

# El tratamiento como palimpsesto : Cuando la medicalización se convierte en crítica "políticamente correcta"

Autor:  
Epele, María

Revista:  
Cuadernos de Antropología Social

2013, 38, 7-31



Artículo



## El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta”

María Epele \*

### Resumen

Diversas revisiones y reformulaciones de la medicalización, desde su definición en la década de los setenta, han puesto en evidencia su carácter múltiple y diverso, y sus diferentes características de acuerdo con los géneros, edades, etnias, clases sociales y lugar geopolítico de las poblaciones consideradas. El objetivo de este trabajo es examinar, a través de las relaciones entre el tratamiento y el trato en contextos de crisis, ciertas dimensiones del proceso de medicalización en países por fuera del arco euro-norteamericano. Más específicamente, y partiendo de la noción de *trato*, los procesos de elaboración de “nuevos” tratamientos sobre “nuevos” problemas al ritmo acelerado de condiciones de emergencia, muestran su carácter de *montaje* entre diversos modos de tratar expertos y legos. La noción de palimpsesto permite modelizar a estos tratamientos como un *montaje* entre fragmentos heterogéneos, que se corresponden con diferentes regímenes de verdad-autoridad, genealogías y cronologías. Finalmente, abordar la avanzada de los sistemas expertos sobre “nuevos problemas”, a través de la noción de palimpsesto promueve, a su vez, el cuestionamiento de la linealidad, homogeneidad, universalidad de la medicalización, y la revisión de su *estatuto crítico*.

**Palabras Claves:** Medicalización; Tratamientos; Trato; Crisis; Palimpsesto

---

\* Investigadora CONICET (IIGG/FSOC-UBA), profesora UBA y FLACSO. Correo electrónico: mariaepele33@gmail.com. Fecha de recepción: octubre de 2012. Fecha de aprobación: mayo de 2013.

## TREATMENT AS PALIMPSEST. WHEN MEDICALIZATION BECOMES A POLITICALLY CORRECT CRITIC

**Abstract**

Several revisions and reformulations of medicalization notion showed it as a multiple and complex process, with particular characteristics according to gender, ages, ethnic identities, social classes, and the geopolitical role of the target populations. Based on the analysis of the relationships between treatment (bio-scientific / psychiatric-psychological) and the mode to treat (*trato*) in contexts of crisis, the objective of this article is to exam several dimensions of the medicalization process in countries outside the euro-american arch. Taking as a point of departure Ulloa's notion of way to treat (*trato*), the analysis of the processes of submitting "new" problems under expert health system, shows that "new" treatments are *montages* of diverse ways to treat, expert and lay knowledge and practices. The notion of *palimpsest* allows us to modelize these treatments as montages among heterogeneous fragments, engendered by different truth-authority regimes, genealogies and chronologies. Finally, this approach based on the palimpsest model, questions the lineality, homogeneity and universality enclosed in the notion of medicalization, as well as its critical status.

**Key Words:** Medicalization; Treatments; Modes to treat; Crisis; Palimpsest

## O TRATAMENTO COMO PALIMPSESTO. QUANDO A MEDICALIZAÇÃO TRANSFORMA SE EM CRITICA POLITICAMENTE CORRETA

**Resumo**

Várias revisões e reformulações sobre a medicalização a partir de sua definição na década de 70 revelaram seu caráter múltiplo e diverso, bem como suas características diferentes de acordo com o sexo, idade, grupo étnico, classe social e localização geopolítica das populações consideradas. O objetivo deste trabalho é analisar, através da relação entre o tratamento e o *trato* em um contexto de crise, certos aspectos do processo de medicalização em países que estão por fora da esfera euramericana. De forma mais específica e baseado na noção de *trato*, os processos de elaboração dos "novos" tratamentos sobre "novos" problemas para o ritmo acelerado de condições de emergência, mostram seu caráter de *montagem* entre diversos modos especialistas e leigos de tratar. A noção de palimpsesto permite modelar esses tratamentos como uma *montagem* entre fragmentos heterogêneos, que correspondem a diferentes regimes de verdade-autoridade, genealogias e cronologias. Finalmente, abordar o avanço dos sistemas especialistas sobre "novos problemas", através da noção de palimpsesto promove, por sua vez, o questionamento da linearidade, homogeneidade, universalidade da medicalização e a revisão de seu *estatuto crítico*.

**Palavras-chave:** Medicalização; Tratamentos; Trato; Crises; Palimpsesto

Comparar con los intentos de lanzarse en un viaje por mar en el que los barcos son desvaídos de su curso por el magnetismo del polo norte. Descubrir este polo norte. Aquello que para otros son desviaciones, son para mí los datos que orientan mi curso.

Benjamin, 2005: 459

Hace más de cuatro décadas, Gregory Bateson, en su análisis sobre la *Forma y Patrón en Antropología*, señalaba que su objetivo era “emplear nuestro conocimiento de estos estados de reposo para iluminar los factores que operan en los estados de desequilibrio. (...) No es muy adecuado estudiar las leyes de la gravedad mediante la observación de las casas que se derrumban en un terremoto” (1973: 90). Este trabajo, sin embargo, se sostiene en un presupuesto —si no contrario— diferente: a veces “los derrumbes”, “las condiciones de emergencia”, iluminan problemas y procesos que bajo condiciones habituales pueden pasar desapercibidos.

Este artículo busca examinar las relaciones entre el tratamiento y el trato, como lugar estratégico para revisar las entrañas de la medicalización como proceso, en países que están por fuera del arco euro-norteamericano. A través del examen de ciertas dinámicas que han quedado en evidencia en investigaciones locales sobre problemas “urgentes” de salud en tiempos de crisis en las últimas décadas, el objetivo de este trabajo consiste en problematizar las relaciones entre estos “nuevos” tratamientos y la medicalización como proceso de transformación social —en apariencia— universal y globalizante (Conrad, 2007).

El argumento central del análisis consiste, entonces, en que los tratamientos elaborados al ritmo acelerado que marcan ciertas condiciones de emergencia, es decir, cuando ciertos problemas comienzan a ser abordados por los sistemas expertos de salud, muestran —de forma evidente— su carácter de *montaje* entre fragmentos heterogéneos (Benjamin, 1968; Buck-Morss, 1995). Cuestionando aquellas lógicas que privilegian tanto la no contradicción, los dualismos, la oposición y la linealidad en el abordaje de los problemas (Epele, 2007), en este trabajo analizo a este tipo de tratamientos a través del modelo del *palimpsesto* (Restrepo, 2010; Miguez y González, 2001). Partiendo de la discusión de este concepto en diversas disciplinas científicas, el palimpsesto, como articulación de elementos heterogéneos de diferente procedencia y antigüedad, hace posible modelizar a estos tratamientos como complejos de fragmentos, de modos de tratar heteróclitos, técnicas, prácticas y saberes en tensión y/o contradicción entre sí (que se adicionan, yuxtaponen, generan,

estratifican, oponen y amalgaman). Más precisamente, estos fragmentos no son homogéneos, ya que se corresponden con diferentes regímenes de verdad-autoridad, diversas tradiciones, genealogías, cronologías y formas de trato tanto locales como globales.

Esta perspectiva de análisis, a su vez, hace ineludible la tarea de llevar a cabo una “*crítica del presente*”, la revisión de su ontología, a través de una ruptura con el conjunto de dualismos (antiguo/nuevo, pasado/presente, etc.) que hacen, de la estructura temporal lineal y de la estratificación secuencial, la base del entendimiento de la historia en general, del progreso como avance ascendente de la racionalidad y, también, de la medicalización como proceso unidireccional de transformación social. Desde este lugar estratégico, las características y el estatuto crítico de la medicalización como proceso universal y regulado por una temporalidad lineal, que transforma un estado “anterior” en uno posterior —ya medicalizado—, y la particular *ensoñación* que ha producido, exigen ser revisados.

