salud y Estado: promoción y prevención.”

En este sentido, Foucault (2006) en su libro “Seguridad, territorio y población” menciona nuevas técnicas de la medicina (variación y vacunación) que históricamente permitieron la continuación del dispositivo de seguridad en base a dicha modalidad. Desde allí se destacan las nociones de caso, riesgo, peligro y crisis a las que también refiere. Interesa destacar aquí la segunda: el riesgo.

“[...] ese cálculo de los riesgos muestra enseguida que éstos no son lo mismo para todos los individuos, a todas las edades, en todas las condiciones y todos los lugares o medios. Hay por lo tanto riesgos diferenciales que ponen de manifiesto, de algún modo, zonas de mayor riesgo y otras, por el contrario, donde éste es menor, más bajo.” (Foucault, M., 2006: 81)

Desde el ámbito de la medicina, Mitjavila (1998) expresa que la lógica del riesgo se inspira en la probabilidad de que exista un daño en la salud, privilegiando de esta manera el autocuidado, aspecto que también refiere Castiel (2010). Esto recuerda a lo que fue analizado en los aportes de Castel sobre la individualización negativa e individualización positiva³, apreciándose dicha división en el ámbito de la salud. Los individuos son llamados a responsabilizarse por su salud, dentro de los parámetros esperados, en búsqueda del autocuidado impuesto: cada decisión tomada por fuera de ello supone el cuestionamiento de la persona, en primera instancia, por el propio personal que trabaja en la salud.

El siguiente apartado, y última parte del presente capítulo, abarcará la promoción y la prevención como formas de fomentar la búsqueda del autocuidado, en tanto se comprende que mediante éstos se procura brindar información a la población la que la recibe en un acto de autoridad, referido anteriormente, del cual no posee conciencia. Asimismo se abordará con mayor detalle la noción de riesgo en vínculo con la salud y las decisiones que desde allí se adoptan.

³ Castel trabaja este concepto en obras como *La metamorfosis de la cuestión social*; Año 1997 y *La inseguridad social ¿Qué es estar protegido?*; Año 2004

Promoción y prevención: la salud como promotora del autocuidado

En esta tercera y última parte del presente capítulo, tal como se refirió anteriormente, se trabajará acerca de la promoción y la prevención en el ámbito de la salud como dos pilares que transversalizan las intervenciones que desde allí se realizan.

A modo de comienzo se extraen algunos aportes de la obra de Castiel (2010): “La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad.” Éste destaca que los discursos acerca de los riesgos en la salud dependen de lo que el ser humano es y el tipo de sociedad deseado, incluyendo dimensiones más allá del ámbito puro de la salud. En este sentido emplea el término de salud promocional que abarca los discursos realizados desde la moral y las buenas costumbres. Estos discursos pretenden viabilizar la prevención mediante el establecimiento del autocontrol.

Este discurso médico, hacia 1930 comienza a generar espacios que, actualmente, denominaríamos de promoción y prevención en salud. Por esos años, según refiere Barrán:

“[...] la palabra médica- y en otro plano, el cambio de sensibilidad- prepararon el camino para la conversión del discurso médico sobre la sexualidad en discurso público y admitido en la conversación corriente. En ese plano, fue clave la labor propagandística y asistencial del Instituto Profiláctico de la Sífilis y sus poderosos recursos económicos.” (Barrán, J.P., 1995: 39)

Lo que en el novecientos poseía un enfoque desde la prevención de enfermedades de transmisión sexual, se ha sostenido hasta la actualidad, apreciándose en las diversas campañas que anualmente se realizan para brindar acceso a la población sobre información de éstas. Un ejemplo de ello es la folletería sobre VIH.

En lo que a los artículos seleccionados concierne, se aprecian discursos enfocados desde la lógica de responsabilización individual por los riesgos que las personas enfrentan, enfatizando que forma parte de las decisiones personales el no querer prevenir dicho riesgo. Un ejemplo de ello es el siguiente extracto:

“A la resistencia de las bacterias se agrega la negativa de la gente; y de esa combinación no puede salir nada positivo. “Es una tarea sin fin, reforzando la campaña de higiene y la gente acata; luego de un tiempo decae y con un nuevo

empuje de concientización vuelve a levantar. Hay momentos en que el cumplimiento es muy bueno y luego todo el mundo se olvida.” (Revista Paula, Julio 2012: Infectados)

Se aprecia aquí, tal como lo refiere Castiel (2010), que la responsabilidad consiste en una idea normativa, sustentada mediante los órdenes esenciales cuyo enfoque es la organización de los colectivos humanos. La noción de culpa se vincula a la de responsabilidad, en tanto se evalúa la capacidad de responder socialmente por los actos individuales. Se localizan las causas de los problemas en los individuos, siendo la culpabilización un medio para viabilizar la convivencia humana, dado que es un factor que permite el orden social.

