

Marisa Germain

Mag. en Salud Pública.
Docente de la Escuela de Trabajo Social
y de la Facultad de Psicología (UNR).
E-mail: marvic@infovia.com.ar

Elementos para una genealogía de la medicalización (segunda parte)

Resumen

El presente texto es la segunda parte de un trabajo más extenso cuya primera parte -en la que procuramos relevar los modos en que, en el campo intelectual francés y angloamericano de la segunda mitad del siglo XX, se conceptualizó y se empleó la noción de **medicalización**- fuera publicada en el número anterior de esta revista. En esta

segunda parte generamos, a partir de una virtual comparación de los planteos antes presentados, una reflexión en torno a esta noción, a la luz de las concepciones del ejercicio del biopoder y de la biopolítica.

Palabras clave

medicalización · salud · patologización · biopolítica

Introducción

Problematizar la medicalización y reflexionar sobre el papel que juega en la vida contemporánea, en sociedades como la nuestra, implica desde nuestro punto de vista, un acuerdo previo. Acordemos en que no hay hechos o fenómenos que sean, en sí mismos, algo, que tengan una esencia o una naturaleza. Por ejemplo, acordemos que el acto de cortar un cuerpo para sacarle alguna de sus partes no es por naturaleza una cirugía sino que lo es cuando lo nominamos de cierto modo y lo instituímos bajo determinadas condiciones socialmente establecidas. Esas formas socialmente instituidas de nombrar y ver el mundo nos inducen a actuar de determinadas maneras.

Llevemos brevemente esta idea hasta el límite. Comparemos imaginariamente dos situaciones. Un hombre vestido con guardapolvo blanco viajando, por ejemplo, en ascensor con una mujer, sin el consentimiento de ésta, le introduce partes de su cuerpo o ciertos objetos en el cuerpo de ella. En la cama de un servicio de salud una mujer es visitada por varios hombres

vestidos igualmente de guardapolvo blanco, cada uno de ellos realiza los mismos actos que el anterior, igualmente sin requerir el consentimiento de esa mujer. En el primer caso, probablemente esa mujer o quienes escuchen su relato no duden en considerar eso un delito. En el segundo, ni quien sufre la experiencia, ni quienes realizan esas acciones, ni testigos presenciales, probablemente pensarán que se trata de un delito de abuso deshonesto. ¿La diferencia está en el conjunto de las acciones realizadas, en los efectos subjetivos que generan en el que las realiza o las recibe? Difícilmente. La diferencia debemos buscarla en otra parte. Las significaciones que diversos tipos de acciones tienen para nosotros hoy debemos buscarlas en torno a la «medicalización» y los efectos que ésta ha producido al «naturalizar» la confiscación del poder de disposición sobre el propio cuerpo, situación que seguramente experimentará cualquier miembro de nuestra población -varón o mujer, adulto, niño o anciano- en una u otra circunstancia a lo largo de su existencia.

Perspectiva comparativa

En la primera parte de este artículo, editada en el número anterior de esta revista, hemos recorrido dos vertientes teóricas distintas desde las que se conceptualizó el **medicalización**. Lo que presentamos como corriente americana, se configuró desde una problematización de carácter más bien sociológico que, desde la perspectiva de la interacción, procuró caracterizar funcionamientos estructurales o sistémicos específicos. Si bien se podría plantear que en buena medida los elementos críticos presentes en estas producciones procuraron interpelar los fundamentos científicos a partir de los cuales se operan las separaciones y rechazos sociales que la medicalización acarrea, así como a la capacitación o idoneidad de los expertos que operan esas distinciones, críticas que en algún caso -Szasz- puede estar orientada por convicciones científicas en torno a ciertos criterios de verdad que podrían ser puestos al margen o en posición neutral respecto de la organización societal del poder; la mayor potencia crítica de esta vertiente es otra. En casi todos ellos -Goffman, Szasz, Ilich, Conrad y Schneider- aparece una especie de «denuncia» del relevo que la medicina provee a la religión respecto de la moralización y el control de la sociedad, en especial en la medida en que el monopolio médico se estataliza -es decir, recibe legitimidad desde el Estado-. El fondo de esta crítica, que podríamos llamar «antiestatista», radica en una reivindicación del derecho a la autonomía individual frente a la intervención del Estado. En algún sentido, menos intervención de la corporación médica pero también, en algunos casos, menos salud pública, implica menos dominación estatal sobre el individuo, menos recorte de la ciudadanía.

