



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Nora Ftulis

[nftulis@gmail.com](mailto:nftulis@gmail.com) [nora.ftulis@uns.edu.ar](mailto:nora.ftulis@uns.edu.ar)

Hacia una revisión del lugar de la categoría hegemonía en las prácticas de atención y de investigación de los miembros de la medicina del sector público de salud. Aportes conceptuales y epistemológicos

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Metodología de la Investigación Científica

**Director de Tesis**  
Andrés Mombrú

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Ftulis, Nora. (2015). Hacia una revisión del lugar de la categoría hegemonía en las prácticas de atención y de investigación de los miembros de la medicina del sector público de salud. Aportes conceptuales y epistemológicos [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Humanidades y Artes

Disponible en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MAMIC/Ftulis\\_N\\_Hacia\\_2015.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MAMIC/Ftulis_N_Hacia_2015.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)  
[www.repositoriojmr.unla.edu.ar](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar)  
[repositoriojmr@unla.edu.ar](mailto:repositoriojmr@unla.edu.ar)



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

**DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES Y ARTE**

**TESIS DE MAESTRÍA EN METODOLOGÍA DE LA  
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**2015**

**Hacia una revisión del lugar de la categoría *hegemonía* en las prácticas de atención y de investigación de los miembros de la medicina del sector público de salud. *Aportes conceptuales y epistemológicos.***

**Tesista: Nora Ftulis**

**Director: Dr. Andrés Mombrú**

*La belleza de esa mujer nos hacía entrever una historia, borrascosa, triste; una historia que se puede escribir en una página, porque la historia de todas estas desgraciadas se parece. Y si no la tenía, teníamos la necesidad de inventarla, sentíamos necesidad de hacerla revivir, hacerla mirar con el fuego de sus ojos apagados, hacerla sonreír con esos labios voluptuosos, hacerla caminar para ver mover sus flancos flexibles, animarla, darle vida, hacer latir su corazón; llevar la sangre, el color de sus tejidos, hacer levantar como una ola de voluptuosidad ese seno amplio, macizo, marmóreo;-convertida en lo que era, devolverla a la vida, a la luz y cubrir la desnudez de su cuerpo con las telas finas, suaves, que mas de una vez lo habrían rodeado.[...].*

*Llegó la hora de la clase; el profesor no se dio por entendido de la belleza, de la frescura, de la morbidez del cadáver. [...] Empezó la lección con la seriedad que le era habitual.*

*Irresponsable. Recuerdo de la Universidad*  
Manuel Podestá (escritor y médico 1853-1918)

A las compañeras médicas y a los compañeros médicos que, aun sin saberlo, transgreden el *orden médico*.

# INTRODUCCIÓN

## I- LA CONSTRUCCIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO

La evolución del discurso médico es menos importante que su permanencia, que su inmovilidad.  
J. Clavreul (1983)

La idea de *hegemonía* aplicada al Modelo Médico ha generado un volumen importante de ensayos, investigaciones, opiniones y sobre-usage obligado del concepto Modelo Médico Hegemónico<sup>1</sup>, a veces ligeramente. Los principales rasgos estructurales enunciados por el acuñador del concepto, Eduardo Menéndez,<sup>2</sup> son:

[...] biologismo; concepción evolucionista-positivista; ahistoricidad; asocialidad; individualismo; eficacia pragmática; la salud como mercancía (en términos directos e indirectos); estructura asimétrica en la relación curador/paciente, estructuración de una participación subordinada y pasiva en las acciones de salud por parte de los “consumidores”; estructuración de una producción de acciones que tiende a excluir al consumidor de su conocimiento; legitimación legal excluyente de otras prácticas, profesionalización formalizada; identificación con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos; tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”; normatización de la salud/enfermedad inductora al consumismo médico; tendencia a un enfoque dominado por la percepción sintomática de los padecimientos y problemas; tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad; tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativo de una tendencia a escindir la práctica de la investigación; constitución o identificación con el medio urbano con el locus originario y referencial. (Menéndez; (1982: 27)

---

<sup>1</sup> “La noción de modelo parte del supuesto de que toda realidad social es compleja, y en cierta medida inabarcable, y que por lo tanto necesitamos generar modelos que organicen provisoriamente esa realidad, para luego estudiarla empíricamente. La noción de modelo que manejo supone una constante relación entre la realidad construida como modelo y la historicidad de esa realidad, que es lo que he tratado de hacer en mis estudios sobre lo que denomino Modelo Médico Hegemónico” (Menéndez; 2012: 339). Estos rasgos “determinan un tipo de práctica médica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente `natural`, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como `pacientes`” (Menéndez; 1985: 57).

<sup>2</sup>El concepto Modelo Médico Hegemónico fue presentado formalmente por escrito a mediados de 1970 (Menéndez; 2012: 340).

Ahora bien, las disciplinas no se construyen por autogestión. Juan Cesar García (1994) fue muy contundente en relación al lugar que ocupa la medicina en la historia en términos del modo de producción capitalista.

Aclarado esto y partiendo del sector público de salud, en el marco de *modelos sociales de acumulación*<sup>3</sup>, me detendré en adelante en el eslabón que representan las prácticas cotidianas de los miembros de la medicina ubicados en el sector público de salud.

Si quisiéramos agrupar profesionales de la medicina en función de “invariantes”, veríamos que nos encontramos con diferentes perfiles de sujetos en términos de prácticas de trabajo. Es así que sin ánimo de “categorizar” ni de caer en lo que dice Menéndez acerca del mal uso del concepto -por él instalado- cuando se lo vincula a recortes empíricos reducidos (Menéndez; 2012: 236), podría decir que es posible identificar desde miembros de la medicina ubicados en posiciones puramente hegemónicas -atravesados por todas las dimensiones enunciadas por el clásico estudioso del tema<sup>4</sup>-hasta quienes responden desde una opción ideológico-conceptual deliberada a posiciones claramente contra-hegemónicas, tanto en términos de *prácticas directas* -en relación con el sujeto de atención- como de *prácticas indirectas* -diagnósticas, terapéuticas e investigativas- de trabajo. No obstante, prefiero pensar en términos de colectivos de sujetos caracterizados por estos perfiles de elaboración social/singular, más que en términos de grupos resultantes de la suma de sujetos coincidentes en sus condiciones.

Más allá de ello, sin duda la tendencia dominante en el escenario de la salud es la que se sostiene sobre el llamado discurso médico oficial que, como estudia Jean Clavreul, “sigue unas leyes que le son propias y que imponen su coacción tanto al enfermo como al médico” (Clavreul; 1983: 25), trascendiendo al mismo tiempo las voluntades particulares. Podría entonces decirse “[...] que el médico, piense lo que piense

---

<sup>3</sup>Danani (1996) subraya el concepto de Régimen Social de Acumulación, como un concepto “de gran potencialidad [...] recreado en nuestro país por Nun y Portantiero” y que hace alusión “[...] al conjunto complejo de instituciones, regulaciones y prácticas que en un determinado momento inciden en la acumulación de capital”. De esta manera, podríamos decir que a partir de 1880 hablamos de diferentes modelos de acumulación a lo largo de la historia argentina.

<sup>4</sup>En las que sobreviven figuras representativas, casi “de libro”, siendo su condición ya muy estudiada. Se retoma en estado de la cuestión.

personalmente, participa de la ideología engañosa que vehicula la ciencia” (Clavreul; 1983: 29). En este punto el citado autor francés es determinante: “El Orden<sup>5</sup> médico no es susceptible de ser defendido ni demostrado. Los médicos son sus ejecutores, sus funcionarios, muchas veces humildes, unas pocas gloriosas, pero el Orden se impone por sí mismo” (Clavreul; 1983: 39).

Aun así, encontramos en representantes del discurso médico particularidades contradictorias o contradicciones particulares que, sin llegar a ser contra-hegemónicas, muchas veces dejamos afuera en las revisiones críticas cuando se toma indiferenciadamente el estudio de la medicina y del discurso médico. Terminamos arrasados nosotros también -en términos analíticos- por la idea de un sujeto alienado que sólo reproduce la lógica vigente.

Es en este tono que a lo largo del trabajo se ven desarrolladas inquietudes teóricas a través del desentrañamiento de las condiciones de construcción de las prácticas de aquellos “otros” médicos que si bien sostienen mucho -no todo- de una conducta a-histórica desde la “clínica” y desde la investigación -propia del MMH-, esa conducta no condice con sus respuestas hacia los sujetos de atención. Decir que no condice, parte de observar cómo en esos “otros”, las respuestas aludidas se encuentran marcadas por una inter-subjetividad alejada de los requerimientos del control social<sup>6</sup>.

De ninguna manera esta intención investigativa implica desatender una idea que espectacularmente desarrolla Menéndez y que la expresa de esta manera:

En lo que respecta a las funciones de la práctica médica, [...] ésta cumple una función manifiesta y aparentemente dominante, la curativo/preventiva, pero [...] además cumple otras tres funciones básicas en forma directa: normalización, control y legitimación y una función básica indirecta, la referida a los procesos de reproducción económico-ocupacional (industria de la salud). (Menéndez; 1988a: 93)

Y al mismo tiempo el autor aclara:

---

<sup>5</sup> La mayúscula es del autor.

<sup>6</sup> Se habla de control social como la instancia encarnada en prácticas que tienen una función “correctiva” sobre la vida familiar. Para profundizar en el estudio de la intervención de la medicina en el ámbito doméstico a partir del Siglo XVIII, ver Donzelot, J. 1990. *La policía de las familias*. Valencia. Pre-textos. Para analizar las diferencias de las categorías control y vigilancia y sus reconfiguraciones actuales, más allá de la relación familia-medicina, ver Díaz Esther. 2010. *Las grietas del control*. Buenos Aires. Biblos.

[...], pero según sean las condiciones específicas en que opere la práctica médica, serán las otras funciones las que aún a pesar de la propia práctica del equipo de salud cobren el carácter de hegemónicas. (Menéndez; 1988a:94)

Entonces, pensando con Menéndez que las prácticas no se autonomizan del contexto político institucional y sin caer en la ingenuidad de pensar en las condiciones recortadas en los sujetos de este trabajo como señal de garantías para un acontecer por fuera de la hegemonía médica como *cuestión*, me detengo en este “colectivo” que es portador de prácticas contradictorias, pero, que no podríamos decir que no se encuentran ubicadas en el modelo médico. Es en este sector profesional donde quedará por ver si esa *no* linealidad de hegemonía es señal de quiebre o es parte de ella.<sup>7</sup> Lo cierto es que es interesante detenerse en el escenario marcado por las prácticas enunciadas, porque la realidad resultante de su *praxis* está descuidada en tanto rescate analítico, porque lo componen más de los que pensamos, porque “esos” que lo componen portan potencia a “desempolvar” y porque en ellos confluyen y se intersectan lógicas contradictorias y sintetizadas. En todo caso, una tensión particular entre prácticas y condiciones.

A lo largo del trabajo debí continuamente evitar el peligro de caer en la ingenuidad de confundir o de tratar indistintamente las ideas de orden médico y de prácticas de los médicos que forman parte (deliberadamente o no) de ese orden médico.

Este trabajo trata de las prácticas en el orden médico, con todas las contradicciones que aquí se abordan. Esas contradicciones marcan una manera de mirar las prácticas en el marco del orden médico.

Se vuelve necesario rescatar intelectualmente el movimiento particular de las vibraciones contradictorias y des-estabilizantes del orden esperado, más allá del reconocimiento del avasallamiento del discurso médico dominante que trasciende las voluntades individuales (trascendidas pero no desaparecidas). Porque es probable que ese movimiento particular no esté planteado en términos de excepciones a lo universal, sino de portaciones particulares de movimiento histórico que hablan de un indicio de

---

<sup>7</sup> Debate que puede reproducirse en relación a las prácticas de quienes menciono en la página 5 como ubicados en posiciones contra-hegemónicas, si tenemos en cuenta el “peso productor” de las condiciones apuntadas por Menéndez (1988a: 93).

otro universal que juega en el juego del juego. Es entonces que resulta interesante tratar de acceder en relación a las prácticas de los sujetos de este estudio, a “[...] las formas de racionalidad que organizan las maneras de obrar (lo que se podría llamar su aspecto tecnológico)<sup>8</sup>; y la libertad con la que actúan dentro de esos sistemas prácticos, [...], modificando hasta cierto punto las reglas del juego [...]” (Foucault; 1996: 108)<sup>9</sup>.

Cuando hablo de *prácticas* me estoy refiriendo tanto a las que Foucault (2008: 85) llamaría *prácticas discursivas* en el marco de *campos discursivos* como a aquellas - vinculadas a ellas- que involucran estrategias materiales, decisiones y corporalidades. Pierre Bourdieu considera a *las prácticas* en el marco de *hábitus*<sup>10</sup> en este sentido: “A través de él [el *hábitus*], la estructura de la que es el producto gobierna la práctica [...]” (Bourdieu; 2007: 90) y más adelante habla de su “[...] capacidad infinita de engendrar, con total libertad (controlada)<sup>11</sup>, unos productos -pensamientos, percepciones, expresiones, acciones-, [...]” (Bourdieu; 2007: 90).

Finalmente, una vez más conviene aclarar que cuando en este estudio incursiono en cuestiones de discurso en el marco de acciones, lo hago desde la perspectiva que entiende que “hablar de discurso social es abordar los discursos como hechos sociales y, a partir de allí como hechos históricos” (Angenot; 2010: 23). De manera que se encontrará el uso, a veces indistinto, a veces complementario, de los conceptos *discurso* y *práctica*.

Sergio Arouca preocupado por la ubicación del sujeto social en las relaciones y en el trabajo, considera la idea de *prácticas* de esta manera: “El estudio histórico de ese proceso [el de la construcción de las relaciones] debe tomar en cuenta dos preguntas

---

<sup>8</sup> Paréntesis del autor.

<sup>9</sup> En líneas anteriores al texto de esta cita y refiriéndose *al estudio de los conjuntos prácticos*, Foucault dice “se trata de tomar como dominio homogéneo de referencia no las representaciones que los hombres se dan a sí mismos, tampoco las condiciones que los determinan sin que los sepan. Sino lo que hacen y la manera en que lo hacen” (Foucault; 1996:108).

<sup>10</sup> “Producto de la historia, el *hábitus* origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados; es el *hábitus* el que asegura la presencia activa de las experiencias pasadas, que registradas en cada individuo bajo la forma de esquema de percepción, de pensamientos y de acción, tienden con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo” (Bourdieu; 2007: 88-89).

<sup>11</sup> Paréntesis del autor.

básicas: qué se hace y cómo se hace y, dependiendo del campo donde se sitúa el análisis uno de esos dos componentes será preponderante” (Arouca; 2008: 86).

Tomando esta perspectiva de Arouca, podría decir que de algún modo busco “recostar” este trabajo en la iniciación del análisis de, *el qué en el cómo*, o como decía en líneas anteriores en la relación entre prácticas y condiciones. Cuestión que apunta a la vinculación entre esas prácticas con el modo de producción y la relación de organicidad o no con ese modo de producción<sup>12</sup> (Arouca; 2008: 87).

## II-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### Acercamiento a sus precisiones

Desde una línea que pretende trascender, como en el caso del concepto MMH, el nivel de las “anécdotas”, y tratando de profundizar en la construcción del recorte de estudio, resulta clave señalar que las prácticas médicas -en contexto- a analizar, son las que se caracterizan por la coexistencia de la incorporación de la idea de lo que entendemos como cuestión social -reflejada en el encuentro intersubjetivo con la población en el marco de escenarios de atención (“cara a cara”)- y por la ausencia y/o ambigüedad de esta idea<sup>13</sup> en las estrategias investigativas formales y en el establecimiento de diagnósticos y tratamientos. De manera que sucede algo así como lo que dice Menéndez cuando señala:

Lo social reitero, constituye un rasgo que la práctica médica puede reconocer en un nivel manifiesto, pero que no aplica a sí misma. La propia formación médica, así como la investigación médica aparece saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a sus implicancias ideológicas, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera. (Menéndez; 1988: 4)

Este “social”<sup>14</sup>, habitualmente no recuperado en el acontecer científico de las prácticas de los sujetos de interés, se manifiesta tanto en los problemas conceptuales que

---

<sup>12</sup> Aun así, cabe acotar que este trabajo no aborda -en forma directa- el lugar de las prácticas en los procesos de mercantilización y burocratización que contiene la idea de MMH.

<sup>13</sup> A veces sucede que la idea es retomada, pero lo es lejos de precisiones conceptuales.

<sup>14</sup> En el presente estudio se nombra “lo social” no en el sentido que le otorgan los estudios sobre estigmatizaciones al estilo de “patologías sociales” sino en términos de las condiciones -sociales- que se

muestran para registrarlo, como en los formatos metodológicos, incapaces de recogerlo desde sus diseños.

Antes de continuar, es necesario hacer -en relación a esta vinculación contradictoria que se recorta entre las prácticas intersubjetivas de trabajo y las diagnósticas, terapéuticas e investigativas, desde un sector de la Medicina-, algunas aclaraciones operativas: 1- como se habrá visto en el movimiento de la narración, se habla de *prácticas directas* e *indirectas*. Llamaremos *prácticas directas* a aquellas donde las corporalidades del médico y el sujeto atendido están presentes en un espacio de relaciones intersubjetivas. Llamaremos *prácticas indirectas* a aquellas que hacen a la rutina de trabajo vivida por los médicos como “científica” y en las que no necesariamente se da la relación inmediata (construcción de diagnósticos y planes de tratamientos en forma independiente o en los espacios de “pases de sala”, ateneos, consultas interdisciplinarias) y a los ejercicios de investigación que apuntan a la confección de escritos científicos, sin reparar en si se trata de simples sistematizaciones de carácter estadístico, de estudios descriptivo-observacionales o de ensayos clínicos. Esto último es así, porque es preciso centrarse en cómo se representan los médicos la condición de la población atendida, más allá de los encuadres metodológicos y de la calidad y prestigio del estudio. La clasificación entre *prácticas directas e indirectas* que parece tan taxativa es sólo a los fines de “desmalezar” cualquier oscuridad de mi propio discurso; siendo consciente de que cualquier práctica indirecta es a la vez directa. 2- el alcance de las prácticas intersubjetivas desde la medicina que recogen “lo social”, no es tan previsible, es decir, a veces su registro tiene una llegada restringida sólo al diálogo profesionales/sujetos de atención -“recluyéndose” el profesional a la hora del establecimiento del diagnóstico y de la conducta terapéutica- y en otras, ese registro de “lo social” se derrama sobre el espacio del establecimiento del diagnóstico y de la conducta terapéutica<sup>15</sup> junto al “paciente”. 3- para ser precisos, habría que decir que las prácticas investigativas, el establecimiento de diagnósticos y tratamientos y los debates sobre ellos, también arrastran matices de intersubjetividad, tanto en su proceso, como en la producción de textos, pero a los fines del estudio se toma el concepto de intersubjetividad para marcar la relación *in situ* entre profesional-sujeto de atención. 4- Reiteradamente en líneas anteriores se habla de prácticas de trabajo cotidiano y prácticas investigativas de trabajo, y aunque resulte una obviedad, debemos aclarar que consideramos a la investigación como práctica social inherente a la esfera del trabajo. De manera que, en ambos casos se hace referencia a prácticas sociales y en ambos casos a instancias de trabajo, de allí que los conceptos de intersubjetividad y de prácticas directas auxilien para marcar la diferenciación. 5- Las prácticas portan discursos y son acción-social. En esta línea es que los discursos (hablados o escritos) son entendidos en términos de prácticas. Una vez más: “Hablar de discurso social es abordar los discursos como hechos sociales y, a partir de allí como hechos históricos.” (Angenot; 2010: 23).

Avanzando un poco, en este estudio y en relación a la población médica ya caracterizada, apunto a la esencia de las dicotomías entre las condiciones de

---

involucran con la salud/enfermedad en términos de *determinación social de la salud*. Aparece de esta manera como una forma de parafrasear a los mismos médicos cuando hablan de “lo social” en relación a todo aquello que queda fuera de lo que entienden como específicamente disciplinar.

<sup>15</sup>Podría decir también que, cuando “lo social” captado no atraviesa la terapéutica o el diagnóstico, estas instancias no dejan de ser intersubjetivas porque aun así habría alguna negociación tácita en la que la persona atendida “se retira”.

construcción de las *prácticas indirectas* -que en adelante, en algunos pasajes, serán identificadas como portadoras de *reduccionismos epistemo-metodológicos en salud*- y las condiciones<sup>16</sup> de construcción de las *prácticas laborales directas* -que en adelante algunas veces serán mencionadas como *en trascendencia genuina de “lo biológico”*-.

El siguiente ejemplo previo a la enunciación de la pregunta de investigación puede ayudar a entender la lógica que ella encierra:

*Marta* es una médica que recupera de los relatos de las madres de niños cuyos diagnósticos señalan insuficiencias orgánicas, ideas acerca de la confección de platos de comida (recetas) adecuados y atractivos para sus hijos. Manifiesta con un: “las tengo en la computadora”, el rescate que hace de ellos. Y lo hace para transferirlas a otros padres haciendo siempre alusión a la autoría. También transmite “inventos” de los padres en relación dispositivos mecánicos que ellos idean para tratamientos específicos. Esta lógica de trabajo que se observa (vía observación participante) en el escenario compartido, la construye junto a los usuarios desde una perspectiva muy respetuosa y, podría decirse, sin sesgos paternalistas.

Ahora bien, los estudios que los médicos enmarcados en este perfil de abordaje presentan en simposios y jornadas suelen no incorporar en el juego de la ciencia la riqueza desprendida de esas experiencias. Sólo aparecen resultados en función del uso de medicaciones, procedimientos e innovaciones tecnológicas, aún cuando esos “pacientes” que transitaron por las experiencias presentaran mejorías que no podrían desvincularse de las creativas estrategias aplicadas. Sí en ocasiones aparecen cuestiones de “lo social” en estudios epidemiológicos, pero sabemos que estos trabajos tienen una legitimidad en medicina que no tienen los estudios sobre estrategias de reproducción cotidiana o sobre representaciones sociales.

---

<sup>16</sup> En relación a cómo construyeron sus prácticas laborales en intersubjetividad con los sujetos sociales atendidos en el marco de condiciones hegemónicas, he participado de un trabajo presentado en las IV Jornadas Científicas de Trabajo Social del Hospital Garrahan/2005, titulado *Hacia el develamiento de prácticas contra-hegemónicas en salud*.

## La pregunta de este estudio

Pensando entonces, en que en un sector de la disciplina médica se erige una discontinuidad epistémica entre el hilo conductor de sus *prácticas directas* y sus *prácticas indirectas*, la pregunta es: *¿Cómo es sostenida esa discontinuidad en tanto las prácticas laborales directas responden a una trascendencia genuina de lo biológico y las respuestas indirectas se caracterizan por razonamientos reduccionistas en términos de elecciones epistemológico-metodológicas en salud?*

## III-HIPOTESIS

La primera tentación es decir que esa discontinuidad tiene que ver con lo incorporado en el discurso médico en relación a la estructura de la *concepción heredada*<sup>17</sup> de la ciencia y/o en relación a la estructura de la ciencia de la Modernidad<sup>18</sup>, pero...no alcanza. Y no alcanza sobre todo si atendemos a Foucault cuando en una conferencia del año 1984 se pregunta: “[...] si no se puede considerar a la modernidad, más bien como una actitud antes que como un período de la historia” (Foucault; 1996: 94).

---

<sup>17</sup> Se trata de la “epistemología lógico formalista” del comienzo del siglo XX (Díaz; 2000: 33), portadora de ideales de “a historicidad, forzocidad, universalidad, formalización y neutralidad ética del conocimiento científico” (Díaz; 2007: 18). En definitiva un epistemología que se sostiene sobre preceptos modernos también desde la convicción de que el método y la verdad se auto-contienen mutuamente.

<sup>18</sup> Madel Luz en su trabajo *Natural, Racional y Social. Razón médica y racionalidad científica moderna*, sostiene que lo que resalta en ese trabajo como *racionalidad científica moderna* “[...] es contemporánea, en su constitución, al Renacimiento en su fase avanzada, esto es, del siglo XVI” (Luz; 1997: 21) y en otro pasaje a pie de página aclara: “Se distingue aquí la racionalidad Moderna, como estructura de racionalidad que se inicia en la Edad Moderna, de “Modernidad”, que cubre los dos últimos siglos [...]” (Luz: 1992: 11) Esther Díaz en su trabajo *La Filosofía de Michel Foucault* se refiere a la Modernidad como “[...] la corriente histórico cultural que comienza aproximadamente al final del siglo XVI y que se extiende hasta la mitad del siglo XX” (Díaz; 2010: 30, pie de página). En ese texto, la autora al mismo tiempo aclara que el período que Foucault llama Modernidad (Siglo XIX) ella lo denominará en su trabajo, Positivismo. Para profundizar en términos de periodización histórica de la modernidad, ver Goody, J. (2004). *Capitalismo y Modernidad: el gran debate*. Barcelona. Crítica.

Entonces, la hipótesis que orienta este trabajo apunta a articular las dimensiones que circulan en las *prácticas* desde el lugar de las *herencias* pasadas y presentes y desde las singularidades construidas en condiciones concretas de existencia. Es así que la hipótesis trabajada está direccionada a plantear que *los miembros de la medicina cuyas prácticas laborales responden a una trascendencia genuina de lo biológico, sostendrían la discontinuidad epistémica entre esas prácticas y las prácticas indirectas caracterizadas por razonamientos reduccionistas en término de elecciones epistemológico-metodológicas en salud, en una construcción del orden del imaginario que proclama la disociación entre prácticas “extra biológicas” -que irrumpen en sus conciencias como pertenecientes al orden de “lo humano/sujeto social con cuerpo”- y prácticas indirectas centradas en los órganos, -entendidas por ellos como pertenecientes al orden de “la ciencia”-*.

Ahora bien, rompiendo la impresión de linealidad prolija en la disociación mencionada, se vuelve necesario completar los términos de la hipótesis pensando que, *esta disociación se instalaría en el juego<sup>19</sup> dialéctico que involucra encuentros y desencuentros entre un movimiento trans-histórico entre ideas, condiciones del principio pre-moderno de autoridad y procesos subjetivos y racionales cotidianos. Todas instancias presentes en las condiciones de reflexividad/i-reflexividad epistemológicas que inundan los discursos y prácticas de los actores involucrados en este estudio.*

---

<sup>19</sup> Este estudio no incluye, en términos estrictos, una perspectiva de clases. Es decir, sí está contemplada en tanto el orden médico en su “autonomización” de la medicina es entendido como cristalizador de las tensiones de la sociedad de clases en que se inscribe y a las que sostiene. Queda pendiente un trabajo que la incluya. Al hacerlo sería necesario tener en cuenta cuestiones nada simples para pensar la situación de clase y esto es porque es necesario considerar dicha ubicación en términos de medios de producción pero también en términos simbólicos (por pertenecer a la medicina). Además sería preciso pensar las prácticas médicas en relación a la “absorción” del orden médico en función de cómo se construyó y de cómo se simboliza el lugar social que se ocupa. La necesidad de realizar estudios en torno a la relación médico-paciente considerando el sector de clase es sostenida por Waitzkin: “[...] sería una comprensión más clara de las vinculaciones de micro-estructuras, tales como la relación médico-paciente, dentro de macro-estructuras socio-políticas y económicas de nuestra sociedad tales como las relaciones de clase, poder, control social e ideología” (En Nunes, E; 1989: 37). Otra cuestión a considerar en este tipo de estudios es la dimensión del género de los actores en relación a las prácticas.

De manera que:

*1-En relación al movimiento trans-histórico de ideas, se pondrían en tensión: a-saberes/sentires remotos de la humanidad y b-saberes alrededor del `nacimiento de la clínica´ y posteriores a él.*

*2-En relación al movimiento trans-histórico del principio pre-moderno de autoridad, la autoridad estaría representada por: a-el mandato hipocrático, b-el “mandato/legado” de la corriente higienista, c-los mandatos de las “comunidades científicas” y organismos internacionales y d-los mandatos del imaginario social moralizador.*

*3-En relación al movimiento trans-histórico de los procesos cotidianos operarían: representaciones, atravesadas por a-la ausencia de recursos cognitivos sólidos para captar conceptual y metodológicamente el movimiento contradictorio de la realidad en la que actúan y b- la representación -no registrada- de “insoportabilidad asfixiante” de cargar con “lo que no se entiende”.*

#### **IV-EL LUGAR SIMBÓLICO DE LA PREGUNTA Y DE LA HIPÓTESIS**

Los componentes de este recorte en términos de problema/hipótesis, que se describen con tanta especificidad, no representan un fin en sí mismo, sino que se recorren dimensiones que dejan a la luz contradicciones, tensiones y luchas que nos exigen romper con análisis lineales, de allí que durante el análisis (Capítulo IV), se pongan en juego todo el tiempo estos “tironeos” entre aconteceres de la realidad al interior del discurso de los médicos abordados y antecedentes teóricos del tema.

Estudiar las particularidades enunciadas en las prácticas de un grupo que “se discontinúa” permite hacer más evidente el comportamiento de la lógica de la ciencia, que en aquellos que siguen una línea de coherencia de hegemonía entre intersubjetividad y actividad científica.

Debo decir además que recorrí muchas veces los términos de esta hipótesis para simplificarla, pero hacerlo hubiera sido dejar afuera algo de todas las dimensiones de las que creo está compuesta la realidad estudiada. Así y todo contiene sólo aquello que se volvió accesible a mi conciencia. Probablemente haya mucho más.

Por último, si observamos todos los términos y dimensiones de la hipótesis, probablemente podría comenzarse por cualquiera de ellos y todos conducir a todos. Esto se ve claramente al trabajar con las herramientas de las condiciones empíricas en el Capítulo IV. Si del enfoque de Juan Samaja (2003) rescatamos que en la construcción de las hipótesis la abducción ocupa un lugar impostergable y que el razonamiento circula por un movimiento de analogía, abducción, inducción, deducción, los términos de esta hipótesis sintetizan en forma de respuesta una re-elaboración que sigue re-elaborando lo recorrido conceptual, epistemológica y empíricamente.

## **V-OBJETIVOS**

### **General:**

Visibilizar, en términos del contenido de la pregunta de investigación y del desarrollo de la hipótesis, procesos -involucrados en la historia, en los conceptos y en los cuerpos- de perpetuación y fisura de las condiciones de las prácticas médicas ortodoxas, *directas e indirectas*, discursivas y no discursivas, en el interior del orden médico.

### **Particulares:**

- profundizar en la lógica de episodios provenientes de la experiencia cotidiana de trabajo, en los que hayan participado los sujetos abordados en vinculación con sujetos de atención.
  
- des-cubrir desde el interior de estudios o investigaciones, la forma de enunciación del proceso de construcción de las ideas y

el lugar ausente o presente de la “cuestión social”, puesto en relación con las prácticas laborales *directas* cotidianas.

- señalar y analizar cercanías y distanciamientos “mítico-científicos” en el imaginario médico.
  