Desde su mismo origen, las perspectivas críticas de la antropología de la salud han investigado los modos en que los tratamientos expertos son modelados por —y modelan a— otros procesos sociales (económico-políticos, culturales-simbólicos, epistemologías científicas, etc.) y los complejos modos en que los sistemas biomédicos coexisten y se articulan con otras medicinas expertas, ya sea tradicionales y/o alternativas (Good, 1994; Singer, 1995; Lock y Nguyen, 2010; Menéndez, 1990). Dentro de este mapa diverso, el palimpsesto, como perspectiva para analizar los “nuevos” tratamientos, cuestiona tanto la homogeneidad “experta” de los fragmentos que los componen, como su “actualidad” y, por lo tanto, favorece el trazado de nuevos vasos comunicantes entre sistemas expertos y vida cotidiana a través de la noción del *trato*. Siguiendo los desarrollos de Ulloa (2012), el trato y los modos de tratar caracterizan y califican a las acciones orientadas hacia otros y de los otros respecto a sí, y dan forma a ciertos patrones atravesados y categorizados —en términos cotidianos— por valoraciones morales (maltrato, buen trato y destrato). Así, la mirada de los tratamientos desde la noción del trato permite incluir en el análisis y categorizar la materia de la que están hechos los vínculos que nos hacen y deshacen. Este abordaje, a su vez, permite reconocer tanto la materialidad de lo vincular como su carácter productivo con relación a la subjetividad. Considerando la desigualdad económica y las condiciones reales de vida, esta perspectiva abre también la posibilidad de integrar en el análisis e interrogar desde otro lugar aquellas acciones y prácticas

llevadas a cabo por parte de estas poblaciones dentro —o al respecto— de las dinámicas terapéuticas (no cumplir, ocultar, sospechar, demandar, etc.) que, bajo la pátina medicalizadora —o de resistencia a ella— generalmente han sido esencializados como parte inherente a sus “estilos de vida”.

Finalmente, esta perspectiva reorienta la agenda de la investigación. En lugar de concentrar nuestros esfuerzos y sobre-exigir nuestros datos para que se adecuen como variantes locales de nociones y perspectivas —en apariencia— idóneas para dar cuenta de casi cualquier realidad, esta aproximación promueve un contra-efecto inmediato en la investigación. Hace recobrar cierta apertura y frescura de nuestros sentidos acerca de la materia de la que están hechos nuestros saberes, prácticas y vínculos, y reencontrar en ella la yuxtaposición entre técnicas “nuevas” y *detritos en la actualidad*, de otras y diversas historias de solidaridad, violencia, cuidado y muerte, que nos han producido.

## HACIA UNA CRÍTICA DE LA MEDICALIZACIÓN

Desde la década de los setenta, la medicalización, ha pasado a integrar el corpus de nociones y perspectivas críticas en los abordajes de las ciencias sociales y de la antropología de la salud. Ya sea considerada como concepto, teoría o tesis, la medicalización refiere al proceso por el cual se integran, definen y tratan, dentro de la biomedicina, problemas que con anterioridad quedaban por fuera de sus límites, legitimidad y eficacia. Desde sus mismos inicios, la noción de medicalización tuvo un inédito poder de resolución para inaugurar y desarrollar un nuevo campo de análisis. Caracterizada, además, por su anclaje en una amplia diversidad de perspectivas teóricas, la relevancia del despliegue de este concepto estuvo asociada, por su estrecha vinculación con diferentes formas de críticas, con el capitalismo y el gobierno de las poblaciones, algunas de las cuales son: el imperialismo médico y la expropiación de la salud (Illich, 1975), la sociología del control y desviación (Conrad y Schneider, 1985; Zola, 1972; Conrad, 2007), la biopolítica (Foucault, 2000). El análisis crítico de la medicalización y su integración al problema de la hegemonía médica, en países fuera del arco euro-americano, tiene como antecedentes otras teorías y análisis (Menéndez, 1990; Menéndez y Di Pardo, 2009).

En el transcurso de las últimas décadas, sin embargo, la medicalización ha sido revisitada y revisada en diferentes momentos y con diferentes agendas, modificando tanto su caracterización en general como los procesos y orienta-

ciones específicas que incluye. La heterogeneidad registrada en la actualidad atraviesa no sólo las perspectivas de abordaje, sino los procesos que se incluyen dentro de esta categoría. Entre las principales transformaciones señaladas se incluyen: las nuevas características en la organización de la biomedicina (nuevas tecnologías, modificaciones en la industria farmacéutica y del mercado de la medicina, etc.), los nuevos problemas sociales que han sido subsumidos a su dominio (desórdenes mentales, adicciones, diversidad en orientación sexual, problemas de aprendizaje, abuso infantil, vejez, muerte, etc.), las pocas áreas que han sido des-medicalizadas y las modificaciones en los procesos y agentes por los que esta integración se lleva a cabo (nuevas características de la investigación médica, modificación en las legislaciones, movimientos sociales y organizaciones de pacientes, industria farmacéutica, acceso a la información y organización de redes sociales en Internet, etc.) (Conrad, 2007; Ballard y Elston, 2005).

Esta revisión ha puesto en evidencia, a su vez, nuevas relaciones entre capitalismo contemporáneo y medicalización. Por un lado, el crecimiento y dominancia de la industria farmacéutica han promovido el análisis del acelerado protagonismo del consumo directo de productos sin intermediación profesional—, la producción de nuevas estrategias de legitimar conocimientos científicos, como también el desarrollo de nuevas relaciones laborales entre la industria y los profesionales (Petryna, Lakoff y Kleinman, 2006). Por otro lado, la medicalización en contextos de reformas, ajustes y crisis económicas y políticas, adquiere otras características, marcadas no sólo por la dualización de los sistemas de atención, sino también por la retirada de cobertura, privatización y dificultades en el acceso por parte de las poblaciones más marginalizadas (Menéndez y Di Pardo, 2009; Escudero, 2003; Zeballos, 2003). Como parte de este proceso de revisión, y con la acumulación de análisis sobre las variantes que ha adoptado de acuerdo con las especialidades, problemas y regiones consideradas, se hizo claramente evidente que la medicalización es un proceso múltiple, diverso, con diferentes características e implicancias de acuerdo con las sexualidades, edades, etnias, clases sociales y lugar geopolítico de las poblaciones en diferentes regiones y países del mundo. Es decir, la biomedicina participa diferencialmente en la producción de diferentes grupos poblacionales: la medicalización es un proceso irregular, algunas categorías de personas (mujeres, niños, clases altas, países desarrollados, etc.) son consideradas como “más medicamente producidas” que otras (Rose, 2007).