Otras parecen ser las preocupaciones que suscitan la problematización en la vertiente francesa. Una interpelación de cuño más filosófico que apela a la historización política de diversos campos de prácticas rastreando en ellos formas de ejercicio de poder. Queremos decir que leen a partir de interrogaciones propiamente políticas -interrogaciones sobre formas específicas de ejercicio del poder en nuestras sociedades- la historicidad «efectiva» de cada campo. Una perspectiva de sociología histórica o de cuño genealógica parece dominante en la producción académica en torno a la medicalización. De este modo,

dichas producciones han generado paralelamente una teoría de las relaciones de poder o han recuperado teorías disponibles sobre las relaciones de poder, sus formas de ejercicio y el papel de Estado. A diferencia de la vertiente americana, no es la cientificidad o no de las intervenciones medicalizadoras el elemento crítico relevante; por el contrario, se trata en casi todas estas producciones de mostrar el carácter artificioso, convencional y conflictivo de la cualidad misma de «científico». Un segundo aspecto común de varios de estos trabajos es la pretensión de mostrar la especificidad de las técnicas por las que dicho proceso se efectiviza, relevando la singularidad de los procedimientos que en cada caso operan. Esa exposición del carácter inventivo y novedoso de tales técnicas es justamente lo que les permite hacer visible los alcances, la multiplicidad, la extensión social de la medicalización.

Hay, sin embargo, en ambas vertientes una vía regia de entrada al problema que no se diferencia: la medicalización de la locura y, a partir de esta, la patologización de los comportamientos que tiene un lugar central, hasta hoy, en el tratamiento de la cuestión de la medicalización y en el núcleo crítico contenido en su conceptualización. En ambos casos se releva la pretensión normalizadora contenida en la intervención médica a partir del canon biológico, que inmediatamente encuentra su eco y se evidencia como prescripción de conductas, estilos de vida deseables, saludables, frente a otros que procuran impugnar en grados diversos.

Biopolítica y gobierno del cuerpo

Así, para producir una revisión reflexiva de la noción de medicalización, hemos optado por una perspectiva teórica particular a partir de la cual, creemos, se ofrecen las mejores herramientas -conceptuales y heurísticas- para tratar la cuestión en un marco analítico más extenso. Retomamos entonces brevemente la perspectiva filosófica propuesta por Michel Foucault ubicando los principales parámetros teóricos para esta reflexión.

Ubicamos entonces esta problematización en el campo del biopoder, de esa serie de fenómenos, ese conjunto de mecanismos por los cuales los elementos biológicos de la especie humana van a ingresar en una estrategia política, en una estrategia general de poder (Foucault, 2004 (a): 3). Tal noción fue presentada inicialmente por el filósofo en el volumen uno de su *Historia de la sexualidad* (HS) y en el Curso del Colegio de Francia que llevaba por título *Defender la sociedad* (DS).

A lo largo de su trabajo, Foucault teorizó en torno a las distintas técnicas o tecnologías específicas correspondientes a los diversos modos de ejercicio del poder: tecnologías políticas del cuerpo, tecnologías políticas del individuo, semiotécnicas, tecnologías del yo, técnicas del cuidado de sí, tecnologías de la verdad. Las tecnologías políticas del cuerpo son descritas como un saber sobre el cuerpo que no se corresponde con el conocimiento científico de su funcionamiento, un tipo de dominio de lo corporal que no equivale a su sometimiento o anulación, estas tecnologías compuestas de discursos fragmentarios, que ponen en juego herramientas o procedimientos inconexos, a pesar de constituir una instrumentación multiforme, son capaces de producir resultados coherentes.