- reconocer en el interior de los textos de los trabajos llamados científicos de los sujetos involucrados, la presencia de los mandatos hipocráticos, de los mandatos políticos del *Higienismo*, de los mandatos de las comunidades científicas y organismos internacionales y de los mandatos sociales moralizadores, poniéndolos en relación con la modalidad de hilo conductor de los estudios.
  
- Poner de manifiesto, en las prácticas médicas actuales, la sobrevivencia de los rasgos que desde el pronunciamiento de *la clínica* han irrumpido.
  
- identificar los conceptos y el soporte de los juegos conceptuales con que los involucrados recogen la dinámica del funcionamiento de los datos que arrojan los estudios en que participan.
  
- identificar los conceptos, el soporte de los juegos conceptuales formulados oralmente y el involucramiento de los “cuerpos” que desarrollan los sujetos abordados para describir e interpretar experiencias de trabajo con los sujetos de atención.

## VI-DETALLES SOBRE EL OBJETO DE ESTUDIO

A esta altura es necesario explicitar en qué ámbito y desde qué recortes accedí a las dimensiones que en perspectiva relacional proponen la pregunta de investigación, la hipótesis y los objetivos.

El escenario está representado por un hospital público de la ciudad de Bahía Blanca, del que formo parte como integrante<sup>20</sup> del equipo de trabajo.

En relación a los sujetos abordados, he trabajado con material proveniente de los siguientes recortes de la realidad en estudio:

- Situaciones de encuentro entre médicos y “pacientes” (consultas, devoluciones).
- Pases de sala (hospitalarios), encuentros de equipo de donde se desprendieran discursos cotidianos vinculados a las condiciones de vida de los “pacientes” en relación a su patología o padecimiento.
- Resúmenes de trabajos presentados en jornadas científicas locales que contuvieran dimensiones, conceptos o en su defecto alusión a “lo social”.
- Resúmenes de trabajos presentados en jornadas científicas locales que no lo contuvieran.
- Documentos de proyectos de investigación con alcance extra-institucional de origen institucional

---

<sup>20</sup> Provengo de las ciencias sociales.

- Instancias de presentación de trabajos en jornadas científicas locales.
- Ateneos y reuniones científicas hospitalarias y extra-hospitalarias.

## **VII-RELEVANCIA DEL ESTUDIO**

Trabajar sobre el análisis de las contradicciones a las que me refería durante esta presentación aportó esclarecimientos que permitieron:

- entrar en los intersticios de los mecanismos de hegemonía/control social de una forma más despejada que la representada por las experiencias de quienes están “arrasados” por el conservadurismo médico.
- llegar al tema hegemonía/control social no solamente para buscar síntomas repetidos de esta secuela histórica, sino para ver cuáles son los mecanismos que lo perpetúan desde el “saber oficial” en ocasiones en que las prácticas van deshaciéndose de él.
- Avanzar por sobre el discurso genuino que sostiene para los procesos de salud/enfermedad: “son construcciones sociales”, “son construcciones históricas”. Porque estas afirmaciones son tan genuinas como inmovilizantes si no las acompañamos de precisos desentrañamientos vía investigación científica.

Paralelamente debo mencionar que a esta síntesis se llegó luego de mucho debate con los propios datos, ya que si bien el alcance<sup>21</sup> material del estudio es acotado creo que no afectó la precisión de los análisis, porque no se trata de una investigación que buscó

---

<sup>21</sup> Se retoman dimensiones de este análisis en el Capítulo V, Cuestiones Metodológicas.

encontrar invariantes universales, sino incursionar en un recorte a profundizar. Por otro lado, contrariamente a lo que podría pensarse, la cercanía con los sujetos abordados me permitió contar con datos obtenibles *in situ*, difíciles de obtener desde otras estrategias metodológicas. Si bien estas últimas acotaciones están relacionadas con cuestiones metodológicas, también las menciono en este espacio, porque entran en tensión con la relevancia del estudio.

Y por último diré una obviedad, la investigación es una herramienta de descubrimiento, y, descubrir, develar y entender es relevante como empuje habilitador para acompañar procesos que creemos es necesario cambiar. De alguna manera el abordaje del recorte de este estudio, permitió trascender su propio recorte.

## **VIII-ORGANIZACIÓN DEL LOS CAPÍTULOS**

**Capítulo I: *Mirada epistemológica, metodológica y conceptual desde la perspectiva de la tesista.*** Trata del propio posicionamiento en relación a cuestiones epistemológicas alrededor de las ideas de Ciencia, Investigación y Determinación Social de la Salud.

### **Capítulo II: *Para entenderte mejor. Recorrido por los soportes teóricos del estudio***

Se ocupa de la elucidación de los conceptos que contiene la hipótesis, de las relaciones conceptuales que “le dan vida a la hipótesis” y de la incursión en el llamado Estado de la Cuestión.

**Capítulo III: *Cuestiones Metodológicas.*** Contiene precisiones en términos de las decisiones tomadas epistemológica y metodológicamente. Irrumpen algunos permisos para poder circular explicando cómo fueron construyéndose las opciones de trabajo, tanto en relación a las técnicas de recolección de datos como a las formas de interpretar. Contiene un “bosquejo de matrices de datos”.

**Capítulo IV: *La hipótesis después de la hipótesis.*** En este capítulo se cristaliza la articulación del material empírico -desprendido de la aplicación de las técnicas de

recolección de datos- con el material teórico-conceptual desprendido del capítulo II y con material conceptual seleccionado frente a especificidades analíticas.

**Capítulo V: *Consideraciones finales.*** Se eslabonan las intenciones de los objetivos, problema de investigación e hipótesis en una suerte de re-creación de “lo trabajado”.

# **CAPÍTULO I**

## **MIRADA EPISTEMOLÓGICA, METODOLÓGICA Y CONCEPTUAL**

**Perspectiva de la tesista**

## **I-LA REFLEXIVIDAD EPISTÉMICA. *Su lugar en este trabajo***

De la mitología a la logística, el mundo ha perdido el momento de reflexión sobre sí mismo [...].

T. Adorno (2007)

Esta es una investigación que comenzó *allá lejos y hace tiempo* sosteniéndose al principio sobre las ya caminadas elucubraciones acerca del Modelo Médico Hegemónico. A lo largo del recorrido de esta investigación y haciendo una revisión epistémica de sus vaivenes analíticos, entendí que durante mucho tiempo había ido construyendo un abordaje del problema centrado en las “incomodidades” desprendidas de mi propio trabajo *en terreno*.<sup>22</sup> Incomodidades marcadas por las luchas cotidianas contra lo que sentía como “irracionalidad” médica representativa de una “racionalidad” históricamente construida<sup>23</sup>. Entonces, fue necesario ver que permanecer - simbólicamente hablando- en ese sitio, esterilizaba caminos de conocimiento. Sostener una posición centrada dogmáticamente en los “síntomas” de la llamada hegemonía médica y/o medicina oficial durante la búsqueda, no hacía más que sumar “más de lo mismo” al clima de queja teórica, cuando en realidad por otro lado contamos con sólidos trabajos<sup>24</sup> en la línea de criticidad seria hacia las cuestiones epistemológicas del MMH.

---

<sup>22</sup> “[...] las opiniones primeras deben su fuerza no sólo al hecho de que se presentan como una tentativa de explicación sistemática, sino también al hecho de que las funciones que cumplen constituyen en sí mismas un sistema” (Bourdieu; 2008: 139/140).

<sup>23</sup> En algún momento fue repensado el hecho de centrar este estudio sólo en miembros de la medicina al considerar que trabajar únicamente sobre esta disciplina es una forma simbólica de sostener su hegemonía en salud y desconocer que el MMH atraviesa las prácticas de todos los miembros del equipo de salud. Pero en realidad desestimé esa mirada al entender que es necesario profundizar en las prácticas médicas porque, si bien, todas las disciplinas que se desempeñan en salud aportan al mismo movimiento -sea de control o de emancipación-, hay cuestiones estructurales que las atraviesan pero especificidades en las cristalizaciones. De allí que haya sido planteado empezar por una, la Medicina.

<sup>24</sup> Llevados a cabo por referentes como Juan César García, Eduardo Menéndez, Everendo Nunes, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Susana Belmartino y muchos otros representantes de las corrientes Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva.

Ahora bien, re-pensarme -posibilidad también otorgada por la decantación teórico empírica en la que colaboró el paso del tiempo-, significó poder hacer un anclaje en el tema no sin subjetividad, sino con una “subjetividad pensada”. Me encuentro indiscutiblemente “mezclada” en y con este trabajo, pero con mucho esfuerzo puesto en términos de reflexividad epistémica.

Löïc Wacquant, en relación a la reflexividad epistémica y analizando la posición de Pierre Bourdieu, sostiene que “Ayuda a construir objetos en los que la relación del analista con el objeto no es inconscientemente proyectada” (Wacquant; 2005: 77) y en líneas siguientes acentúa:

Para Bourdieu, la reflexividad es precisamente aquello que nos permite escapar de dichos engaños, al describir lo social en el corazón del individuo, lo impersonal por debajo de lo íntimo, lo universal enterrado profundamente dentro de lo particular. (Wacquant; 2005: 80)

Escuchemos las palabras del propio Bourdieu: “Una sociología auténticamente reflexiva debe precaverse constantemente contra ese epistemocentrismo, o ese ‘etnocentrismo del científico’, que consiste en ignorar todo lo que el analista inocular en su percepción del objeto [...]” (Bourdieu; 2005: 115) y agrega más adelante: “yo creo que la reflexividad por la que abogo es distintiva y paradójica por ser *fundamentalmente antinarcisista*<sup>25</sup>” (Bourdieu; 2005:118).

En este camino de volver la mirada hacia la construcción de este trabajo, es necesario no olvidar que la percepción del atropello que nos ha significado a los científicos sociales la historia de exigencias en relación a ceñir nuestras ciencias a las naturales, nos ha creado una sensibilidad digna de ser tomada en cuenta a la hora de nuestras afirmaciones y producciones científicas. Sensibilidad que si no es revisada, puede oscurecer planteos, sobre todo en estudios que tengan como recorte “porciones” de la ciencia oficial.

Nos enoja que las “otras” disciplinas aborden “lo social” sin considerarlo una cuestión de estudio. Es decir, nos enoja cuando “lo social” es referido desde el descuido analítico de entenderlo inabordable científicamente debido a la naturalización de la inmediatez de

---

<sup>25</sup> Cursiva del autor.

aquello que pertenece al orden de la cotidianidad. Pero también nos enoja que no lo hagan y al mismo tiempo pretendemos que cuando lo hagan, sean expertos y exigimos precisiones exquisitas. Entonces serían científicos sociales. En definitiva, tratando de abandonar toda tiranía tentadora, fue encontrándose a lo largo de este trabajo el espacio para intentar entrar en las contradicciones de las manifestaciones del llamado MMH, del llamado *orden médico* cuando es puesto en escena por sujetos sociales, con saberes y “no saberes”, con dudas y dogmas.

En relación al camino de pasaje del *objeto real* al *objeto construido*<sup>26</sup>, en el proceso de trabajo iba transitando y madurando la perspectiva del estudio al ir incursionando en algunas cuestiones que se sintetizan en cinco nudos. Nudos que acercan al “tratamiento” de la categoría *hegemonía* aplicada a las prácticas “científicas” de la medicina y que son enunciados sin pretensiones de orden sucesivo, al creer que en la dialéctica expositiva el propósito es arrojar claves para poder analizar profundamente más allá del criterio del antes y el después.

La primera cuestión se refiere a la ligereza con que se adopta -en el mundo cotidiano y de producciones teóricas sencillas- el término MMH y a cómo ha “gustado”<sup>27</sup> la expresión volviéndose casi un slogan sin tratamiento consciente acerca de qué se entiende por *hegemonía*<sup>28</sup>. La segunda cuestión se refiere a los datos que aporta la experiencia de trabajo con miembros de las disciplinas médicas y que permiten pensar en una no homogeneidad entre sujetos y al interior de cada sujeto. Es decir que hablar de posicionamientos hegemónicos no necesariamente habla del atravesamiento de la “oficialidad” médica en todas las instancias de las prácticas de los actores o del mismo actor, sino que en él/ellos suelen coexistir contradicciones epistemológico-conductuales entre rigideces e historicidades, a veces deliberadas otras veces “inerciales”. La tercera cuestión se refiere a que se torna necesario entrar en una postura revisora a la hora de analizar el papel que las ciencias sociales tuvieron en este proceso como construcción

---

<sup>26</sup> Desde las líneas de Pierre Bourdieu y su recurrencia a Gastón Bachelard.

<sup>27</sup> Esta idea no contradice la impresión de apropiación significativa a que se refiere Menéndez (2012:340) con la idea de *anonimato* del concepto

<sup>28</sup> Pareciera que en los abundantes trabajos que se acercan al tema de la hegemonía médica -en el caso de los no especialistas- no se recurre demasiado a Antonio Gramsci para cruzar el concepto de hegemonía con su anclaje en la medicina.

histórica y también, porque este trabajo pertenece a una exponente que proviene de las ciencias sociales. Entonces recordarlo ayudó a revisar su desarrollo al estilo de obstáculo epistemológico, “[...] se conoce en contra de un conocimiento anterior”, diría Bachelard (1979: 15).

Volviendo a la relación con las ciencias sociales, en un estudio como este en que se parte de “lo que aparece como hegemónico”, es necesario incursionar en los movimientos que han *emparentado* a las ciencias sociales y a la medicina, fundamentalmente durante la modernidad. Instancia en el tiempo que significó -sin poder aislar qué le correspondió a cada disciplina y reconociendo la anterioridad histórica de la medicina como disciplina científica-, una nutrición mutua de lineamientos positivistas, que en algún momento, puntualmente durante la legitimidad de la corriente higienista<sup>29</sup>, se sintetizó en un positivismo naturalista que ofició de marco en relación a las prácticas en salud. Revisar el origen de la Sociología desde la mirada de Augusto Comte, hace que esta disciplina no pueda “pavonearse” -sin antes revisarse en tanto origen histórico- en las críticas a la hegemonía médica en materia de investigación. Al mismo tiempo, cuando la postura de este estudio está marcada por la intención de profundizar en mecanismos ortodoxos de la medicina asumidos por sujetos concretos, la idea es, lejos de intenciones “panfletarias” que terminan desvirtuando el debate, entender cómo se construyeron los procesos. Madel Luz, cuando se ocupa de hacer referencia al lugar de la medicina como disciplina moderna que normaliza estructuras y relaciones sociales, se anima a decir: “En este sentido [el aludido], la medicina viene siendo, a lo largo del último siglo y medio, una disciplina más social que la propia sociología, [...]” (Luz; 1997:14). La cuarta cuestión se relaciona con el lugar de la medicina en la constitución del sistema capitalista, cristalizado en los matices de cada modelo de acumulación. Y este enfoque se vuelve

---

<sup>29</sup> El *Higienismo* representó una corriente de pensamiento nutrida por el positivismo naturalista, que se constituyó a finales del S XIX y principios del S XX, en uno de los pilares de sostén en Argentina del estado liberal oligárquico frente a un escenario que a los sectores de poder les impresionaba como “desprolijo”. En el imaginario dominante, la ciudad había sido “invadida” por inmigrantes. De manera que esta corriente vino a “ordenar” alguna dimensión de la “barbarie”, de la mano de figuras de la medicina, ocupantes muchos de ellos, de cargos políticos. En síntesis, estas estrategias tomaron la forma de prácticas que, aunque podrían pensarse como nobles en su interior, se utilizaban desde una perspectiva de control social que las volvía una verdadera vigilancia de lo “indeseable”. Y lo indeseable era lo distinto al escenario de la cotidianidad de los sectores oligárquicos y aquello que complicaba la instalación del régimen esperable. Es profundizado en el Capítulo IV.

necesario porque las prácticas de los miembros de la medicina no pueden ser pensadas estructuralmente sólo como una cuestión de formación, voluntades o malicias, más allá de ejemplos puntuales que así lo muestran. Es necesario pensar entonces cuando se trata de estudios de este corte, cómo se construyó y se construye ese “proceder” dominante; de ahí que se haga tal vez imprescindible circular por el lugar de la ciencia en la modernidad, el lugar de la medicina en la modernidad, el lugar de la relación entre medicina y sociología en la modernidad y por el lugar de la medicina en el capitalismo, en definitiva de las disciplinas en el capitalismo.

En relación a la quinta cuestión, importa entender que habitualmente, y para decirlo muy rápidamente, cuando hablamos de lo “oficial” en investigación en medicina, nos referimos a aquellos estudios o procedimientos que se centran en el funcionamiento de órganos, fuera del contexto de producción. En el caso de este estudio pareció necesitarse reformular la concepción de investigaciones oficiales en salud, puntualizando en la idea de salud y en la idea de posicionamiento epistemológico en ese ámbito.

Decir esto implica ampliar el criterio también pensando que las investigaciones en salud pueden ser a-históricas, hegemónicas (o como queramos llamarlas) en dos sentidos:

1) En términos de la concepción de salud: no solamente en función de no tocar la idea de “lo social”, sino por la manera en que es tocado. Es decir, que existen investigaciones clínicas que pueden no considerar el contexto e investigaciones clínicas y epidemiológicas que pueden hacerlo pensando *lo social* de dos maneras casi antagónicas: como constitutivo o como factor. De manera que es indistinto si se trata de investigaciones que analizan el funcionamiento de órganos, comunidades o terapias intensivas, el tema es cómo se incorpora la idea de construcción social en salud.

2) En términos de cuestiones epistemológicas: cuando la línea metodológica no responde al movimiento de la realidad en salud y hay ausencia explícita o implícita de revisión acerca de las opciones de acceso al estudio de esa realidad.

Ahora bien, luego de esta aclaración, ¿Cuáles fueron las condiciones que hicieron que trascendiera la mirada absolutista bajo la que registraba sólo dos posibilidades: o hegemonía en toda conducta médica o la contra-hegemonía salvadora? Primero entender la inexistencia de homogeneidades lineales y luego poder escuchar en la *praxis* de

algunos compañeros médicos, “indicadores” de un posicionamiento que no responde a lo que habitualmente llamamos hegemonía médica, sin que -por otro lado- aparezcan en sus discursos lineamientos teóricos deliberados acerca de la adhesión a corrientes de pensamiento digamos críticas de las posturas representativas del control social sostenido desde la medicina. Al mismo tiempo, al observar los documentos que los médicos presentan en congresos y jornadas científicas, la lógica suele permanecer “pegada” a los formatos y análisis mecanicistas de los trabajos científicos tradicionales.

Así es cómo fui entendiendo que la configuración referida en términos de salud/prácticas médicas -investigativas y no investigativas- necesitaba de una profundización proyectada hacia los intersticios de sus propias contradicciones.

## II-SOBRE CUESTIONES EPISTEMOLÓGICAS

Al esperarse demasiado de la ciencia se la concibe, en realidad, como una brujería superior y por esto no se consigue valorar realísticamente lo que la ciencia ofrece de concreto.

A. Gramsci (1984)

Seguidamente se ven desarrollados tres ejes: cuestiones epistemológicas alrededor de la idea de ciencia, de la idea de investigación y de la idea de determinación social en salud.

### **Alrededor de la idea de ciencia**

Seis nudos conceptuales confluyen en este punto: a) la idea de ciencia desde una perspectiva de historicidad, b) la in-escisión teoría-empiría, c) las instancias de descubrimiento-validación como relación dialéctica que rompe con la simple lógica de lo sucesivo, d) el cuestionamiento a la legitimidad del método científico proveniente de la corriente *heredada* como “el método científico”, e) la recuperación del sujeto cognoscente, f) la superación del debate cualitativo cuantitativo.

Aún así, veremos que los temas se “entremezclan”...no podría ser de otra manera.

### ***¿Qué esa cosa llamada ciencia? Otra ciencia es posible***

Pasando a la instancia de desarrollo de esta idea, en principio la concepción de historicidad hace pensar *la* ciencia, y *todas* las ciencias, como sostiene Juan Samaja:

[...] como una de las formas del conocimiento humano cuyas propiedades, interrelaciones y sistemas de transformaciones sólo se pueden comprender en la medida en que podamos elevarnos a la perspectiva de la totalidad de la praxis humana en la historia. (Samaja; 1994: 9)

Decir en este caso, *todas*, no significa centrarse en la división de las ciencias, sino que significa dirigirse a pensar que circulan diferentes y contradictorias maneras de entender la ciencia. Que exista una ciencia dominante y una idea dominante de ciencia, no debe hacer renegar de ella; debe hacer re-pensar el contexto de construcción de la ciencia en función de las contradicciones de la realidad que necesitan ser develadas, y no disimuladas. Debe hacer re-pensar la función histórica que le cabe a la ciencia.

Veamos aquí que se habla de la ciencia y de la idea que de ella se tiene. Es decir que de alguna manera se está haciendo referencia a la ciencia como tal y a la filosofía de la ciencia, como dos categorías que en realidad no podrían escindirse desde sus imbricaciones, pero que a menudo se confunden en los debates. Y al mismo tiempo tampoco es oportuno caer en una diferenciación taxativa porque es como querer arrancar lo concreto de lo simbólico y lo simbólico de lo concreto. Los discursos construyen prácticas y al revés.

Aunque resulte una obviedad decirlo, la estructura de aquello que los sectores conservadores consideran ciencia, aún cuando aparece como una suma de pasos y procedimientos y como un inventario de características, en términos de claridad, precisión, facticidad, “analiticidad”<sup>30</sup>, eso, es un producto social, en hechos y en ideas. Y cuando se rompe con la lógica de la ciencia hegemónica ya sea desde los matices más “negociadores” hasta los más revolucionarios, eso también es un producto social, en hechos y en ideas.

---

<sup>30</sup> En términos de Mario Bunge.

Pensar la ciencia como producción histórica y como no absoluta viene a romper con el sincretismo a que se la somete cuando se la caracteriza solamente desde su propio interior, desde la serie de características que enunciaba en líneas anteriores imaginando a Mario Bunge. Cuando entendemos a la ciencia desde estos términos de historicidad, de ninguna manera estamos descartando el carácter imprescindible de las precisiones analíticas, sino que garantizamos el cuestionamiento a la perspectiva limitante en términos de abordaje de la ciencia, que considera estas condiciones como constructoras de conocimiento *per se* excluyentes de la recuperación del contexto de la ciencia y de los recortes de investigación conteniendo al todo.

Contemplan la historia como marco de la construcción de la ciencia implica pensarla en términos epocales, es decir desde una lógica que reconoce una secuencia de concepciones emergentes de ciencia, producto de cada momento histórico. Cada momento histórico propone una idea hegemónica de ciencia, cuestión que no inhabilita para que en la actualidad contemos con la coexistencia de posiciones antagónicas. Aun así, los fuertes lineamientos de la Modernidad siguen atravesando el imaginario social, inclusive con especificidades epocales. Como señala Madel Luz: “[...] la ciencia es ‘fuerza productiva’ no tan solo en la base económica, sino también en la estructura de producción de las relaciones de poder, y en la ideología, a través de un proceso de construcción de sujetos, [...]” (Luz; 1997: 16) y refiriéndose a la ciencia moderna, dirá que:

El movimiento típico del conocimiento científico es ‘práctico’, transformador de realidades. Conocimiento interventor y clasificador, es verdad, pero con un sentido constructivista, de construcción de realidades. La razón moderna no explica tan sólo la realidad; la modela. Para esto interviene en ella, la ordena. (Luz; 1997:12)

Es interesante la idea de Ángel Flores en relación a la ciencia que se menciona como “oficial”, él dice:

[...] tiene un sistema de signos y términos específicos para connotar cada concepto, según sea el acuerdo al que se haya llegado. Esto es lo mismo que permite calificar a la ciencia de poseer una cierta forma de existencia ‘esotérica’, puesto que su idioma solamente es accesible a aquellos que en alguna medida han sido “iniciados”; igual que en las antiguas sectas secretas [...]. (Flores; 1976: 29)

Y hay algo más si se retoma el carácter epocal de la ciencia en el escenario actual. No podemos dejar pasar que hay debates acerca de si los preceptos de la modernidad siguen sosteniéndose linealmente en términos de ciencia o si podemos hablar de quiebres. Pardo habla de la pérdida de poder de los cimientos más marcados de la modernidad, pero aún así se pregunta “¿[...] estamos realmente viviendo una nueva era que se ubica más allá de la modernidad?; [...] ¿o, en realidad, desde mediados del siglo XX estamos transitando no por un nuevo paradigma sino más bien (sic) por un pliegue de la modernidad misma?” (Pardo; 2000: 49).

Aquí podría hacerse una apreciación<sup>31</sup> volviendo al esfuerzo racional de diferenciar por un momento ciencia como hecho de las concepciones sobre ella. Probablemente como fenómeno sigue habiendo desde el mandato de los organismos oficiales, reflejado en los sujetos en una suerte de retroalimentación -al menos en las mal llamadas ciencias duras-, prevalencia de una fuerte lógica enmarcada en la trillada objetividad, pureza, neutralidad y mensurabilidad forzada. Pero, en términos de ideas sobre ella, y de estudios sobre la ciencia son fuertes las tendencias que han logrado tensionar preceptos de la *concepción heredada*, estamos hablando de: el historicismo de Tomas Kuhn, la brillantez de Gastón Bachelard, la anarquía de Paul Feyerabend y de la audacia de muchos argentinos que han estudiado y estudian sólidamente estos procesos: Oscar Varsavsky, Enrique Marí, Juan Samaja y en la actualidad el equipo de trabajo de la Maestría en Metodología de la Investigación Científica (MIC) de la Universidad Nacional de Lanús.

Es posible que estemos asistiendo a un escenario -coyuntural- marcado por la coexistencia de formas e ideas en términos de ciencia. Es interesante imaginar como sigue este escenario con:

a-Una siempre actualizada alianza entre las epistemologías de Comte y Popper en tanto como dice Esther Díaz:

En ambos la razón positiva y la razón crítica que legitiman las pretensiones de verdad de la ciencia-su producto genuino- se autolegitiman como estadios

---

<sup>31</sup> Apreciación que se realiza desde dos lugares institucionales en los que estoy inserta, el sector público de salud y la universidad pública, tratando de revisar al mismo tiempo desde esos espacios los organismos marco.

superiores de dicha historia [...]. Ambos afirman que la política es una cuestión de competencia científica no una cuestión de valores sino de *techné*, por lo tanto, nada que tenga que ver con la *praxis*. Ambos sostienen una comprensión instrumental de la razón, aunque el ingeniero comteano sirve a los fines del naciente orden industrial y el ingeniero [ingeniería social, y fragmentaria] popperiano sirva a los fines del naciente orden post-industrial. (Díaz; 2000: 251)

b- Algunos imaginarios que intuyen tímidamente nuevos perfumes (con mayor o menor ambigüedad).

c- Otros imaginarios que van fijando impronta, más fuertemente, desde miradas corridas de la *concepción heredada*.

De esta manera, todos estamos en ese escenario. Entender la ciencia como una construcción histórica habilita no solo a sostener que las hegemonías político-institucionales están en correlato con el tipo de ciencia que necesitan para perpetuarse -y que es la que entendemos como ciencia oficial o clásica-, sino que habilita a más. Es decir, habilita a sostener -invirtiendo la lógica hegemónica- que la ciencia debe responder a las cuestiones socio-histórico-políticas relevantes y por añadidura, que las investigaciones deben construirse desde la “escucha” de las contradicciones de la realidad y que “el método”, debe ser respetuoso de esas contradicciones de la realidad, a la hora de recorrerla. Miradas como las de Oscar Varsavsky, resultan muy potentes y particularmente emocionantes, sobre todo cuando afirma con tanta solidez:

La misión del científico rebelde es estudiar con toda seriedad y usando todas las armas de la ciencia, los problemas del cambio de sistema social, en todas las etapas y en todos sus aspectos, teóricos y prácticos. Esto es hacer ‘ciencia politizada’. (Varsavsky 1969: 6)

Y en relación a su idea de una ciencia al servicio del cambio social reconoce: “[...] pero requiere un esfuerzo de adaptación muy grande [...]” (Varsavsky; 1969: 6). Es movilizador pensar en la ubicación histórica de estas “apuestas” latentes y recordar que si bien en “nuestros tiempos” debemos necesariamente despejar las confusiones eclécticas de las conciencias, las contradicciones entre intelectuales y al interior de cada uno, no deja de ilusionarnos pensar que esa pasión en algún lado permanece.

### ***Relación Teórico-Empírica***

¿Cuál es la idea de incorporar una mirada en términos de la relación teoría-cuestión empírica?

“Unir en el pensamiento lo que ya está unido en la realidad, es un acto de honestidad intelectual” diría José Luis Coraggio (1996: 109). Desde una linealidad muy precaria está instalado algo así como: los académicos para pensar y los profesionales para ejecutar. Entonces en la base de esa cara visible a través del trabajo se asentaría la historia de una escisión teoría-práctica, teoría-dimensiones empíricas y no de cualquier escisión de esos “elementos”, sino de un divorcio necesario entre otras cosas para la división del trabajo, para la exacerbación de la racionalidad útil para el progreso en términos de configuración de modelos socio-políticos y, en su interior, para la exacerbación de la racionalidad de algunos y no de otros.

Pero veamos qué pasa en relación a su tratamiento como cuestión.

Una frase que cae en lugares comunes es: la teoría nutre la práctica y la práctica dispara nuevas teorías; este casi refrán además de no rescatar la dialéctica genuina de la relación teoría práctica, no dice nada. Tranquiliza y en todo caso si se quiere poner en práctica: ¿cómo se hace? Ese camino es estéril.

Antonio Gramsci clarifica esta idea cuando acentúa: “Insistir sobre el elemento práctica del nexo teoría-práctica, luego de haber escindido, separado y no sólo distinguido ambos elementos [...], significa que se atraviesa una fase histórica relativamente primitiva” (Gramsci; 1984: 17).

“Si se junta lo que ya ha sido separado, el carácter escalonado del método invierte la relación real” dice Theodor Adorno (2001:27). Es interesantísima su idea de *discontinuidad*, que de alguna manera nos echa luz para entender una relación que no es causal, no es de sucesividad ni es de poder; en sus propias palabras: “Si teoría y praxis no son inmediatamente uno, ni absolutamente distintas, entonces su relación es una relación de discontinuidad” (Adorno; 1993.:178) y agrega algo así como que la distancia que las separa es la del salto cualitativo, no la del traspaso ni la subordinación.

Parece necesario pensar, no cómo relacionar teoría y práctica, teoría y cuestiones empíricas, sino cómo acentuar la idea de que se trata de un debate inconducente si lo

pensamos como un movimiento artificial de resolución de una separación de aquello que no concibe intrínsecamente ese divorcio. Es como poner el acento en explicar lo inexplicable. Y ese es un juego que distrae, que arrastra mucho esfuerzo desviando del escenario los debates imprescindibles. Otra vez Adorno: “Pensar es un hacer, teoría una forma de praxis; únicamente la ideología de la pureza del pensamiento engaña sobre este punto” (Adorno; 1993: 161).