Siendo ya —relativamente— aceptado su carácter heterogéneo, múltiple e irregular, sin embargo, el problema de la temporalidad inherente a la formulación misma de la medicalización ha quedado relegado. El proceso de medicalización incluye un estado “anterior” y uno “posterior”, respecto de los cuales un aspecto y/o problema, de integrar alguno de los diversos órdenes de la vida social, pasa a participar del campo de la biomedicina —o del complejo dominio “psi”—. Esta transformación se lleva a cabo por medio de procesos, saberes, tecnologías y políticas diversas, que producen un objeto ya medicalizado, una enfermedad, trastorno o patología. Incluir la temporalidad y los órdenes de realidad en que se inscriben los problemas es interrogar sobre algo que solo excepcionalmente se ha expuesto explícitamente: la medicalización como proceso tiene una connotación claramente negativa, que en ocasiones hace que su sola formulación se asuma como una crítica *per se* del problema que se está investigando. Como una versión antitética, aunque tan lineal como aquel para el que la medicalización es un progreso, se asume, más o menos explícitamente, que este proceso supone el pasaje desde un universo *exclusivamente* regulado por el (auto) cuidado, la solidaridad, la participación activa y comunitaria de la salud, hacia la regulación capitalista y mercantilista, del control, la regulación de la producción de determinado tipo de sujetos, y cierta bio-política iatrogénica para las poblaciones afectadas. Aunque estas orientaciones y transformaciones han sido registradas en diferentes problemas de salud, la naturalización de la medicalización como proceso homogéneo y como crítica *per se* ha sido cuestionada.

Por un lado, en contextos de crisis y en poblaciones marginalizadas, el estado “anterior” no se corresponde con las coordenadas de homogeneidad del modelo medicalizador. Ya ha sido ampliamente documentado en contextos de crisis extrema, además del desarrollo de movimientos, organizaciones y nuevas redes sociales orientadas al bienestar y la salud (que incluyen saberes y prácticas expertas), la radicalización y profundización de procesos del capitalismo contemporáneo que encuentran, en estos espacios sociales, el campo fértil para su despliegue más iatrogénico (pauperización, mercantilización, encierro territorial, lógicas de escalada de violencia, etc.). Por otro lado, y de acuerdo con Rose, la medicalización no puede considerarse una descripción, explicación y, menos aún, una crítica. Rose interroga la medicalización y refiere que puede ser el punto de partida del análisis, “un signo de la necesidad para un análisis” (Rose, 2007: 702), pero no el resultado o conclusión de un estudio.

Partiendo de las relaciones complejas entre biomedicina y capitalismo en espacios de marginalización social, *la crítica sobre la medicalización* en este trabajo se centraliza en: cuestionar la temporalidad en términos de linealidad, la homogeneidad tanto del estado anterior como del posterior ya medicalizado, y la carga connotativa implícita de “paraíso perdido” (o su contrario, de “barbarie pasada”) del estado anterior en el que la medicalización irrumpen, que transforma esta noción en *una crítica per se*. Lejos de ser una defensa —o ataque— a la medicalización, o incluso un intento de poner ciertos límites dentro de los cuales este proceso sería adecuado e incluso “saludable”, este análisis busca señalar algunas inconsistencias teóricas que esta noción tiene en el abordaje de ciertos problemas bajo “condiciones de emergencia” en países fuera del arco euro-americano. En contextos de crisis económico-políticas, la avanzada de los sistemas expertos de la salud participa, conjuntamente con aquella radicalización que el capitalismo desata en espacios de marginalización, en la producción de esos mismos problemas “urgentes” que busca resolver.

Como en una zona de fricción entre placas tectónicas, en estos contextos críticos emerge un mapa diverso de problemas “urgentes” para los sistemas de salud. Mientras algunos de ellos concentran la atención por su importancia evidente (multiplicación de los obstáculos en el acceso al sistema, violencia, hambre, falta de insumos, etc.), otros, menos evidentes y más sutiles, quedan —generalmente— desdibujados. La medicalización, como fórmula de transformación social excluyente para esclarecer la avanzada sobre estos problemas, invisibiliza prácticas, saberes y técnicas que participan en su abordaje, reduciendo abruptamente el orden de complejidad de los problemas investigados. Promueve, a su vez, una suerte de estado de *ensoñación, de encantamiento* que, al desviar el análisis hacia ciertas matrices clásicas (diagnósticos, tecnologías, medicaciones, mortalidad, discriminación, genealogías de saberes y prácticas expertos, etc.), nos hace perder la agudeza y claridad de nuestros propios sentidos y entendimiento, necesarias para darles entidad y estatuto de realidad a fenómenos incongruentes e inesperados respecto de aquellas matrices directivas.

Focalizando el análisis en los modos de elaboración de tratamientos para estos “nuevos problemas” en poblaciones marginalizadas y bajo condiciones críticas, se convierte en ineludible problematizar la medicalización, tanto en su temporalidad lineal y, por consiguiente, universalidad, como en la materia en apariencia homogénea y experta de la que están hechos dichos tratamientos. Aunque en contextos críticos los análisis —generalmente— se concentran en los

problemas más extremos (muerte, violencia, falta de insumos, hambre, discriminación, etc.), en este trabajo focalizo en aquellos que siendo sutiles —aunque sofisticados—, encubren y encierran amplias consecuencias para el bienestar y la salud de estas poblaciones. Más precisamente, y en lugar de hacer un planteo general, esta revisión crítica de la medicalización es llevada a cabo a través del cuestionamiento tanto del dualismo y oposición entre los modos de tratar, el trato (legos) y los tratamientos (expertos), como la transformación lineal y excluyente de uno en otro, y así restituirle la complejidad de las relaciones que involucran.

Resumiendo, cuando ciertos problemas comienzan a ser abordados por los sistemas expertos de salud en contextos de crisis, se hacen evidentes ciertas dinámicas en los tratamientos en formación que, bajo otros contextos histórico-sociales, pasan más desapercibidos. Considerando el espesor y precisión de este campo analítico, la perspectiva crítica sobre la medicalización en estas coordenadas histórico-sociales específicas hace posible revisar su estatuto analítico como crítica social, que ha atravesado a esta noción desde sus mismos orígenes.

## **SOBRE EL TRATAMIENTO Y EL TRATO**

Abrir la pregunta sobre los modos de tratar en general y las relaciones entre el tratamiento y el trato en particular, es cuestionar la perspectiva que hace de los tratamientos algo estricta y asépticamente vinculado con la biomedicina y con los saberes “psi” como sistemas expertos, legítimos y universales de abordar las enfermedades y dolencias en las sociedades occidentales. Este cuestionamiento, sin embargo, no es nuevo. Desde sus mismos inicios, los estudios antropológicos sobre salud/enfermedad han buscado esclarecer los modos de producir particularidades locales en tratamientos médicos y/o psi y, a su vez, los modelos locales que dan forma y adaptan dichos tratamientos. Este tipo de análisis se ha llevado a cabo desde diferentes perspectivas. La aproximación culturalista y/o simbólica ha analizado los sistemas médicos nativos en sus relaciones con los sistemas biomédicos occidentales. Por otro lado, han sido interrogados con relación a los fundamentos epistemológicos y genealógicos de los saberes expertos, biomédicos y “psi”, ya sea desde la perspectiva de los estudios sociales de la ciencia, o desde las derivaciones fenomenológicas, postmarxistas o foucaultianas en antropología (Good, 1994; Singer, 1995; Lock y Nguyen, 2010). Desde la economía política de la salud, han sido desarrollados diferentes abordajes

críticos hacia los tratamientos. Este es el caso del análisis de la dualización (en cualidad, calidad y complejidad) de los procesos de atención de la salud con respecto a diferentes clases sociales en las mismas sociedades occidentales, tanto en países centrales como periféricos (Scheper Hughes, 1992). También, el carácter heterogéneo, sincrético y múltiple de los sistemas de atención de salud en diferentes países ha sido examinado y teorizado desde perspectivas culturalistas-simbólicas y críticas (Kleinman, 1980; Menéndez, 1990).