La cita precedente expone claramente los conceptos enunciados, como asimismo se aprecia el enfoque desde el control que se ejerce en lo discursivo: “empuje de concientización”, “cumplimiento”, son algunas de las palabras que lo denotan.

En relación con lo ante dicho, el referido autor expresa que en la actualidad existe una referencia obsesiva a los factores de riesgo. Considera los aportes de Straback, mencionando que la salud coercitiva es generada por: el estilo de vida⁴, el cuál es sustentado por la biomedicina y apela a la responsabilidad individual, así como por el “sanismo”, como parte de la doctrina del Estado y no desde las necesidades reales de las personas. La siguiente cita es un reflejo de esta situación:

“Cada año nacen en Uruguay unos 8.000 niños de madres adolescentes, lo cual significa que un 25% de los nacimientos corresponden a embarazos ocurridos a temprana edad. Es usual que muchas políticas de asistencia pública las contemplen a ellas, pese a que los padres forman parte de la misma estadística. El programa Nacional de Adolescencia del Ministerio de Salud Pública ejecuta planes interdisciplinarios en los cuales se realizan acciones de promoción de salud, prevención de riesgos y atención de los problemas que acarrea la paternidad precoz.” (Revista *Paula*, Julio 2012: Padres Prematuros)

⁴ El estilo de vida es trabajado por Castiel (2010) como un conjunto integrado de prácticas individuales que se encuentran volcadas a necesidades utilitarias y que forman narrativas identitarias propias.

Según Castiel (2010) se asiste hoy en día a la ética de la nueva higiene, la que se corresponde con las nociones del autocuidado generadas a partir del control moral promovido por los discursos de promoción de salud de carácter individualista. Éste es otro de los aspectos que se percibe en los artículos trabajados:

“El cometido de la campaña internacional es mostrar que en la mayoría de los casos se puede hacer frente a estas dolencias si se realizan cambios en los hábitos: llevar una dieta balanceada, tomar abundante agua, hacer ejercicio físico e ingerir alimentos con probióticos, que ayudan a mantener sana la flora intestinal.” (Revista Paula, Junio 2012: Bienestar Digestivo)

Las recomendaciones para llevar a cabo una vida saludable conforman aspectos del discurso médico, en tanto la profesión médica persigue formatos institucionales que, como lo refiere el autor trabajado, abarcan el disciplinamiento del cuerpo mediante la lógica del racionalismo vigente, a través de reglas que dosifican, ordenan y administran las culpas y los castigos. ¿Cómo son estos castigos? Invisibles a los ojos acrílicos. Una sociedad cuyo sustento está en lo racional, no puede permitir otros castigos que no sean los que se dan a través del sentimiento de culpa: sentirse culpable de no haber seguido las recomendaciones del médico, de no tener una dieta balanceada, de no hacer ejercicio, son sólo algunos de los aspectos. Y es por ello que las medidas de prevención son dadas y las campañas de promoción se generan. La población está informada y es a partir de ésta idea que se apremia a quién sigue los cuidados correspondientes para el manejo del riesgo, y se castiga a quién no. El concepto de capacidad de agencia se encuentra imbricado en éstas ideas. Se coincide con Castiel (2010) en que dicho concepto no es puesto en perspectiva cuando surge la interrogante de qué sucede en los casos de las poblaciones sumergidas o bajo la línea de pobreza; la falta de perspectiva se da en los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales.