¿Qué pasa cuando en este debate teoría-práctica incluimos en el recorte el camino por el que transitan los académicos, los profesionales y la población? El pensamiento ilustrado hará disquisiciones sobre cuestiones de instrucción y Gramsci dirá, al introducirse en el análisis acerca de la criticidad contenida en esa filosofía, que “todo hombre es un filósofo” (Gramsci; 2003: 7). Esta idea de criticidad es interesante si pensamos que en términos de saberes probablemente vamos a encontrar diferencias cualitativas entre sectores (académico-profesional y población) en relación a la mayor o menor formalidad en el acceso a los contenidos de esos saberes; pero cuando se habla de criticidad, la posibilidad de construcción de pensamientos deliberados en uno u otro sector, es mucho más complejo que pensarlo por el lado de la mayor o menor instrucción, dado que nos formamos en el marco de instituciones asentadas en modelos donde circulan discursos intencionales explícitos o no que intentan sostener hegemonías. De manera que si tomamos el concepto de *filosofía de la praxis*, tendremos que repensarla a la luz de una formación conjunta en criticidad entre lo que Gramsci llamaría la dialéctica intelectuales-masa, porque y como él mismo dice, hay avances y retrocesos en cada uno de estos grupos, y además estamos, como intelectuales, confusos en torno a los caminos de acercamiento y de emancipación junto con el pueblo. Habrá que idear las maneras de encontrarnos pueblo y profesionales (como parte del pueblo) en el marco de aprender juntos a trabajar desde los sostenes de una *filosofía de la praxis* que por su esencia y por las condiciones histórico-ideológicas en que nos encontramos, el llamado *bloque intelectual moral*, deberá contemplar redefiniciones epistemológicas.

### ***Descubrimiento y Validación. Validación y Descubrimiento***

Pasando ahora a la idea de dialéctica de la vinculación descubrimiento-validación, sabemos que la forma tradicional, ceñida a la *concepción heredada* de entender la

producción científica, pone el acento en la instancia de validación pensándola como la depositaria del esfuerzo de la rigurosa actividad científica; sin ir más lejos, las expresiones *contexto de descubrimiento*, *contexto de validación*<sup>32</sup>, dan cuenta de esa disociación y al mismo tiempo ese orden al nombrar los contextos, jamás se alteraría. Esta posición que desacredita y desvirtúa la lógica del modo de descubrimiento, pierde en su actuación la riqueza de un movimiento de acceso a la realidad desde una perspectiva de movimientos de avances y retrocesos y recorridos empírico conceptuales; perdiendo además, una oportunidad que se vuelve irreparable y que tiene que ver con el impacto de su rescate intelectual (y representacional) en la elaboración de proyectos de investigación y en los descubrimientos del proceso de construcción de conocimientos. Descubrimiento y validación entonces, son dos instancias, dos modos del método, al decir de Samaja (1997) y se propone sean esos dos modos pensados como ligados a lo largo de toda la secuencia del proceso de investigación. Siempre, a lo largo de proceso de investigación se descubre, siempre, a lo largo del proceso de investigación se valida. Y agreguemos algo más, siempre -descubrimiento y validación- se imbrican en un movimiento creciente de profundización dialéctica.

### ***La pregunta: una herramienta privilegiada***

Dice Enrique Marí: “[...], Klimovsky se queja de que muchos filósofos no estén convencidos de la legitimidad de la distinción entre los tres contextos [descubrimiento-validación-aplicación]<sup>33</sup> y sospechen en particular, de la diferencia entre los dos primeros” (Marí 1974: 189); allí Marí está haciendo alusión y así lo transcribe, a la siguiente afirmación de Klimovsky:

Piensan que el proceso de descubrimiento es en sí la propia justificación del conocimiento científico. Por desgracia, no es así, y la historia de la ciencia muestra una gigantesca colección de ‘descubrimientos’ invalidados por un posterior y conveniente control mediante experiencias. Una cosa es el cúmulo de factores sociales, políticos y culturales que pueden inducir a un científico a preferir cierto modo de conceptualizar en comparación con otro o a seguir caminos teóricos con preferencia a tales o cuales, y otra es la verificación o apoyo lógico o empírico que

---

<sup>32</sup>Fue Franz Reichenbach, quien en su libro *Experiencia y predicción* en 1938 incorpora la idea de los dos contextos al lenguaje de la ciencia

<sup>33</sup> Corchetes del autor

sus afirmaciones pueden tener. La distinción es importante, y vale la pena hacerla aun en el caso de que de veras se cumpliera (lo que no es cierto) [...] <sup>34</sup>

Frente a esta “culpabilización” de Klimovsky hacia los investigadores que no “controlan” lo que él entiende como subjetivismo, Mari se pregunta:

[...] ¿qué responde más a esta imputación, una epistemología que arranca de hipótesis formuladas por “el hombre” de ciencia en un marco de libertad cuyos límites no se precisan en esa teoría [...], o una epistemología que se hace cargo de la formación del producto del conocimiento de un todo- complejo-estructurado, en la especificidad de una práctica, la teórica, [se refiere a la idea o momento *concreto pensado* del marxismo] que no se confunde con otras prácticas y responde a las condiciones de posibilidad que le marca esa estructura con sus propias leyes de sujeción? (Marí; 1974:195)

Es indudable que en la historia de las ideas ha acarreado mucho trabajo, eso que Samaja señala como la *contradicción* entre “[...] la exigencia de la universalidad, de un lado, y la exigencia de la comprobabilidad, de otro lado” (Samaja; 2000: 23) y que resuelve aclarando más adelante “[...] no puede haber un conocimiento que *al mismo tiempo sea* “universal” y “decible” (es decir comprobable). ¡Pero la ciencia pretende ser ese tipo de conocimiento! [...]” (Samaja; 2000: 24-25).

### ***Cuestiones de Método*** <sup>35</sup>. ***Una sospecha***

Desde este trabajo se entiende a la lógica dialéctica de investigación como fuente de permiso para conocer y considerar la posibilidad de fracturar lineamientos impuestos por formalismos metodológicos alienantes, a veces apartados de opciones conscientes. Conocer permite elegir, y, negarse a conocer es parte de la alienación no elegida, no consciente y repetidora de los discursos atrapantes. Desentrañar el concepto de *obstáculo epistemológico* de Bachelard acompañaría procesos de liberación de ideas empobrecedoras arraigadas por imposición o de aceptación consciente de las que se retoman por opción. “Cuando se presenta ante la cultura científica, el espíritu jamás es joven. Hasta es muy viejo, pues tiene la edad de los prejuicios” (Bachelard; 1979: 16).

---

<sup>34</sup> Klimovsky en Marí (1974: 189-190).

<sup>35</sup> Parafraseando a Gramsci (1984) pág. 182.

Confundir rigor científico con rigidez científica conduce a la privación de una riqueza de recursos metodológicos in-imaginados, sobre todo cuando las prohibiciones obstaculizan los recorridos del conocimiento.

Ahora bien, eso que en este subtítulo aparece como, *una sospecha*, tiene el sentido de poder discutir -tímidamente- una idea que es necesario compartir. Se trata de la tan manoseada relación entre las ciencias naturales y sociales en términos de método. Partamos para esto de una afirmación desafortunada de Karl Popper en su trabajo, *La miseria del historicismo*. En realidad la idea no es analizar su trabajo, pero permite disparar algunas elucubraciones, porque probablemente defendernos eternamente frente a líneas como las de Popper<sup>36</sup> contradiciendo sus postulados a favor del paralelismo entre ambas, nos entrapa y fortalece aquello contra lo que luchamos. Terminamos pareciéndonos por oposición.

El racionalista crítico dice, “[...] no veo por qué, no vamos a poder hacer uso de la analogía hasta donde sea fructífera” (Popper; 2008: 75). Y creo que la eterna defensa frente a esa liviandad peligrosa, equivoca el eje de discusión. Cuando decimos que el enfoque metodológico de las ciencias sociales no puede ceñirse al de las ciencias naturales, estamos aceptando el hipotético deductivismo o -el falsacionismo en su versión superada- si bien no para las ciencias sociales, sí para las otras ciencias. Y en realidad lo que debemos poner en cuestión es *ese* método para cualquier ciencia.

Porque tan sólo acentuar la necesidad de diferenciar los abordajes metodológicos en función de la especificidad disciplinar, está entendiendo que el etapismo procedimental es apto para las otras disciplinas entendidas como “no sociales”, por lo tanto yendo aún más lejos, está encubriendo la idea de a-historicidad del objeto de estudio/trabajo de las otras disciplinas. Olvidamos que esos objetos de la realidad con los que trabajan las otras disciplinas pertenecen al escenario de las condiciones contextuales, así se trate de una piedra y olvidamos que ese científico que estudia la piedra es un sujeto social. Fortalecemos la condena de las ciencias no sociales a la rigidez eterna. Es decir, el método construido en perspectiva dialéctica contempla las especificidades de movimiento que cualquier aproximación disciplinar necesita en relación a su objeto

---

<sup>36</sup> a quién el mismo Kuhn (1993) -en otro orden de cosas- se anima a contradecir en el Capítulo XI de *la Tensión Esencial*.

*siempre histórico*. Tal vez la diferencia entonces esté en el formato que tome el camino metódico a la hora de las necesidades de unas y otras ciencias<sup>37</sup>. Más aún, tal vez y casi seguramente, el formato que tome el camino metódico también variará al interior de cada disciplina a la hora de las necesidades del objeto de estudio, y también variará de investigador en investigador y también variará al interior de cada investigador en circunstancias diferentes.

Si observamos muchos de los estudios experimentales que se hacen en medicina podríamos decir que tienen un movimiento dialéctico, pero ¿qué falta para inscribirse en el método?: la reflexividad epistémica, la revalorización del modo de descubrimiento, la irrupción de hipótesis en contexto y su deliberación, y, hacerse cargo de la idas y vueltas como parte del método y no como errores. En síntesis, *incorporar todas las dimensiones en relación dialéctica a la hora de los análisis*.

Lewontin, el biólogo, autor del libro *El biólogo dialéctico*, en su trabajo en co-autoría, *No está en los genes* marca: “Los deterministas biológicos son víctimas del gran mito de la separación de la ciencia y de las relaciones sociales que ellos y sus predecesores académicos han perpetuado” (Lewontin *et al.*; 2009:48). Y en párrafos anteriores sostenía: “Realmente las consecuencias políticas que han surgido una y otra vez de los argumentos deterministas no son criterios con los que podamos juzgar su veracidad objetiva” (Lewontin *et al.*; 2009:47). Estas aseveraciones provenientes de un exponente de las mal llamadas ciencias duras, también son posibles.

---

<sup>37</sup> La siguiente construcción de Marí alienta en ese sentido: “La investigación experimental está atravesada por ensayos decisivos que cortan tanto la continuidad de la deducción como la continuidad de la observación, lo que descarta de plano el encadenamiento lógico formal que el método hipotético deductivo señala como requisito *sine qua non* en el periplo hipótesis fundamentales-consecuencias observacionales” (Marí;1974: 193). He aquí una experiencia clarificadora: José López Sánchez, un historiador cubano ya fallecido, en su libro *Finlay, el hombre y la verdad científica* va a decir sobre el proceso de trabajo de Finlay en relación a la vinculación entre el mosquito y la propagación de la fiebre amarilla alrededor de 1881: “la aplicación del método dialéctico de razonamiento [...] le permitió comprender y resolver la necesidad de explicarse el contagio de una forma nueva y distinta. Esto lo consiguió al concatenar todos los elementos patogénicos, clínicos y epidemiológicos de la enfermedad, lo que equivale a afirmar que lo consiguió al apreciar el fenómeno nosológico en su estado de existencia objetiva. Fue un proceso de razonamiento digno de un genial investigador científico. Fue una de esas obras cuyas génesis no pueden explicarse de la manera analítica ordinaria, por introducir abruptas discontinuidades en la evolución de las ciencias” (López Sánchez; 1986: 167).

### ***El sujeto cognoscente***

Comenzaré preguntando cómo es que los filósofos de la ciencia han descuidado durante tanto tiempo los elementos subjetivos que intervienen regularmente en las elecciones reales de las teorías, las que hacen los científicos en forma individual. ¿Por qué estos elementos les aparecen tan sólo como un índice de debilidad humana y no de la naturaleza del conocimiento científico?

T. Kuhn (1993)

La idea de recuperación del sujeto cognoscente no hace más que respetar una dimensión que bajo la confusión de objetividad y neutralidad se intenta “aplastar”. Y digo, se intenta, porque aun cuando se cree estar inscripto en una línea interpretada como no contaminante, desde el momento en que el investigador pertenece a la categoría de sujeto el atravesamiento es insalvable. De manera que la ciencia, en tanto construcción del hombre/sujeto social/ político/institucional, conlleva inherentemente esta condición, la condición de la presencia del investigador tanto (si cabe la división tradicional de las ciencias) en las llamadas ciencias sociales, como en las ciencias naturales, como en las ciencias formales. Esto quiere decir que en lugar de correr tras la auto-anulación desesperada el único camino posible es el que marca el aprender a revisarse como sujeto. Y, aprender a revisarse en el marco de la producción de conocimientos, implica reconocer desde dónde se construyen los recortes, se proponen las hipótesis, se idean las formas de recolección de datos, se analiza el material. Y este descubrir desde dónde, se refiere a descubrirse como nudo, como nudo cognoscente donde se cruzan sociabilidades pasadas presentes y futuras y que aun cuando no se adviertan están bañando el proceso. Su no advertencia es mucho más peligrosa que el propio atravesamiento desde la condición de sujeto social.

### ***El in-debatible debate cualitativo-cuantitativo.***

Otro punto interesante es el del agotamiento del debate cualitativo-cuantitativo; es decir mucho se ha escrito sobre estos lineamientos, desde enfoques obstinados y excluyentes, hasta enfoques propiciadores de la complementariedad. En alguna ponencia -inexperta-

he caído en la trampa de exponer precisiones en torno a estos debates. Hagamos posible trascender esos desarrollos inconducentes y clarificar dos cuestiones, que en realidad merecen un estudio aparte. En principio es necesario aprender a identificar, aprender a escuchar cuándo el recorte de estudio está exigiendo un trabajo bajo una orientación cualitativa y cuándo está exigiendo un trabajo bajo una orientación cuantitativa o bien ambas a la vez, bajo una secuencia que también habrá que aprender a identificar. Y en segunda instancia es prioritario reubicar a la orientación cuantitativa, esto significa entender que la mensurabilidad no ofrece por si misma garantías de científicidad, en esta línea hay que saber entender que el mundo de la realidad y el mundo de los artificios intelectuales pertenecen a dos dimensiones diferentes, uno al plano de la empiria y el otro al plano de las ideas, tal cual lo plantea Díaz en un artículo titulado *Las ciencias sociales, lo mensurable y las sombras del poder*” cuando dice:

Lo empírico existe concretamente, lo intelectual, en cambio, es del orden de la idea y elabora explicaciones (interpretaciones) acerca de la realidad. Inventa por ejemplo la medición, y luego decreta que ese procedimiento responde al orden natural de las cosas, disponiendo que si algo es formalizable, es sólido, es verdadero, creíble. Pero, ¿es que nadie se da cuenta que es una interpretación posible y que su auto proclamación como verdad la convierte en dogmática? (Díaz; 2003: 8)

Kuhn<sup>38</sup> en su obra *La Tensión Esencial* se acerca al abordaje de la interpretación y del lugar del trabajo cualitativo en las sistematizaciones cuantitativas. Samaja plantea una cuestión muy interesante cuando dice: “[...] la polémica `cuantitativismo/cualitativismo´ [...] lleva de manera irremediable a un dualismo esquemático [...]. ¿En dónde se inscribirían las tesis metodológicas de Marx; de Weber; de Pierce; de James; [...]?”(Samaja; 1997: 362).

---

<sup>38</sup> Esther Díaz (2003), en las Págs. 7 y 8 transcribe las siguientes ideas del físico contenidas en su obra *La tensión esencial* :“Me encuentro convencido de que nuestras nociones acerca de la función de la medición así como acerca de la fuente de su especial eficacia proceden en gran parte de un mito” y “Creo que, con esta distinción entre cualitativo y cuantitativo, es posible demostrar que grandes cantidades de trabajo cualitativo son condición previa para una santificación fructífera dentro de la física. Sólo cuando se haya establecido este punto, estaremos en posición de preguntarnos acerca de los efectos de introducir métodos cuantitativos en ciencias que habían venido avanzando sin ayuda de éstos”. Para profundizar sobre este tema resulta interesante recurrir a la obra Kuhn (1976) entre las Págs. 202-246.

Es importante remarcar que en este punto y desde este trabajo se piensa en orientaciones cualitativa y cuantitativa y no en “metodologías” de ese carácter tal como lo representan los manuales que nos enseñan a seguir una secuencia privativa de cada una de esas orientaciones. Esto responde a la siguiente idea: desde el Método Dialéctico es posible trabajar con ambas líneas tal cual lo requiera la fuerza del recorte en estudio. Y pensemos que, contrariamente, aquellos que defienden el hipotético deductivismo aun con los “avances” del falsacionismo, también “hacen lo suyo”. Y esto es claro al observar algunas investigaciones que incluso siguiendo formatos de recolección de datos de carácter cualitativos, no se corren de un movimiento “oficial” a la hora del método. El carácter cualitativo, no garantiza el corrimiento de líneas tradicionales de investigación, así como el uso de técnicas de recolección de datos que ofrecen material cuantificable, no necesariamente responde a la ciencia hegemónica. No olvidemos *El estudio sobre las Casas de Inquilinato de Buenos Aires* de Rawson escrito en 1885. Nadie podría negar que se trata de un estudio que reúne orientaciones cuantitativas y cualitativas y que provino de un exponente del naturalismo positivista.

Díaz en un trabajo en que desgrana la esencia de la idea de método en las ciencias va a decir: “[...] considero que la influencia del pensamiento normativo y de la producción cultural no es privativo de las disciplinas sociales [...] también en ciencias naturales se detectan los rastros del imaginario social, de la autoridad y del poder” (Díaz; 2002: 13).

Una vez más, es la línea epistemológico-metodológica que nos atraviesa en nuestras investigaciones, la que determina el carácter hegemónico o el carácter respetuoso del movimiento de la realidad. La adopción de este último camino, va a ser el que - independientemente de la disciplina de la que se parta-, nos pueda hacer “escuchar” las exclamaciones de la realidad para poder recién allí definir epistemológicamente cuestiones de orientación metodológica.

## **Alrededor de la Idea de Investigación**

### ***Investigar, una herramienta***

La investigación es una herramienta que debe estar puesta al servicio de movimientos *práxicos* contra-hegemónicos cualquiera sea el origen disciplinar, herramienta en manos

de un investigador/trabajador. Investigar es trabajar. No es novedoso decir que el proceso de investigación puede volverse un instrumento que potencie la relación dialéctica, en términos emancipatorios, entre intelectuales y *hombres sencillos*.

Las prácticas sociales de investigación que no portan reflexividad epistémica como ejercicio de revisión de los nudos señalados, corren el riesgo de convertirse-luego de varias escalas- en estrategias de refuerzo y/o sostén del capitalismo. Investigación es trabajo, es práctica social. Suele haber una tradicional percepción -y no simplemente en términos de clasificación- acerca de la división entre investigaciones contemplativas<sup>39</sup> y aplicadas, como si en realidad, aquellas investigaciones que no plantean a priori estrategias de aplicación, no alcanzaran durante su proceso a los “otros” en el mismo acto de pensarse<sup>40</sup>, o como si ese proceso no llegara a otras “cabezas” a través de documentos escritos, e inevitablemente disparara nuevas prácticas.

Pensar en la investigación como una herramienta evoca esa expresión tan potente de Gramsci que enuncia que *todo hombre es un intelectual, o un filósofo*, poniendo en debate en realidad el carácter del trabajo. Porque hablar de herramienta es desde una perspectiva reduccionista pensar sólo en cuerpos en movimiento portando instrumentos mecánicos y hablar de investigación pareciera desde una mirada tradicional, evocar la contemplación absorta de mentes brillantes escindidas de sus cuerpos.

Sin embargo, se conjugan en el *trabajo* de investigar, ideas y herramientas indisociables en la construcción de esa práctica social. Vamos a ver, cómo se puede entender a la actividad científico-investigativa desde la perspectiva “genuina” de *trabajo*. Marx va decir:

“El trabajo es, en primer lugar, un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. [...]. Pone en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, brazos y piernas, cabeza y manos, [...]. Al consumarse el proceso de trabajo que antes del comienzo de aquel ya existía en la *imaginación del obrero*, o sea *idealmente*<sup>41</sup>”. (Marx; 2009: 215-216)

---

<sup>39</sup> “[...] para poder conocer las cosas como son independientemente de él [*el hombre*] debe someterlas primero a su propia práctica; para poder comprobar cómo son cuando no está en contacto con ellas, debe primeramente entrar en contacto con las cosas. El conocimiento no es contemplación. La contemplación del mundo se basa en los resultados de la praxis humana. El hombre sólo conoce la realidad en la medida en que *crea la realidad* humana y se comporta ante todo como ser práctico”. Kosik (s/f: 14-15).

<sup>40</sup> por ejemplo en el marco de una entrevista como herramienta de la investigación.

<sup>41</sup> Cursiva del autor.

Si investigar es trabajar, entonces es necesario rescatar los encuentros genuinos experimentados en prácticas cotidianas de investigación en los distintos espacios y entre ellos, dentro del ámbito público de salud entre profesionales y población atendida. Ahora bien, en el proceso de producción de la investigación, antes, durante o después, hay más trabajadores que el investigador, si se quiere, hay más intelectuales. De manera que, ya el mismo proceso de encuentro puede ir generando “construcción conjunta” aprovechando ese espacio riquísimo marcado por una intersubjetividad que deviene en cambio en la subjetividad-es.

En el capítulo sobre cuestiones metodológicas, se retoma su análisis desde este marco.

## **Alrededor de la idea de Salud**

### ***La determinación social en salud. Un camino para no seguir factorializando***

En relación al concepto de *determinación social en salud*, (DSS) introducido por Jaime Breilh<sup>42</sup> -y que ha ido retomando como *determinación social de la vida y la salud*-, resulta muy claro el planteamiento<sup>43</sup> de Boch, Quinteros, Troncoso, Belmartino, Torrado cuando entienden que:

[...] se reconoce la existencia de un complejo de determinaciones histórico-estructurales que se originan en las pautas dominantes de la organización social y que tienen un rol fundamental en la emergencia de condiciones de salud-

---

<sup>42</sup>En la tesis de maestría del autor “Crítica a la Concepción ecológico funcionalista de la epidemiología” (México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, 1976), y en la primera edición del libro *Epidemiología: economía, medicina y política* (Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979) sistematiza por primera vez una discusión ampliada de la categoría determinación en salud.

El mismo Breilh acentúa “cuya construcción iniciamos en el año `70” (Breilh; 2010: 92). Para un acercamiento a la profundización del proceso de construcción del concepto desde este autor, ver Breilh, J. *La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (Salud Colectiva)* En este documento entre otras cosas acentúa que el concepto DDS como ruptura de posiciones ortodoxas, “no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico, que se había apoderado del movimiento latinoamericano de medicina social (ahora mejor conocido como de salud colectiva); a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación, en este caso, del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista de los años 70”.

<sup>43</sup> Esta posición teórica quedó explicitada en el trabajo interdisciplinario de investigación que realizaron durante los años 1981-1982, titulado: *El proceso salud-enfermedad en el primer año de vida del niño* y publicado en los Cuadernos Médico Sociales del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario.

enfermedad específicas para los diferentes grupos sociales. (Bloch *et al.*; 1985: 5-6)<sup>44</sup>

Al mismo tiempo, Susana Torrado<sup>45</sup> marcará:

Recuperar el análisis de los elementos que intervienen en la determinación del proceso salud-enfermedad como una estructura jerarquizada significa reconstruir la unidad de dicho proceso y esclarecer su doble carácter biológico y social [...] y significa además dilucidar cómo los procesos sociales llegan a expresarse en procesos biológicos individuales y colectivos. (Torrado; 1981/1982: 27-28)

Breilh va a decir:

En la actualidad uno de los obstáculos epistemológicos que confronta la epidemiología crítica para consolidarse, sobre todo en espacios institucionales técnicos, es el *modelo de los determinantes sociales de la salud* impulsado por la respectiva comisión de la OMS (Organización Mundial de la Salud). (Breilh; 2010: 99)

En el año 2005 la OMS difunde un modelo de salud lanzado desde la creada Comisión de Determinantes Sociales en Salud, in-visibilizando los previos movimientos de Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva. Los determinantes pasaron a ser la nueva denominación de los “factores”, vinculados en clave causal, y corridos de la idea de proceso. Sumado a este revivir del funcionalismo, la estructura socio política no aparece ni siquiera bajo el pobrísimo y nada ingenuo término aprobado, *determinantes*.

*La salud es social y biológica*, esta construcción ya clásica del grupo de investigación de Torrado (1981-1982) “toca” con la recuperación -por parte de Breilh- del concepto

---

<sup>44</sup>Es interesante detenerse en el desentrañamiento del movimiento presente en el concepto de determinación social que hacen en el mismo texto los citados investigadores: “[...] en las sociedades capitalistas contemporáneas existen condiciones diferenciales de producción y reproducción de la fuerza de trabajo, determinadas por el lugar que ocupan los respetivos agentes en el sistema productivo. Este primer nivel de determinaciones más generales no se limita a las resultantes de la estructura económica, relacionadas con el mercado de trabajo y empleo en el cual dicha fuerza de trabajo será ocupada, corresponde analizar también aquí el peso relativo a los elementos caracterizados corrientemente como ideológicos: representaciones colectivas, valores, conocimientos, creencias, y también los resultantes del juego de las diversas fuerzas políticas en el interior del aparato estatal”.

<sup>45</sup> La socióloga Torrado conceptualiza de esa forma la DSS en un informe para el Centro de Estudios Urbanos y Regionales elaborado por ella en el contexto de la investigación mencionada en la nota al pie de la página anterior.

marxista de subsunción<sup>46</sup>, como la forma de vinculación de ambas categorías: “el hecho es que la conexión entre lo biológico y lo social, entonces, no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de *subsunción*” (Breilh; 2010: 101).

Este concepto -*subsunción*- es retomado en las próximas líneas.

### ***La investigación de la determinación social en salud***

Son cuantiosos los estudios, ensayos y planteos de planificación en el *campo de la salud* que vienen apartándose de miradas reduccionistas. Al mismo tiempo van extendiéndose profundas elucubraciones en el terreno de la epistemología de la salud y trabajos acerca de la responsabilidad de la Salud Colectiva, cuya esencia trasciende al sujeto individual. Todo este bagaje es recibido con esperanzas de aires emancipadores por los críticos de los vaivenes de la biomedicina. Referentes reconocidos de las líneas contra-hegemónicas en salud, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, el ya no presente Juan César García, Naomar de Almeida Filho, María Cecilia de Souza Minayo, Gastão de Souza Campos, entre muchos otros, son *pez en el agua* a la hora de trabajar desde la mirada emancipadora que sostienen y los nutre; sus investigaciones, cualquiera sea el nivel de amplitud, no tienen contradicciones y se despliegan en un respetuoso movimiento concreto-abstracto-concreto sin “forzamientos”.

Al mismo tiempo, en el presente es mucha la producción proveniente de *profesionales sencillos*<sup>47</sup> que se identifican con esta postura, inclusive médicos que trabajan cuestiones de estructura y coyuntura en términos del *campo salud*. Profundas elucubraciones desde la salud, tomando con absoluta seriedad lo que trasciende lo orgánico, van asomando. Este es un logro. Y hasta podríamos animarnos a decir que se ha movilizó el debate alrededor de la prevención y la recuperación de la vida implicando acciones que no se hacen con personas sino sobre procesos grupales o estructurales. Pero una deuda que creo debemos abordar quienes nos ubicamos en esta línea y trabajamos en el plano de “lo cotidiano”, se relaciona con una cierta confusión a la hora de la elección de

---

<sup>46</sup> “[...] permite comprender [la subsunción] por qué la determinación social no es apenas un vínculo externo, y que, para el caso especial que nos ocupa, los procesos epidemiológicamente malsanos están inscritos en la lógica y movimiento imperante del sistema de acumulación, y no son eventos esencialmente probabilísticos, ni apenas frutos de faltas a la ética o errores técnicos” (Breilh; 2010: 101).

<sup>47</sup> Con esta re-conversión del *hombre sencillo* de Antonio Gramsci, se los quiere distinguir de aquellos médicos que se dedican deliberadamente al estudio del tema.

cuestiones pasibles de estudio en dos niveles in-escindibles pero que terminan escindidos racionalmente: el macro y el micro social. En primera instancia y de algún modo, hay un amplio espectro de estudios que trabajan con el orden político estructural. Pero no con la misma solidez se realizan estudios que trabajen la *subsunción biológico a lo social* desde aconteceres concretos y cotidianos de carácter micro-social en términos de determinación. Es real que no es sencillo recostarse sobre el concepto de subsunción que no es análogo a dependencia, no es sencillo entender y mostrar cómo se comporta en lo cotidiano la DDS. Se dan dos cuestiones, siempre hablando de estudios contra-hegemónicos: 1-es tanto el apasionamiento con el contexto, que estamos descuidando la posibilidad de hacer análisis sólidos acerca de las maneras en que ese social *subsume* lo biológico, lo moldea, se cristaliza en él. De eso se trata, ¿verdad? cuando decimos, el proceso salud enfermedad es a la vez social y biológico<sup>48</sup> y 2- hablando del nivel micro social conteniendo lo macro social, lejos de un acontecer reproductivista de arriba hacia abajo y cerca de la manera del juego presente en el movimiento del llamado *bloque histórico*<sup>49</sup>, es necesario pensar la investigación desde esta línea no solo en recortes amplios sino en términos de cómo se cristaliza la DSS en los acontecimientos cotidianos del escenario de salud-enfermedad. Porque si bien como dice Breilh “[...] la práctica de salud individual atiende y cuida, pero no sólo hace eso, pues hay acciones de promoción y prevención que no son atención y cuidado”<sup>50</sup> (Breilh; 2013: 39); no debemos confundirnos pensando que la idea de determinación social es privativa de las elucubraciones de “grandes investigaciones” y trabajos que permanecen lejos de la cotidianidad muy pero muy singular. También quien demanda individualmente está socialmente determinado y cristaliza de una forma singular una historia social y está simbolizando una demanda social. De lo contrario podríamos caer en la trampa de pensar que quienes atienden profesional e institucionalmente dentro de los centros del sistema de salud, deben formarse, algunos desde la perspectiva clínica para “curar” y otros desde la perspectiva de la *salud colectiva* para prevenir. Y así acentuamos la contradicción. Veamos que Breilh sostiene, “la salud colectiva rebasa la clínica, rebasa

---

<sup>48</sup> En términos de Torrado (1981-1982).

<sup>49</sup> Conceptualizado en el entramado teórico.