La operación de este conjunto de instrumentos multiformes sobre un conjunto de elementos materiales inviste al cuerpo dotándolo de su cualidad política (Foucault, 1988: 33/35). Las técnicas de poder, encaminadas a determinar la conducta de otros, generan saberes a partir de objetivar los sujetos que producen; en tanto que las técnicas de sí, son aquellas que permiten a los individuos efectuar, por sí mismos o en colaboración con otros, un cierto número de operaciones sobre su cuerpo, su alma, sus pensamientos, sus conductas, su modo de ser y así transformarse a fin de alcanzar un estado deseado específicamente definido (Foucault, 1994, vol. IV: 785). Son fundamentalmente las técnicas de poder y las técnicas de sí las que concentran la atención en las indagaciones foucaultianas. Estas técnicas siempre revisten un carácter instrumental respecto del modo de ejercicio del poder que actualizan.

El biopoder comprende dos tipos diferentes de tecnologías que se articulan a objetos diferenciados: la disciplina, cuyo blanco es el cuerpo individual, y las tecnologías reguladoras, cuyo blanco es la población.

Hacia fines de los años '70 Foucault se propone ocuparse más extensamente de la «biopolítica» a la que caracteriza como aquella manera en que se procuró, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas que los fenómenos propios de un conjunto de seres vivientes convertidos en población, plantean a la práctica gubernamental (problemas de salud, higiene, natalidad, longevidad, etc.) (Foucault, 2004 (b): 323). Al aparecer una población que un gobierno debe administrar, es posible encontrar el punto de partida de la organización de una biopolítica. La racionalidad propia a la que responden los dispositivos de regulación biopolítica, su marco general es lo que Foucault entiende como «liberalismo» (Foucault, 2004 (a): 400).

Desde comienzos de la década de 1980, el filósofo francés reelaboró la cuestión del biopoder en términos del problema del gobierno, entendiéndolo como «las técnicas y procedimientos destinados a dirigir la conducta de los hombres. Gobierno de los niños, gobierno de las almas o de las conciencias, gobierno de una casa, de un Estado o de sí mismo» (Foucault, 1994, vol. IV: 125). No recubre simplemente formas instituidas o legítimas de sujeción política o económica, sino modos de acción más o menos reflexionados y calculados, pero siempre destinados a obrar sobre las posibilidades de acción de otros individuos. «Gobernar es estructurar el campo de acción eventual de los otros. El modo de relación propio del poder no habría que buscarlo entonces ni del lado de la violencia y de la lucha, ni del lado del contrato y del lazo voluntario (que no pueden ser sino instrumentos): sino del lado de ese modo de acción singular -ni guerrero ni jurídico- que es el gobierno» (Foucault, 1994, vol. IV: 237). Dos cuestiones son relevantes en este planteo: por un lado, sólo puede ser sometido a gobierno aquello que preserva un grado de libertad tal que admite más de un devenir posible, esto es, donde se preserva alguna forma de libertad como alternativa en el curso de acción. Por otro lado, gobierno implica incitar un resultado más bien que otro.

Esta recolocación de la idea de gobierno le permite elaborar una noción nueva, la de «gubernamentalidad». En el marco de lo que propone como una primera formulación sistemática de una historia de la gubernamentalidad, Foucault expresa que esta noción puede entenderse como:

a.- el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien

específica y compleja de poder que tiene por blanco principal a la población;

b.- la tendencia, la línea de fuerza que, en todo Occidente, no ha cesado de conducir, desde hace mucho tiempo, hacia la preeminencia de ese tipo de poder que se puede llamar el 'gobierno' de los otros: soberanía, disciplina, y que ha conducido por una parte al desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno y por otra al despliegue de toda una serie de saberes (Foucault, 2004 (a): 111/112).