Problematizar las complejas y posibles relaciones entre tratamiento y trato, sin embargo, responde a otra agenda de indagación. Esta agenda hace posible problematizar las prácticas y saberes de los que están hechos los tratamientos en términos de tecnologías. Siguiendo a Foucault, las prácticas y acciones pueden ser consideradas como técnicas y tácticas que suponen saberes, participan en diversas redes más o menos difusas de poder, y producen efectos de diverso orden. Desde esta perspectiva, ciertas prácticas, de las que los tratamientos están hechos, pueden entenderse como técnicas y tácticas que contienen un saber no formulado explícitamente, pero que vienen participando en el abordaje, resolución o —incluso— producción de diversos problemas en diferentes contextos sociales, y que no pertenecen orgánica y necesariamente a un dominio específico de la vida social, ni a un régimen de saber-poder. Estas prácticas, saberes y técnicas, que quedan invisibilizados bajo los rótulos de saberes expertos (biomedicina, psiquiatría y/o psicología), pueden ser interrogados a través de la noción de trato.

La noción de trato, como expresión en sustantivo del verbo tratar, permite categorizar la materia de la que están hechos los vínculos que nos hacen y deshacen. Lejos de reproducir la disociación entre un dominio relacional y una suerte de esencia subjetiva, la noción de trato permite reconocer tanto la materialidad de lo vincular como su carácter productivo con relación a la subjetividad, ya sea en términos que en el sentido común se definen como “positivos” (cuidado, amparo, acompañamiento, solidaridad, protección, diálogo, etc.), como entre aquellos que son considerados “negativos” (culpabilización, abandono, explotación, negligencia, abuso, estigmatización, etc.). Considerando esta materialidad, el trato y los modos de tratar se articulan con procesos macro-sociales, y tienen genealogías y cronologías diversas. Es decir, las modalidades de trato se corresponden con contextos histórico-políticos particulares, son producidos y transformados al ritmo, en disidencia o franca oposición de las modificaciones en las ecuaciones dominantes de sociabilidad asociadas a las transformaciones económico-políticas del capitalismo contemporáneo.

El trato, entonces, incluye los modos de hablar y escuchar, los modos de mirar, de tocar y de ser mirado y tocado, las expresiones de las emociones y las formas vinculares de hacer sentir/sentirse con y por otros; las distancias y proximidades, las regulaciones en general de las posiciones y usos de los espacios y territorios; las modalidades de los intercambios; las moralidades que lo atraviesan y califican, tanto en su desarrollo como por sus consecuencias. Desde una perspectiva general, el trato refiere a aquel proceso vincular complejo que caracteriza y, al mismo tiempo, califica las acciones orientadas hacia otro(s) y de los otros con respecto a uno, de modo tal que adquiere ciertos patrones que, en algunos casos, tienen nombres, ya sea en lenguajes expertos como en la vida cotidiana. Cuando hablo de acciones no sólo hago referencia a la actividades y movimientos, sino también a dejar de hacer, actuar, no decir, promover silencios, desprender, abandonar, entre otras. Además, hablar de trato cuestiona, desde este otro lugar, el carácter forzado de la disociación entre hechos y valores, caracterización y calificación, no sólo en los análisis expertos, sino en las perspectivas nativas.

Otorgarle un estatuto conceptual al trato encuentra, como claro antecedente, los escritos de Ulloa (1995, 2012). Sus análisis han focalizado en las particularidades en que *la mortificación* y el *sufrimiento social* han impregnado la historia reciente de la Argentina. Ulloa desarrolla la noción de *encerrona trágica* como núcleo central de lo que ha denominado el *dispositivo de la crueldad*. Esta *encerrona* es una situación de dos lugares sin tercero de apelación, sólo la víctima y el victimario, en la cual la víctima depende del victimario para dejar de sufrir y/o sobrevivir (Ulloa, 1995, 2012; Altschul y Taber, 2005). Partiendo del análisis crítico del proceso de *manicomialización*, Ulloa sostiene que el manicomio es considerado el estado terminal e institucionalizado de procesos de mortificación que atraviesan toda la sociedad. La mortificación y el maltrato son formas de sufrimiento social contemporáneo que afectan a los sectores sociales más postergados. De acuerdo con Ulloa, las transformaciones económicas y sociales neoliberales han multiplicado las condiciones de producción de estas *encerronas* y los encierros que estructuran. Ellas se configuran cada vez que alguien, para dejar de sufrir, para cubrir sus necesidades elementales, trabajar, vivir, incluso morir, depende de otro alguien o algo que no lo reconoce como sujeto (Ulloa, 2012). La institucionalización crónica, las condiciones laborales arbitrarias y/o de explotación, la violencia permanente en el barrio y/o ámbito doméstico, los diferentes maltratos en medidas técnico-administrativas de la

burocracia estatal, configuran nuevos encierros que dibujan diversas tragedias sociales y subjetivas. Oponiéndose al maltrato y a la crueldad, el “*buen trato*” para Ulloa refiere a la ternura. Es decir, aquel antiguo oficio que diera origen a la clínica, que incluye *la intuición, el miramiento y la donación simbólica*. Este oficio garantiza el diagnóstico, el tratamiento adecuado, a través de un mirada con interés a un sujeto-otro, ajeno, y que involucra un arte de transmisión, de donación, incluye la singularidad y el reconocimiento subjetivo, tendiendo siempre a su desprendimiento, es decir, a producir diversas formas de autonomía (Ulloa, 2012).

La noción de trato, entonces, problematiza ciertas prácticas y técnicas que, participando de los tratamientos, también vienen integrando el repertorio y las tradiciones locales de los modos de tratar y abordar problemas en otros órdenes de vida social (económico, político, burocrático, doméstico, institucional, etc.). Los procesos de elaboración de tratamientos sobre “nuevos” problemas en épocas de crisis se convierten, entonces, en un lugar estratégico, ya no para atestiguar sólo su medicalización, sino para documentar el material heteróclito que participa en su producción. Este material queda desdibujado en su heterogeneidad y complejidad, no sólo por las denominaciones técnicas de los saberes expertos, sino también por las matrices analíticas que diversas orientaciones en ciencias sociales y en antropología se le aplican. Una vez formalizados en tratamientos, a su vez, este material “fluye” a través de los vínculos en otros contextos sociales como saberes y técnicas expertas sobre estos problemas, y en estos términos son reapropiados por las poblaciones. Estos procesos, a su vez, son sensibles, es decir, son modelados —y modelan también— por las transformaciones económicas y políticas, los cambios en los sistemas públicos de atención de la salud, la proletarización progresiva de los profesionales, como las modificaciones en las dinámicas vinculares y condiciones de vida de las poblaciones marginalizadas.

## REVIENDO TERAPÉUTICAS

En el curso de nuestras investigaciones socio-antropológicas en poblaciones marginalizadas al ritmo marcado por las crisis y grandes transformaciones de los mapas sociales en las últimas décadas, ciertas prácticas y saberes, que han venido participando en tratamientos en una amplia geografía de problemas de salud, se han convertido en “piedras en el zapato”, sentidas y, en ocasiones,

ignoradas o, más precisamente, asimiladas “con calzador” a modelos que hacían de la medicalización el paradigma conceptual del entendimiento.