<sup>50</sup> A esto se refiere cuando plantea que la Salud Colectiva debe apuntar a engranajes socio-políticos que no pueden trabajarse desde la atención y el cuidado como se hace con personas individuales.

la asistencia” (Beilh; 2013: 39), pero no dice la excluye. En todo caso, creo, tendrá que incorporarla como y desde una clínica contra-hegemónica. Gastão Wagner de Souza Campos aclara brillantemente cualquier confusión:

Ni la antidualéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad al descartarse cualquier responsabilidad por la historia de los sujetos, ni la revolución en el otro extremo: la dolencia entre paréntesis como si no existiera, cuando en verdad ella está ahí, en el cuerpo, todo el tiempo haciendo barullo [...]. (Campos; 2001: 74)

Estamos hablando de esas situaciones en las que nos encontramos frente a la cristalización de las desigualdades, vueltas enfermedad en una persona o en grupos de personas. Lo que va a marcar la diferencia aquí es la instrumentación de la mirada metódica, es decir si absorbemos esa realidad desde el método de ascenso de lo abstracto a lo concreto o si “ingenuamente” se nos representa como un nuevo caso para una cadena inductivo-deductiva.

La realidad también nos exige respuestas o estudios científicos en relación tanto a grupos colectivos y/o comunitarios, como a cuestiones institucionales, escenarios familiares e historias particulares atravesadas por lo que nombramos como “patología”, enfermedad. Digamos problemas, padecimientos que encarnan sujetos que se construyeron en condiciones concretas de existencia. Sujetos con los que “inter-subjetivamos”, que nos cuentan, nos miran, esperan, nos dan señales, intercambian, dicen, piensan y esperan respuestas y -nosotros- nos los representamos de una u otra manera. Ahora bien, no nos equivoquemos, es necesario saber ubicar *la determinación*, hay que saber des-factorializar, también en este nivel de la realidad, pero desde una interpretación absolutamente opuesta a vincular la salud inmediatamente a enfermedad y al servicio de salud, porque trabajar convencidos de que la salud está socialmente determinada, no implica desconocer que al agente particular le pasan cosas, pero en esas cosas, se expresan los procesos colectivos que se manifiestan también a nivel individual -operando potencialmente en toda una comunidad-. Y bien, ¿dónde está ahí lo social, a que aludimos cuando hablamos de determinación? ¿La determinación social en salud en lo particular sólo está contenida en que el “paciente” trabaja de cirujano o de bancario, en

que tiene una actividad formal o informal, en que tiene o no tiene vivienda propia que está más o menos adaptada a las condiciones ideales?, ¿en que está solo o vive con mujer e hijos?, ¿en su mayor o menor instrucción? ¿Dónde está lo social “del” Juan que nos encontramos y que tiene tuberculosis?, ¿en que vino de Bolivia en un camión y sin documentos ni “legalidad”, en que “trabaja en la cebolla” a “destajo”, en que el rancho es de adobe y chapas, en que apenas sabe leer? ¿Dónde está lo social en la irrupción imparable de bronquiolitis en el invierno en niños pequeños y vulnerables pertenecientes a familias que viven en barrios pobrísimos?, ¿en las casas húmedas, frías y precarias?, ¿en la dificultad para llegar dignamente a un centro de salud y no caminando o en una suerte de transbordos?, ¿en la imposibilidad de contar con nebulizadores y aspiradores domiciliarios?, ¿en las colas para conseguir la medicación? Y sí... algo de esto hay, pero no es eso.

¿Cómo hacer para, como profesionales, gestores e investigadores no contentarnos con hacer (mental o documentalmente) una larga lista de características de Juan y de los niños con bronquiolitis y con ellas poner cara de profesionales inteligentes tratando de entender algo de esa relación entre los “prontuarios sociales” y lo que le duele a Juan y asfixia a los niños? Una pista, a Juan, le duelen los pulmones y la explotación suya y de todo el grupo que representa desde antes del camión y a los niños los ahogan los mocos, la desigualdad y la inaccesibilidad histórica de su sector de clase.

Y cuando decimos ¿cómo hacemos para no contentarnos sólo con eso?, no estamos diciendo simplemente que también hay que actuar (eso por supuesto), estamos diciendo, ¿cómo hacemos para profundizar el análisis?, porque si no lo hacemos, tampoco sabemos qué hacer. En todo caso en ambos casos vamos a terminar gestionando frente a “alguien” para que mejore las condiciones económicas, habitacionales y alimentarias; al sistema de salud pediremos que le entregue medicamentos y a otro que lo visite de “vez en cuando”. Y si estamos además investigando, Juan termina quedando en un documento “científico” donde el pulmón se ubica en el medio de una serie de flechas que le apuntan y describen condiciones cotidianas y los niñitos asfixiados tal vez se plasman en cuadros estadísticos y en un círculo que emula al funcional análisis del círculo cerrado de la pobreza. ¿Eso es pensar, actuar e investigar desde la determinación social en salud?

Si la salud es social y biológica, ¡cuánto nos cuesta poder hacer cuerpo la intersección de estas categorías! Justo allí, donde Breilh habla de *subsunción*.

Y es que hasta que no nos sinceremos realmente acerca de que no es para nada sencillo entender y actuar en relación a esta gran idea acerca de la salud determinada socialmente, que hasta que no se trabaje seriamente acerca de los alcances de la determinación social en salud, no saldremos de las ligerezas, la poca seriedad, la ilusión de algo que es como sí y de una vez más la factorialidad disfrazada de determinantes. Si no sabemos cómo opera en los intersticios de “lo micro” esa determinación, difícilmente podremos pensar desde la determinación y actuar en contra de ella cuando la lógica está marcada por la desigualdad o resaltar su potencia cuando la lógica es la de contrahegemonía. Porque actuar en contra en un modelo de desigualdad social es trascender el síntoma al mismo tiempo que se lo atiende. Hacemos, escribimos y decimos cualquier cosa en nombre de lo social en salud. Insisto, a veces es más fácil “redondear” las ideas cuando se trata de análisis macro sociales, estructurales o de alto nivel de abstracción (si es que cabe la separación entre lo abstracto y lo concreto). Entonces si la *herencia* de la racionalidad formalista nos ha dejado esta necesidad desesperante de entender es necesario entender de otra manera. Para ello habría que comenzar a desentrañar el concepto de *determinación social* en oposición a la lógica de los factores<sup>51</sup>.

Veamos qué pasa con la idea de determinación en Marx, idea que genera infinitos debates y que fue muy mal interpretada y utilizada, al decir de Michael Löwy (2010: 15), por *regímenes burocráticos parasitarios*. Por otro lado, como dice Hugo Calello: “[...] la vulgarización del marxismo fue y es un proceso de degradación necesaria para la supervivencia del discurso político hegemónico. Se realiza en general por la vía del reduccionismo dogmático” (Calello; 2003: 109), y aquí el autor está hablando de cuando se la presenta desde una descripción economicista y mecanicista de los acontecimientos. Como contrapeso a estas ligereza Ollman Bertell en su obra *Alienación, Marx y su concepción del hombre en la sociedad capitalista*, se dedica a

---

<sup>51</sup>Resalto aquí que Marx utiliza el término *factor* en su obra, considerándolo en la perspectiva de puesta en relación recíproca, los vínculos entre factores son contingentes y al mismo tiempo, las relaciones son internas de cada factor. No lo hace desde el lugar simplista de la independencia de factores en búsqueda de relaciones causales. “Lo que nos dice Marx es que, para ese factor, en ese contexto, *esa* es la influencia más destacable, la relación que más nos ayudará a comprender las características relevantes” (Bertell; 1975: 37).

estudiar la concepción relacional de la realidad desde la perspectiva del filósofo, resaltando su posición en tanto la sociedad es concebida en término de relaciones; y, apunta algo interesante en relación al concepto de determinación en la obra de Marx, él dice:

No hay elementos que se relacionen con el factor o suceso en cuestión a manera de causa [...] en lugar de ello nos encontramos con que todo aquello que se denomina causa o agente determinante es una parte interna relacionada con todo aquello que se denomina condición y viceversa. (Bertell; 1975: 37)

Y en forma de cita a pie de página, Bertell comenta: “Marx rara vez utiliza *bestimmen* (determinar), prefiriendo caracterizar las relaciones en esos campos con expresiones que suenen más flexibles”. Los traductores ingleses tendieron a reforzar cualquier sesgo determinista que pudiera existir en la obra de Marx”. El yerno de Marx, Paul Lafargue escribe: “El determinismo económico es una nueva herramienta puesta por Marx a disposición de los socialistas [...]” (Lafargue; 1909: 3). Pero como dice Daniel Bensaïd: “[...] no se encuentran en Marx definiciones cómodas y tranquilizadoras” (Bensaïd; 2013:363).

Si queremos escuchar al propio Marx, entre las distintas apariciones del término/concepto determinación en su obra, encontramos -eligiendo dos de ellas- en el clásico prólogo de *La contribución a la crítica de la economía política*:

El modo de producción de la vida material condiciona el proceso de la vida social, política e intelectual en general. No es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino por el contrario es su ser social el que determina su conciencia (Marx; 1975: 9)

Y en *El Capital* dirá: “no se trata aquí de *definiciones bajo las cuales se subsumen las cosas*. Se trata de *funciones determinadas* que se expresan en categorías determinadas”.<sup>52</sup>

¿Qué se pretende con este apretado desarrollo alrededor de la idea de determinación en Marx, siendo que no es el recorte de este estudio?: 1- mostrar que en las dificultades

---

<sup>52</sup> En Bensaïd, D. (2013). *Marx Intempestivo*. Buenos Aires. Ed. Herramientas. Pág. 366. Cursivas presentes en la obra de Bensaïd.

que tenemos quienes nos posicionamos desde la DSS a la hora de trabajar en “lo singular” de lo micro-social, podría sospecharse cierta vinculación trans-histórica con las problematizaciones alrededor del concepto determinación social y 2- concluir en que probablemente debamos situarnos en el movimiento resaltador de las contradicciones que plantea la idea de determinación en Marx, sobrevolando el reduccionista análisis que restringe las elucubraciones al término. Ayuda en esta idea Bensaïd cuando dice: “la determinación no es cuestión de convención o de diccionario” (Bensaïd; 2003: 365) y más adelante cuando aclara: “La relación de lo abstracto con lo concreto procede directamente de la determinación” (Bensaïd; 2003:367). Marx, en el *fetichismo de la mercancía*, trabaja más allá del término en cuestión, desenrollando la lógica de una determinación entendida relacionamente, de la misma manera que en el Prólogo de *Contribución a la crítica de la Economía Política*. Como dice Bertell “Creo -y seguramente a Marx le sucedió lo mismo- que *relación*<sup>53</sup> es el concepto que mejor se adapta a la explicación de los cambios y ambigüedades que constituyen una parte tan grande de la vida social” (Bertell; 1975: 35) y antes decía “la relación es el denominador mínimo irreductible de todas las unidades. Este es el meollo de nuestra dificultad para entender el marxismo, cuyo objeto de estudio no es simplemente la sociedad, sino concebida en término de relaciones” (Bertell; 1975:34).

Y, en definitiva y para poder avanzar, creo que es dentro de esta perspectiva donde debe ser ubicado el *determinar/determinación en salud*, para poder acceder a lo que enuncia Torrado:

En primer lugar debe quedar claro que se trata de un proceso que es a la vez social y biológico [...]. No basta los hechos de naturaleza biológica, sino que es preciso indagar en aquellas determinaciones sociales específicas, particularmente acerca de la determinación de clase, [...] Yendo aún más lejos es social porque los propios procesos biológicos humanos son sociales [...]. (Torrado; 1981/1982: 40)

Gran construcción que se ocupa de rescatar una ondulación contradictoria de la realidad. Para andar ese camino debemos des-andar otros, el de la factorialidad que se nos ha “clavado en los huesos”. Y al mismo tiempo, debemos también entender, que “es posible

---

<sup>53</sup> Cursiva del autor.

dilucidar la forma según la cuál los procesos sociales llegan a expresarse en procesos biológicos individuales y colectivos” (Torrado; 1981-1982:10).

Por otro lado, no hay que olvidar el lugar de las condiciones de clase al abordar la investigación de la DSS. Las condiciones de clase se vuelven fuerte determinación en el funcionamiento y en la respuesta de los órganos del cuerpo. Porque la Salud-Enfermedad se cristaliza individual y grupalmente, pero se construye social, relacional y políticamente. Y si en ese sujeto particular viven dimensiones de la estructura, es necesario aprender a escuchar los lenguajes de ese particular que nos habla -con todo su cuerpo y sus “decires”- del escenario sociopolítico, de su cotidiano, y, yendo un poco más lejos, nos empuja a abordar las contradicciones sociales y políticas presentes en el dolor de la desigualdad que los agentes sociales se ponen in-escindiblemente en los cuerpos, en las cabezas y en los sentires.

### ***Ciencia en salud***

Bajo este título podemos referiros a la relación Ciencia y Salud y a la posibilidad de existencia de canales propiciadores de espacios simbólicos para su debate en el ámbito público de salud. Siendo un tanto dogmáticos diríamos que “*el debate está fuera de debate*”, pareciendo ser, ésta, una condición que tiñe el acontecer de la ciencia en los recortes institucionales-hospitalarios. Al decir que desde esa lógica no le queda espacio al debate, que no se lo registra como necesario o que se lo bloquea como posibilidad, nos referimos a un debate en torno a reconsiderar, pensar, romper con los absolutismos a que nos conducen las posiciones tradicionales. Posiciones tradicionales tanto, se trate de concepciones de ciencia como de concepciones de salud; lo que hace de su conjugación, meramente una fórmula para sus “seguidores” y una enmarañada complejidad para los que intentan/intentamos analizarlo desde miradas historizantes.

Entonces hacer ciencia en salud desde esta mirada, implica conjugación entre el proceso de construcción de conocimientos y el proceso de construcción de la salud, en una lógica de trabajo que desalienta las fracturas entre ambos, salvo como ejercicio intelectual y, que aún así los sintetiza.

Sin caer en generalizaciones ligeras y simplistas es posible entonces proponer la atención analítica de ese nudo entre ciencia y salud, históricamente rigidizado e

“impenetrable”. Es allí donde deben entrar los permisos para elucubrar y buscar e indudablemente identificar “lugares institucionales” de duda, de cuestionamiento, de reformulaciones de las lógicas y de des-cubrimientos.

# **CAPÍTULO II**

## **PARA ENTENDERTE MEJOR**

**Recorrido por los soportes teóricos del estudio**

## *Los conceptos de la hipótesis*

### **I-EL ORDEN DE LO HUMANO/CORPÓREO**

[...] la `naturaleza humana´ no puede hallarse en ningún hombre por separado sino en toda la historia del género humano.

A. Gramsci (1984)

Cuando en la hipótesis es expuesta la idea de disociación entre “lo humano” y la ciencia, tanto en el imaginario como en las *prácticas* de los médicos, esa idea se inspira en la representación que muchas veces estos mismos sujetos tienen de lo humano/humanitario como adjetivación de las conductas médicas. Sabemos que circula la interpretación que hace sentir en médicos y “pacientes” que el acercamiento -extra-orgánico- responde a prácticas por “fuera del gaurdapolvo”, como si debajo de la ropa y por encima de ella no hubiera un humano que además es médico, con toda su humanidad, con *lo sublime* y *lo malvado* del Dostoiivski de *Memorias del subsuelo*.

Ahora bien, corridos de las construcciones mencionadas acerca de las representaciones médicas aludidas, es necesario aclarar que este estudio entiende la idea de “lo humano” como esa *condición humana* más allá del imaginario social que lo expresa románticamente y más allá de lo que a veces los mismo médicos entienden de sí mismos cuando creen hacer algo que no es “científico”. Porque en todo caso esta sensación médica, como humano/sensible/bueno, no niega -en la asimetría propuesta<sup>54</sup>- sino que esconde la potencia del “insoportable” encuentro de humanidades.

La perspectiva de Hanna Arendt resulta clara para ubicar la idea de humanidad/humano referida:

---

<sup>54</sup> Asimetría dimensión cotidiana/dimensión científica y asimetría médico/sujeto de atención.

Cualquier cosa que toca o ha mantenido contacto con la vida humana asume de inmediato el carácter de condición de la existencia humana. De ahí que los hombres, no importa lo que hagan, son siempre seres condicionados. Todo lo que entra en el mundo humano por su propio acuerdo o se ve arrastrado a él por el esfuerzo del hombre pasa a ser parte de la condición humana. El choque del mundo de la realidad sobre la existencia humana se recibe y siente como fuerza condicionadora. (Arendt; 2009: 23)

Para Arendt *labor*, *trabajo* y *acción* son tres actividades relacionadas con “la condición más general de la existencia humana”, ella dirá:

La labor no sólo asegura la supervivencia individual, sino también la vida de la especie. El trabajo y su producto artificial hecho por el hombre, concede una medida de permanencia y durabilidad a la futilidad de la vida mortal y al efímero carácter del tiempo humano. La acción, hasta donde se compromete en establecer y preservar los cuerpos políticos, crea la condición para el recuerdo, esto es, para la historia. (Arendt; 2009: 22)

Imposible desde esa perspectiva no entender la continuidad sensible/corpórea que enlaza a la humanidad de los médicos con la de su “objeto/sujeto de trabajo” es decir, la salud/enfermedad de los hombres en contexto o, mejor dicho, con las expresiones de las condiciones socio-históricas y singulares cristalizadas en procesos de salud/enfermedad. Tres actividades, las propuestas por Arendt que hacen pensar en un eslabonamiento engarzado: desde la *labor*, la latencia sensible corpórea, desde el *trabajo*, aquello que origina el encuentro y desde la *acción*, la intersubjetividad histórica.

Ahora bien, la dimensión *trabajo* contempla el “hacer ciencia” y es entonces desde esta dimensión desde la que sería imposible escindir humanidad y ciencia.

Y, el cuerpo -humano- está en juego, en “demasiado juego” en las prácticas médicas. Aparece allí donde pareciera desdibujarse la franja entre lo público y lo privado. Por un instante, no hay diferencias y ello debe resultar muy “pesado” para la razón médica. Es interesante el planteo de Ricoeur para cerrar esta idea:

El cuerpo es aquí absoluto, es el punto de referencia del ahí, próximo o lejano, de lo incluido y de lo excluido [...]. A estas dimensiones corporales se añaden, por una parte posturas privilegiadas; [...] orientaciones hacia adelante, hacia atrás, de lado; determinaciones todas susceptibles de valores opuestos: el hombre que actúa, como hombre de pie; el enfermo y también el amante en posición de acostado, la

alegría que levanta y eleva, la tristeza y la melancolía que abaten etcétera. En estas alternativas de reposo y movimiento se inserta el acto de “vivir en”, el cual posee sus polaridades: residir y desplazarse, resguardarse bajo el techo, franquear el umbral y salir afuera. (Ricoeur; 2004: 193)

Michel Foucault se refiere al vínculo entre los cuerpos y las prácticas médicas en su obra *El Nacimiento de la clínica*, y hablando del viraje del siglo VIII, cuando “se produjo una mutación esencial en el saber médico” (Foucault; 2004: 13) agrega:

Pero considerada en su estructura formal, la clínica aparecía para la experiencia del médico como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable [...] reorganización de los elementos que constituyen el fenómeno patológico, definición de las series lineales de acontecimientos mórbidos, [...] articulación de la enfermedad en el organismo [...]. (Foucault; 2004: 14)

Si bien una de las formas contra-hegemónicas de “mirar” esta legitimación de un nuevo orden, se realiza desde la crítica a la razón médica moderna, la idea en este trabajo, al instalar el debate sobre el concepto de “lo humano”, es también poder descubrir “aquello” corrido del modelo esperado, aún cuando sólo se trate de destellos desorganizados. La siguiente construcción de Maurice Merleau Ponty acerca de *cuerpos* que *comprenden* permite entender cómo pueden encontrarse episodios de los cuerpos/médicos/humanos que, aunque limitados y fugaces, escapan al orden médico:

[...] el cuerpo, en cuanto tiene unas `conductas`, es este extraño objeto que utiliza sus propias partes como simbólica general del mundo y por el que en consecuencia podemos `frecuentar` este mundo, `comprenderlo` y encontrarle una significación. (Merleau Ponty; 2000: 251)

Para el filósofo francés el cuerpo es el *instrumento general de la comprensión*.

Hagamos una interrupción. Aun, frente a la ausencia de una visión socio-histórica en la fenomenología, la mirada de Merleau Ponty sigue siendo potente sobre todo si tenemos en cuenta la resignificación a que la somete Bourdieu re-historizando la idea:

El mundo es comprensible [...] porque el cuerpo que gracias a sus sentidos y a su cerebro tiene la capacidad de estar presente fuera de sí, en el mundo, y de ser impresionado y modificado de modo duradero por él, ha estado expuesto por largo tiempo a sus regularidades. [...] el agente tiene

una comprensión inmediata del mundo familiar [...] porque los instrumentos de elaboración que emplea para conocer el mundo están elaborados por el mundo. (Bourdieu, 1999: 180)

De manera que, con Bourdieu estamos frente a un cuerpo/humano socializado a partir de *disposiciones adquiridas* en experiencias históricas.

## II-EL ORDEN DE LA CIENCIA...MÉDICA

Podría decirse de los actores involucrados en este estudio -que fueron caracterizados por su corrimiento del mandato de “controlar” a los “otros” (“pacientes” o poblaciones)-, por otro lado han internalizado condiciones de la estructura *biomédica*, llevada a la práctica como ciencia desde una síntesis torpe entre positivismo, empirismo lógico y racionalismo crítico. Y no siempre en forma auto explicitada. Estas condiciones epistemológicas, cuando se articulan con las condiciones de la medicina pueden arrojar los siguientes formatos a la hora de realización de trabajos científicos:

*La realidad social en que habitan los sujetos sociales -en la que son construidos y la que construyen-, no es contemplada.*

*En instancias en que la realidad social es contemplada -ya sea en investigaciones sobre cuestiones clínicas, comunitarias o institucionales o en respuestas clínicas-, lo es bajo la apreciación de “lo social” como dimensión accesoria de la salud, como anexo, factor o condicionante y no como constitutiva.*

*Trasluce descuidos en los recortes, repeticiones que persiguen mostrar una vez más, más de lo mismo, delimitaciones problemáticas irrelevantes, desconocimiento acerca de la necesidad de identificar cuando un estudio está “pidiendo” incorporar direccionamientos cualitativos o cuantitativos o ambos.*

*Consideración de sistematizaciones -tipo avances de investigación- que se entienden como investigaciones.<sup>55</sup>*

*Ausencia de la idea de relevancia histórica en la elección de objeto de estudio.*

*Signos de eso que expresa Madel Luz (1997: 8) acerca de la relación Razón-Modernidad: cuando “[...] verdad y pasión, razón y emoción [...] se dieron el adiós”.*

*Atracción por la “rareza”, más allá de la relevancia del objeto de estudio.*

*Saltos en la lógica de pensamiento: conclusiones que no responden a objetivos.*

*Legitimación de los resúmenes de trabajos presentados en jornadas científicas que carecen de problema e hipótesis. Descuido en las problematizaciones e hipótesis cuando las hay. Se dan por sobreentendidos.*

*Tendencia a seguir “comprobando”<sup>56</sup>.*

*Metodologismo descontextualizado: la metodología cobra valor en sí misma.*

*Tratamiento de los términos investigación y estadística como sinónimos.*

*Divorcio entre las instancias de descubrimiento y validación con una sobre valoración de la justificación y un des-dibujamiento del descubrimiento como dimensión rica en posibilidades de creación científica.*

*Fantasías de “certeza”.*

---

<sup>55</sup>No es la construcción de este tipo de procesos lo que se señala como falta, porque la familiarización con los fenómenos puede disparar problematizaciones interesantes. Sí es señalado como falta, la no deliberación de este fenómeno que aparece como certeza de grandes conclusiones.

<sup>56</sup> Podría hablarse de un paso aún más atrás del *falsacionismo*.

*Creencia en la objetividad-neutralidad garantizada por la falacia de la “desaparición” del sujeto cognoscente.*

Es posible acercarse analíticamente a estas “desprolijidades” desde dos planos, uno inspirado en Eduardo Menéndez y el otro en Pierre Bourdieu.

En relación a la primera posibilidad analítica, parece ubicado atender lo que dice Menéndez -en su trabajo *El modelo médico y la salud de los trabajadores*- acerca de las disociaciones entre el lugar de quienes ejercen y quienes investigan y acerca de cómo opera esta disociación en quienes finalmente deben pararse frente al paciente:

Los resultados de las investigaciones se autonomizan respecto del saber médico y "bajan" al médico como instrumentos que él solamente aplica. Pero esto establece una situación paradójica, dado que el médico que investiga es un médico que cada vez está más separado de la clínica, y sin embargo será quien diseñe y desarrolle los productos que serán utilizados por los médicos clínicos. (Menéndez; 2005:26)

Al mismo tiempo y en el mismo trabajo, Menéndez (2005: 26) hace alusión a la *creciente despersonalización de la práctica médica*, construida a partir de *procesos de burocratización* y del accionar de profesionales que, podríamos decir, aplican aquello que no crearon o no pensaron. Esta es un clave interesante para desentrañar parte de lo que se juega en las discontinuidades entre los momentos interpersonales y “científicos” de los médicos de que trata este estudio; cuestión que se retoma junto al material empírico en el Capítulo IV.

Y en relación al segundo plano, las ideas de Pierre Bourdieu en torno a la relación teoría-metodología-empiría-epistemología, permiten que nos internemos en los vértices de las maneras de “vivir” la dimensión metodológica en medicina:

La división entre `teoría´ y `metodología´ establece como oposición epistemológica una oposición que es constitutiva de la división social del trabajo científico [...]. En realidad, las opciones técnicas más `empíricas´ no pueden desentenderse de las opciones más `teóricas´ que implica la construcción del objeto. (Bourdieu; 2005: 314)

Estos procesos señalados por Bourdieu, y tan sencillamente expuestos, grafican por un lado y son útiles para entender por otro, la secuencia que opera muchas veces en la producción de “la ciencia” en medicina (y también por fuera de ella). En todo caso aparecen, una vez más, síntomas de la imposibilidad socio-política de la ciencia de incorporar su propia esencia histórica.

### III-EI PRINCIPIO DE AUTORIDAD

Hablar del *principio de autoridad* cobra sentido en este estudio, al escuchar en la hipótesis su presencia en relación a permanencias a-históricas que al mismo tiempo trasladan *tótems* históricos.

Propio del mundo medieval, el principio de autoridad sostenía “[...] un conocimiento es verdadero si puede ser deducido de las verdades sustentadas de la autoridad académica o religiosa, como interpretación autorizada de los textos” (Samaja; 2000: 31).

Más allá de su inscripción lejana, Samaja dice que el *principio de autoridad* “sigue rigiendo de múltiples maneras nuestra vida” (Samaja; 2000: 32) y agrega seguidamente en relación a su poder “[...] lo que contradice el conocimiento que vale como conocimiento de ‘autoridad’ no puede ser verdadero [...]. En la actualidad este principio se encuentra metamorfoseado de múltiples maneras” (Samaja; 2000: 32). Y son exactamente *esos* los puntos que merecen ser retomados en tanto en el discurso médico suelen aparecer voces no necesariamente identificadas, portadoras de una verdad inalterable. Tal vez sea más un tema de modalidad que de contenidos en donde el absolutismo de algunos decires parecieran respaldados por una autoridad antigua y vigilante a veces y no tan antiguas, otras.

Relacionando *palabra y autoridad*, Mijaíl Bajtín entiende que *la palabra autoritaria* “Entra en nuestra conciencia verbal como un todo compacto, indivisible, debe ser aprobada o rechazada por completo; está indisolublemente unida a la autoridad (un

poder político, una institución, una persona)<sup>57</sup>, sigue junto a ella y cae con ella” (Bajtín; 2011: 82). A esta sensación de frío intenso que nos recorre frente a afirmaciones tan inflexibles, Bajtín agrega “La persona que percibe y comprende es un descendiente lejano, sin discusión” (Bajtín; 2011: 82). Veremos más adelante cómo se imbrica el contenido de este nudo conceptual con las prácticas estudiadas.

Volviendo a la hipótesis de este trabajo, aparecen en ella cuatro núcleos que son tratados como una suerte de “transporte” discontinuo e indeterminado, a través del *principio de autoridad*, hacia el accionar actual: los “mensajes” hipocráticos, los mandatos del Higienismo, los mandatos de las comunidades científicas y los mandatos de la moral social. Cada uno de ellos se desarrolla en el interior del Capítulo IV en relación con el material empírico.

Otros dos fuertes nudos de la hipótesis: el lugar de los conceptos y la “insoportabilidad” (de aquello que no se entiende), también se despliegan en vinculación con el material empírico.

En las próximas páginas, tiene lugar la circulación por tópicos que intentan acercarse a los intersticios de la hipótesis. En este sentido, la hipótesis “empuja” a que nos detengamos en dos pilares teóricos que la enmarcan: la historia en la historia y la polifonía en las prácticas discursivas y no discursivas cotidiano/científicas. Estos tópicos son los que conducen el nexo y el origen último de la idea hipotética. La selección de los nudos, tomados de los textos de cada pensador mencionado seguidamente, también posibilitó la decodificación *en proceso* de los propios nudos de este trabajo.

---

<sup>57</sup> Paréntesis del autor.

## *Los hilos de las relaciones conceptuales en el interior de la hipótesis*

### **IV-LA HISTORIA EN LA HISTORIA**

[...] La historia trabaja en escalas, en unidades de medida muchas veces diferentes, ya sea día a día, año a año o por decenas de años a la vez, y hasta por siglos.

F. Braudel (1963)

### **Acercamiento a la idea de Trans-historicidad**

#### *Aproximaciones a Walter Benjamín*<sup>58</sup>

Existe un acuerdo tácito entre las generaciones pasadas y la nuestra. Nos han aguardado en la tierra. (Benjamín. Fragmento de Tesis II).

El cronista que narra los acontecimientos, sin distinción entre los grandes y los pequeños, tiene en cuenta al hacerlo, la siguiente verdad: de todo lo que sucedió alguna vez, nada debe considerarse perdido para la historia. (Benjamín. Fragmento de Tesis III).

El tiempo actual que, [...] resume en un su inmenso compendio la historia de toda la humanidad, coincide rigurosamente con la figura constituida en el universo por esa misma historia. (Benjamín. Fragmento de Tesis XVIII).

Estos fragmentos del contenido de *Las tesis sobre la historia* de Benjamín, permiten pensar la realidad que se dibuja en el escenario de la salud, en clave de devenir histórico en el interior de los discursos/prácticas, pero de un devenir especial, es decir, no linealmente evolutivo.