Para él, «la gubernamentalidad implica la relación de uno consigo mismo, lo que significa justamente que en esta noción de gubernamentalidad, apunta al conjunto de las prácticas por las cuales se pueden constituir, definir, organizar, instrumentalizar las estrategias que los individuos, en su libertad, pueden tener unos respecto de otros. Son individuos libres los que ensayan controlar, determinar, delimitar la libertad de los otros y, para hacer eso, disponen de ciertos instrumentos para gobernar a los otros. Entonces, esto reposa por supuesto sobre la libertad, la relación de uno consigo mismo y la relación con el otro; «...la noción de gubernamentalidad permite hacer valer la libertad del sujeto y la relación con los otros, es decir lo que constituye la materia misma de la ética» (Foucault, 1994, vol. IV: 728/9).

El eje de esas indagaciones se halla en la idea de «racionalidad gubernamental», a través de la que se procura dar cuenta del principio de inteligibilidad y esquema estratégico del conjunto de técnicas por medio de las cuales se actualiza un cierto arte de gobierno. El desarrollo de toda racionalidad política es tributario de extensos procesos económicos, sociales, culturales y técnicos y ella se encarna en instituciones y estrategias absolutamente específicas (Foucault, 1994, vol. IV: 827; 2004 (b): 295).

En síntesis, Foucault acuña el concepto de gubernamentalidad entendida como el encuentro entre técnicas de poder ejercidas sobre los otros y técnicas de sí (Foucault, 1994, vol. IV: 785) procurando «pensar de otro modo» la cuestión de **cómo** se gobierna, la del vínculo entre gobierno y Estado, la de las relaciones de poder y el tipo de sujetos que suponen distintas racionalidades gubernamentales. En función de mostrar **cómo**, releva fundamentalmente esos dos tipos de técnicas, para casos históricos específicos.

Siguiendo a Foucault, entonces, si la biopolítica debe comprenderse en el marco del problema de la gubernamentalidad (específicamente de la racionalidad gubernamental liberal), si la condición de inteligibilidad de la biopolítica es el liberalismo y éste postula un gobierno frugal, gobernar lo menos posible pues supone que siempre se gobierna demasiado y que ese gobierno mínimo debe acompañar la forma natural de un conjunto de fenómenos relevada por una disciplina científica (como lo hace la economía política), proponemos que la medicina puede ser entendida como generadora de un saber verdadero sobre los fenómenos del mantenimiento de la vida equivalente al papel de la economía política y que sería capaz de un gobierno tanto más eficaz cuanto menos estatal. Pero despleguemos un poco más esta idea.

Tal como se lo caracteriza en algunas indagaciones posteriores en torno al gobierno del cuerpo y de la vida, se entiende al gobierno como las formas de la acción pública que se ejercen sobre y a través de los cuerpos pretendiendo con esta formulación dejar abierto y mantener disponible para el examen, todo el espectro de las intervenciones públicas posibles sobre lo viviente y las poblaciones: los encuadramientos jurídicos, el formateo institucional, la vigilancia, la

moralización, pero también las operaciones de reconocimiento y de calificación, de clasificación y de categorización (Fassin y Memmi, 2004: 19/20) a fin de poder dar cuenta de las transformaciones en el ejercicio biopolítico del poder.

Las reflexiones que se plantean en este trabajo suponen que si las **técnicas de cuidado de sí** proveyeron un modelo para el gobierno de sí y de los otros en la antigüedad tardía -técnicas que encontraron relevo en las generadas por el cristianismo y luego más específicamente por el protestantismo-, **la medicina** entendida como **un modo secularizado del cuidado de sí**, que involucra un extenso conjunto de intervenciones concernientes a la salud de individuos y poblaciones, brinda instrumentos o herramientas técnicas de relevo para el gobierno de sí y de los otros que presentan la ventaja de no ser percibidas como tales (Crignon y Gaille, 2004).