Entre algunos de los problemas documentados en contextos de crisis de las últimas décadas, y que son recurrentes en diferentes tipos de estudios, puedo mencionar: las diferencias en las características, los tiempos y la espera en el proceso de atención de la salud con respecto a otras clases sociales, que involucran dificultades en el acceso y continuidad de tratamientos; el deterioro (tiempo, tecnología disponible, etc.) en el sistema de atención, vinculado con la precarización (sobre-exigencia, reducción de personal, capacitación centrada en la auto-gestión, etc.) de las condiciones laborales de los profesionales en el marco de las transformaciones neoliberales de los sistemas de salud; el señalamiento y/o acusación —más o menos explícita y en diversos gradientes— a las mismas personas que padecen, de su participación activa en la adquisición y/o de la dolencia y enfermedad, específicamente cuando esta participación involucra comportamientos sancionados socialmente, estigmatizados o ilegales; el abandono, la negligencia y la falta de garantía socio-económica de continuidad en tratamientos; la sanción moral y social, bajo la forma de “educación terapéutica”, de los modos de tratar, sentir y actuar de estas poblaciones basados en modelos de subjetividad y de acceso a la justicia, derechos y legalidad, inaccesible a sus realidades cotidianas, sin facilitarles el acceso a ellos; la burocratización y la postergación más o menos indefinida, de la resolución de problemas urgentes, que involucran trámites complejos que requieren asistencia técnica y/o experta para llevarlos a cabo; la categorización de ciertos padecimientos de salud integral como “sociales” y, por lo tanto, la evitación del abordaje de ellos —y de las personas que los padecen— desde los sistemas vinculados con la salud; la crítica moralizadora en términos y expresiones del sentido común (manipuladora, mentirosa, etc.) de la demanda; la amenaza y las diversas formas de agresión por parte de pacientes —y/o personas relacionadas ellos— con respecto a los profesionales; la escucha, atención y construcción de una red social de cuidado y soporte para algunos de los pacientes; el soporte y desarrollo de redes y organizaciones sociales de defensa de los derechos vinculados con la salud y la supervivencia.

Dentro de este complejo mapa de problemas, quisiera detenerme en la revisión de una de las dinámicas terapéuticas que fue abordada en una de mis investigaciones en poblaciones marginalizadas. Ya casi dos décadas atrás, en los primeros años de la década de los noventa, iniciaba mi investigación sobre

la epidemia del VIH-SIDA. En ese entonces, todavía no existía la medicación anti-retroviral, la tasa de mortalidad era elevada, y el despliegue de la epidemia tenía lugar en un contexto económico-político de acelerada expansión del neoliberalismo en nuestro país, con reformas del sector salud en este mismo sentido. Frente a estos múltiples desafíos, *los tratamientos* —en construcción— fueron incluyendo prácticas y saberes de otras enfermedades y malestares, técnicas, modos de tratar y de resolver problemas de otros ámbitos de la vida social. Una de las particularidades terapéuticas del abordaje de la infección y el síndrome en general fue el complejo que, en aquella oportunidad, denominé de *(auto) cuidado* (Epele, 1997), previamente al crecimiento exponencial y generalización de las referencias sobre el cuidado en investigaciones en el campo de la salud en antropología y en ciencias sociales.

Diversos estudios han señalado que analizar el cuidado interroga y cuestiona los presupuestos epistemológicos, políticos y morales de los modos de entender las prácticas que promueven el bienestar, la salud y la ciudadanía (Tronto, 1994; Ayres, 2004; Bonet y Gomes Tavares, 2007). Las prácticas relativas al cuidado y las personas que las llevan a cabo han sido marginalizadas y devaluadas por su estrecha asociación con la emoción, las mujeres, las clases bajas, las minorías étnicas, y las necesidades (Kleinman y Hanna, 2008). Es decir, el cuidado hace visible los patrones de subordinación de nuestras sociedades (Tronto, 1994). Específicamente, en el campo de la medicina, el cuidado es una actividad compleja que insume energía, tiempo y recursos económicos, y produce conflictos, tensiones e incertidumbre. La división entre medicina y cuidar supone la disociación entre la tecnología racional de la biomedicina, por un lado, y el compromiso, la asistencia y la atención, por el otro (Kleinman y Hanna, 2008).

Desde otra perspectiva, Foucault (2005) señala los vínculos estrechos entre el cuidado, el poder y la subjetividad. En este sentido, los mandatos de (auto) cuidado del cuerpo y de sí son indisociables de nuevas formas de control y (auto) control que, guiados por el saber experto, han transformado el “cuerpo saludable” en una expresión visible de la moralidad.

En el inicio de la epidemia del VIH-SIDA, este complejo consistía en una suerte de “educación terapéutica”, por la cual se desplazaba a los pacientes la responsabilidad del desarrollo de actividades de cuidado en su vida cotidiana (dieta, sueño, contenidos de pensamiento, etc.). Si bien estas prescripciones eran algunas de las técnicas terapéuticas ya desarrolladas para enfermedades

crónicas (ej. diabetes), su inclusión como fundamento de tratamientos de la epidemia generó nuevas paradojas y problemas. En primer lugar, este complejo de (auto) cuidado consistía en que las prescripciones entraban en conflicto abierto con las condiciones socio-económicas necesarias para que estas poblaciones marginalizadas pudieran llevarlas a cabo. El complejo de saberes y prácticas de cuidado insume una gran energía, atención, asistencia, inversión de recursos económicos y disposición de capital social, condiciones que se veían abruptamente restringidas por las experiencias de la infección y por las respuestas sociales hacia aquellos que la padecían. En segundo lugar, su inconsistencia radicaba, también, en la exigencia, “imposible”, de desarrollar una reflexividad generalizada sobre todos los aspectos de la vida cotidiana orientada al cuidado de la salud. Bajo condiciones de padecimiento, temor e incertidumbre, específicamente sobre un “síndrome” nuevo del cual se desconocían los detalles de su desarrollo y de sus consecuencias, salvo su elevada e imprevisible mortalidad, la carga de tener que atender(se), mirar(se), controlar y racionalizar a través de las normativas expertas cada orden de su cotidianidad, era una tarea imposible de cumplimentar. Principalmente, anudar el desarrollo “correcto” de estas actividades de cuidado de sí, con la postergación del desencadenamiento de la enfermedad e incluso con la posibilidad de lograr la propia supervivencia, encerraba una trampa, que dejaba a los sujetos expuestos a cargar con la total responsabilidad sobre el curso que la infección tomara.<sup>1</sup>

Mi análisis de este complejo de (auto) cuidado en aquella oportunidad estuvo centrado en la propuesta de entenderlo como una nueva forma de medicalización: un proceso de des-institucionalización del cuidado que implicaba una profundización de la medicalización de la vida cotidiana, a través de la contaminación de los saberes expertos sobre cada uno de los órdenes de la vida social que eran categorizados como variables supuestamente vinculadas al desencadenamiento de los múltiples padecimientos incluidos dentro del síndrome. Medicalización, en todo caso, que mostraba sus aristas más filosas, ya que promovía en su mismo movimiento, aislamiento, culpa, la sobrecarga de responsabilidades y la ineludible toma de conciencia de los desajustes de la vida propia respecto de los ideales expertos.

Sin embargo, este complejo de (auto)cuidado es susceptible de ser escrito en otras grafías y, por lo tanto, sometido a otras lecturas. Más precisamente, es posible reconocer en su desarrollo un *modo de tratar* y una técnica tradicional en la que toman forma modos sofisticados de producción del abandono y

negligencia, que han participado en diferentes realidades sociales en la historia reciente de nuestro país. Esta dinámica consiste en transformar procesos de curso incierto e ingobernable —en los niveles global, social, y/o corporal— que están por fuera del control personal, e incluso que comprometen la supervivencia, en asuntos bajo la jurisdicción y responsabilidad individual, tanto en el sentido prescriptivo —sobre qué hacer—, como en la lectura retrospectiva —sobre lo que ha sucedido—. Desconociendo no sólo las formas en que el cuidado de sí es condicionado por la fragilidad, el sufrimiento, los limitantes socio-económicos en tiempos de crisis y desempleo, este complejo incluye una dinámica resumida en la expresión popular “algo habrá hecho” —o “dejado de hacer”— para que la vida haya tomado ese curso. Integrada a estos tratamientos, esta dinámica del *trato* implica un movimiento por el cual se relocaliza la *geografía de la causa*. Desde esta geografía, se reorganiza el mapa social del origen de los padecimientos al delimitar un terreno oculto —y “oscuro”— en las subjetividades, del que surge el potencial de deterioro que todo padecimiento encierra. Bajo la cobertura del cuidado de sí, entonces, la dinámica terapéutica era atravesada por coordenadas definidas en términos de verdad/mentira, realidad/irrealidad, cumplir/no cumplir, control/descontrol. Esta dinámica desplazaba, casi imperceptiblemente, la carga del curso que adopta la enfermedad —y la muerte posible— en los mismos sujetos que padecen.