Michael Löwy se refiere al pensamiento de Benjamín diciendo:

Este proceder rompe con el determinismo limitado de los historicistas y con su visión lineal y evolucionista del 'curso de los acontecimientos': descubre un lazo

---

<sup>58</sup> Los fragmentos de las Tesis sobre la historia fueron tomados de dichas tesis contenidas en la obra de Michael Löwy (2012): *Aviso de Incendio*.

privilegiado que no es el de la causalidad ni el del `progreso` (...), sino un `pacto secreto` en el que `brilla la chispa de la esperanza`. (Löwy; 2012: 161)

Al mismo tiempo, interpretando a Benjamín, también Löwy plantea:

La apertura al pasado significa también que los llamados `juicios de la historia` no son en definitiva ni inmutables. El porvenir puede reabrir expedientes históricos `cerrados`, `rehabilitar` a víctimas calumniadas, reactualizar esperanzas y aspiraciones vencidas, redescubrir combates olvidados o juzgados `utópicos`, `anacrónicos` y `a contrapelo del progreso`. (Löwy; 2012: 183)

Las razones de tomar esta lógica de pensamiento de la relación pasado/presente, se anclan en que su “espíritu” resulta cristizador de aquel movimiento - explicable/inexplicable- en que incursiono en este estudio cuando hablo de la trans-historicidad y de cómo pensar los recorridos de la historia que irrumpen en discursos actuales.

### ***Aproximaciones a Paul Ricoeur***

Es cierto que mi lugar está donde está mi cuerpo. Pero colocarse en un lugar y desplazarse son actividades primordiales que hacen del lugar algo que hay que buscar. Sería terrible no encontrarlo. Estaríamos aniquilados [...] A decir verdad, siempre es posible, a menudo urgente, desplazarse, a riesgo de ser paseante, ese vagabundo, ese errante a que la cultura contemporánea dividida en todos los sentidos pone en movimiento y paraliza a la vez. (Ricoeur, 2004:192)

La soberbia de lo civilizado no puede abolir la primacía de los lugares salvajes (wilderness); la experiencia ya legendaria de los primeros colonos americanos entregados a las experiencias traumáticas del desarraigo y de la desolación, reaparecen intensamente con los sentimientos siniestros de ciudadanos que se sienten desarraigados en sus casas y a los que no sirven de consuelo ni el campo ni sus paisajes. (Ricoeur; 2004:195)

[...] no ha concluido la liberación de cualquier cronosofía<sup>59</sup>, en beneficio de cierto agnosticismo metódico respecto de la dirección del tiempo. Quizá no es deseable que sea así, si la historia debe seguir siendo interesante, es decir continuar hablando de la esperanza, a la nostalgia, a la angustia. (Ricoeur; 2004: 204)

---

<sup>59</sup>En este punto Ricoeur hace referencia a Krzysztof Pomian manifestando que este autor “[...] distingue así en *El orden del tiempo* `cuatro maneras de visualizar el tiempo, de traducirlo en signos`: cronometría, cronología, cronografía, cronosofía. Este orden depende esencialmente de un pensable que desborda la de lo reconocible [...]. En cuanto pensables estas articulaciones ignoran la distinción entre mito y razón, entre filosofía y teología, entre imaginación y especulación simbólica” (Ricoeur; 2004: 201).

Ricoeur, en el sentido de los textos señalados, aporta a este estudio la osadía de poder animarnos a elucubrar sobre los vaivenes históricos de los secretos guardados en los testimonios y prácticas de los sujetos en estudio. Sobre todo en aquellos para quienes no alcanza lo dicho y legitimado, para quienes es posible, a veces imperceptiblemente, transgredir “el orden”.

### ***Aproximaciones a Pierre Bourdieu***

En este estudio, detenerse en algunos planteos de Bourdieu acerca del lugar de la historia en la razón científica, es pertinente sobre todo porque hace alusión a un término muy fuerte en la hipótesis: *trans-historicidad*. Él dice:

Si no existen `pace´ Habermas universales trans-históricos de comunicación, sí existen formas de organización social de la comunicación capaces de promover la producción de lo universal. [...] la ciencia es enteramente histórica sin por ello ser relativa o reductible a la historia. Hay condiciones históricas de génesis y el progreso de la razón en la historia. (Bourdieu; 2005: 266-267)

Así, pues, aunque las ciencias históricas echen por tierra la ilusión de la trascendencia de una razón transhistórica y transpersonal [...], permiten prolongar y radicalizar la intención crítica del racionalismo kantiano y dotar de toda su eficacia para separar la razón de su historia... (Bourdieu, 1999: 159)

Más allá de los desencuentros<sup>60</sup> de Bourdieu con los filósofos que menciona (debate que no se incorpora en este trabajo) -y entendiendo que Bourdieu intenta correr el análisis de lo que permanece en los acontecimientos de la historia de aquello que interpreta como intenciones metafísicas de análisis-, cuando se habla de trans-historicidad en este trabajo, se piensa la historia revivida y reviviendo como hecha-cuerpo-re-creada, bajo “mecanismos” ocultos (des-ordenados), cuyo permiso para ser pensados no es sencillo en términos teóricos.

Aún así y en relación a los dichos seleccionados de Bourdieu y en función de brindar una perspectiva lo más acabada posible de su posición relativa al lugar de la historia en la razón, (que al mismo este estudio necesita) debe señalarse que, sobre él Wacquant dice: “En la opinión de Bourdieu, entonces la razón es un producto histórico, pero uno

---

<sup>60</sup>Wacquant (2005) remarca que Bourdieu cree que las ciencias históricas deben liberarse de la ilusión trascendentalista.

altamente paradójico, en el hecho de que puede `escapar´ a la historia [...]” (Wacquant; 2005: 85).

El mismo Bourdieu va a decir:

Hay en la historia lo que podríamos llamar siguiendo a Elías, un proceso de `civilización científica´, cuyas condiciones históricas, en ciertas estructuras históricas vienen dadas por la constitución de campos relativamente autónomos dentro de los cuales no están permitidas todas las jugadas, dentro de las cuales hay regularidades inmanentes, principios implícitos y reglas explícitas de inclusión, exclusión, como así también derechos de admisión que se plantean continuamente. [...]. En otras palabras, si hay una libertad del intelectual no es la libertad del `cogito cartesiano´ sino una libertad colectivamente conquistada a través de la construcción históricamente fechada y situada, de un espacio de discusión y crítica regulada. (Bourdieu; 2005: 267-268)

### ***Aproximaciones a Sigmund Freud***

El acercamiento a Freud en este trabajo se concreta a través de sus obras *Tótem y Tabú* y *Moisés y la religión monoteísta*. Fundamentalmente se hace en busca de herramientas para pensar los recorridos de las transmisiones históricas<sup>61</sup>.

Estas obras alojan algunas especulaciones que se acercan a las búsquedas que, con otro objetivo, se persigue. Veamos un pasaje:

Sin el supuesto de una psique de masas, de una continuidad en la vida de sentimientos de los seres humanos que permita superar las interrupciones de los actos anímicos producidas por la muerte de los individuos, la psicología de los pueblos no podría existir. Si los procesos psíquicos no se continuaran de una generación a la siguiente, si cada quien debiera adquirir de nuevo toda su postura frente a la vida, no existiría en este ámbito ningún progreso ni desarrollo alguno. En este punto surgen dos nuevas cuestiones: conocer el grado de continuidad psíquica que se puede suponer en la serie de las generaciones, y los medios y caminos de que se vale una generación para transferir a la que le sigue sus estados psíquicos. (Freud, 1991a: 159)

Y agrega:

No afirmaré que estos problemas estén muy dilucidados, ni que la comunicación directa y la tradición -lo primero en que uno piensa- resulten suficientes. (Freud; 1991a: 159)

---

<sup>61</sup>Si bien esa es una profundización que no solicita la hipótesis, que precisamente enuncia la trans-historicidad para buscarla en los datos posteriores, de cualquier manera parece ser un hilo teórico muy interesante para aportar más luz a la idea global de algunas dimensiones de la hipótesis. Probablemente, pensar en cómo se materializa esa trans-historicidad sea recorte para un nuevo estudio.

Pero, de todas maneras, culmina en que “no es lícito entonces suponer que ninguna generación es capaz de ocultar a la que le sigue sus procesos anímicos de mayor sustantividad” (Freud; 1991a: 159).

Estos textos que pertenecen a *Tótem y Tabú* dejan planteado lo que aparece como sospecha/curiosidad para poder entender *eso* que abordo en el estudio como intersticios de vaivenes históricos encarnados en el presente como pasado recreado, pero también como pasado disparado que viene a romper homogeneidades. De allí lo interesante de agregar a las posiciones teóricas volcadas anteriormente, el lugar de lo reprimido como traumático, llamado al presente ante revivificaciones a descubrir. El siguiente texto que pertenece a *Moisés y la religión monoteísta* completa las construcciones alrededor de este tema:

Opino que la coincidencia entre el individuo y la masa es en este punto casi perfecta: también en las masas se conserva la impresión {impronta} del pasado en unas huellas mnémicas inconscientes. (Freud, 1991b:90)

La herencia arcaica del ser humano no abarca sólo predisposiciones sino también contenidos, huellas mnémicas de lo evidenciado por generaciones anteriores.[...] cuando hablamos de la persistencia de una tradición antigua en un pueblo las mas de las veces tenemos en mente una tradición así, heredada y no una que propague por comunicación. (Freud; 1991b:96)

Y aquí llegan dos preguntas capitales en torno a los dispositivos de penetración e irrupción de lo “dormido” en la conciencia, y, que en este caso, el objeto de estudio interrogado, nos interroga en este estudio todo el tiempo:

Cabe responder aquí dos preguntas: La primera ¿bajo qué condiciones ingresa un recuerdo así en la herencia arcaica? La segunda: ¿bajo qué circunstancias puede devenir activo, es decir avanzar desde un estado inconsciente dentro del ello hasta la conciencia, si bien alterado y desfigurado? La respuesta a la primera pregunta es fácil de formular: cuando el suceso tuvo suficiente importancia o se repitió con frecuencia bastante, o ambas cosas. [...]. Acerca de la segunda pregunta se puede puntualizar: ¿Es posible que entren en cuenta toda una serie de influjos, que no necesariamente han de ser todos consabidos...? [...] Pero sin duda es de una significatividad decisiva el despertar de la huella mnémica olvidada por obra de una repetición real reciente del suceso. (Freud; 1991b: 97)

Freud marca cómo la sola comunicación oral no alcanza para entender la transmisión, que no trascendería “lo lógico” en términos de explicación, y como dice Ricoeur “[...] ve ahí un soporte que da cohesión al sistema” (Ricoeur; 1999: 213), habiendo apuntado antes y más allá de Freud:

Es preciso que haya recorrido (el recuerdo) los caminos de la represión, pasado por el estado de la permanencia dentro de lo inconsciente, para que con su retorno se desplieguen efectos tan poderosos y pueda constreñir a las masas en su embrujo [...]. (Ricoeur; 1999:98)

## **V-LOS DISCURSOS Y LA HISTORIA:**

### ***...polifónicos...hegemónicos...contra-hegemónicos.***

Pero la diferencia entre presente y pasado proviene de: que el presente consciente es una comprensión del pasado de una manera y hasta un grado que la propia conciencia que el pasado tiene de sí no puede ofrecer.

F. Braudel (1963)

Es necesario decir que se vuelve iluminador tomar del tema *Los discursos y la historia*, aquellas dimensiones que despiertan el análisis de los nudos que interesan en términos de cómo está compuesto y construido lo que se dice y lo que se siente en la población abordada. Al trabajar próximamente las perspectivas que a través de pensadores se van evidenciando, no reparo puntillosamente en lo que sí repararían los analistas de discurso, lingüistas, sociolingüistas, filósofos del lenguaje, semiólogos<sup>62</sup>. Es decir, que si bien conceptos como por ejemplo, *discurso social, lenguaje, palabra, habla, enunciados, símbolos, polifonía, hibridación* resultan potentes dispositivos que acercan a la esencia de los discursos/prácticas que se trabajan aquí, no voy a entrar en exquisiteces conceptuales<sup>63</sup> delimitadoras. Simple y complejamente se exponen esos formatos

---

<sup>62</sup> Fue necesario hacer un esfuerzo para no quedar “arrasada”, en esta instancia, entre las construcciones de referentes paradigmáticos del tema.

<sup>63</sup> Que sólo los especialistas podrían hacer.

conceptuales -en movimiento- que resultaron y resultan óptimos para empezar a entender la vida de los discursos de los sujetos abordados...en la vida.

## **Miradas para inspirarse**

### ***Aproximaciones a Marc Angenot***

Angenot adelanta, como ya ha sido transcripto con insistencia en la introducción de este trabajo, que “hablar de discurso social es abordar los discursos como hechos sociales y, a partir de allí como hechos históricos” (Angenot; 2010: 13). Este autor que tiene encuentros y desencuentros con Mijael Bajtín, se encuentra con él en el punto de la interacción generalizada que propone, en tanto los enunciados se representan como *eslabones de cadenas dialógicas* y se desencuentra al considerar su *heteroglosia* y *polifonía*, como una especie de *barullo* en el que se descuida el lugar de las legitimidades y jerarquías; descuido al que Angenot (2010: 24-25) llama *mito democrático*. De esta manera introduce la idea de *hegemonía* -siguiendo a Antonio Gramsci-en el discurso como:

[...] un conjunto de reglas prescriptivas de diversificación de lo decible y de cohesión, de coalescencia, de integración. El discurso social no es ni un espacio indeterminado donde las diversas tematizaciones se producen de manera aleatoria, ni una yuxtaposición de sociolectos, géneros y estilos encerrados en sus propias tradiciones, que evolucionan según sus propias pautas internas. (Angenot; 2010:24)

Él se refiere a un ordenamiento que no es aleatorio, que podríamos decir que no es inocente. Y aquí, va de alguna manera una síntesis de Angenot, que contempla a Bajtín y lo recrea en su propia clave:

Todo lo que se analiza como signo, lenguaje y discurso es ideológico significa que todo lo que puede identificarse allí, como los tipos de enunciados, la verbalización de los temas, los modos de estructuración, la gnoseología subyacente en una forma significativa, todo eso lleva la marcada maneras de conocer y de repensar lo conocido que no va de suyo, que no son necesarias ni universales y que conllevan apuestas sociales, manifiestan intereses sociales y ocupan una posición dominante o dominada[...]. (Angenot; 2010:28)

Ahora bien, en este estudio es retomado el rescate que Angenot hace de Bajtín y al mismo tiempo se asume la posibilidad de mirar que otorga la idea de *polifonía*, pero

introduciéndole el atravesamiento de Angenot en relación a la jerarquización de las fuerzas en juego. Es entonces que, si nos “paramos” en esa línea que resalta la tensión, resulta enriquecedora la siguiente mirada de Bajtín (1993: 101):

Pero las conciencias ajenas no pueden ser contempladas, analizadas, definidas como objetos, como cosas: con ellas sólo es posible una `comunicación dialógica`. Pensar en estas conciencias significa `hablar con ellas...`

Las profundizaciones de Angenot (2010: 29) sobre la idea de hegemonía, enriquecen las posibilidades analíticas; así él sostiene: “Sin duda la hegemonía discursiva solo es un elemento de una hegemonía cultural [...]”.

El autor aclara esta idea cuando observa:

Puede suceder que, para abreviar se diga que [...] tal conjunto discursivo es `hegemónico`. Esto es manifestar en términos más simplificados el hecho de que estas entidades aprovechan la lógica hegemónica para imponerse y difundirse. La hegemonía designa entonces un grado más elevado de abstracción que la descripción de los discursos. (Angenot; 2010: 30)

De manera que, podemos encontrar en Angenot una línea importante -que resuena en términos de este trabajo-, en relación al estudio de los quiebres del pensamiento hegemónico en los discursos y prácticas. Línea que despliega cuando manifiesta “Decir que tal entidad cognitiva o discursiva es dominante en una época dada no implica negar que está inserta en un juego en el que existen múltiples estrategias que la cuestionan y se oponen a ella, alterando sus elementos” (Angenot; 2010: 30). Entonces, he aquí nuevamente una interpretación del autor que se anima a señalar des-ordenes donde habitualmente sólo se ve hegemonía en la hegemonía:

El discurso hegemónico está sometido a dos `lógicas` concomitantes y he agrupado las reglas predominantes de esas `dos` tendencias bajo el único nombre de hegemonía: una reúne los factores de la cohesión, repetición metonímica de recurrencia, cointeligibilidad; la otra, los factores de especialización, disimilación, migración por avatares, distinción gradual, y también confrontaciones reguladas y particularismos. Esta doble lógica no es percibida por quienes sólo buscan en la cultura la imposición de una `ideología dominante`. (Angenot; 2010: 72)

Angenot proporciona un marco de análisis que permite acercarse con elucubraciones sólidas a problemas teóricos de la categoría hegemonía. Tratamiento que posiblemente obligue a re-pensar ya no sólo el concepto si no la forma de utilización.

### *Aproximaciones a Valentín Voloshinov<sup>64</sup>*

La manera que tiene Voloshinov de entender la relación entre la palabra, el sujeto y “lo social”, facilita e ilumina la interpretación de los movimientos de las ideas en estudio:

Como sabemos, cada palabra es una pequeña arena de cruce y lucha de los acentos sociales de diversas orientaciones. La palabra en los labios de un individuo aislado aparece como producto de interacción de las lenguas sociales vivas. (Voloshinov; 2009: 73)

La comunicación discursiva jamás puede ser comprendida y explicada fuera del vínculo de una situación concreta. La comunicación verbal está indisolublemente entretejida con comunicaciones de otro tipo, habiendo surgido en un terreno de la comunicación productiva, común a todas ellas. No se puede arrancar la palabra de esta comunicación unitaria, es un proceso generativo permanente y eterno. (Voloshinov; 2009: 153)

Voloshinov se caracteriza por correrse de los estudios que encierran los discursos en clave de repliegues subjetivos u objetivos. En todo caso trabaja la relación de las perspectivas subjetivas en el marco de las objetivas donde historia, conciencia, interacciones y escenarios sociales se combinan, proponiendo una especie de explosión que resquebraja los límites de los estudios centrados en lo individual interno. De alguna manera se cumple en su perspectiva eso que dicen Ducrot y Todorov cuando enuncian: “Todo intento de aislar el estudio de la lengua del estudio del discurso tarde o temprano se revela nefasto para ambos” (Ducrot y Todorov; 1983: 10).

Dirá Voloshinov:

---

<sup>64</sup> Considerado Voloshinov uno de los referentes del *Círculo Bajtín*, Tatiana Bubnova en una cita a pie de página del prólogo de la obra firmada por Voloshinov, *El marxismo y la filosofía del lenguaje* dice: “Las obras del Círculo de Bajtín firmadas por V.N. Voloshinov, P. N. Medvédev e I. Kanaev fueron atribuidas a Bajtín en 1970 por el semiólogo V.V. Ivanov, y esta idea se sostuvo hasta mediados de los noventa del siglo pasado. Puesta en duda ya por Morson y Emerson fue replanteada por los investigadores ingleses y norteamericanos que aceptan que la medida de la intervención de Bajtín en los textos llamados `apócrifos´ [El freudismo, Marxismo y filosofía del lenguaje y El método formal en los estudios literarios] no puede ser determinada con precisión y que los autores titulares habían sido reales y no meros pseudónimos. El problema sigue abierto” (Bubnova, 2009: 6).

[...] una persona hablante, abordada por, decirlo así, desde su interior, aparece por completo como producto de interacciones sociales. No sólo la expresión externa, sino también su vivencia interior (“lo expresable”) y su objetivación externa (“lo enunciado”) se traza a través de un territorio social. (Voloshinov; 2009: 144)

El lenguaje vive y se genera históricamente en la comunicación discursiva concreta, y no en un sistema abstracto de formas, ni tampoco en la psique individual de los hablantes. (Voloshinov; 2009: 153)

La mirada de Michel Pêcheux completa esta idea:

[...] los procesos discursivos [...] no podrían tener su origen en el sujeto. Sin embargo, se realizan necesariamente en este mismo sujeto; esta aparente contradicción hace referencia en realidad a la cuestión misma de la constitución del sujeto ya lo que nosotros hemos llamado su subjetivización. (Pêcheux; 1978: 240)

### ***Aproximaciones a Antonio Gramsci***

En relación al filósofo italiano, la idea que indudablemente apuntala este trabajo deriva de los conceptos de *bloque histórico* y *pensamiento hegemónico*. El primer concepto invita a revisar las *prácticas* en su ubicación entre la *estructura económica* y la *superestructura jurídico-ideológica*. Allí, justo allí donde las prácticas de los sujetos estudiados nos hacen interpelar lo que los detractores del marxismo -confundidos por sus reconversiones políticas totalitarias- llamarían mecanicismo, hay en Gramsci una valorización de la subjetividad para la transformación. Entonces la relación con este estudio se encuentra en la apuesta a las posibilidades de entender a las prácticas como fuente posible de poner en conflicto el avasallamiento pre-moldeante y hegemónico.

Hugo Calello caracteriza de la siguiente manera este concepto gramsciano:

El concepto de ‘bloque’ expresa los límites dentro de los cuales juegan las contradicciones gestadas entre la sobre estructura y la estructura, sin caer en facilismos deterministas y casualismos irreversibles. Dentro de cada espacio de un bloque histórico determinado, las relaciones entre sus niveles expresan una actividad dinámica e interactuante que surge de la complejidad de un presente, cuyo núcleo central está integrado por la historia viva [...] Lo histórico no es la masa de acontecimiento inertes acumulados cronológicamente. Es aquello que del pasado se integra activamente en el presente [...]. (Calello; 2003: 39)

En palabras del propio Gramsci:

La estructura y la superestructura forman un 'bloque histórico', o sea que el conjunto complejo, contradictorio y discordante de las superestructuras es el reflejo del conjunto de las relaciones sociales de producción [...]. La realización de un aparato hegemónico, en cuanto crea un nuevo terreno ideológico, determina una forma de las conciencias y de los métodos de conocimiento, es un hecho de conciencia, es un hecho filosófico. (Gramsci; 1984: 46)

Si aceptamos que la lógica hegemónica de la medicina trasciende individualidades, si decimos con Gramsci que "La realización del aparato hegemónico determina una reforma de las conciencias [...]" (Gramsci; 1984: 46), ¿por qué detenerse en singularidades? Veamos, la idea de *bloque histórico* de Gramsci, arroja respuestas al poner en relación la estructura económica con la *superestructura jurídico-ideológica* y es en esta última donde cobra sentido el análisis de la subjetividad como instancia - alienada o no- que debe ser recuperada a la hora de la búsqueda de emancipaciones de cualquier orden. "El razonamiento se basa en la reciprocidad necesaria entre estructura y superestructura (reciprocidad que es, por cierto, el proceso dialéctico real)" (Gramsci; 1984: 47).

## *Lo dicho por otros*

### **VI- EL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

En sentido estricto habría que abocarse a todos aquellos estudios que se acerquen al tema que interesa, pero en realidad, cada obra que ha movido a repensar el tema, por lejano que parezca, de alguna manera “hace” al estado de la cuestión. Aún así, lo tomo en su acepción estricta aunque este apartado esté organizado en dos ejes, el primero que se dedica a referentes teóricos que rodean el tema de esta investigación y un segundo espacio que se dirige puntualmente a incursionar en aquellos trabajos que tienen puntos de contacto con lo aquí planteado.

#### **“Clásicos” para un estado de “esta” cuestión**

Durante todo el trabajo, para debatir los tópicos que se iban desplegando, he hecho uso de las elucubraciones de los autores que seguidamente se exponen, aun en el capítulo IV en el que se encuentra volcado el material empírico. Pero aquí es necesario dedicar un tiempo para aclarar el sentido de entenderlos como clásicos, imposible de no ser convocados, aun cuando no se haga un uso lineal de sus intencionalidades y cuando por momentos se pueda tensionar con sus producciones.

#### ***Juan César García:***

García es “traído” al estado de la cuestión no tanto en función de su obra escrita, sino por representar él una figura de la contra-hegemonía médica.

Esto quiere decir que si bien la esencia de su perspectiva de estudio volcada en su producción ilumina el marco de este trabajo y que también podríamos pensar en obras suyas que se cruzan con planteos desplegados, aquí interesan, sus propias *prácticas* como escritor y como gestor. Como ubicación transgresora del *orden médico*.

Nunes<sup>65</sup> dice en relación a García algo significativo: "la muerte lo sorprendió en el auge de su producción intelectual, el 8 de junio de 1984 a los 52 años de edad". García trabajó en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre las décadas del 60 y del 80 hasta su muerte. De manera que es indispensable pensar en cómo sus convicciones lograron atravesar, transitar "airosamente" una institución con marco, si bien latinoamericano, claramente orgánico y hegemónico. En líneas generales, su obra tiene un primer circuito alrededor de la educación médica en América Latina y un segundo tiempo en que trabajará la relación dialéctica entre estructura social y medicina y entre estructura social y educación médica. Este segundo momento es en el que se cristaliza sólidamente su mirada materialista histórico-dialéctica. "La estructura económica determina el lugar y la forma de articulación de la medicina en la estructura social". (García 1994:20). En su perspectiva relacional más adelante dirá "Esta determinación no corresponde a una causalidad simple sino a un tipo estructural: la determinación en última instancia" (García; 1994:20). Una determinación que no corresponde a una causalidad simple y que contempla una autonomía relativa de la práctica médica. En sus palabras:

La medicina no sólo aparece, entonces como reguladora de la productividad de la fuerza de trabajo, sino que también juega papel importante en la disminución de las tensiones producto de la desigualdad social. Esta última función se basa en la concepción de que las clases sociales son el producto de la diferencia en la distribución del producto social y no de la existencia de propietarios y no propietarios. Mientras no se suprima esta última diferencia, la desigualdad vuelve a aparecer. (García; 1994:24)

Si bien él mismo hace referencia a su recurrencia a conceptos provenientes de Althusser y Balibar<sup>66</sup> en escritos del año 1972, -en relación a la articulación -metodológica- entre autonomía relativa y análisis estructural- (García; 1994:26), es imprescindible decir que García potencia fuertemente en el desarrollo de sus planteos, el lugar de la autonomía relativa en el orden de la superestructura jurídico ideológica. Sería acertado pensar entonces que estas cristalizaciones lo alejan de cualquier interpretación mecanicista que quiera hacerse de su producción. No es un dato menor que hacia 1973 y como cita

---

<sup>65</sup> En García; 1994: Pág. xv.

<sup>66</sup> "la autonomía relativa de la atención médica hace posible la aplicación del análisis estructural" (García; 1994).

Nunes<sup>67</sup>, García escribía en relación a Laura Conti<sup>68</sup>: “teóricamente se sitúa en la corriente gramsciana, tan refrescante y libre cuando se compara con los althusserianos”<sup>69</sup> o que escriba en su obra, *1848. El nacimiento de la Medicina Social*: “Tal como expresa Gramsci: cada grupo social que nace sobre el terreno original de una función esencial en el mundo de la producción económica, crea al mismo tiempo que él, orgánicamente, uno o varios estratos de intelectuales que le dan homogeneidad [...]” (García 1994:146).

Fue García junto a Miguel Márquez, quien impulsó el acercamiento de Foucault a América Latina. Las conferencias impartidas por el filósofo francés, fueron publicadas por OPS.<sup>70</sup>

Es absolutamente esclarecedor navegar por su texto *Juan César García entrevista a Juan César García*<sup>71</sup> porque permite “tocar” su pasión, una pasión mezclada con precisión; perfecta combinación que le da el punto justo a su mirada crítica.

En otro orden de cosas, y llegando a la profundidad de su necesidad de derramar liberación sólidamente trabajada con herramientas teóricas en y a través del sector salud en nuestros países, se transmite repetidamente a través de testimonios de sus amigos<sup>72</sup>, un desenfreno deliberado en transmitirles aquellas obras que “iban llegando a sus manos”. Esos amigos eran aquellos compañeros de vida que ubicados en distintos países de Nuestra América trabajaban por el “desempolvamiento” de las contradicciones en salud.

### ***Michel Foucault:***

El filósofo convoca en el estado de la cuestión de este estudio en relación a su trabajo sobre el discurso y especialmente sobre el discurso médico. En esta línea su obra *El nacimiento de la clínica* aporta disparadores de análisis que se transparentan en términos de la hipótesis.

---

<sup>67</sup> En García; 1994: xvi

<sup>68</sup> De nacionalidad italiana, autora del libro “Estructura Social y Medicina”

<sup>69</sup> Nunes (en García 1994: xvi) se está refiriendo al texto de una carta de García a sus amigos.

<sup>70</sup> También se hicieron publicaciones en otros medios. Un ejemplo de ello es que en el primer número de los Cuadernos Médico- Sociales del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario en el año 1978 se publicó la segunda de una serie de conferencias dictadas por Foucault en Río de Janeiro sobre *La historia de la medicina*, titulada *El Nacimiento de la Medicina Social* (1974)

<sup>71</sup> En Márquez; Rojas Ochoa; 1994: Pág. 3.

<sup>72</sup> Ídem.

Esta obra, tan citada en el mundo de las producciones en salud que data del año 1963 y que parece que quedó muy atrás en el tiempo de producciones, continúa interpelando el presente del discurso médico desde el pasado -inicio de la *clínica*- que trata.

Esther Díaz se pregunta: “¿cómo se constituye este saber médico capaz de apropiarse y declararse órgano de gestión supremo incluso en la distinción razón-sin razón<sup>73</sup> [...]?” (Díaz; 2010: 67). Y continúa, “La respuesta se encuentra en *El nacimiento de la clínica*” (Díaz; 2010: 67).

Conviene insistir en el hito que marca la obra, más allá de que el mismo Foucault en obras posteriores revise críticamente ideas presentes en *El nacimiento de la clínica*, como lo hace en *Arqueología del saber* escrito en 1969.

Sus ideas volcadas en *El nacimiento...*, no dejan de ser tomadas para adhesión o discusión en el mundo intelectual. Clavreul, quien repetidamente en su trabajo *El orden médico* se remite a Foucault como sostén de algunos de sus razonamientos (condición que podría descubrirse sin que lo explicita), también menciona:

Y cuando Foucault escribe: ‘la medicina moderna se fijó a sí misma su nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII’, esta afirmación es algo antigua. Sobre todo tiene el defecto de relegar al limbo de la pre-historia una clínica médica que le es muy anterior<sup>74</sup>. (Clavreul; 1983: 74)

No obstante, Foucault entendiendo una llegada a la *clínica* sin concepción evolucionista mediante<sup>75</sup>, parece no desconocer “lo anterior”, pero de una manera muy particular, y, es desde la particular manera de entender la historia, por fuera de cualquier cronología empobrecedora.<sup>76</sup> Veamos cómo, cuando hace un “inventario temático” de las “figuras incoloras”<sup>77</sup>(condiciones) implícitas en su surgimiento, aclara:

---

<sup>73</sup> Cursiva de la autora.

<sup>74</sup> Clavreul (1983) habla de la calidad de las “observaciones clínicas” en Hipócrates (pág. 78).

<sup>75</sup> Como dice Díaz “En las ‘historias de Foucault’ no se asiste al desarrollo de una razón progresiva sino a la constitución de materialidades, discursos y relaciones de fuerza interactuando” (Díaz; 2010: 31).