En tal sentido, lo que se rastrea como actividad de «gobierno» concierne tanto a la relación de sí consigo mismo, como a relaciones interpersonales privadas que implican alguna forma de control u orientación de la conducta del otro, relaciones que se dan en cualquier marco institucional y, en particular, aquellas que involucran el ejercicio de la soberanía política en la medida en que la mediación en esas relaciones remite al campo de la salud pública.

Medicalización y carácter político del ‘bios’

En el apartado anterior hemos procurado situar la forma de ejercicio del poder que nos es contemporánea, señalando que hay una racionalidad que lo subtiende y un conjunto de tecnologías en que se actualiza, pues de esta manera se evidencian las formas en que cuerpo y elecciones vitales son investidos como frontera política de la ciudadanía, como límite entre público y privado, entre tutela y autonomía, es decir, el carácter eminentemente político que presenta contemporáneamente el «bios».

Cada vez con más frecuencia -acompañando el desarrollo científico técnico contemporáneo- se plantean, en diversos campos, interrogaciones como: ¿a quién pertenece el cuerpo de cada individuo?, ¿de quién es la propia existencia?, ¿a quiénes corresponden las decisiones sobre la propia vida? Justamente, cuando de decidir sobre la vida se trata, la noción misma de vida vacila tanto como la potestad de la decisión. ¿Quiénes entrarían en la categoría de aquellos que pueden decidir sobre sus cuerpos y su vida? ¿De qué tipo de seres se trata y qué estatuto de sujeto reciben? Muchos de ellos parecen presentar un estatuto ambiguo en este sentido: clásicamente, los menores de edad ilustran este caso ya que son potestad de otros, sus padres, los jueces, etc.; también los criminales y los dementes, sometidos a tutela; pero en muchos casos también los ancianos o las mujeres en algunos períodos de su vida, por ejemplo durante el embarazo, o varones y mujeres adultos que procuran para sí intervenciones hormonal-quirúrgicas para cambio de sexo. ¿Según qué criterios se decide incluir o excluir tal o cual categoría de individuos en la reivindicación de un derecho a disponer o a requerir protección del cuerpo y de la vida?

Respecto de estas cuestiones, numerosas instancias sociales de regulación reivindican su capacidad de seleccionar legítimamente los diversos grupos de seres capaces de decidir: en primer término, las instituciones religiosas que si bien han retrocedido en su disposición monopólica de generación

de normas, no abandonan la pretensión normativa y el terreno en que ésta se disputa. El individuo como ciudadano, sin duda también forma parte del terreno en que se disputan la administración de la salud, la gestión del cuerpo y de la vida. También la medicina, entendida como el conjunto de los cuerpos profesionales especializados que toman por objeto la salud, y los saberes que generan, ha sido requerida, y ha ocupado de buen grado, una posición decisoria en términos de intervenciones legitimadas estatalmente, que alcanzan entidades infracorporales -embriones, células madres, etc.-, individuos, grupos o poblaciones enteras. También el Estado se arroga un papel relevante a partir de las políticas de salud, en especial, desde que éstas se volvieron uno de los campos con mayor capacidad legitimadora para las políticas públicas. En tal sentido, la estatalización de las intervenciones en salud ha actualizado un nuevo modo de gobierno de las conductas y de los cuerpos a partir del desarrollo de las políticas de salud.