En este caso, frente a un “nuevo” problema que compromete el bienestar, la salud y la supervivencia de estas poblaciones en contextos de crisis, se hace posible observar, en los tratamientos, formas de trato, técnicas y saberes que participan de tradiciones y perspectivas de diferentes órdenes sociales y diversas cronologías. Estas tensiones, yuxtaposiciones, superposiciones, contradicciones, ponen en evidencia los modos en que ciertos tratamientos orientados hacia poblaciones marginalizadas incluyen, no sólo prácticas e intervenciones que promueven el alivio, el bienestar, la curación y la salud, sino también otras más sutiles, que promueven también, y al mismo tiempo, la producción de otros y nuevos malestares.

La prioridad del análisis deja de ser, entonces, los modos en que estas técnicas tradicionales modelan los tratamientos o, a la inversa, las formas en que los tratamientos actuales asimilan y remodelan los modos de tratar del “pasado”. La interrogación se desplaza hacia la actualidad. Más precisamente, hacia el diseño de modos de aproximación respecto del presente que hagan posible determinar la complejidad (temporal, de procedencia, etc.) de los tratamientos en elaboración.

**EL TRATAMIENTO COMO PALIMPSESTO**

Las estructuras más íntimas del pasado sólo se hacen visibles en el presente cuando son actuadas mediante una luz que brota de la vitalidad de la actualidad

Benjamin, 2005: 264

Para analizar la medicalización en las relaciones complejas entre el tratamiento y el trato, se hace necesario problematizar la temporalidad, específicamente la linealidad pasado-presente que ha quedado atrapada en diversas nociones a las cuales recurrimos para dar cuenta de diferentes tipos de procesos vinculados con las transformaciones sociales asociadas a las rápidas modificaciones del capitalismo en las últimas décadas en nuestro país. Específicamente, se hace necesario desnaturalizar “el presente” como totalidad universal y homogénea, y problematizar los tratamientos en términos, tanto de su “actualidad”, como de los “materiales” que los constituyen.

En un escenario de rápidas transformaciones, Benjamin (1968) problematizó la linealidad del tiempo, del pasado-presente, y del progreso relacionado con el capitalismo. En el capitalismo avanzado, la rápida renovación de las tecnologías y de las mercancías produce una elevada y heterogénea cantidad de “fósiles”, huellas del pasado y detritos. Para Benjamin, con el término tecnología se hace referencia no sólo a la industria en su sentido tradicional, sino a los mundos materiales, naturales e incluso los seres humanos. *La dialéctica de la mirada*, el método micrológico pone en evidencia el hecho de que los residuos, las formas petrificadas del pasado reciente, se vuelvan distantes en el presente y sean susceptibles de ser interrogados desde otro lugar que desde la ideología dominante de la historia “natural” (Buck-Morss, 1995). En lugar de buscar reconstruir un pasado bajo las coordenadas realistas acerca de “cómo fue”, el objetivo es constituirlo desde el presente, como *crítica del presente*. A través del extrañamiento de lo cotidiano, busca romper la inmediatez mítica del presente y acceder al pasado olvidado, “*los detritos de la historia que había sobrevivido bajo formas fosilizadas*”. En oposición a las perspectivas tradicionales que crean la ilusión de un presente armónico y homogéneo temporalmente, Benjamin denuncia la constitución del presente por una yuxtaposición de escombros del pasado y de fragmentos nuevos atravesados por la incompatibilidad y contradicción, cuya totalidad sólo puede ser entendida como artificio.

Dentro del catálogo de autores que abordan esta problemática, Foucault se ha convertido en una referencia excluyente. Este autor (2006) busca romper con la historia de las continuidades que encuentra en la figura de lo oculto, ya sea el germen que ha progresado —a través de una suerte de teleología de la razón— hasta convertirse en el presente (finalismo), o el fundamento que busca dar respuesta —a través del uso del pasado— a ciertos interrogantes e intereses del presente (presentismo). Desde este cuestionamiento, Foucault elabora diferentes perspectivas y métodos que privilegian las discontinuidades y las rupturas, el extrañamiento y cuestionamiento de la familiaridad con los textos y las prácticas, para capturar los detalles menores y la singularidad de los eventos que pasan desapercibidos en la perspectiva histórica tradicional.

Las referencias que examinan los ajustes y críticas de las nociones de Foucault sobre problemas no sólo contemporáneos, sino sobre poblaciones marginalizadas en países fuera del arco euro-americano, son ya inabarcables. En lugar de problematizar las relaciones temporales complejas entre tratamiento y medicalización a través del lugar común de la tensión metodológica entre arqueología y genealogía, se hace indispensable recurrir a la particular aproximación que Foucault (1991) hace sobre la actualidad como *ontología del presente*. Esta “ontología” consiste en una interrogación crítica de la actualidad y de nosotros mismos. En *¿Qué es la Ilustración?*, Foucault revisa el presente como problema, desde el análisis de un texto de Kant que ubica como el posicionamiento ejemplar hacia la —denominada— modernidad. Más precisamente, abordar la cuestión del presente al que pertenece el filósofo que lo tematiza consiste en revisar la actualidad discursiva y su relación con las condiciones que le dieron formación, por un lado, y la pertenencia a un nosotros, a un conjunto cultural característico de su propia actualidad, por el otro. La relación entre el pasado y el presente, entre lo antiguo y lo nuevo, deja de ser planteada en un sentido longitudinal-lineal —como decadencia o esplendor, miseria o prosperidad—, que da forma al continuo progreso de la modernidad, para ser modelizada en término “sagital”. Lejos de apoyarse en sucesos estables y causas profundas, nosotros vivimos en un presente sin referencias “en miríadas de sucesos perdidos” (Foucault, 1980). De acuerdo con Foucault, se hace indispensable reconocer sucesos imperceptibles, que quiebren las expectativas del presente en su universalidad y necesidad y lo conviertan en algo contingente, singular, y resultado de coacciones arbitrarias. Finalmente, hace posible asumir una actitud crítica y experimental sobre nosotros mismos

orientada a la superación y transgresión de los límites de lo existente (Torraño, 2011). Esta perspectiva implica un desplazamiento que muestra cómo el presente, en lugar de ser una realidad necesaria, es el resultado de una historia precaria y frágil, es decir, señala su carácter contingente y abre la posibilidad de otros presentes y futuros.

En su larga trayectoria en diversos dominios de saber, ciencias y disciplinas, la noción de palimpsesto ha permitido modelizar estas complejas dimensiones. Etimológicamente, el palimpsesto refiere a un manuscrito antiguo que conserva las huellas de una escritura anterior borrada artificialmente. La particularidad de este concepto consiste en que en la simultaneidad y en el mismo material y/o espacio existan escrituras que pertenecen a diferentes momentos históricos. Es decir, el palimpsesto permite problematizar los vínculos complejos entre la sucesión y la simultaneidad y, por lo tanto, entender el proceso de desciframiento que, al considerar la mezcla entre ambos, cuestiona la disociación entre lo “nuevo” y lo “antiguo”.