<sup>76</sup> “Para comprender el sentido y la estructura de la experiencia clínica, es menester rehacer primero

la historia de las instituciones [...]. Hasta los últimos años del S. XVIII, esta historia tomada como sucesión cronológica es de una extrema pobreza” (Foucault; 2008: 86).

<sup>77</sup> Y entre ellas menciona “[...] tantas viejas nociones empleadas desde hace mucho tiempo y que formaban ya, sin ninguna duda, el bagaje de la medicina griega” (Foucault; 2008: 20).

Nada en este arsenal cuya herrumbre *lleva la huella de todos los tiempos*<sup>78</sup>, puede designar claramente, lo que ha pasado en el viraje del S. XVIII cuando al volver a ponerse en juego el *viejo*<sup>79</sup> tema clínico se `produjo', [...], una mutación en el saber médico. (Foucault; 2008: 20)

Para centrarnos en el hilo conductor de la obra citada, es necesario marcar que la obra de Foucault se interna en la profundización (contextualizada) material y simbólica de la idea de *desplazamiento* de los *dominios del espacio quimérico* entre médicos y enfermos (Foucault; 2008:11) a fines del S. XVIII. Se concentra entonces en sostener el estudio de nuevas condiciones: “[...], la articulación del lenguaje médico y de su objeto” (Foucault; 2008:12), donde “[...] la relación de lo visible con lo invisible [...] ha cambiado su estructura [...]” (Foucault; 2008:19). La obra ofrece una lectura atrapante en torno a la esencia de la relación del médico con el enfermo marcada por la combinación entre la mirada (médica) que atraviesa al enfermo (enfermedad) y los matices ocultos de la enfermedad.

“[...] todas las manifestaciones patológicas hablarían [para el médico] un lenguaje claro y ordenado” (Foucault; 2008:133). En este marco, el método anatómico-clínico, se vuelve, condición de una *medicina positiva* (Foucault; 2008:256). *Medicina positiva* que de alguna manera establece y requiere al mismo tiempo una nueva combinación entre experiencia razón y una reorganización del espacio hospitalario.

Por lo pronto es necesario mencionar que como dice Díaz “Lo visible y lo enunciable reaparecen tematizados en *El nacimiento de la clínica* [...]” (Díaz; 2010: 36). Y se habla de reaparición, ya que en el análisis de “la locura en el Renacimiento”, Foucault había utilizado las categorías *visible y decible* (Díaz; 2010:36). En *La arqueología del saber* Foucault dice dedicarse a corregir errores, entre ellos los presentes en *El nacimiento de la clínica*<sup>80</sup>, como la amenaza de “esquivar lo específico del problema planteado” y “el nivel propio de la arqueología” (Foucault; 2013:29).

---

<sup>78</sup> Subrayado de la tesista.

<sup>79</sup> Ídem.

<sup>80</sup> Díaz (2010) menciona que el subtítulo de la primera edición francesa fue *Una arqueología de la mirada médica* y que en castellano se siguió publicando como en aquella primera edición a pesar de que Foucault ya hubiera retirado ese subtítulo en las ediciones en su lengua (pág. 37).

Este planteo teórico acerca de la articulación visible-no visible, visible-enunciable, es retomada en el Capítulo IV de este trabajo en términos de articulación con el material empírico.

***Eduardo Menéndez:***

Menéndez como clásico “acuñador” y estudioso de Modelo Médico Hegemónico, no puede faltar a la cita de este estado de la cuestión.

Más aun, apuntar a la focalización de sus obras, que además son permanentemente citadas en este estudio, resulta esclarecedor para dar con su propia mirada acerca de la construcción de sus conceptos.

De los núcleos temáticos que giran en torno a Menéndez, inquieta -en tanto la categoría *hegemonía* está contenida en su concepto clásico- su acercamiento a Antonio Gramsci, además interesa conocer las vertientes que impulsaron su idea de *modelo* y merece ser clarificado su concepto -no tan socializado- de *transacción*.

En relación al primer aspecto, Menéndez reconoce la figura de Ernesto De Martino como canal de llegada a Gramsci, en sus propias palabras:

[...] cuya obra [la de De Martino] me impactó notablemente; más aún yo conocí realmente a Gramsci a través de la obra de De Martino; mejor dicho aprendí de él a aplicar criterios gramscianos a los procesos de salud/enfermedad/atención. (Menéndez; 2010: 337)

Es interesante escucharle este testimonio, porque si bien el filósofo italiano está claramente presente en sus trabajos, es evidente que, sin tener que recurrir a citar repetidamente a Gramsci en sus escritos, ha reconvertido las categorías gramscianas de tal manera que se encuentran incorporadas a sus propuestas y debates teóricos. Pero, en una obra suya, *Poder estratificación y Salud*, dedica un importante espacio a analizar la línea de pensamiento del filósofo italiano, exponiendo entre otras abundantes elucubraciones:

La producción gramsciana es, a nuestro entender, la única que desde la perspectiva marxista y durante largas décadas intenta articular las relaciones de consenso y coerción, pero ponderando el consenso dominante y sin ignorar el

proceso clasista que en él se constituye. Esta afirmación de la importancia de la construcción del consenso no conduce a Gramsci al funcionalismo ni al idealismo, sino a la profundización teórica del marxismo [...]. (Menéndez; 1981: 398)

En relación al concepto *modelo* que fuera expuesto en la *Introducción* de este trabajo dice:

“modelo viene de dos fuentes principales, por una parte del estructuralismo - incluido el estructuralismo durkheimiano- y por otra del historicismo, y sobre todo del historicismo de Max Weber. La noción de modelo parte del supuesto de que toda realidad social es compleja, y en cierta medida inabarcable, y que por lo tanto necesitamos generar modelos que organicen provisoriamente esa realidad, para luego estudiarla empíricamente (Menéndez; 2012: 339).

Es tentador transcribir su impresión acerca del uso del concepto Modelo Médico Hegemónico, que suena muy bien cuando es dicho por el propio iniciador: “[...] y actualmente es un concepto anónimo que es el mayor éxito que puede tener un concepto, un poema o una canción” (Menéndez; 2012: 340).

Finalmente, y en relación al concepto de *transacción*, se refiere a

[...] que el mismo implica procesos de relación dinámica entre conjuntos sociales, relación que en el caso de la práctica médica/conjuntos supone reconocer que las dimensiones teórico/técnicas de la primera se sociologiza e ideologiza inevitablemente como efecto de los procesos transaccionales, y que éstos implican procesos de apropiación en función de las posibilidades, alternativas y opciones que se estructuran en los procesos de relación. La transacción no supone aceptación, unilateralidad, subordinación, sino que implica acciones de apropiación. (Menéndez; 1988b:2)

El proceso al que alude, absorbido por el concepto de *transacción*<sup>81</sup>, debe ser estimado en el marco de los debates acerca de las disquisiciones teóricas sobre *hegemonía*.

## **“Obras” para el estado de “esta” cuestión**

### ***El dilema preventivista***

#### **Libro**

**Autor:** Sergio Arouca

---

<sup>81</sup> El mismo Menéndez aclara que el concepto atravesó en principio el estudio de procesos de autocuidado proyectándose luego a estudios sobre alcoholismo y mortalidad infantil.

**Año 2008**

Editorial: Lugar Editorial.

Lugar: Buenos Aires

Esta obra de Sergio Arouca, que contiene el texto de su tesis doctoral defendida en el año 1976 en la Universidad de Campinas, interesa a este trabajo en relación al contenido del ítem *marco teórico* presente en el capítulo III de su libro, titulado “Metodología”. El propósito general de la obra es, en palabras de Arouca “[...] estudiar el discurso preventivista a través de la metodología arqueológica propuesta por Foucault, luego de un trabajo de aproximación al materialismo histórico” (Arouca; 2008: 45). El “emparentamiento” con la línea de esta Tesis se relaciona con la búsqueda de Arouca - en la parte del texto recortado- de precisiones en torno a la construcción del saber, las prácticas discursivas y los conceptos en Medicina (preventiva). Para ello recurre fundamentalmente a la obra de Foucault *La Arqueología del Saber* y transita al mismo tiempo concepciones de Althusser contenidas en *La revolución teórica de Marx* entre otras obras. Como dice Nunes: “Foucault (1926-1984) y Althusser (1918-1990) serán los autores privilegiados de esta tesis, que escrita por un hombre de izquierda, no tuvo recelos de utilizar, por un lado, un filósofo de la transgresión y, por otro, un marxista herético” (Nunes; 2008: 98).

Arouca (2008) circula cómodamente por vertientes que acuerdan o desacuerdan con la obra de Foucault, re-significándola para su trabajo desde una posición deliberada acerca de lo que toma y lo que deja. Algo parecido hace con Althusser.

En relación a los resultados, me refiero a aquellos que surgen del capítulo tomado y no de la obra general y que están representados por algunas construcciones que cristalizan el posicionamiento que Arouca iba tomando en su obra. Subrayo así, dos pasajes significativos y que transmiten claves de su proceso de elaboración; en el primer caso, el planteo surgiría de su necesidad de incorporación analítico-conceptual de la idea de transformación -en términos marxistas- en las *prácticas discursivas* y *no discursivas* y en el segundo de una reinterpretación de la posición de Foucault en relación a la historia, contradiciendo de alguna manera el dogmatismo de sus detractores:

Retomando el análisis de `cómo se hace´ el discurso, ponemos en juego un nuevo conjunto de conceptos que se dirigen hacia la articulación del intelectual (aquel que enuncia)<sup>82</sup> y que, a través de la división social del trabajo, ocupan un lugar y una función en la estructura social y son portadores de una determinada ideología, siendo que el enunciado que produjeron pertenece a una formación discursiva determinada, mantiene con el modo de producción en el cual están inmersos una relación de organicidad o no. (Arouca; 2008: 87)

[...] entendemos que se trata [*la arqueología*] de la negación de un tipo de historia (historia de la conciencia humana, de la razón o teleológica)<sup>83</sup>, pero se trata también de una nueva historia (de las discontinuidades, de la pluralidad de las historicidades y de las rupturas)<sup>84</sup>, donde se debe, de acuerdo con la forma desarrollada por el materialismo, pensar su concepto (Arouca; 2008: 81).

### ***Antropología de la Enfermedad.***

#### **Libro**

**Autor:** François Laplantaine

**Año:(1999)**

**Editorial:** Colihue.

**Lugar:** Buenos Aires

Los puntos de contacto con la obra y que sin duda dispararon muchas de las ideas presentes en este estudio, están representados por el abordaje que François Laplantaine hace de los discursos acerca de la enfermedad contenidos en el imaginario de los mismos “enfermos” y en el de sus “curadores”.

Laplantaine dirá “[...] mi propósito es estudiar la enfermedad y la curación *interiormente examinadas, fantaseadas, representadas, esto es, vitalmente experimentadas*”<sup>85</sup> (Laplantaine; 1999: 21).

Y en ese estudiar “interiormente” se dedica a buscar testimonios orales (vía entrevista) de médicos en ejercicio de la profesión y de “pacientes”, como así también discursos presentes en obras literarias que contienen un acercamiento al tema de la enfermedad. La búsqueda de Laplantaine en torno a la dimensión del discurso médico, ofrece un acercamiento -en función del presente estudio- que se deja descubrir en sus propias aseveraciones:

---

<sup>82</sup> Paréntesis del autor.

<sup>83</sup> Ídem.

<sup>84</sup> Ídem.

<sup>85</sup> Subrayado del autor.

En este encuentro entre la enfermedad en tanto se experimenta subjetivamente (*illness*) y la forma en que es científicamente observada y objetivada (*disease*), la práctica biomédica consiste en subordinar íntegramente la primera a la segunda. (Laplantine; 1999:20)

Y continúa:

Y es precisamente en el intersticio de esta inadecuación que se perfilan y se instalan estas interpretaciones psico y sociomédicas de la enfermedad, por lo que la existencia misma y el desarrollo actual permiten medir los límites del discurso exclusivista médico-biológico en nuestra propia sociedad, que bien mirado, deja insatisfecho nuestro deseo de sentido. (Laplantine; 1999:20)

El mismo Laplantine hace referencia a su intención de descubrir, en los discursos de médicos y “enfermos”, sistemas de representaciones vehiculizados por el modelo ontológico<sup>86</sup> médico “docto” de Occidente (Laplantine; 1999:57). De la misma manera recorre posibilidades analíticas alrededor de aquello que entiende como “lo mágico”, “lo religioso” y el fundamentalismo de “lo social” (Laplantine; 1999:73-76) y que corresponderían al modelo funcional o relacional.

Ahora, en términos de resultados de la obra de Laplantine, de las abundantes reflexiones que surgen de la relación entre datos y su análisis y que se van deslizando en su trabajo, se exponen dos elaboraciones que resultan un fuerte antecedente de estudio:

La principal resistencia encontrada en mis interlocutores proviene de su *impotencia*<sup>87</sup> para aceptar una interpretación social de acontecimientos y de prácticas que tienen a su cargo remediar [...]”. (Laplantine; 1999: 335)

Por lo tanto si, [...], intento esbozar una crítica a la práctica médica en nuestra sociedad, no es para reprocharle, como habitualmente se hace, el ser demasiado científica, sino al contrario, para mostrar que no lo es suficiente e incluso en ciertos casos, que no lo es en absoluto. (Laplantine; 1999: 337)

De alguna manera, esta última aseveración sirve de apoyo a uno de los debates del presente trabajo acerca de la exclusión de lo extra-orgánico del terreno de la ciencia oficial y su interpretación bajo el orden de “lo humano”.

---

<sup>86</sup> Se refiere a la enfermedad como *ser*.

<sup>87</sup> Subrayado de la tesista.

***Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria***

**Capítulo de libro:** en Spinelli, H. (org). *Salud Colectiva*. Pp.103-120.

**Autora:** Rosana Onocko Campos

**Año:** (2004)

**Editorial:** Lugar Editorial.

**Lugar:** Buenos Aires, Argentina, 2004.

El artículo de Rosana Onocko Campos es rescatado como estado de la cuestión del presente estudio, desde la revisión que hace la autora acerca de la categoría *humano/humanizar/humanitario* aplicada a las emociones y las prácticas de la medicina hospitalaria.

El un primer momento, el ensayo se dedica a analizar la “vida” de los profesionales en los hospitales desde la perspectiva que plantea que:

Para pensar un lugar para el concepto “humanizado” en el hospital, es preciso desestabilizar la noción del sentido común que sustenta lo humano asociado a un valor positivo en sí. Somos humanos, demasiado humanos, nunca seremos solamente “buenos”. (Onocko Campos; 2004:104)

Y en segunda instancia trabaja sobre propuestas que podríamos llamar “des-alienantes”.

En relación a este estudio, interesa el primer enfoque.

Recorre en ese tono, por momentos psicoanalítico, la consideración de: instituciones que arrasan, pasiones, cuerpos que se encuentran, una finitud compartida con quienes se atienden, condiciones de trabajo, vida, muerte; todas cuestiones constitutivas de la condición de humanidad de la que no podrían eximirse los miembros de la medicina.

“Si conocemos ese paciente, la forma en que lidia con su enfermedad y hasta el tipo de respuestas biológicas que presenta, es menos angustiante tomar decisiones” (Onocko Campos; 2004:116). Esta construcción de Onocko parece contradecir las afirmaciones que se encontrarán en este trabajo acerca de las distancias a veces grotescas que los médicos construyen con sus pacientes intentando estrategias des-angustiantes; pero en realidad se complementan. Esto es así, porque posiblemente mantener distancia aleja de la posibilidad de recordar las miserias de la propia humanidad, pero acortarlas podría hacer posible, y así se ve en muchos de los testimonios de este estudio, que se

tranquilen frente a aquellos “sitios” simbólicos que intuyen como imposibles de albergar.

### ***El orden médico***

**Libro**

**Autor:** Clavreul, Jean

**Año:** (1983).

**Editorial:** Argot.

**Lugar:** Barcelona

Clavreul comienza la *Introducción* de su libro, de esta manera:

Todas las obras que tratan de la medicina tienen un carácter común. Es su absoluta inutilidad en los que concierne a la medicina misma, que se caracteriza por ser una práctica indiferente a lo que de ella se diga. Los libros sobre medicina, o bien contribuyen a fortalecer la ideología médica, o bien la combaten. Son discursos sobre la medicina. El discurso médico es otra cosa, sigue sus leyes que le son propias, y que imponen su coacción tanto al enfermo como al médico. (Clavreul; 1983: 25)

Podríamos decir que, esta construcción sintetiza al mismo tiempo los objetivos y los resultados de su trabajo, ya que corre en busca de los intersticios de ese *orden* y trabaja llevando al lector hacia muestras de él en el ámbito de lo cotidiano, vía relación médico paciente, que como él diría:

Interpretar la relación médico-paciente como una relación interpersonal es reducirla No es el médico como persona sino como representante de un cuerpo médico, como representante de un saber misterioso quien da el medicamento. (Clavreul; 1983:253)

Básicamente la “dura” obra de Clavreul, y que cómo él dice podría comenzarse su lectura desde cualquier capítulo, es seleccionada como estado de la cuestión al tratarse de un trabajo que aborda y al mismo tiempo respalda ese núcleo que recorre a este estudio acerca de la relación orden médico-prácticas médicas. El acercamiento se da desde tres lugares, el primero tiene que ver con el estudio de la cristalización del orden médico en las prácticas médicas, el segundo con la posición de Clavreul -aunque le

dedique poco espacio- que sostiene que “[...] una mayor conciencia del poder de la medicina como discurso disminuiría en los médicos la preocupación de establecer su saber como poder, [...]”(1983: 35) y el tercero en que al animarse a fijar alrededor de Hipócrates (como referente de un movimiento) el “origen del discurso médico”<sup>88</sup> -como discurso no sobre el hombre si no sobre la enfermedad-, resalta la exclusión posterior de las dimensiones que hasta ese momento intervenían en el abordaje de la salud (Clavreul; 1983:79-82). De este último punto, interesa el señalamiento de “aquello” que quedó por fuera de la historia “legítima” -que no desarrolla demasiado salvo por contradicción al *orden médico*- y que en este estudio se rescata como aún operando en el presente (lo comunal, la intuición, lo mágico, lo religioso, el miedo, la incertidumbre, las pasiones).

Como Clavreul se desliza por un hilo psicoanalítico<sup>89</sup> se para en el análisis del deseo médico desde un trabajo prolijo y evitando interpretaciones -en términos de la relación del médico con el cuerpo del enfermo- que él mismo llama simplistas.

Algunas de sus construcciones resultan ejes a través de los que mirar muchos de los acontecimientos relatados en clave empírica en este estudio. De manera que afirmaciones como “[...] el cuerpo del enfermo, no es objeto de su deseo [se refiere al médico], porque es sólo lo que queda cuando la enfermedad se ha retirado” (Clavreul; 1983:129) y “No hay relación médico-enfermo” (Clavreul; 1983:243), nos enfrenta, en este estudio, a los encuentros algunas veces y desencuentros en otras en términos de la relación entre la esencia del orden médico y las prácticas que devienen en aperturas.

---

<sup>88</sup> Habla, para sostener esta posición, de la coherencia interna de la obra y de la articulación ideales de la época-discurso (Clavreul; 1986: 82).

<sup>89</sup> Él mismo acentúa “este libro está dedicado a los psicoanalistas y a quienes se dedican al psicoanálisis” (Clavreul; 1983:34).

# **CAPÍTULO III**

## **CUESTIONES METODOLÓGICAS**

## I-TIPO DE ESTUDIO: *Entre la exploración y la interpretación*

‘Yo sabía -escribió un antropólogo refiriéndose a los Yanomamos- que en algunas circunstancias dirían la verdad y en otras mentirían’. Lo mismo se podría afirmar del antropólogo.

P. González Casanova (2006)

En los “manuales” sobre metodología de la investigación se define de muchas -y convergentes- maneras a los estudios de tipo exploratorio. Escuchamos así: *sirven para familiarizarnos con fenómenos poco conocidos, es como un viaje a un lugar no conocido, generalmente no tienen un fin en sí mismo*<sup>90</sup>. Las discusiones tradicionales giran acerca de si llevan o no hipótesis, plantean confusamente su carácter inductivo que prepara para las “verdaderas instancias de las ciencia”, y así muchas otras discusiones, a veces estériles. Si bien en este estudio incursiono en los intersticios de una realidad- “capturada” desde el pensamiento- que fue necesario “explorar”, profundizar, familiarizarse, una investigación exploratoria es más que eso. Veamos de qué manera este estudio es un estudio exploratorio. No se está reduciendo aquí la categoría de exploratorio a la idea de *cualitativo*, aún cuando las condiciones de los datos y de su análisis podría ser llamado así. Digo esto por dos cosas, 1- por la no coincidencia con las posturas que separan en *métodos* cualitativos y cuantitativos, porque en todo caso se trata de orientaciones al interior del método -por ejemplo del método de ascenso de lo abstracto a lo concreto- y 2- porque el trabajo en este caso responde a la orientación cualitativa, en vinculación con los “pedidos” del objeto de estudio en este momento histórico y no con la asunción de una posición, a-priori, cualitativista.

Siguiendo con las elucubraciones acerca de los alcances de los estudios exploratorios, Juan Samaja dirá:

---

<sup>90</sup> En el estilo de Roberto Sampieri.

No es necesario (siquiera deseable)<sup>91</sup> que los estudios exploratorios se sometan a exigencias y modalidades de los esquemas ulteriores. Los estudios exploratorios necesitan de una movilidad conceptual en cuanto a los tipos de hechos o unidades de análisis posibles; [...]. (Samaja; 1997: 185)

Por otro lado menciona

[...] el esquema exploratorio tiene como función idear un sistema de matrices de datos para un objeto de estudio; [...] el esquema descriptivo cumple con la función de producir información que constituirá el contenido de las matrices de datos; [...] el esquema analítico o de verificación de hipótesis causales debe analizar matrices de datos; [...] el esquema expositivo (o de sistematización) tiene que llevar a cabo la tarea de sistematizar el conjunto de regularidades establecidas en cada una de las matrices del sistema de matrices de datos,[...]. (Samaja; 1997:184).

Y más adelante subrayará “Un valor que no sea un valor de una variable pre-existente *parece*<sup>92</sup> un sinsentido” (Samaja; 1997:187) pero también dice “[...] con frecuencia las primeras aproximaciones a una realidad poco conocidas contiene expresiones sobre *estados*<sup>93</sup> aunque no se haya tematizado acerca de qué cosas son ‘estados’<sup>94</sup> (Samaja; 1997:187).

Ahora bien, antes de tomar los contenidos seleccionados del encuadre epistemológico y metodológico (si cabe la escisión) de Samaja, en el que se sostiene este estudio, sería importante introducir otra cuestión, si se quiere una condición dialéctica de la propia condición de tesista/investigadora, que no es ajena a la de muchos otros. Estoy hablando de la relación *in-escindible* intervención/investigación. Este estudio se realizó en un escenario en el que ejerzo una profesión que supone prácticas sociales, en definitiva prácticas sociales de trabajo junto con otros (población, colegas o profesionales de otras disciplinas).

¿Por qué *in-escisión* intervención/investigación? Porque, y para explicarlo desde mi condición, si no hubiera estado *trabajando* en ese escenario, no hubiera irrumpido el recorte que construí/construyo y sigo construyendo. Muchas veces he pensado que cuando “accedemos”-vía trabajo- al movimiento contradictorio de la realidad de nuestro escenario y nos interesa des-cubrirlo -en términos histórico relacionales-, vivimos en una

---

<sup>91</sup> Paréntesis del autor.

<sup>92</sup> Subrayado de la tesista.

<sup>93</sup> Subrayado del autor.

<sup>94</sup> *idem*.

especie de *estudio exploratorio permanente*. Ese privilegio de “estar pensante” podría otorgarnos la posibilidad de llegar más lejos de lo que se espera del comportamiento de las matrices de datos en un estudio exploratorio, es decir, más lejos que si hiciéramos un acercamiento tradicional a un objeto de estudio a “conquistar” por primera vez.

También es necesario hacer hincapié en decir que este estudio contiene una hipótesis y lejos de discutir si un estudio exploratorio debe llevar o no, diríamos que no pudo ser evitada.

En síntesis, este estudio es exploratorio, al decir de Samaja en términos de “estrategia global de investigación”<sup>95</sup>, tiene hipótesis planteada en el marco de un proceso dialéctico, y presenta un intento de sistema de matrices de datos construido en el mismo proceso -con momentos de posibilidad de haber sido utilizado en él-.

Se lo entiende como representativo *per se* y no como secuencia evolutiva, es decir como un estudio que deba “progresar” hacia los otros (descriptivo, explicativo). Bien sabemos que podría comenzarse con un estudio descriptivo e internarnos luego en un exploratorio.

Y en este sentido y en vinculación con su fuerte tendencia interpretativa, es importante el aporte de Roxana Ynoub en su obra *El proyecto y la metodología de investigación*, entre otras cosas por la caracterización que hace en relación a los tipos de estudios. Le otorga entidad a los estudios interpretativos en tanto los quita de la idea evolucionista de la producción de la ciencia, cuando los expone como un tipo *más* de investigación (Ynoub; 2007:81).

### **El lugar del pensamiento hermenéutico en este estudio exploratorio**

Se trata de un estudio exploratorio en el que su carácter hermético es constitutivo de esa condición. Si por hermenéutica entendemos algo así como un sistema de interpretación, es interesante como dice Gruner<sup>96</sup>:

---

<sup>95</sup> “Aunque pueda sonar paradójico, las investigaciones exploratorias tienen asimismo, su propia fase de planteamientos preliminares, puesto que ellas también son susceptibles de análisis en fases y momentos, pese a su especificidad” (Samaja; 1997: 227)

<sup>96</sup> En el prólogo de la obra de Foucault (1995: 20) *Nietzsche, Freud, Marx*.

[...] pensar la interpretación<sup>97</sup> como una intervención en la cadena simbólica que produce un *efecto disruptivo*<sup>98</sup>, y no un simple desplazamiento, es al mismo tiempo poner en evidencia su carácter ideológico y [...] someter a crítica la relación del sujeto de ese relato.

Sería constitutivo no sólo por el carácter exploratorio, sino por el carácter de lo que la ciencia debe ser y que de hecho, aún sin deliberación desde posturas ortodoxas, lo es. En este sentido Ynoub apunta:

[...] ninguna técnica -sea esta de análisis discursivo, estadístico, estructuralista- puede reemplazar al material teórico que portan las hipótesis. Dicho de otro modo, la penetrabilidad intelectual de una hipótesis (descriptiva, explicativa o interpretativa) no brota de la técnica de análisis o del tratamiento de datos utilizado (sea esta cualitativa o cuantitativa); brota de la fuerza ideatoria de estas hipótesis; [...] sin teoría, sin ideas, sin imaginación...no hay ciencia ni interpretación posible. (Ynoub; 2012: 255).

Otro punto que nutre la manera en que se plantea el lugar de la interpretación -como propia de la ciencia- se relaciona con la idea de Ricoeur en términos de la inescindibilidad *comprensión/explicación*, superando la dicotomía que plantea la aplicabilidad de la explicación para las ciencias naturales y la comprensión para las ciencias sociales<sup>99</sup>. Yendo un poco más lejos, puede decirse que, “[...] el término interpretación [...] puede ser aplicado al proceso completo que engloba la explicación y

---

<sup>97</sup>Ricoeur apunta en relación a la interpretación “el trabajo de pensamiento que consiste en descifrar el sentido oculto en el sentido aparente, desplegar los niveles de significación implicados en la significación literal” (Ricoeur; 1975: 17). Grüner, prologando a Foucault (1995) -en el trabajo sobre las “coincidencias” entre Marx, Nietzsche y Freud en relación a la revolución interpretativa que representan- y haciendo alusión al método de interpretación fundado por M, N y F, señala, que “[...] se distingue de otros anteriores porque ya no entiende a la interpretación como un mero trabajo de “desenmascaramiento, de “develación” o de “desciframiento” simbólico que se propone restaurar un sentido oculto [...]”. Grüner advierte en un pasaje del prólogo que tanto Foucault como Ricoeur se han ocupado de esa *trilogía* como *fundadores del discurso de la modernidad*, aunque recalca, “desde perspectivas por cierto muy distintas”. Foucault, en ese trabajo suyo, además de marcar el giro discursivo en tanto tratamiento de *la profundidad/superficialidad*, reconoce el peso que el nuevo discurso implica para nosotros *interpretantes* cuando dice “para comprender qué sistema de interpretación ha fundado el siglo XIX y en consecuencia a qué sistema de interpretación pertenecemos nosotros [...]” (Foucault; 1995: 35). Y termina la obra diciendo “Me parece que es preciso comprender muy bien esta cosa que muchos contemporáneos olvidan: *que la hermenéutica y la semiología son dos enemigos bravíos*” (subrayado del autor) (Foucault; 1995: 48). Ahora bien, más allá de cualquier diferencia entre Foucault y Ricoeur (cuyo análisis dejamos a los especialistas) en el tratamiento del discurso, los autores en cuestión, tienen un acercamiento representado por: el *inacabamiento* de la interpretación marcada por Foucault (1995: 43) y el *trabajo interminable de interpretación*, mencionado por Ricoeur (1975: 21)

<sup>98</sup> Subrayado del autor

<sup>99</sup> En Durand, E; Mombrú, A. (2003: 235).

la comprensión”<sup>100</sup>. Desde este lugar, este estudio es hermenéutico, desde el lugar de no poder no serlo. Y en sentido estricto lo es....porque lo es como estrategia global de investigación. Así planteados, los estudios exploratorios no se caracterizan simplemente por su carácter adjudicado de familiarización con los tema, sino con una profundización de la lógica de los fenómenos, sin los que la ciencia no podría crecer o crecería desde lo pre-construido sin revisión.

## II-DE UNIVERSOS Y DE MUESTRAS

Sabemos con Samaja que hablar de muestra no es una cuestión que deba subrayarse ligeramente y, entre otras cosas, que “la evaluación de una muestra es un acto lógico y epistemológicamente complejo; [...]” (Samaja; 1997: 270), que “en una misma investigación hay tantas muestras como matrices de datos están en curso de estudio” (Samaja; 1997: 271), y que “[...] la cuestión de la muestra no quedará fijada hasta que no se indica de cuál matriz del `sistema de matrices´ se está hablando” (Samaja; 1997: 267).

Entonces, evitando confusiones, en esta investigación hablo de *población abordada* como conjunto de unidades análisis -muestra- de la Matriz de Datos de Contexto que seguidamente se anuncia. Esa población “resultó” conformada por 20 médicos (en condiciones de prácticas laborales cotidianas) de un hospital público de la ciudad de Bahía Blanca de la Provincia de Buenos Aires, del universo de aquellos que tienen las características, en términos de prácticas, subrayadas en la *introducción*. Es decir, que comparten la condición de alejarse de la ortodoxia en sus *prácticas directas* y sostener muchas inclinaciones de las líneas tradicionales en *prácticas indirectas*. Aun así, se verá cómo por momentos también se ve transgredida esa contradicción. En relación al tamaño de esta “muestra” en términos de Matriz de Contexto tomo la idea de Samaja cuando se refiere a ella en relación a los diseños exploratorios: “El mayor o menor provecho no resulta directamente de las cantidades sino de que las características de los sujetos

---

<sup>100</sup>Ricoeur en Durand, E; Mombrú, A. (2003: 236).

escogidos sean pertinentes al tipo de preguntas que tienen planteada la investigación” (Samaja; 1997: 272).