Proponemos entonces que la **medicalización** como parte del ejercicio biopolítico del poder en el marco de una racionalidad liberal de gobierno deberíamos pensarla como:

- 1.- una transformación cultural general consistente en la extensión del campo social de competencia de la medicina y de su lógica sobre otros campos de prácticas que antes le eran ajenos;

- 2.- una transformación que implica reformular y presentar legítimamente cuestiones relativas al orden social en lenguaje y a través de categorías propias de la medicina; esto es «lo político se dice en lenguaje médico» presentado como inquietud humanitaria por la preservación de la vida;

- 3.- esta práctica de gobierno fundada en la medicina, hace posible distribuir poblaciones desagregando grupos, sectores o individuos a ser normalizados -sometidos a control- según hayan sido distinguidos como normales o anormales -o «susceptibles de...», es decir, «en riesgo» o que pueden constituir un riesgo;

- 4.- la estrategia que subtiende la medicalización es una estrategia de defensa de la sociedad al modo de la inmunización (Espósito, 2005), es decir, como respuestas defensivas, protectivas frente a peligros efectivos o potenciales tanto para el individuo como para la especie y todos los posibles derivados;

- 5.- en el marco de esta estrategia, los agentes de control se multiplican y diseminan en todo el espacio social pero, además, se hace posible que el sí mismo -a partir de tecnologías específicas- se constituya en entidad de autocontrol, en este sentido opera generando modalidades de gobierno de sí y de los otros;

- 6.- generación de una amplificación de las preocupaciones en torno a salud y bienestar en el conjunto de la población que se manifiesta por una insistente atención, inquietud, preocupación -en ocasiones casi obsesiva- por la prevención, la detección y la búsqueda de diagnóstico que acompaña el acrecentamiento de aquello a lo que se le atribuye valor de síntoma, transformación en el umbral de percepción del propio cuerpo y la proliferación indefinida de nuevos síndromes.

En función entonces de la presente caracterización de este proceso, podríamos recuperar el argumento foucaultiano respecto de que los intentos de resistencia a la extensión de la normalización y la medicalización social tomaron la

forma de una reivindicación del derecho fundado en las bases del derecho natural moderno, buscando el amparo de la inalienabilidad de los derechos personalísimos de los individuos. Desde esta perspectiva podrían entonces leerse algunos elementos de la perspectiva neoliberal o, mejor, su favorable acogida en ciertos ámbitos, como proceso de resistencia, como un intento de recuperar y hacer valer el derecho negativo contra el Estado terapéutico, contra la normalización social. Desde el momento en que se admitió que hay algunos que no pueden velar por sí, se abrió la «caja de Pandora» de la que emergen cantidades incalculables de normas por las que, antes o después, en algún momento de su vida, todo ciudadano pasará por una situación en que no será considerado apto para velar por sí mismo y la protección se tornará en tutela.

En sentido muy general podríamos decir, entonces, que medicalizar es hacer que algo -un campo de fenómenos, una conjunto de prácticas, una población, etc.- que no era considerado de naturaleza y de competencia médica, llegue a serlo. Pero, examinada más de cerca, la medicalización es, como vimos, algo más complicada, es una forma de ejercicio del poder que se caracteriza por la pérdida de control decisonal sobre el propio cuerpo, su extensión, la propia vida, la generación de un saber esotérico sobre nuestra salud-bienestar (*salut/santé*), la emergencia de un cuerpo profesional especializado que toma esos territorios a cargo. Todo este proceso ocurre -y sigue ocurriendo- en la medida en que es capaz de generar biolegitimidad, es decir, una justificación del ejercicio del poder en la aspiración de hacer persistir la vida biológica.

¿Qué alcances tiene contemporáneamente este proceso? El de los Estados que han tomado a su cargo las cuestiones de la salud de las poblaciones ejerciendo al mismo tiempo control, disciplinamiento y moralización sobre ellas. Pero también el de formas supra estatales que controlan poblaciones y flujos poblacionales a nivel planetario, como la Conferencia de Viena para el caso de las drogas, por ejemplo.