Un ejemplo de incentivo a los cuidados personales son aquellos que se dan mediante la propaganda del consumo de productos de belleza para las mujeres, así como los tratamientos en medicina no invasiva, los que han ido cobrando importancia en el transcurso de los años. (Revista *Paula*, Mayo 2012: El lenguaje del cuerpo y Mujer Bonita) A modo de poder visualizar cómo se trabaja sobre el tema, se extrae la siguiente cita:

“La comida es el primer medicamento que ingresa al cuerpo. La nutrigenética es la única dieta a medida en la que todos los alimentos están elegidos para que se relacionen con nuestros genes de manera positiva. Esto tiene que complementarse con 20 minutos diarios de ejercicios para combatir el sedentarismo y un rato de meditación por las mañanas en un lugar tranquilo, que ayude a mantener en equilibrio emociones y acciones. Nunca hay que olvidarse que la verdadera belleza nace de adentro hacia fuera.” (Revista *Paula*, Mayo 2012: Mujer Bonita)

Lo ya referido acerca de la necesidad de sostener dietas balanceadas y estilos de vida saludables aparece aquí con el plus de la “verdadera belleza”. Según lo trabajado en este apartado en referencia a Castiel (2010), la condición de buena salud se relaciona con la de atracción sexual, montando alrededor de ello una gran estructura industrial y comercial, que justamente se vincula con la oferta en el mercado de cosméticos, vestimenta, la necesidad de hacer deportes, la alimentación saludable. Castiel (2010) entiende que:

“Las propuestas hegemónicas de la salud promocional se orientan a una ciencia epidemiológica que suele reducir la realidad de la salud a lo individual, y la visión ontológica de la enfermedad al universo de los fenómenos empíricamente observables y al registro unidimensional de un orden mecánicamente articulado por leyes deterministas.”(Breilh en Castiel, L., 2010: 101)

Por otra parte y prosiguiendo con la obra de Castiel (2010), interesa destacar el concepto de genoma. Según Castiel (2010) se ha producido la revolución genómica en tanto el estudio de los genes para prevenir enfermedades ha cobrado relevancia en el ámbito de la salud. Plantea que la genómica moderna actúa a través de los mecanismos del mercado y con un lenguaje que apunta al empoderamiento, generando la posibilidad de libertad de elección individual. Empoderamiento, capacidad de elección e importancia de la genómica son visibles en el siguiente extracto:

“Vamos a disponer de una cantidad de información que nos permitirá predecir la evolución, eso es lo que llamamos la medicina preventiva. Pero a su

vez es participativa, porque el paciente podrá usar esa información para hacer una higiene de vida acorde a la predisposición genética. La palabra sagrada del médico se acabó, y no hay que tener nostalgia.” (Revista *Paula*, Junio 2012: Cuando los genes hablen)

Tal como lo expresa el nombre del artículo citado, “Cuando los genes hablen”, la temática es una preocupación de la actualidad. Estos discursos de la responsabilidad genética son elemento de la estrategia de gubernamentalidad⁵, actuando como tecnologías políticas y morales en tanto que el conocimiento allí empleado busca la regulación de los individuos y grupos humanos, en este caso mediante las correspondientes prácticas médico sanitarias. Es mediante el conocimiento de los posibles riesgos genéticos que se sucede la prevención de enfermedades, constituyéndose en una tecnología social productora de biosubjetividades, las cuáles establecen maneras de relacionarse en los diversos ámbitos. (Castiel, L., 2010)

Asimismo, al buscar el aumento de la previsibilidad de nuestras relaciones, se acude a un aumento de la sensación de incertidumbre general. El último artículo citado retoma aspectos que permiten visualizar esta concepción. Los conceptos que refiere, como el de bioética, suponen una revolución a nivel de las consideraciones medicinales, que incluye y enfatiza en los aspectos de lo moral: es moralmente factible de hacer “x” movimiento?, se está incumpliendo algún derecho humano?, hasta dónde se puede llegar en el avance de las tecnologías sanitarias? Estas interrogantes son planteadas a nivel de las consideraciones que el colectivo médico ha de tener:

“Que los futuros médicos sean conscientes de los problemas morales que entrañan algunas decisiones que tomarán en la práctica; que se planteen que de repente una investigación con seres humanos puede llevar a resultados muy beneficiosos para muchas generaciones, y que sin embargo el mínimo moral no acepta ese sacrificio aunque sea en favor de la humanidad. Cada ser humano tiene un valor intrínseco.” (Revista *Paula*, Junio 2012: Cuando los genes hablen)

⁵ Según menciona Castiel (2010) la gubernamentalidad, en sentido foucaultiano en el que él la usa, se corresponde con los formatos de poder que trascienden el ejercicio de la dominación a través de la producción de subjetividad.