El palimpsesto como modelo, más o menos explícito, ha participado además en la conformación de diferentes dominios de conocimiento, como la geología, la paleontología, la biología y, más recientemente, la arqueología y la psicología. Algunos ejemplos son: mezclas de diferentes patrones de drenaje en un mismo cauce; fósiles emergiendo mezclados con materiales contemporáneos; “vestigios” de órganos de seres vivos del pasado en cuerpos vivientes; la mezcla indeterminada de materiales y estratos, entre lo superior e inferior en un sitio de excavación; materiales heterogéneos de diferentes procedencias en la elaboración de los sueños. Estos “palimpsestos” han dado lugar no sólo a las más diversas teorías (catástrofes, evolución, psicoanálisis, etc.), sino a sus revisiones y críticas. Es decir, ha promovido el desarrollo de diversas técnicas de desciframiento para otorgar inteligibilidad y cierto orden temporal a estos materiales. Este modelo, además, ha penetrado no sólo en la lectura, sino también ha promovido la producción “artificial” del borramiento, superposición y combinación de fragmentos y estratos en los espacios urbanos, la arquitectura y el arte.

El más claro antecedente de la utilización del palimpsesto como recurso, al mismo tiempo, de inteligibilidad y de cuestionamiento de la perspectiva lineal de las transformaciones sociales en nuestro país en la década de los noventa, es la investigación etnográfica desarrollada por Miguez en las instituciones penales para menores en la provincia de Buenos Aires (Miguez y González, 2003). Esta etnografía interroga, específicamente, la adecuación a las realidades locales, del

modelo elaborado acerca de la transformación progresiva en Occidente del estado de bienestar en sociedades penales.<sup>2</sup> Estos autores hablan de un “*palimpsesto organizacional con prácticas contradictorias*” (2003:158), cuyo resultado es un campo “caótico”, atravesado por intereses diversos y particulares.

Los tratamientos en nuevas áreas prioritarias para la salud y la supervivencia en tiempos de crisis económicas y políticas pareciera que se convierten en ejemplos paradigmáticos de la medicalización, por su correspondencia —en terminología, prácticas, técnicas, conocimiento que los legitiman y las tecnologías que incluyen—, con saberes y prácticas expertas tanto biomédicas como “psi”. Siguiendo el modelo de palimpsesto, y al observarlos en detalle, sin embargo, es posible reconocer modos de tratar ligados a diferentes saberes expertos, de diferente procedencia y antigüedad, e inmersos en diversos regímenes disciplinares de autoridad y verdad. Como he señalado en la revisión del apartado anterior, estos conviven con otros saberes y técnicas legas que pertenecen a diferentes tradiciones sociales y lógicas locales que han sido utilizadas para afrontar —o que han participado en la producción— de otros problemas, en otros tiempos, o en otros diversos órdenes de la vida social. Lejos de responder a una estructuración estratigráfica fija, o algún otro modelo de orden secuencial, de sucesión temporal lineal disponible que, envasado en el proceso de medicalización, facilite su lectura, a través del modelo del palimpsesto es posible registrar la coexistencia de una multiplicidad de prácticas, saberes y lógicas, fragmentos que, en el presente, entran en relación “artificial” o contingente en un montaje para afrontar problemas determinados.

Complejizar la perspectiva de abordaje acerca de las relaciones entre tratamientos y medicalización a través de la noción de palimpsesto tiene diferentes y amplias consecuencias. En primer término, reorienta el lugar desde el cual se interrogan los modos de producción de los tratamientos. Mientras que la lectura que hace de la medicalización el proceso excluyente para dar cuenta de la avanzada, es decir, de la elaboración de los “nuevos tratamientos” sobre “nuevos” problemas sociales, ubica la agenda de preguntas ya instaladas en este campo (epistemología, control social, disciplinamiento, responsabilización, producción de ganancias, etc.), la aproximación a través de la noción de palimpsesto exige incluir, además, aquellas otras dimensiones que han sido solo esbozadas en este trabajo. En segundo lugar, partiendo de las asimetrías — y desigualdades— que estructuran las terapéuticas, la complejidad tecnológica y la diversidad de técnicas relacionales expertas, se hace perentorio otorgarle

estatus analítico a la dinámica vincular terapéutica, a través de nociones que sean capaces de capturar sus particularidades. Como en una suerte zona de frontera, en los procesos de elaboración de estos tratamientos estallan tensiones y conflictos de diferente orden, data, y origen, que encuentran en el sistema de atención de salud no sólo el lugar de su producción, sino también —y principalmente— una de las pocas posibilidades de fuga y expresión. Desde este lugar, es posible interrogar también los modos en que los tratamientos pueden entenderse como una “puesta en escena” de conflictos de diverso orden, y se articulan con acciones y prácticas que, a través de un viraje esencialista, se categorizan como una suerte de “cultura de la marginalización”, propia de los “modos de vida” de estas poblaciones (“no cumplir”, “esconder”, “sospechar”, “demandar”, “cumplir las prescripciones aunque generen nuevos malestares”, “desarrollar organizaciones para la protesta y defensa de derechos”, etc.). De este modo, esta perspectiva establece nuevas vías de comunicación entre tratamientos expertos, contextos económico-políticos y vida cotidiana, necesarias para dar inteligibilidad a diferentes problemas como, por ejemplo, situaciones de diferentes formas de violencia, incluso en el seno mismo del territorio hospitalario.

### **CUANDO LA MEDICALIZACIÓN SE CONVIERTE EN CRÍTICA “POLÍTICAMENTE CORRECTA”**

Formando parte de una suerte de conocimiento antropológico compartido, es ya un lugar común señalar las operaciones reificadoras y reduccionistas que son necesarias para convertir a las enfermedades y sufrimientos en “objetos” de tratamientos, tanto de la biomedicina como del —complejo— dominio “psi”. Esta producción de los “objetos” medicalizados eclipsa, en su mismo desarrollo, la desestructuración de la cotidianidad, la fragilidad, ansiedad, dependencia e incertidumbre que la irrupción de todo padecimiento impone en la vida de las personas y sus comunidades (Good, 1994; Taussig, 1982; Menéndez, 1990). Este eclipsamiento se ha profundizado por el acelerado y diverso desarrollo tecnológico que ha modificado las características, dinámicas y expectativas terapéuticas (Ayres, 2000; Lock y Nguyen, 2010). Específicamente, hago referencia a la llamada medicina de alta complejidad que, como modelo de científicidad y eficacia, se derrama sobre otras especialidades y tratamientos, señalando, en este mismo movimiento, su carácter privilegiado por las diferencias y desigualdades en su acceso.

Estos procesos, en conjunto, desdibujan la entidad y desvalorizan el estatus material y técnico —en un sentido amplio— de los vínculos y relaciones que dan forma a los tratamientos, y que pertenecen a genealogías, tradiciones, órdenes de realidad y cronologías diversas. Al focalizar el análisis en aquellos contextos de crisis, se hace ineludible integrar las rápidas y —en ocasiones extremas— transformaciones de las coordenadas sociales y de los sistemas de salud, las variaciones económico-políticas, los cambiantes regímenes de facticidad y “normalidad” de la vida cotidiana de poblaciones marginalizadas (Epele, 2010).