Todos los agentes del área salud, desde el ámbito público tanto como desde el privado, actualizan esta forma de ejercicio del poder. Esto ocurre en el marco de una gigantesca paradoja. No cesa de incrementarse la demanda de salud: más cobertura, más centros, más cerca de nuestros domicilios, de nuestros trabajos, cubriendo mayor cantidad de prestaciones, etc. Sin duda los resultados de este proceso medidos epidemiológicamente muestran el repliegue de las infectocontagiosas tal como se las conoció hasta la mitad del siglo XX y la extensión (¿indefinida?) de la expectativa de vida. Como decía Foucault, «una demanda infinita» reivindicada como un derecho directamente ligado al derecho a la vida.

El otro lado de esa paradoja habría que pensarlo desde la perspectiva de un campo de la salud que busca cada vez más la prevención y la promoción de la salud; una creciente preocupación por las enfermedades crónicas que orienta cada vez más a la medicina hacia la cuestión de los «estilos de vida». El efecto es que cada vez más aspectos de nuestras vidas quedan en manos de «especialistas» que proceden como policía de la higiene pública. ¿Qué quiere decir esto? Que la intervención en salud es una intervención, quiera que no, moralizante -es decir, que fuerza un modelo cuyo supuesto fundamento científico contrabandea un modo de ver el mundo que es impuesto a otros con auxilio de formas de violencia no reconocidas socialmente como tales-.

Cualquiera de nosotros ha experimentado los efectos de esto -que Weber

teorizó como burocratización creciente de nuestras existencias- que parece característico de nuestras sociedades en múltiples campos. Poseemos un saber práctico sobre nuestro mundo que nos permite movernos en él, por ejemplo, seguramente todos sabemos ir en ascensor hasta el 4º piso o llegar en colectivo a alguna parte y, sin embargo, no tenemos ni la menor idea de cómo hacen esos aparatos para desplazarnos. Esto implica que vivimos en un mundo en que nos entregamos todo el tiempo, ciegamente, a la creencia en que alguien que no sabemos ni quién es ni cómo lo hace, ha realizado correctamente su trabajo y, por tanto, que no caeré al vacío al tomar el ascensor. Esa creencia en sentido estricto carece de otro fundamento más que la práctica. Y ésta en principio se aplica al campo de la salud como a otro cualquiera. El modo de adquisición de ese saber esotérico, la formación profesional de todos los agentes, se realiza instituyendo una distancia cada vez mayor por la que lo que le ocurre a ese que demanda atención, me es informado por un conjunto de signos que lo exceden, que no proceden de él sino secundariamente -por ejemplo, análisis de laboratorio, técnicas de imagen, etc.-. Signos que sólo quien posee ese saber está en condiciones de decodificar. En este modelo formativo, lo que hay como objeto de práctica no es otro ser humano, no tiene cualidades de sujeto y sin duda «no sabe sobre lo que le pasa»; sobre eso sabe el experto. Pero cuando esa lógica opera en el terreno de la manipulación de nuestro cuerpo y cuando lo que está ostensiblemente puesto en juego es la propia vida, la creencia devela su fragilidad. Aparece así la posibilidad siniestra de la especialización y de una organización social y de servicios burocratizada: **la abolición del otro.**

Este modo de instituir y formar para prácticas de salud genera una de las condiciones por las que **actos sistemáticos de violencia** -efectiva y simbólica- se producen en la atención de la salud. El que experimenta un padecimiento no sabe respecto de lo que le pasa, los que saben qué le sucede, qué se debe hacer al respecto, etc., son los agentes de salud. Esta lógica genera y habilita una práctica en la que el otro como sujeto de un padecimiento puede ser abolido. ¿Qué quiere decir esto? Que el que padece el dolor, por ejemplo, no es el que evalúa si es soportable o no, eso lo hace el experto; el que sufre una enfermedad no es el que evalúa cursos posibles de acción a seguir al respecto, eso lo hace el experto; el que solicita determinada intervención terapéutica no es el que decide sobre su pertinencia o conveniencia sino el experto.