En definitiva, haciendo hincapié desde los conceptos de promoción y prevención trabajados aquí, el individuo atraviesa un proceso de individualización en el que se desvincula de las antiguas formas de vida y se revincula a otras nuevas, en las que, como individuo, debe producir, representar y combinar su propia biografía.

Capítulo III

Consideraciones finales

A través del presente documento, mediante un análisis que buscó aproximarse a lo que el estudio genealógico supone, desde la perspectiva trabajada por Foucault, se abordó el estudio de la expansión de los parámetros medicinales a partir del proceso de medicalización de la sociedad. El enfoque estuvo en visualizar dicha extensión en ámbitos que exceden al que es propio de la medicina, siendo este punto componente de la hipótesis que, en términos generales, se verifica a lo largo del documento.

Tal como se refirió, el formato institucional guía del análisis fue el correspondiente con la profesión médica, estableciendo a ésta y sus discursos como actos de autoridad, ya referido por Foucault. En estrecha relación, se trabajó en base a las fuentes empíricas seleccionadas, sobre los aspectos más destacados de éstas: la construcción del binomio normal/ anormal y su relación con la noción del poder-saber; el vínculo entre medicina, sociedad y tecnología y la promoción y prevención como actividades de la actual sociedad del riesgo.

El análisis de dichos aspectos se encuentra transversalizado por la idea de hegemonización del saber médico, dada la expansión de sus discursos, que abarcan aspectos que no necesariamente se corresponden con la demanda del paciente. Como fuese mencionado, esto es una estrategia biopolítica, en el sentido foucaultiano del término, en la que se busca regular y disciplinar al cuerpo individuo y al cuerpo social. De esta manera se justifica el acto de autoridad que emerge de los discursos médicos, y más aún considerando, según lo referido por Castiel (2010), la noción de riesgo existente en el colectivo social. Todo ello permite que la medicina sea una práctica social, en la que se localizan enfermedades sin necesidad de una demanda.

La definición brindada por Freidson (1978) sobre lo que supone una profesión, entendiéndola como la que mediante su posición en la división del trabajo genera el control sobre aquello que es su competencia, se visualiza desde el surgimiento de la medicina como una disciplina hasta la actualidad. Siendo en un principio cuestionada, habiendo atravesado un proceso de secularización y de necesidad de inventarse y reinventarse, la medicina logró tener un ámbito propio de competencia muchos más vasto de lo que realmente es la disciplina como tal.

En ese proceso es fundamental destacar la autonomía. ¿Cómo se genera la autonomía del saber médico y la profesión médica? Freidson (1978) expone que históricamente se han dado la persuasión y la negociación política que generan el convencimiento de la importancia y necesidad de que la medicina técnico científica sea autorregulada. La autonomía es, para este autor, “[...] una posición de control legítimo sobre el trabajo.” (Freidson, E., 1978: 93); aspecto que también menciona Mitjavila (1998) como la capacidad que tiene la medicina de desarrollar su propia lógica acorde a su interpretación de las exigencias externas, derivando de los grados de libertad admitidos por éstas. Esta autonomía no se da por una libre concesión, por el contrario:

“Desde los orígenes de la instalación de la medicina técnico 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” (Mitjavila, M., 1998: 19)

A partir de esta autonomía se aprecia la acción en las diferentes esferas que están involucradas en la medicina, como lo es la clínica, la epidemiología, la investigación, la enseñanza, entre otros. (Mitjavila, M. 1998) Estas esferas pudieron ser visualizadas en la mención que desde las fuentes empíricas se realizó, las que componen la ya referida expansión de los parámetros medicinales.

La autonomía también habilita, en la actualidad, la sobreinformación de los hechos, enfermedades, patologías, entre otros, surgidas de la confianza del discurso médico: lo que se dice es lo real, no se cuestiona, porque se coloca como argumento a la medicina. En base a ello, cabe retomar una interrogante del capítulo anterior: ¿se busca una población informada o la hegemonización de saberes admitidos? Esta sobreinformación se añade a la que se brinda desde la salud mental: los aspectos psicológicos se visualizan cada vez más en los discursos médicos. Se aprecia un disciplinamiento que comenzó por la búsqueda de los cuerpos dóciles y laboriosos, a los cuáles se les suma otro tipo de control: el que supone la mente, reflejado en la extensión que se visualiza respecto de la información acerca de los aspectos concernientes a la salud mental.