En áreas de fricción entre estos diversos procesos, emergen no solo los “nuevos” problemas, sino también los “nuevos” tratamientos. En este lugar estratégico y excepcional, es posible observar la relevancia del trato, es decir, de los diversos modos de tratar, tanto en la construcción de los tratamientos como en la producción de sus resultados. Es decir, las calificaciones morales que atraviesa el trato hablan y sistematizan, en términos cotidianos, de la ineludible participación de la materialidad de los vínculos en la eficacia terapéutica, abordada ya sea en términos de alivio, reparación, sanación, curación y bienestar subjetivo y social. Reducir y objetivar la diversidad de materiales que constituyen los tratamientos como una avanzada exclusiva de los sistemas expertos de salud, como la medicalización sobre la vida cotidiana y social de poblaciones marginalizadas, es desdibujar, a través de una economía explicativa —basada en el mejor uso de los recursos conceptuales escasos y legitimados con los que se cuenta—, la complejidad que estos procesos encierran.

En lugar de recurrir a la economía explicativa vinculada con la medicalización, este trabajo busca la apertura de *una economía política de la crítica*. Esta perspectiva tiende a establecer un hiato, una distancia, que haga posible examinar no solo los procesos y experiencias que son objeto de las investigaciones, sino también las herramientas conceptuales —entre ellas la medicalización— con las cuales se examinan. Este hiato, también, hace posible abrir los sentidos y los argumentos para devolver al análisis el espesor y materialidad de los vínculos, e integrar los detritos de historias complejas que el capitalismo contemporáneo arrastra, como una suerte de resaca proveniente de diferentes oleadas y mareas, a ciertas zonas de fricción social, en las que toman forma tanto los malestares como sus modos de tratarlos. Esta tarea, finalmente, implica una ineludible *ontología de nosotros mismos* y, por lo tanto, de las historias de solidaridad, violencia, cuidado y muerte que nos han producido.

## NOTAS

<sup>1</sup> El desplazamiento de la responsabilidad del cuidado y control, por un lado, el incierto curso de la infección y la alta probabilidad de muerte, por el otro, producen una particular encerrona que, acompañada por una lectura retrospectiva, anudaba prácticas, moralidades y saberes en las personas que padecían la infección. Si las personas “cumplen” las prescripciones e igualmente enferman o se agrava su condición, entonces no se cuidaron “bien”; y si no siguen las prescripciones, entonces también son responsables de su padecimiento e incluso de su muerte.

<sup>2</sup> Teniendo en cuenta el incremento acelerado de la cantidad de causas penales en menores en la década de los noventa, cuando la pobreza y el desempleo fracturaron los mapas sociales de la sociedad argentina, pareciera que el modelo de transformación progresiva —y con aspiraciones de universalidad— sería el más adecuado para entender estas realidades. Aunque en apariencia esta transformación hacia instituciones disciplinadoras pareciera esclarecer ciertas particularidades de este tipo de las instituciones en la Argentina, la linealidad de la secuencia y la simplificación del modelo, oscurecen más que revelan las características locales de esta problemática.

## AGRADECIMIENTOS

Este artículo es parte de los resultados de los proyectos de investigación Proyecto UBACYT, (2002100100375) (2011-2014), Proyecto CONICET-PIP (00565).

## BIBLIOGRAFÍA

- ALTSCHUL, Carlos y TABER, Beatriz. 2005. *Pensando Ulloa*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- AYRES, José Ricardo. 2000. “Cuidado Tecnología ou sabedoria prática?” *Interface, Comunic, Saúde, Educ*, 6: 117-120.
- AYRES, José Ricardo. 2004. “Cuidado e reconstrucao das práticas de Saúde”. *Interface, Comuic, Saúde, Educ*, 8 (14): 73-92.
- BALLARD, Karen y ELSTON, Ann. 2005. “Medicalization. A Multi-dimensional concept”. *Social Theory and Health*, 3: 228-241.
- BATESON, Gregory. 1973. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohle.
- BENJAMIN, Walter. 1968. “Theses on the Philosophy of History”. En: *Illuminations*. New York: Schocken Books. pp. 253-267.
- BENJAMIN, Walter. 2004. *El libro de los Pasajes*. Madrid: Akal.

- BONET, Octavio y GOMES TAVARES, Fátima. 2007. "O cuidado como metáfora nas redes das práticas terapéuticas". En: R. Pinheiro y R. Araujo de Matos (orgs.), *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Río de Janeiro: Editorial do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva. pp. 262-276.
- BUCK-MORSS, Susan. 1995. *La dialéctica de la mirada. Walter Benjamin y el Proyecto de los Pasajes*. Madrid: Visor.
- CONRAD, Peter y SCHNEIDER, Joseph. 1985. *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- CONRAD, Peter. 2007. *The Medicalization of Society. On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- FOUCAULT, Michel. 1980. "Nietzsche, la genealogía, la historia". En: *Microfísica del Poder*. Madrid: La Piqueta. pp. 7-29.
- FOUCAULT, Michel. 1990. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Historia de la Medicalización". En: *La vida de los Hombres Infames*. Buenos Aires: La Piqueta. pp. 93-152.
- FOUCAULT, Michel. 1991. ¿Qué es la ilustración? En: *Saber y Verdad*. Madrid: La Piqueta. pp: 197-208.
- FOUCAULT, Michel. 2005. *La Hermenéutica del Sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, Michel. 2006. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- ENTEL, Alicia, LENARDUZZI, Victor y GERZOVICH, Diego. 1999. *Escuela de Frankfurt. Razón, Arte y Libertad*. Buenos Aires, EUDEBA.
- ESCUADERO, José. 2003. "The Health Crisis in Argentina". *International Journal of Health Services*, 33(1): 129-136.
- GOOD, Byron. 1994. *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ILLICH, Ivan. 1975. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.
- KLEINMAN, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, Arthur y HANNA, Briget. 2008. "Catastrophe, Caregiving and Today's Biomedicine". *Biosocieties*, 3: 287-301.
- KLEINMAN, Arthur. 2009. "Caregiving. The Odyssey of Becoming more Human". *The Lancet*, 373: 292-293.
- LOCK, Margaret y NGUYEN, Vinh Ki. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.

- MIGUEZ, Daniel y GONZALEZ, Ángeles. 2003. "El Estado como palimpsesto. Control social, anomia y particularismo en el sistema penal de menores de la provincia de Buenos Aires. Una aproximación etnográfica". En: A. Isla y D. Miguez (coords.). *Heridas urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias. pp. 157-208.
- MENÉNDEZ, Eduardo. 1990. *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. México: Alianza.
- MENÉNDEZ, Eduardo y DI PARDO, Renée. 2009. *Miedos, Riesgos e Inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*. México: Publicaciones de la Casa Chata.
- PETRYNA, Adriana, LAKOFF, Andrew y KLEINMAN, Arthur. 2006. *Global Pharmaceuticals. Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press.
- RESTREPO, Gabriel. 2010. "Palimpsesto sobre Freud". *Revista Colombiana de Psicología*, Nro. 1: 83-88.
- ROSE, Nikolas. 2007. "Beyond Medicalisation". *Lancet*, 369: 700-702.
- SINGER, Merrill. 1995. *Critical Medical Anthropology*. New York: Baywood Publishing Company.
- TAUSSIG, Michel. 1992. "La reificación y la conciencia del paciente". En: *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa. pp. 110-143.
- TORRANO, Andrea. 2011. "La aufklärung en la ontología del presente de Michel Foucault". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Nro 31: 2-9.
- TRONTO, Joan. 1994. *Moral Boundaries. A Political Argument for and Ethic of Care*. London: Routledge.
- ULLOA, Fernando. 2012. *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- ZEBALLOS, José. 2003. *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- ZOLA, Irving. 1972. "Medicine an Institution of Social Control". En: P. Conrad (ed.) *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth. pp. 404-414.