Esta supresión del carácter de sujeto del que es blanco (casi se podría decir objeto) de las intervenciones en salud, objeto de gobierno, es un efecto generalizado de la institucionalización de los saberes en el campo salud, de las condiciones de formación y de organización de los servicios y sistemas de asistencia, etc. Sin embargo, este fenómeno no tiene alcances similares en el ámbito privado y en el público. La mediación simbólica y material del dinero como pago directo por un servicio que se solicita y que puede reemplazarse, morigeran los alcances de estas prácticas -al menos parcialmente- en una situación en que la elección entre prestadores es posible. Esta alternativa no tiene por qué quedar excluida del ámbito público, sólo se trata de encontrar un medio técnico para hacerla efectiva.

La diferencia, sin embargo, no es estrictamente relativa a los medios de pago; las características sociales de la población objeto de gobierno puede ser más relevante. Este es tal vez el fenómeno más complejo y difícil de visualizar.

Si la lógica de los derechos es la de una universalidad igualadora, la emergencia de organizaciones burocráticas (en el sentido de organizaciones gestionadas por expertos con capacidad de decisión sobre su área de competencia) fractura la lógica de la igualdad. Ninguno de nosotros es igual al que tiene un saber experto cuando necesitamos de él. La asimetría en ese caso es máxima. Todos tendemos a inscribir nuestro lugar social, nuestra función en términos de división social del trabajo, a partir de hacer sentir, de hacer efectiva esa diferencia. Pero cuanto más pobre se es, más arbitrariamente se inscribirá esa diferencia. Queremos decir que cuanto menos recursos materiales, pero especialmente culturales, simbólicos o sociales, tiene quien sufre la necesidad, mayores probabilidades hay de que esa asimetría se ponga en juego como arbitrariedad en relación con un conjunto indefinido de condiciones aleatorias que van desde el humor que tiene ese día el agente hasta sus creencias morales.

Carecer de recursos sociales, culturales o simbólicos implica que posibilidades realmente existentes en nuestras sociedades no aparecerán en el horizonte de esas personas como tales, como pensables, como realizables. Por ejemplo, carecer de recursos sociales puede implicar que no conozco a nadie amigo de quien me atiende, así que no puedo producir una mala referencia frente a esas personas que lo presente como alguien de poco valor social (alguien desconsiderado, violento, cruel, deshonesto, etc.) Esos recursos que faltan son resistencias posibles en cuya ausencia el someter a alguien a sufrimiento o violencia en principio puede no acarrear ningún costo ni social ni subjetivo al que lo hace.

Por tanto, la dirección de toda actividad de defensa de los derechos como estrategia de resistencia frente al gobierno del cuerpo y de la población, en el sentido en que aquí nos lo hemos planteado, debería estar orientada a crear todos los instrumentos posibles para convalidar la autonomía en la decisión.

Bibliografía

CRIGNON, Cl. et GAILLE M. *À qui appartient le corps humain?* Paris, Les belles lettres, 2004.

ESPOSITO, R. *Immunitas. Protección y negación de la vida.* Buenos Aires, Amorrortu, 2005.

FASSIN, D. et Memmi, D. (dir.). *Le gouvernement des corps.* Paris, Ed. EHESS, 2004.

FOUCAULT, M. *Dits et Écrits. Vol. I, II, III, IV.* Paris, Gallimard-Seuil, 1994.

FOUCAULT, M. *Sécurité, territoire, population.* Paris, Gallimard-Seuil, 2004 (a).

FOUCAULT, M. *Naissance de la biopolitique.* Paris, Gallimard-Seuil, 2004 (b).

FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar.* México, Siglo XXI, 1988.

FOUCAULT, M. *Il faut défendre la société.* Paris, Gallimard- Seuil, 1997.

FOUCAULT, M. *Histoire de la Sexualité,* vol.1. Paris, Gallimard, 1991.