En el documento se pudo vislumbrar algunas fuentes empíricas que citaban complejas definiciones de patologías, en términos que no necesariamente se ubican al alcance del entendimiento de aquellos que no integran la profesión médica, médica psiquiátrica. Este tipo de información permite, por una parte, incluir a las personas en categorías de patologías, lo cual también queda ligado a la lógica del riesgo, de creer que puede pasar y saber qué no se debe hacer para que no le suceda; mientras que por otra parte responde a necesidades a nivel político sociales, es decir, a saber a nivel social qué es aquello que no se considera normal y por tanto debe ser calificado como anormal o patológico y, a partir de allí, buscar la forma de inclusión – ¿inclusión?- más adecuada para la persona en esa circunstancia.

Así como fuese mencionado, el lenguaje es intencional, también lo es aquel utilizado en las notas y artículos seleccionados, los cuales demuestran las preocupaciones e interrogantes de la actualidad respecto al ámbito de la salud, ámbito que pareciera todo lo abarca.

Para finalizar el presente trabajo monográfico, se retoma una última idea ya expuesta, correspondiente con la noción de que el estudio genealógico permite visualizar las inscripciones históricas que sobre el cuerpo penetran, haciendo del cuerpo historia. Se entiende que, si bien se realizó una aproximación al trabajo de la genealogía, dichas inscripciones fueron expuestas mediante los análisis expuestos bajo los tres grandes subtítulos del capítulo II. La comprensión y exposición de cómo el poder y el saber influyen en la construcción del uno y del otro, así como también constituyen lo uno y lo otro de forma diferencial, desvalorizando en relación asimétrica a una de las partes del binomio; la relación que la tecnología posee en la extensión no sólo de las ventajas y facilidades medicinales para mejores curas y tratamientos, sino también como forma de poder perfeccionar los cuerpos diferentes, desviados, buscando una imagen idealizada, vinculada a un fuerte componente desde las creencias sociales; y, por último, la influencia que en estos aspectos mencionados poseen las campañas de prevención y promoción, que no son únicamente orientadas a la existencia de enfermedades, porque necesariamente no responden a las demandas de los pacientes, sino a la hegemonización de saberes admitidos, se corresponden con la exposición de dichas inscripciones.

En definitiva, poder analizar la influencia que la medicina y el ámbito de la salud poseen sobre el cuerpo individuo y el cuerpo colectivo, a través de la mirada crítica fomentada por el estudio desde autores que han trabajado la temática, habilita a plantear interrogantes que quedarán abiertas a una futura reflexión: ¿hasta dónde se puede llegar con sus avances?, ¿son estos avances planteados desde la necesidad de los/as pacientes o corresponden con necesidades biopolíticas?, ¿qué tanto influyen artículos como los que componen las fuentes empíricas seleccionadas en la percepción y el conocimiento que las personas se forman sobre las temáticas abordadas?, ¿se asiste a la información de manera adecuada, siendo ésta de calidad, o se informa sin evaluación previa de lo que se está diciendo?, ¿se apunta con la trasmisión de la información en la manera que se visualizó expuesta a la comprensión por parte del lector ingenuo?, ¿cuál es el rol en la actualidad del ámbito psicológico y psiquiátrico tan mencionado en las fuentes empíricas?, ¿se asiste a una nueva era de la medicalización incluyendo a la salud mental como otro de sus ejes?

Bibliografía

Angelino, M.A. y Rosato, A. (coords). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.

Barrán, J.P. (1993): *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo 1: “El poder de curar.” Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.

_____ (1998): *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo 2: “El disciplinamiento.” Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.

_____ (1998): *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 3: “La invención del cuerpo.” Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.

Canguilhem, G. (1971): *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Argentina. Editorial: Siglo XXI.

Castiel, L. D. (2010): *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.

Cheroni, A. (1993): “Contexto ideológico y fundamento filosófico del poder médico en el Uruguay.” En: *La medicalización de la sociedad*. Barrán, J.P., Cheroni, A., De Mattos, T. [et.al.]. Montevideo, Uruguay. Editorial: Nordan- Comunidad.