Por otro lado es necesario hablar de la constitución de otras muestras -en términos de lo que aquí se señala como *matrices focales* y que se presentan seguidamente-, referidas a conjunto de: 1- *prácticas profesionales en espacios de consulta*, 2- *desempeños en pasajes de sala, reuniones de equipo* y 3- *encuentros profesionales informales* y de *presentaciones de ponencias y textos de trabajos científicos*. En definitiva, son estas unidades de análisis enumeradas, el centro de análisis de este estudio, que confluyen reunidas y diseminadas en las unidades de análisis de contexto.

Ahora bien, a *la selección de la población* no se llegó por un camino tradicional de predeterminación, sino que podríamos decir, que de alguna manera ha devenido, ha resultado en un proceso de búsqueda que fue de las prácticas a los sujetos, y no al revés. En algunas instancias he hecho hincapié en testimonios de médicos por fuera de la población abordada persiguiendo, algunas veces marcar la contradicción con las condiciones trabajadas y en otras hacer uso de experiencias que aportan a visibilizar más profundamente procesos aludidos, sin importar en quiénes están ubicados.

De la población trabajada quedaron excluidos, se entiende, los miembros de la medicina que muestran un marcado atravesamiento del MMH y también aquellos que cumpliendo con las condiciones de la población estudiada, han tenido la posibilidad de repensarse en condiciones de contra-hegemonía. Por lo tanto entonces, también se excluye a aquellos que estén pasando o hayan pasado por estudios de post-grado acerca de las líneas a las que tienen acceso en términos académicos, como Maestrías en Gestión y Salud Colectiva.

### **III-ALGO SOBRE MATRICES DE DATOS...sin dogmas**

Decía en líneas anteriores que la idea de trabajar desde en *un exploratorio permanente* “autorizó”, de alguna manera, a hacer llegar a las matrices más lejos de lo que se espera deben ser *ellas* en un estudio de este carácter, intentando no forzarlas y al mismo tiempo

interpelando ellas al estudio y el estudio a ellas. Entonces vuelvo a encontrarme con Samaja cuando dice “el esquema exploratorio tiene como función idear un sistema de matrices de datos para un objeto de estudio” (Samaja; 1997: 184), pero también cuando habla de “*la inversión en la cadena del ser*”<sup>101</sup> que “hace posible lo que parecía inimaginable: que la construcción de la matriz central de una investigación pudiera comenzar por los valores” (Samaja; 1997: 186). Y es entonces que en ese exploratorio permanente pareciera, con flexibilidad, haberse construido una suerte de herramienta/sistema móvil de matrices a partir de valores y al mismo tiempo hacer uso de ellas, en el mismo estudio.

De allí que estén presentes algunas figuras de la dialéctica de las matrices (inacabadas) tal cual iluminaron y tal cuál fue ordenándose pensamiento y realidad, en una especie de construcción y uso al mismo tiempo. Se muestra entonces una recreación-guía<sup>102</sup> de su dinámica desde la que se evitó luego hacer un procesamiento dogmático, y, no podría decir que las matrices se usaron linealmente abordando la cuestión empírica con ellas desde el principio. Pero sí podría decirse que se constituyeron (resultaron) de este modo en el proceso y que podrían ser utilizadas para una próxima investigación precisando el encadenamiento entre Matriz de Contexto, Focal y Sub-unitaria y arriesgando valores de indicadores y variables.

Antes de desarrollar los criterios de construcción de las Matrices de datos de esta investigación, cabe conceptualizarlas relacionamente:

Todos los datos de todas las investigaciones científicas de todas las disciplinas poseen una estructura invariante que se puede llamar `matriz de datos`. Dicho de otra manera: la matriz de datos es un nombre posible para designar a las *invariantes estructurales* de los datos científicos de cualquier ciencia empírica. [...]. Todas las investigaciones científicas contienen datos de distinto tipo y de diferentes niveles de integración. Dicho de otra manera: no definen una sola matriz de datos sino *un conjunto de matrices de datos* que guardan entre sí relaciones lógico-metodológicas determinadas. (Samaja; 1997: 164-165).

---

<sup>101</sup> Subrayado del autor

<sup>102</sup> Quiere decir que no se hizo un desarrollo ordenadamente preciso entre matriz de contexto, focal y sub-unitaria que implica la dialéctica de matrices de datos. El motivo se relaciona con que en este estudio el formato que se adoptó se volvió una herramienta cómoda hacia el trabajo y hacia la realidad en que este incursiona.

En adelante aparece expuesta una aproximación a las matrices de datos elaboradas. En esta aproximación, la construcción de las matrices porta algunos “permisos”, entre otros una matriz de contexto seguida de tres matrices focales. Al mismo tiempo tienen la condición de flexibilidad necesaria proveniente de su proceso de elaboración.

**Unidad de Análisis de la Matriz de Datos de  
Contexto  
Los médicos abordados como sujetos históricos y ubicados  
Institucionalmente**

A partir de esta unidad de análisis se trabajó en torno a tres matrices focales que podrían ser planteadas como inferiores de la enunciada en el cuadro superior y al mismo tiempo, coordinadas entre sí. Aún así, es necesario retomar que no se trata de hacer un uso dogmático de ellas ni del procesamiento posterior que guiarían.

**Matriz de datos focal I**

*En relación a los sujetos abordados*

**Unidad de Análisis focal:  
Prácticas profesionales en espacios de consulta médica**

**Variable:**

Lenguaje verbal y gestual con los “pacientes”

*(En términos de)*

**Dimensión:**

Condiciones de intersubjetividad  
Respuestas concretas y simbólicas

**Indicador:**

*(Rescate de)<sup>103</sup>*

Formas de mirar

Formas de contacto físico

Recuperación de los “decires/saberes” del “otro”

Posicionamiento frente a los “decires” del “otro”

**Valores del indicador y la variable:**

Abiertos

---

<sup>103</sup>Se refiere al rescate que el investigador hace de lo enunciado.

## **Matriz de datos focal II**

*En relación a los sujetos abordados*

### **Unidad de Análisis focal:**

**Desempeño en Pases de sala, reuniones de equipo y encuentros profesionales informales**

### **Variable:**

**Acciones y Discursos verbales y gestuales**

*(Vinculados a):*

### **Dimensiones:**

- La condición de vida de los sujetos atendidos
  - “Lo social”
  - Propuestas de trabajo
- El posicionamiento de la gente frente a los tratamientos “indicados”
  - Expectativas en relación a la “salud” del otro
  - Las representaciones sobre el propio accionar
  - Trabajos de la comunidad científica

### **Indicador:**

*(Rescate de)<sup>104</sup>*

- Las formas de narrar “las historias de la gente”
  - Las formas de nombrar “Lo social”
- Las maneras de categorizar el cumplimiento/incumplimiento de tratamientos
  - Los registros de sus miradas frente a prácticas con los usuarios
- Las formas de entender la autoría de los trabajos de las comunidades científicas

### **Valores del indicador y la variable:**

**Abiertos**

---

<sup>104</sup> Ídem.

### **Matriz de datos focal III**

*En relación a los sujetos abordados*

#### **Unidad de Análisis focal:**

**Presentaciones de ponencias y textos de trabajos “científicos”**

#### **Variable:**

**Discursos verbales (en presentaciones de ponencias)**

**Discursos escritos (en textos de trabajos científicos)**

*(Acerca de):*

#### **Dimensiones:**

**-Tema**

**-Objetivos/resultados**

**-Construcciones científicas propias y ajenas**

**Conceptos sobre: condiciones de vida y conducta en términos de respuesta a tratamientos de los sujetos atendidos**

#### **Indicador:**

*(Rescate de)<sup>105</sup>*

**-Alusiones a la elección del tema.**

**-Presencia o Ausencia de enunciación del proceso de construcción del trabajo.**

**-Estilos de mención de los resultados de estudios previos y ajenos**

**-Formas de nombrar las condiciones de vida de las personas que incluyen en los estudios y las respuestas a tratamientos**

#### **Valores del indicador y la variable:**

**Abiertos**

---

<sup>105</sup> Ídem.

### III-ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LA INTERVENCIÓN

#### **Vaivenes de la aplicación de técnicas de recolección de datos en esta investigación**

Me encontré formando parte del campo al que pertenece el objeto de estudio de esta investigación, no solamente como investigadora sino, como he mencionado en líneas anteriores, como trabajadora de un equipo con cuyos miembros compartía un objeto de trabajo que no era el mismo que el de este estudio. Esta particularidad me puso en la condición de, permaneciendo en las prácticas laborales cotidianas -portadoras de su propio objeto de trabajo-, entrar y salir de la investigación -portadora de su propio objeto de estudio/trabajo- en forma deliberada.

Fueron aplicadas como técnicas de recolección de datos: Observación Participante que incluyó *mini* Entrevistas y Recopilación Documental. La aplicación de la primera -en forma intencional- abarca el período 2011-2013 y en la segunda se trabaja con textos del período 2008-2013<sup>106</sup>. La ejecución de estas técnicas, estuvo orientada por los contenidos de lo desarrollado como indicadores en los cuadros precedentes. Estos contenidos de los indicadores fueron tomando forma de interrogatorio -al estilo de nivel matriz sub-unitario- frente al material de los discursos orales y de los textos escritos.

La *observación participante*, como “fuente primaria”<sup>107</sup> se concretó en el marco de los espacios institucionales en que la población cuyas prácticas se contemplan, desarrollaba tareas asistenciales o de investigación. En relación a la observación participante Rosana Guber plantea:

[...] consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno al investigador, y participar de una o varias actividades [...]. La `participación´ pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo al `estar adentro´ de la sociedad estudiada. (Guber; 2001: 55)

En el caso de este estudio, la técnica mencionada fue también moldeada por la condición que me ubica no sólo como tesista/ investigadora sino como compañera de equipo de

---

<sup>106</sup> Salvo 2009.

<sup>107</sup> “[...] cuando las obtiene el mismo equipo de investigación [...]” (Ynoub; 2007: 111).

trabajo de los sujetos involucrados. Ese “entrar y salir” que señalaba al principio de este punto requirió de un trabajo epistemológico -mencionado en el Capítulo I- de posicionamiento y re-posicionamiento constante, además de revisión permanente de las propias representaciones. La instancia de investigar-estando-trabajando -y en la que podría reconocerse como *participante completa*<sup>108</sup>- dio lugar a la instrumentación de lo que Rojas Soriano llama entrevistas dialógicas. Las entrevistas dialógicas son aquellas en que el entrevistador y la persona entrevistada participan de manera activa (Rojas Soriano; 1999: 260), al mismo tiempo suponen un grado de análisis en forma conjunta y está presente la afectividad. En el caso de esta investigación, hablo de entrevistas reducidas, porque cuando surgieron, fueron ocasionales, apuntando a la aclaración o profundización de discursos orales escuchados y de intervenciones muy precisas relativas a la cuestión en estudio. De manera que no se trató de entrevistas en sentido estricto<sup>109</sup>.

Al mismo tiempo debo decir que en relación a la instrumentación de la técnica de observación, por momentos podría pensarse mi actuación en términos de la llamada *observación de segundo orden* en un juego que contiene observar lo observado por los observados (Ynoub: 2015: 318).

En las oportunidades de observación participante sobre la realidad de estudio/trabajo, fui documentando el material proveniente de comentarios, anécdotas, gestos, conductas corporales y exposiciones surgidos en espacios de trabajo directo, en relación a las condiciones de los “pacientes”, o vinculados a instancias de la actividad llamada científica.

La observación participante siempre fue al interior de desempeños interdisciplinarios de trabajo. Al principio del estudio, mucho del material que procedía de esa técnica fue el que ayudó a las precisiones del problema de investigación delimitado. Y en un segundo momento -ya intencionalmente- la documentación tenía lugar cada vez que encontrándome en alguna práctica laboral, advertía la centralidad de los discursos emitidos para enriquecer este estudio. De esta manera, algunas veces se generaban las

---

<sup>108</sup>Roxana Ynoub desarrollando la categorización asumida por de Raymond Gold (1958) en relación al tipo de participación, enuncia: “*El participante completo*. Es un miembro del mismo grupo que está siendo estudiado, pero oculta su papel de investigador para no interrumpir la actividad normal” (Ynoub; 2015: 311).

<sup>109</sup> Que de haberlo sido obliga a utilizar consentimiento informado.

*mini* entrevistas dialógicas mencionadas. Cuando este trabajo comenzó, había planificado realizar entrevistas a los mismos sujetos que participaron en él. Pero finalmente advertí, que el material que iba logrando espontáneamente “en terreno” dejaba afuera la necesidad de forzar entrevistas sólo para aplicar una nueva técnica.

La *recopilación documental* abarcó la ubicación de resúmenes de trabajos presentados en jornadas científicas hospitalarias y trabajos extra hospitalarios por los sujetos abordados. Esta instancia -técnicamente conceptualizada-, provino de “fuentes secundarias indirectas”<sup>110</sup>. Aun así, también podría pensarse que si bien el recurrir a material elaborado responde en sentido estricto a esa categoría, en este caso y desde la perspectiva de des-cubrir la mirada de los sujetos estudiados a través de su producción escrita expresada en esas elaboraciones y no los datos y resultados que arrojan sus estudios, se metamorfosearía en forma de fuente primaria. En todo caso se trata de un híbrido en términos de categoría de fuente, impresión pasible de ser debatida.

También he recurrido -en condición de fuente secundaria directa<sup>111</sup>- material empírico proveniente de: a-otras investigaciones<sup>112</sup> en las que he participado, b-el ejercicio de observación participante de colegas o profesionales de otras disciplinas en función de sus prácticas laborales cotidianas y c-registros -a veces simplemente memorizados- provenientes de la sistematización histórica de mi propio trabajo profesional, previo al tiempo de la presente investigación.

---

<sup>110</sup> “[...] cuando se toma la información recogida y procesada por otros -instituciones o investigadores-. [...], memorias, ponencias de congresos datos sistematizados de artículos científicos, etc.” (Ynoub; 2007: 112).

<sup>111</sup> “[...] cuando se toman los registros producidos por otro investigador o equipo de investigación [...] (Ynoub; 2007: 111). Es necesario acotar que si bien yo he sido también parte de esas investigaciones, fueron construidas desde otro recorte de estudio

<sup>112</sup> *Las prácticas de los actores del sector público de salud. Una mirada desde las corrientes de pensamiento en salud en el marco de los distintos modelos de acumulación en la Argentina*. PGI 2010-2013. Directora: Nora Ftulis. Secretaría de Ciencia y Tecnología. UNS y *Representaciones médicas acerca de la relación salud/ condiciones de vida*. Residencia de Trabajo Social. H. I. G. Dr. J. Penna (1998).

## Documentación, procesamiento y Análisis

### *Acerca de la recolección y sistematización del material empírico*

El material empírico proviene, entre otros recursos -y como diría Bajtín-, de distintos *géneros discursivos* que se desprenden de las prácticas de los sujetos abordados; en este caso, géneros discursivos puestos en relación -de inclusión- con las *prácticas*. El autor dice “[...] hay que poner de manifiesto una extrema *heterogeneidad* de los géneros discursivos (orales y escritos). Efectivamente debemos incluir en los géneros discursivos tanto las breves réplicas de un diálogo cotidiano [...] pero además tendremos que incluir las múltiples manifestaciones científicas [...]” (Bajtín; 1999: 248).

Los recursos empíricos procedentes de la aplicación de las técnicas de recolección de datos en términos de fuente directa, iban siendo documentados en agendas y cuadernos de trabajo, en algunas instancias también directamente en avances o documento preliminar de tesis o en fichas de observación. La opción por uno u otro instrumento estaba determinada por la disponibilidad de tiempo marcada por la articulación entre intervención e investigación. El material proveniente de mi práctica profesional histórica fue rescatado en términos de registro escrito cuando existió. El material desprendido de observaciones de colegas permaneció en los cuadernos, agendas o libretas en que iba documentándolo a medida que advertía que la cuestión aludida “tocaba” con mi recorte de estudio. Y los discursos provenientes de entrevistas y observaciones aplicadas en investigaciones que han operado como fuentes secundarias directas se encuentran transcritos textualmente del formato papel o digital que tenían originalmente.

Los resúmenes de ponencias provienen de publicaciones hospitalarias.

En CD adjunto aparecen copia del material aludido o detalles de su recolección sobre todos los recursos mencionados, las fichas de observación<sup>113</sup>, los testimonios breves (de mi propia experiencia) y los recortes de observaciones ajenas ubicados en cuadernos/agendas/libretas, los registros previos al estudio (escritos o señalada su

---

<sup>113</sup> Se copian las fichas de aquellas situaciones de las que en el cuerpo del trabajo se transcriben testimonios que no están contextualizados. En el caso de la descripción de acontecimientos que en el cuerpo aparecen recuadrados o de la exposición de testimonios orales contextualizados, la información de las fichas fue volcada en el mismo texto del cuerpo, de lo contrario se aclara el origen en anexo.

memorización), los recortes de las entrevistas y observaciones pertenecientes a otras investigaciones y la dirección electrónica de las publicaciones.

### ***La elección de las categorías***

De más está decir, que la identificación de categorías entonces estuvo marcada por el juego empírico conceptual que proponen los elementos de las matrices de datos.

Lo que es del orden de los conceptos y lo que es del orden de la experiencia, no están separados absolutamente, sino relativamente. [...]. La matriz de datos se mueve, entonces en esa constante intermediación por la cual se tornan observables ciertos conceptos teóricos, al mismo tiempo que se transforman en conceptos teóricos ciertos estados de cosas observables. (Samaja; 1997: 181)

Diría Samaja: “¿cómo se establece ese tránsito entre el plano de los hechos y el plano de las ideas?” (Samaja; 1997: 158). Y por otro lado nos introduce en la misteriosa relación entre lo que él llama *la sintaxis de nuestros razonamientos* y *la sintaxis de la realidad*, sobre todo por la contradicción que otorga la posibilidad de acceso a la primera y el desconocimiento de la segunda (Samaja; 1997: 159). Algo de todo esto se da a la hora de elección de categorías.

Las categorías finales- y nunca tan finales- de análisis surgieron de la intersección entre los conceptos contenidos en la hipótesis, los nuevos formatos conceptuales que desata el *desarrollo teórico* en el marco de la dialécticidad de la hipótesis y los hallazgos desprendidos del material recogido desde las técnicas de recolección de datos.

Se ha dado, si se quiere, una triple categorización. El material empírico está organizado, en el siguiente capítulo, respetando contenidos de las dimensiones conceptuales de la hipótesis (desarrolladas en el Capítulo II bajo el título *Los conceptos de la hipótesis*). Aun así, la forma que toman títulos y subtítulos no responde linealmente a cómo estuvieron nombrados esos conceptos en la hipótesis sino que resultó del encuentro entre los datos y esas enunciaciones de la hipótesis. Al mismo tiempo los conceptos hipotéticos fueron retomados en el marco de la oportunidad interpretativa que otorgaba esa articulación entre conceptos y material empírico. Y esa organización de alguna manera ayudó a categorizar. Además podría decirse que esa organización del material contiene en su interior categorías que se nutren de la esencia de los indicadores enunciados en las matrices de datos. En tanto pivote entre lo empírico y conceptual, los

indicadores -en este caso pertenecientes a una investigación exploratoria- presentan en sus valores y por lo tanto en los de las variables, una especie de visibilización en proceso desde los primeros indicios.

“Samaja ha precisado esta cuestión en su forma más depurada al ubicar al `indicador` como un elemento clave que vincula el mundo sensible con el mundo inteligible”.<sup>114</sup>

Por otro lado, fue posible construir a partir de una síntesis de las ideas teóricas vertidas en el Capítulo II bajo el título *Los hilos de las relaciones conceptuales en el interior de la hipótesis* (aquellas que hilvanan las dimensiones de la hipótesis), dos categorías que guían y atraviesan transversalmente (y en articulación) el análisis de ese material de encuentro entre el nivel empírico y los conceptos de la hipótesis. Las categorías referidas son:

*La coexistencia contradictoria de voces pasadas y presentes en el discurso médico intersubjetivo/cotidiano.*

*La coexistencia contradictoria de voces pasadas y presentes en el discurso (llamado) médico-científico.*

Podría decirse que en el tratamiento de los datos y conceptos la idea ha sido categorizar el material y el análisis lo menos “dolorosamente” posible para la realidad en estudio y como forma de hacer honor a la dialécticidad de la realidad y de la ciencia.

Finalmente es importante señalar que a lo largo del análisis se verá que se hacen presentes también conceptos no enunciados con anterioridad y que resultaron necesarios para las lógicas de análisis que fueron planteándose.

En relación al uso del material teórico volcado en el Capítulo II, es necesario decir que no siempre lo retomo explícitamente en articulación con el material empírico, ya que en realidad representa “el cristal con que se mira” y creo que se encuentra incorporado a la forma de entender el eslabonamiento de la realidad en perspectiva histórica y dialéctica.

---

<sup>114</sup> En: [www.unav.es/gep/III/PeirceArgentinaYnoub.pdf](http://www.unav.es/gep/III/PeirceArgentinaYnoub.pdf)

Al mismo tiempo, en el análisis aparecen en algunas ocasiones autores que no habían sido nombrados previamente y que fueron convocados cada vez que interpreté que el tratamiento del material lo demandaba.

### ***El análisis***

El análisis está centrado en el valor de las variables. Que como sabemos, en la concepción de la dialéctica de matrices de datos y de la realidad, contienen la dialéctica del proceso todo, tanto cuando el sujeto cognoscente se acerca a ellos o es invadido por ellos en un principio, como cuando se reconstruyen (en un ascenso de lo abstracto a lo concreto) en el análisis.

Aún así, por momentos pareciera haber algunos análisis -asistemáticos- centrados en las contradicciones al interior de unidades de análisis de anclaje y más aún en relación a las unidades de análisis de contexto, en función del develamiento de contradicciones en el interior de discursos frente a los usuarios y a trabajos “científicos de mismo sujeto. Pero, esta decisión se orientó a re-significar el análisis de los valores como expresión histórica y social. Claramente no correspondería a un estudio exploratorio, entonces la idea no es la unidad de análisis en sí, sino la búsqueda de la historia contenida en los recursos de las prácticas de ese sujeto puntual.

He tratado de tener cuidado al exponer testimonios, evitando poner en relación de manera lineal la enunciación de los discursos alrededor de prácticas extra-biológicas en el orden de lo intersubjetivo con las prácticas reduccionistas en el orden de lo epistemológico metodológico, convivientes en el interior del mismo sujeto. Esto fue así porque no pretendía hacer un careo “comprobador” centralizado en el sujeto. La idea no fue tensionar las contradicciones en el interior de cada uno, sino poder captar una lógica de producción colectiva de contradicción entre pensamiento y acción. Y en todo caso, si por momentos se tensiona, tiene que ver con entender a través de experiencias particulares una construcción social -contemplada en la hipótesis- y no a la manera de: *hacen esto, todos, algunos o ninguno* y/o ir detrás de la búsqueda de “descuidos”. Una vez más conviene insistir en que no se ha apelado a poner en relación de manera lineal prácticas *directas e indirectas* del mismo sujeto -e inclusive tampoco al forzamiento de la exposición de manifestaciones de ambas en relación al mismo actor a lo largo del

estudio- porque se entiende, en base al colectivo que ha resultado recortado, que se trata de prácticas ejercidas por sujetos que configuran un sector portador de contradicciones entre esas prácticas. Y es desde esa condición que se parte en este estudio -para avanzar en el análisis de los nudos hipotéticos que se cristalizarían allí- sin pretender la “comprobabilidad” de la disrupción, sino sus “ríos subterráneos”.

Finalmente podría decirse que como plantea este tipo de estudios hermenéutico-exploratorios, la profundidad en el análisis “ganó” a la generalización y en ese tono es que no se buscaban las coincidencias en relación a acontecimientos. De manera que la única coincidencia que guió el análisis del trabajo, es la disociación entre las *prácticas directas e indirectas* y la contradicción entre ellas y en el interior de ellas.

### ***Lo testimonial***

Durante el acontecer de este trabajo he recurrido insistentemente a conceptos que trabajan quienes saben de teoría del discurso<sup>115</sup>, y lo he hecho no tanto en sentido metodológico<sup>116</sup> (aún cuando no se cree en esa escisión) sino teórico. Metodológicamente la idea fue responder al movimiento dialéctico de lo abstracto a lo concreto absorbiendo la riqueza teórica del análisis del discurso.

Cuando se trabaja dialécticamente en investigaciones que tienen como “insumos” los testimonios, la construcción de categorías debería “garantizar” el respeto por las condiciones de producción del discurso.

Quiere decir que aquí hay una imbricación entre método dialéctico y análisis dialéctico del discurso. La construcción de hipótesis, el empleo de matrices desde esta perspectiva está empujando a no separar lo enunciativo con la forma de producción y al mismo tiempo descubrir -superando la manera figura-fondo-, las relaciones que tejieron y que tejen ese discurso. En todo caso, entenderlo en ese marco.

---

<sup>115</sup> Fue trabajado en el marco teórico.

<sup>116</sup> Porque además no sabía hacerlo.

## Cuestiones éticas

El plan de esta investigación fue presentada en el Comité de Investigaciones del Hospital Interzonal Dr. J. Penna en el mes de mayo del 2008 obteniendo como respuesta un documento que contiene el siguiente texto: “[...] *fue leído por los miembros de este comité, luego se la citó [a la tesista] para exponerlo. Se la interrogó respecto de aspectos específicos, se intercambiaron opiniones llegando a la conclusión que su proyecto no está comprendido en la ley 11044. Por lo tanto no necesita aprobación de este comité*”.

No obstante, aclaro que he tomado algunos cuidados en relación a cuestiones imprescindibles. Se trata de la no revelación de la *identidad* de los sujetos de quienes se exponen prácticas y de los sujetos de atención relacionados. Los nombres de las personas cuyas prácticas se mencionan, no coinciden con los verdaderos. Al mismo tiempo se han evitado vinculaciones que pudieran revelar identidad, sin que por ello se alterara la dirección del análisis. También cabe acotar que no se exponen datos *confidenciales*.

La centralidad ética de este estudio creo que se ubica en que se trata de un documento que además de ser no perjudicial, el análisis de los nudos contradictorios profundizados en este estudio -mirados en el movimiento de la globalidad del trabajo-, busca “liberar” el peso de una mirada habitualmente totalizante en relación a las prácticas de los representantes del orden médico.

# **CAPÍTULO IV**

## **LA HIPÓTESIS DESPUÉS DE LA HIPÓTESIS**

## ***La Trinchera:***

### ***Coexistencia contradictoria de voces pasadas y presentes***

#### **I-PARA ENTRAR EN CLIMA**

Internarse en los recovecos de lo que se entiende por hegemonía médica, ofrece algunos inconvenientes en lo que respecta a señales teóricas. Suele abusarse, cuando se escribe acerca de la medicina desde intentos críticos, del señalamiento de algunos invariantes que terminan planteando a las prácticas médicas como un bloque uniforme. Este es un punto neurálgico porque por otro lado, si se intenta apartar ingenuamente el análisis de esas prácticas del lugar de la uniformidad, se corre el riesgo de caer en eso que se dice comúnmente “no hay profesiones, hay profesionales”; nada más lejos de lo que nos muestra la historia. Las profesiones son construcciones de las condiciones de la historia y sus profesionales son nacidos, crecidos, transformados, conservados, en esas condiciones concretas de existencia, en un juego simbólico material que involucran y del que emergen síntesis particulares.

Es necesario revisar entonces, a partir de la idea acerca de un orden del discurso médico hegemónico que trasciende voluntades individuales, la manera de abordar este proceso, para, sin apartarnos de la historicidad determinante, no aplastar el descubrimiento de las singularidades colectivas, también históricas.

Es imprescindible potenciar el concepto de Eduardo Menéndez apuntando al análisis de sus piezas más profundas, contra las alusiones dogmáticas de los particulares que lo enuncian sin proponer una revisión histórica genuina ni una revisión de las singularidades, enmarcadas en la conformación estructural del modelo. Continuar explicando los vínculos político-intersubjetivos de los agentes del sector salud, desde la repetición mecánica aprehendida del concepto, empobrece la revisión en tanto no se aprehenda también que el MMH, como realidad que enuncia el concepto, es una

construcción socio-histórica que trasciende “lo médico”, que trasciende la salud, que trasciende a los hospitales, pero, que también involucra historias particulares construidas socio-históricamente.

El uso del concepto, no su contenido, en términos abusivos y reduccionistas puede convertirse en pilar de descanso, si no se lo intercepta. Si no se lo recupera genuinamente orientado a la *praxis*, suele operar en los imaginarios de los profesionales de la salud como una suerte de modelo inabordable contra el que no se puede actuar. Una defectuosa interpretación del alcance original impulsado por Menéndez conduce a la asfixia inmovilizante.

De allí, la necesidad de liberarse de esa sensación de aplastamiento a través de una herramienta, otra vez ese concepto, al que debemos acceder para “entender”.

Entonces es posible que debamos “darnos aire” para abordar el atravesamiento de la realidad en salud. Esto significa permitirnos encontrar las contradicciones pero siempre ubicados en el pensamiento crítico. Y las contradicciones las vemos también en las “subjetividades/intersubjetivas médicas” cotidianas.

Si seguimos a Menéndez cuando dice: “La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas” (Menéndez; 1988b: 93), su elucubración nos abre la posibilidad de imaginar que el modelo médico también debería ser pensado en relación a las prácticas que se insubordinan.

Sabemos que los colectivos profesionales, intelectuales si queremos, también pueden portar singularidades a *contrapelo*<sup>117</sup> en el marco de esas condiciones concretas de existencia.

Michel Pêcheaux entiende que

Los procesos discursivos [...] no podrían tener su origen en el sujeto. Sin embargo, se realizan necesariamente en este mismo sujeto; esta aparente contradicción hace referencia en realidad a la cuestión misma de la constitución del sujeto y a lo que nosotros hemos llamado su subjetivización. (Pêcheaux; 1978: 240)

---

<sup>117</sup> Concepto contenido en *Las tesis sobre la historia* de Benjamín.