Douglas, M. (1996): *Cómo piensan las instituciones*. Madrid, España. Editorial: Alianza Universidad

Foucault, M. (1992): *Nietzsche, La Genealogía, La Historia*. Valencia, España. Editorial: PRE- TEXTOS.

_____ (1996): *La vida de los hombres infames*. La Plata, Argentina. Editorial: Altamira

_____ (2002): *Vigilar y Castigar*. Argentina. Siglo XXI editores.

_____ (2000): *Defender la Sociedad*. (Curso del College de France 1975- 1976) Argentina, Fondo de Cultura Económica.

_____ (2006): *Seguridad, territorio y población*. Curso en el Collège de France. Edición establecida por Michel Senellart, bajo la dirección de Francois Ewald y Alessandro Font.

Freidson, E. (1978): *La profesión médica. Un estudio de sociología de conocimiento aplicado*. Barcelona, España. Editorial: Península.

Labish, A. (1993): “La salud y la medicina en la época moderna. Características y condiciones de la actividad médica en la Modernidad.” En: *La medicalización de la sociedad*. Barrán, J.P., Cheroni, A., De Mattos, T. [et.al.]. Montevideo, Uruguay. Editorial: Nordan- Comunidad.

Mitjavila, M. (1998): *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo N 33. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.

Ortega, E. (2008): *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo, Editorial Trilce.

Portillo, J. (1993): “La medicina: el imperio de lo efímero.” En: *La medicalización de la sociedad*. Barrán, J.P., Cheroni, A., De Mattos, T. [et.al.]. Montevideo, Uruguay. Editorial: Nordan- Comunidad.

Artículos de la web

OIT *De Bismarck a Beveridge: Seguridad Social para todos* [online] (Actualizado al 01/12/2009) Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_122242/lang--es/index.htm [acceso 13/11/ 2013]

Revista Paula (2012): *Conductas conflictivas, trastornados*. [online] (Actualizado al 01/01/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/conductas-conflictivas-trastornados> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Dilemas Bioéticos, valores en conflicto*. [online] (Actualizado al 01/02/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/valores-en-conflicto> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Planeta Asperger*. [online] (Actualizado al 01/02/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/planeta-asperger> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Tecnología ciencia no ficción*. [online] (Actualizado al 01/03/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/ciencia-no-ficcion-tecnologia> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Ciencia y juventud*. [online] (Actualizado al 01/04/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/ciencia-juventud> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Señora anorexia* [online] (Actualizado al 01/04/2012) Disponible en: http://www.paula.com.uy/nota/señora-anorexia_1 [acceso 15/03/2014]

_____ : *La nueva maternidad* [online] (Actualizado al 01/05/2012) Disponible en: http://www.paula.com.uy/nota/la-nueva-maternidad_1 [acceso 15/03/2014]

_____ : *Parto sin estrés* [online] (Actualizado al 01/05/2012) Disponible en: http://www.paula.com.uy/nota/parto-sin-estrés_1 [acceso 15/03/2014]

_____ : *Mujer Bonita*. [online] (Actualizado al 01/05/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/mujer-bonita> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Bienestar digestivo*. [online] (Actualizado al 01/06/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/bienestar-digestivo> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Cuando los genes hablen*. [online] (Actualizado al 01/06/2012) Disponible en: http://www.paula.com.uy/nota/cuando-los-genes-hablen_1 [acceso 15/03/2014]

_____ : *Padres prematuros*. [online] (Actualizado al 01/07/2012) Disponible en: http://www.paula.com.uy/notasp/padres-prematuros_1 [acceso 15/03/2014]

_____ : *Infectados*. [online] (Actualizado al 01/07/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/infectados> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Ser o no ser*. [online] (Actualizado al 01/08/2012) Disponible en: http://www.paula.com.uy/nota/ser-o-no-ser_1 [acceso 15/03/2014]

_____ : *Generación Ritalina*. [online] (Actualizado al 01/09/2012) Disponible en: <http://www.paula.com.uy/nota/generacion-ritalina> [acceso 15/03/2014]

_____ : *Amor Puro*. [online] (Actualizado al 01/10/2012) Disponible en: http://www.paula.com.uy/nota/amor-puro_1 [acceso 15/03/2014]