De alguna manera esta idea de Pêcheux nos hace retornar a la profunda relación entre la subjetividad, la estructura social y la historia. Y como en este trabajo se camina hacia la búsqueda de intersticios de conservación y disrupción de legitimidades de “responsabilidad” trans-histórica, más allá de lo que Foucault expone como la negación a la búsqueda del ‘origen’<sup>118</sup> desde la *genealogía* (Foucault; 1980: 8), se entiende con él que la historia no debe ser resuelta lineal ni secuencial ni ordenadamente. Porque es posible, como él dice en relación a la *genealogía*, “percibir la singularidad de los sucesos, fuera de toda finalidad monótona; encontrarlos allí donde menos se espera [...]” (Foucault; 1980: 7). En definitiva, podría decirse que si bien se identifican particularidades de conservación (hegemónica o contra-hegemónica) de movimiento histórico, explicar prolijamente la lógica de esa conservación sería artificial y casi un invento, y es quizás la aseveración de Foucault acerca del tratamiento de los discursos lo que mejor interprete el proceso, cuando se refiere a prácticas discontinuas; en sus propias palabras: “que a veces se yuxtaponen, pero que también se ignoran o excluyen” (Foucault; 2004: 53). Estilo de discontinuidad que en este trabajo es re-metabolizado a la luz del sostén de la idea de trans-historicidad. Y lejos de un mecánico eslabonamiento evolutivo también incursionamos por ese fondo/pasado desde el respeto a la discontinuidad que se plasma en las prácticas discursivas hegemónicas y en las contra-hegemónicas en relación a marcadores históricos.

### **Un poco de “decires” hegemónicos**

Los siguientes testimonios no pertenecen al grupo que deviniera recortado. El objetivo de exponerlos deriva de la intención de potenciar el contenido de aquellos que sí representan las prácticas estudiadas.

“En un país donde se favorece la vagancia se nos va a llenar la sala de vagos [...]”

---

<sup>118</sup> “La genealogía no se opone a la historia como la visión de águila y profunda del filósofo en relación a la mirada escrutadora del sabio; se opone por el contrario al despliegue meta histórico de las significaciones ideales y de los indefinidos teleológicos. Se opone a la búsqueda del ‘origen’” (Foucault; 1980: 8)

Esta “voz” se acerca al mejor estilo de testimonios provenientes -buscando paralelismos- del pensamiento de Argerich, precursor de la novela naturalista, cuando en 1885 decía en el prólogo de su obra *Inocentes o Culpables*:

Creo que la descendencia de esta inmigración inferior no es una raza fuerte para la lucha ni dará jamás el ‘hombre’ que el país necesita.” (Argerich, 1985:11)

Tampoco están muy lejos, quienes manifiestan:

“A estos bolitas habría que deportarlos”

“Cuando atiendo a un tatuado o uno lleno de aros, y... se me vienen dos cosas: es un villero y puede tener HIV”

“¿Imposibilitada? ¡Bien que para hacer el hijo no estaba imposibilitada!”

Los temas que más “inquietan” habitualmente están relacionados con la “haraganería”, “el cuerpo promiscuo”, la inmigración de los países limítrofes, la “maternidad irresponsable”, la familia que no reacciona “como corresponde”, el “paciente no colaborador”.

Un testimonio acerca de otro lugar común, el cuerpo en pedazos...

“¡Pero si está internado por un problema neurológico!”

Esto dijo un médico en relación a un hombre internado que durante su estadía en el hospital presentó una dermatitis y requería de una crema recetada en la misma internación por un especialista que no era de la sala en que estaba internado. Ese mensaje fue el que arrojó cuando otro profesional le mencionó que de la crema debía hacerse cargo el sistema de salud y no la familia. La idea justificadora del médico nos llevaría a circular por los lugares ya transitados y por dogmáticos análisis en términos de la incorporación de la tendencia hegemónica al seccionamiento del cuerpo en el abordaje; por eso diremos simplemente: la internación fue por síntomas neurológicos entonces, la piel parecía de “otro”.

Pero, los médicos saben -en distinto grado- que hay “tratados” críticos acerca de la llamada medicina hegemónica. ¿Quién quisiera inscribirse en ella? Discursivamente, se cuele la percepción de aberración aún en los portadores de prácticas portadoras de hegemonía, “casi de libro”. Como dice Menéndez:

En un nivel manifiesto esta obviedad puede ser aceptada, inclusive por las más rígidas expresiones del modelo médico, pero la asunción radical de la misma conduciría a consecuencias metodológicas que cuestionarían la hegemonía del modelo médico, por lo cual en la práctica la unidad se mantiene escindida. (Menéndez; 1988a: 1)

Volviendo al imaginario de los mismos médicos cuyas señales pueden leerse en sus producciones, es posible que la incomodidad también invada sus propias conciencias ya que, más sistemática o asistemáticamente, al intuir que se tejen duras elucubraciones teóricas alrededor de su accionar, es común escucharlos decir:

“Somos terribles”

“¿Viste cómo somos?, no vemos nada más que órganos”

“Y...soy médico, ¿qué querés?”

“Lo peor es que somos médicos...”

Vamos ahora a los discursos y prácticas de los actores abordados en este estudio.

## **II-EL LUGAR DEL UNO MÁS UNO...DOS...TRES**

[...] Ducrot sostiene que el autor de un enunciado no se expresa nunca directamente en él, sino pone en escena distintas voces o puntos de vista discursivos respecto de los cuales señala su posicionamiento. Es decir que cuando un sujeto habla o escribe exhibe, en su enunciado, inevitablemente, uno o más puntos de vista y, al mismo tiempo, marca su actitud -de identificación, rechazo, aceptación, etc.- frente a ellos. (García Negroni; 2010: 42)

Ahora bien, si cuando alguien se expresa saltan todas las voces, ¿cómo es que, los sujetos abordados no sostienen las voces de la hegemonía en los testimonios siguientes, así como sí están presentes en las expresiones de sus prácticas científicas?

Escuchemos:

“¿Y vos cómo lo ves?” (*Pablo*).

(Pregunta a la madre de un bebé antes de comenzar a revisarlo).

“Jamás me opondría, no tengo nada más para ofrecerle” (*Luis*).

(Respuesta al padre de un jovencito -con una enfermedad en estadio entendido como terminal- frente a la interrogación sobre un tratamiento alternativo).

“¿Sabés Emi?, estoy preocupado por vos” (*Aníbal*).

(Comentario a una mujer que había consumido sustancias durante el embarazo).

“¿Por qué estudias este tema?, para mí no hay otra manera de atender” (*Marta*).

(Pregunta a la tesista luego de una entrevista que le realizara en el marco de un trabajo en que estudiaba contra-hegemonía médica).

“Acá te vamos a atender y a acompañar, ¿escuchaste?” (*Juana*).

(Mensaje a una mujer con una enfermedad -estigmatizante- en la piel, que necesitaba asesoramiento frente a un despido laboral. Mientras tanto la sostenía de los brazos desnudos).

“Allá los atienden muy bien y son de primera [refiriéndose a un hospital de la CABA] pero la gente anda dando vueltas buscando turnos, preocupados por la familia que quedó acá... estos procedimientos podríamos hacerlos acá y además les acomodamos todo” (*Pedro*).

(Comunicación en una reunión de gestión).

“Llamé al hospital de la zona y les avisé que a ese chico puedo verlo yo, que no es necesario que vaya al Garrahan, es un lío para la madre, ya me comuniqué con el Garrahan” (*Fernando*).

(Comunicación al equipo luego de la consulta de una mujer muy confundida frente a los resultados de estudios de su hijo y a las indicaciones de derivación).

Si como dice García Negroni, recreando a Bajtín y a Pechêux, “Diferentes voces se cruzan así en un discurso y son traídas al presente por la memoria discursiva” (García Negroni; 2010: 42), en ese presente en que nuestros médicos alejados del control social que impone el orden médico se entre-cruzan con ese/os otro/s, encuentran que esos otros también traen voces (habladas o no habladas en ese espacio). Y ambos pudieron, en este caso, encontrarse a pesar de aquello que dice Van Dijk del “acceso parcialmente controlado a los diálogos institucionales que tienen los pobres”<sup>119</sup>. Como dice Bajtín “todo enunciado, desde una breve réplica hasta una novela grande o un tratado científico, posee por decirlo así, un principio absoluto y un final absoluto; antes del comienzo están los enunciados de otros, después del final están los enunciados respuestas de otros [...]” (Bajtín 1999; 260) y en líneas anteriores decía:

[...], todo hablante es de por sí un contestatario en mayor o menor medida: el no es un primer hablante, quien haya interrumpido por vez primera el eterno silencio del universo, [...] cuenta con la presencia de ciertos enunciados anteriores, suyos y ajenos, [...]. (Bajtín; 1999: 258)

Lo interesante aquí es que el encuentro de hablantes con historia de vida y de “enunciados” se construyó desde un lugar diferente al de la lógica de la subordinación. Ahora, eso es hasta un lugar, termina justo donde los profesionales abordados entienden que comienza “el saber científico”<sup>120</sup>

¿Qué proceso siguió la polifonía en la constitución de los discursos de los actores involucrados en este estudio? Siguiendo a Angenot -recordemos que diciente con Bajtín en tanto el autor ruso no distingue asimetría de fuerzas en las voces polifónicas o que en todo caso considera las jerarquías unilateralmente al servicio de la *heteroglosia*-, podríamos decir que en situaciones como las enunciadas, vive, implícitamente la pelea

<sup>119</sup> Se introduce esta idea, ya que no nos olvidemos que el lugar de trabajo de los sujetos abordados es el sector público de salud que se encuentra mayoritariamente frecuentado por “los pobres”.

<sup>120</sup> Con esta afirmación no se niega la existencia de un saber privativo de la medicina, sino que se marca la imposibilidad de trabajar desde el encuentro de saberes, pero eso es tema para otro estudio.

de voces que tensionan desde jerarquizaciones simbólicas de discursos internalizados. A la hora de las opciones, como estas, se resuelve en rupturas o continuidades del pensamiento vigilante. Los testimonios anteriores revelan lo primero, así como en otros como en el siguiente perteneciente a una médica que no es parte del estudio, el enunciado pone a la vista la ambigüedad y también la dimensión jerarquizada que determina el formato de las prácticas:

“Yo sé que no está bien lo que voy a decir pero no sé,...se quejan de que no hay leche y que no pueden comprarla pero andan con un celular con todos los chiches. Me dan ganas de decirles... ¡compra la leche! si tenés ese celular, ¿no podes comprar la leche a tus hijos?”

En ese “yo sé que no está bien lo que voy a decir”, había voces que no coincidían con cómo continuaba la expresión. Las impresiones conceptuales e ideológicas se “amontonaron”, aún cuando triunfó una, la que portaba el control social.

Volvamos a algunos de los conceptos utilizados en los testimonios del inicio: “no tengo nada para ofrecer”, “estoy preocupado”, “les acomodamos todo”. Nuestros sujetos hablan en primera persona, son ellos no es *la ciencia* la preocupada o la que no tiene nada para ofrecer; mediaron respuestas que para la línea de este estudio forman parte de una forma científica de responder. Pero he aquí algo del secreto en este juego; desde los sujetos cuyas prácticas se encuentran involucradas en el estudio, la disociación humano-ciencia en instancias de “compromiso” con el sujeto de atención, se ejercería desde el posicionamiento -instalado en el imaginario- que se sostiene en la condición de ser, humano, y no siempre en la condición de ser, científico; como si ambas condiciones no fueran indisolubles. ¿Por qué decir esto?, porque la ciencia oficial no admite sujetos preocupados como parte del hacer ciencia, no admite que sujetos individuales no tengan nada para ofrecer, en todo caso será la ciencia la que no la tenga. Y ¿qué es lo que hace pensar que está implícita esta disociación cuando no la mencionan?: cómo se comportan cuando toca “hacer ciencia” y sus propias reflexiones en relación a sus posibilidades/imposibilidades que se desarrollan en los espacios siguientes. Estas maneras de trabajar en la intersubjetividad, rompen (aunque sea por un instante) con la

dependencia al discurso disciplinar que Foucault en la conferencia inaugural<sup>121</sup> de sus lecciones en el colegio de Francia en 1970 marcaba como el orden de las disciplinas. Pero no rompen con él “siempre”, o, como veremos más adelante, no rompen en sus “producciones científicas”. Al mismo tiempo, los testimonios, nos irán mostrando cómo también se encuentran síntomas de lucha de fuerzas en construcciones que responden a las *prácticas indirectas*.

Aun así, la esencia de las prácticas de los sujetos abordados, en ambos escenarios es diferente, es decir, en ocasiones no parecen las mismas personas. Hay “algo” en el contacto con el otro que reconstruye, reformula los formatos ortodoxos de la racionalidad. Y así como no es razonado en los términos legitimados el acercamiento “humano”, sino que deviene, no es razonada la decisión acerca de la forma *heredada* de hacer lo que se cree ciencia, que en todo caso, también deviene. Pero, la casualidad se ubica en que esa forma heredada de hacer lo que se cree ciencia, también es humana.

Por momentos pareció que tal vez forzaba demasiado las sospechas hacia una racionalización tradicional excesiva, porque, complejizando un poco el planteo, ¿qué nos indica que son portadores, como dicta la hipótesis, de una contradictoria trans-historicidad colmada de ortodoxia y de ininteligibilidad conceptual discontinuando su dialéctica a la hora de sus producciones “científicas” habladas, escritas o actuadas? Convengamos que ya contamos con una primera aproximación: podríamos seguir pensando que, los contenidos involucrados en las prácticas directas al no cristalizarse en la “ciencia” que el orden médico propone, no se representarían como científicas. Intentemos seguir respondiendo en adelante.

## **El orden de “lo humano”**

Clavreul menciona en relación a la mirada que se tiene del médico: “cuando se exaltan las virtudes de la intuición psicológica, del sentido de lo ‘humano’, ello se hace con la misma condescendencia con la que se habla del saber de la enfermera y de la entrega al

---

<sup>121</sup> Titulada el orden del discurso.

enfermo” (Clavreul; 1983: 133)<sup>122</sup>. Tampoco podríamos hablar de sujetos in-humanos, ya que hasta los más perversos no lo son<sup>123</sup>. Clavreul en su espectacular pero durísimo trabajo *El orden médico*, descuida un tanto este enfoque; en un pasaje dice “Lo que la medicina más se empeña en disimular es la ‘deshumanización’ que instaure [...]” (Clavreul; 1983: 283). Pero, la medicina arrasada, devastada y los sujetos médicos arrasados, devastados por el orden médico vigente no dejan de ser humanos, con sus miserias y con sus triunfos. “Nuestra humanidad resiste a nosotros mismos. Nuestras organizaciones continúan llenas de pasiones, rencores, competencias, narcisismos heridos y floridos. Ineludiblemente llevamos nuestra humanidad a todas partes”. (Onocko Campos; 2003: 103-120).

De qué categoría de humanidad se habla en este trabajo y qué idea de humano está representada en las *prácticas directas*. Es posible que confluyan. Porque si sus discursos están corridos, es porque su humanidad está corrida. Y es esto lo que inspiró la búsqueda, no al revés.

Entonces aparece en este trabajo algo de lo humano (ni bueno ni malo) que el orden médico en tanto orden al interior del capitalismo pareciera no haber disciplinado.

La idea de *humanidad* trabajada, se descuelga de una historia de pasiones, humano sin humanidad correcta, humano de desnudez. Humanidad sin tiempo y de otro/s tiempos. Un lugar-cito donde la racionalidad tecnocrática no arrasó, una porción donde lo que es, nunca debió dejar de ser, donde lo humano no se volvió post-humano. Porque si, como transmite claramente Esther Díaz,<sup>124</sup> “transitamos un estadio post-humano” al mismo tiempo que cuestiona a “la racionalidad científica pretendidamente universal que nos arrastró al anonimato técnico”, podemos decir que en “algunos momentos” de las experiencias estudiadas, pareciera que se rescatan escondidas (de la tecno-ciencia) porciones rudimentarias de cuerpos, ideas, enojo, risa, simetría, asimetría, ira, sacudimiento, deseo. Pero, desde esta línea, al igual que en la relación *prácticas-orden*

---

<sup>122</sup> La impresión vulgar se sorprende de las condiciones que menciona como humana y de entrega en médicos y enfermeros, que -sin ser esas las lecturas adecuadas- son inherentes al ejercicio de ambas profesiones.

<sup>123</sup> “Suele decirse que los torturadores son “inhumanos”, ¿de dónde salió eso? Únicamente el humano tortura o traiciona”. En: Díaz Esther *La trampa humanista*. <http://www.estherdiaz.com.ar>.

<sup>124</sup> En: <http://www.estherdiaz.com.ar>. *Rigor científico y sus consecuencias bio-políticas como propedéutica para una filosofía de la educación*.

*médico* habría que preguntarse si es alentador o si es condición (que distrae) de la persistencia caprichosa de la post-humanidad.

Y ahora sí, y ya en esta experiencia de estudio en la que me ocupo de un sector -ya muchas veces definido- de la medicina, hablo de la posibilidad de intersubjetividad -humana- como un instante volátil de corrimiento del biopoder (médico), del orden médico vigente. No está diciéndose que no se sea humano cuando se responde al biopoder y cuando se es moldeado por él, está diciéndose que si buscamos, podemos encontrar una *condición humana* que pareciera deslizar comportamientos por fuera del orden médico, donde también la *condición humana* se entrecruza. Foucault sostiene que “Durante milenios, el hombre siguió siendo lo que era para Aristóteles: un animal viviente y además capaz de una existencia política; el hombre moderno es un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente” (Foucault; 1998: 173). Más precisamente entonces se habla del encuentro (humano) de vidas de seres vivientes corridas del entredicho y con una existencia política por un momento compartida. En definitiva se trata de una intersubjetividad imprevista arrasada por otra cosa que no es la esencia del orden médico. La misma que inspiró a Jorge (casi gritando) cuando protestó:

“¡Me molesta que se atienda más a la gente que más demanda. Entonces al que no pide nada no le damos nada!”

Esta cuestión, que no sería llevada a un “trabajo científico”, y que de hecho no es llevada, no viene del deber ser románticamente altruista, pareciera emerger visceralmente. Entonces cuando estamos frente a sujetos que no usufructúan la categoría de humanidad en clave de un perverso *humanismo humanitario* podría estar pasando que no sepan cómo llevar lo encontrado, pensado, sentido, al terreno de la ciencia (humana). Podríamos preguntarnos, ¿por qué tendrían que llevarlo?, decir que tendrían que hacerlo responde a una línea de pensamiento, la de este estudio, lo que sí es posible sostener es que nuestros sujetos se mueven en “dos aguas”. Tal vez entremos en una elucubración demasiado arriesgada si pensamos en una de esas aguas, como *la masa* (profesional) que

define Freud, y, la otra como la de la *trinchera* (laboral) donde irrumpe “lo humano”. Aun así, vayamos a la primera:

Por un momento reemplaza [la masa] a la sociedad humana global, que es la portadora de la autoridad, cuyos castigos se temen y por amor de la cual uno se ha impuesto tantas inhibiciones. Evidentemente, es peligroso entrar en contradicción con ella; uno se siente seguro siguiendo el ejemplo de los demás y, llegado el caso, ‘aullando con la manada’. En obediencia a la nueva autoridad es lícito rescindir la anterior ‘conciencia moral’ y entregarse a los halagos de la ganancia de placer que uno de seguro alcanzará cancelando sus inhibiciones. En definitiva, no es tan asombroso, pues, que los individuos de la masa hagan o aprueben cosas a las que habrían dado la espalda en su vida ordinaria (Freud; 1979:22)

“La masa es extraordinariamente influible y crédula; es acrítica, [...]. Por eso no conoce la duda ni la incerteza” (Freud; 1979: 20). Este arrasamiento también formaría parte de los sujetos en que nos detenemos, pero, se ve interceptado por disrupciones procedentes de las opciones -no deliberadas- frente a la coexistencia de voces asimétricas.

Vamos a la segunda, al orden de lo humano que arrastra y que cristaliza en los discursos/prácticas de esa “porción” de la medicina a la que se hace referencia como con capacidad de inter-subjetivar genuinamente. Se diferencian de aquellos que tienen marcado a fuego el proceder hegemónico -que son siempre *masa-*, en que en Pablo, Luis, Aníbal la categoría humanidad (visceral en contexto de clases) es la misma que la de aquellos con quienes entran en contacto en las prácticas cotidianas. Parecieran sostener algo de lo que dice Arendt “[...] los hombres en plural, o sea, los que viven, se mueven y actúan en este mundo, sólo experimentan el significado debido a que se hablan y se sienten unos a otros a sí mismos”(Arendt; 2009: 16/17).

A continuación se transcribe un pequeño diálogo con Pedro luego de que comentara, tal como se muestra en sus propias palabras<sup>125</sup>, su preocupación acerca de algunas derivaciones de pacientes a centros de mayor complejidad y que planteara alternativas. Lo que pareciera necesario retomar es que hacía hincapié no solo en los costos económicos, sino también en los simbólicos para la población.

---

<sup>125</sup> En página 112.

E: “¿Cómo es que esto que acabás de decir nunca forma parte de tus trabajos científicos?”

P: “Nooo, yo estoy en la trinchera, no tengo tiempo para escribir”

E: “Sin embargo presentás trabajos en Jornada congresos”

P: “Es que...no sé cómo hacer para decir eso”

“Eso”, donde lo humano no es sinónimo de sensiblería, donde podría volverse un abordaje constitutivo de la salud, es innombrable en términos teóricos y al mismo tiempo es donde convergió el cruce de humanidades; seguidamente *Pedro* agregó:

“¿Vos sabés lo que es tener que andar por Buenos Aires con tu marido, preocupada porque tenés a los chicos acá?”

Pensemos que esta forma de inter-subjetivar, más ligadas a las *resistencias* que al control social, no suele ser las más transmitida a través de los recursos orales, escritos, y visuales con el que el mundo institucional de la salud “contiene” a sus trabajadores. Lo que llega como transmisor de lecturas sociales desde la racionalidad oficial y con intenciones “humanizantes” suele tener el tono que se transmite a continuación:

En la página web del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, bajo el título, *Capítulo II. El médico y el paciente*, aparece un cuadernillo con este texto dentro de un texto mayor *los médicos no deben abandonar a los pacientes moribundos, sino que deben continuar la entrega de una atención “compasional”*<sup>126</sup>.

Esta idea de compasión que propone el sistema, sirve como “indicador”, junto a muchos otros, para pensar cómo puede colarse en los huecos una propuesta “humanizante humanitaria” que por un lado no se incorpora a la ciencia y que por otro no propicia un encuentro de iguales. Propicia *la vuelta del sujeto*, pero de un sujeto superior, el médico que “compasiona”.

No obstante, muchos testimonios muestran que los mecanismos hegemónicos que acechan, como este inocente “consejo”, no siempre caen en “saco sano”.

---

<sup>126</sup> Comillas de la tesista.

¿Es posible romper con el orden médico al interior del orden médico?

### **Alrededor de lo visible y de lo invisible. *Cosas del ojo clínico***

Sin desconocer el atropello que como dice Le Bretón el emprendimiento de los *anatomistas* de los siglos XVI y XVII implicó en la ruptura de la correspondencia entre *la carne del hombre y la carne del mundo* (Le Bretón; 1990: 59-60), sin desconocer que esa historia que comienza cuando “[...] el cuerpo adquiere peso dissociado del hombre [...]” (Le Bretón; 1990: 47), sin desconocer el borramiento del cuerpo -humano- en la modernidad que “[...] remite a la escisión entre la cultura erudita y lo que queda de las culturas populares [...]” (Le Bretón; 1990: 59), pareciera ser necesario -si prestamos atención a algunas escenas cotidianas en el ámbito de la salud-, poder mirar teóricamente más allá de los síntomas de la razón médica moderna históricamente constituida, o, más humildemente, descubrir algunas disrupciones. Revisémoslas primero, para luego mirar el escenario actual de las prácticas médicas.

Al situarnos en los estudios que involucran el análisis de la relación del médico con el cuerpo del otro ( Foucault; 2008; Clavreul; 1883) y tratando de sintetizar los vaivenes de esa relación en la historia alrededor del surgimiento de la *clínica*, podríamos decir que hubo un tiempo, el de la medicina clasificadora predecesora del método anatomo-clínico en el que el espacio de configuración de la enfermedad gozó de independencia de su estado de localización (Foucault; 2008: 24) y un tiempo breve de superposición del cuerpo de la enfermedad y el cuerpo del hombre enfermo, cadavérico o condenado a morir, coincidente con las prácticas de anatomía patológica del S. XIX (Foucault; 2008: 23). Este contacto material a que era sometida la enfermedad-muerte del cuerpo fue en el tiempo relegado frente a los avances de la fisiopatología que alejaba el cuerpo del hombre de la enfermedad y del cuerpo del médico; al mismo tiempo, mientras necesitaba de un hombre vivo iba sembrando las bases de una mirada dirigida a una enfermedad ya sin cuerpo. Hoy vemos, leyendo desde estas perspectivas de fondo cómo el caso interesante es casi sinónimo de enfermedad abstraída del cuerpo.

En este escenario de cuerpos-no cuerpos en el marco del nacimiento de la medicina moderna es necesario retomar el juego discursivo, instalado en el marco de las relaciones materiales, visible-invisible, visible-enunciable. Foucault dirá, “El correlato de la observación no es jamás lo invisible sino siempre lo inmediatamente visible, una vez apartados los obstáculos que suscitan a la razón las teorías y a los sentidos la imaginación”<sup>127</sup>(Foucault; 2008: 149) y profundizará en la “invisible visibilidad” como núcleo de la perspectiva epistemológica de la anatomía clínica (Foucault; 2008: 221).

En el marco de este estudio resulta oportuno detenerse en el lugar de la palabra del “enfermo”, que como interpreta Díaz en relación a la posición de Foucault, se vuelve en la medicina positiva, un signo más que se desprende del cuerpo enfermo y que pasa a ser del “orden de lo visible” (Díaz; 2010: 45-46); es decir no ocuparía el lugar de representación a tener en cuenta en el ámbito de decisiones compartidas, sino que de esa palabra escuchada el médico logra “ver”, siempre a través de su propia metabolización del “dato hablado”.

Podríamos decir que se trata de un tiempo de “sentidos que razonan”, desde la confianza infinita en la experiencia se dibuja una nueva razón en ella.

Volviendo al desarrollo de la anatomía patológica, el médico luego ya no necesitará a partir de ella la palabra-recurso. Será la observación la figura paradigmática, llegando a una relación visible-invisible, cada vez más mediatizada por la tecnificación de las lecturas de la enfermedad en el cuerpo, que harán que el médico visibilice no ya con la palabra, no ya con la observación, sino con lo que le acerca la ciencia separada del cuerpo del enfermo (sobre la enfermedad del cuerpo del enfermo) y de su propio cuerpo (médico). Representan el destino final de esta “mirada ortopédica” lo que hoy llamamos en términos amplios *estudios de alta complejidad*. Esos estudios que muchas veces vía *penetración virtual*, otras *molecular* disuelven, desarman y rearman el cuerpo. Desviémonos por un instante para exponer un acontecimiento tecno-médico de “miradas” que resulta gráfico:

---

<sup>127</sup> “La figura de lo invisible visible, organiza la percepción anatomo-patológica” (Foucault; 2008: 226).

En el marco de un estudio ecográfico abdominal, el profesional explicaba -con respeto y gran amabilidad- a la propietaria del abdomen “expuesto en una pantalla”, las anomalías que vislumbraba, siempre en la pantalla. Por momentos parecía que realmente ese abdomen no pertenecía al cuerpo de la mujer sino que había sido absorbido por la máquina, y, por un instante, el médico pareció estar preso de esa ficción. Fue la voz asustada e interrogante de la mujer acerca de las anomalías, la que acomodó la escena. El médico la miró, a ella, y pareciendo hacer una reparación rápida de su fascinación, tocándole el brazo dijo: “espere, espere, pueden ser muchas cosas, sea lo que sea estamos a tiempo”.

Podríamos decir que en ese acontecimiento se dio una especie de viraje, en el profesional en juego, desde una de las formas -tecno-científicas- que tomó la mirada vigilante en nuestros tiempos hacia la recuperación, en términos de Le Bretón (1990) de “un cierto espesor del mundo”<sup>128</sup> en la mirada. No creo que sea insistente decir, que estas reacciones, estos re-posicionamientos, son los que desatan los vaivenes analíticos en este estudio.

En los hospitales encontramos a diario escenas y testimonios que muestran la cristalización sintetizada de los formatos que fueron dándose alrededor de la instalación de *la clínica*.

*Un clásico* de la palabra no escuchada, sino vista, combinado con resabios de la clasificación pre-clínica que define conductas, es el repetido ejemplo de aquellas mujeres que irrumpen en los hospitales sintiendo que están a punto de dar a luz y obtendrían un:

“no gordita, no tenés dilatación suficiente”

Ó

“la ecografía dice que estás de 36 semanas”

Ó

“todavía no rompiste bolsa”

Ó

“andá a tu casa que falta”

---

<sup>128</sup>En este análisis se está haciendo un uso metafórico de las elucubraciones de Le Bretón (1990:105), ya que en realidad él trabaja el tema en relación a la mirada urbana.

Y muchas veces, la mujer-gordita, volvería luego de un parto domiciliario. Es decir, lo que se “ve” del decir del otro es re-mirado a la luz de las categorías pre-existentes y no es posible “escuchar” el saber -desde el cuerpo- que el otro trae.

Hablábamos en líneas anteriores de la clasificación *pre-clínica*, que, como resabios de otros tiempos suele convivir con la *mirada clínica*. Adorno entiende que: “La clasificación es una condición del conocimiento, no el conocimiento mismo, y el conocimiento por su parte disuelve la clasificación.” (Adorno; 2004:236). En el testimonio expuesto, si se hubiera posibilitado el conocimiento desde el encuentro de saberes, se hubiera disuelto la clasificación que impuso qué hacer o qué no hacer.

Veamos otro ejemplo común:

“¿Qué le anda pasando?”

Esta pregunta de médico a “paciente” se acerca al “¿Qué tiene usted?” con que ilustra Foucault (2008:20) la forma de interrogar, en tiempos previos al *nacimiento de la clínica*.

Sin embargo, esta es una pregunta del médico que muchas veces cuando el “paciente” le cuenta “aquello que le anda pasando” y por añadidura arroja sus representaciones en torno a su estado, termina en un “no, no es eso”. Aquí se suma la desacreditación manifiesta a episodios del saber del enunciante del síntoma, sobre todo cuando no viene a tranquilizar frente a alguna fantasía de enfermedad amenazante. Aquello que se ve a través del decir del otro, es re-visto por el médico. Porque “escuchar desde lo escuchado” implicaría una articulación entre ambos, médico y usuario, correspondiente al orden del saber, y a veces el saber del otro no puede entrar en la escena.

Luego de la presentación de la repetida afirmación de pacientes:

“A mí me parece doctor que yo tengo tiroides”

Raramente se escucha:

“¿Qué le hace pensar que tiene problemas de tiroides?”

Ahora, haciendo un giro en términos de los datos encontrados, refrescando la esencia del surgimiento de *la clínica* y de su re-configuración contemporánea, y volviendo a las *prácticas* encontradas por fuera de encuadres de control social, impone re-mirar algunos testimonios de los sujetos reunidos en este estudio.

Detengámonos en aquel testimonio de *Pablo* hacia la madre de un niño que estaba atendiendo:

“¿Y vos cómo lo ves?”

Pedirle a esa mujer que su mirada en relación al hijo fuera enunciada, no es lo mismo que solicitar una narración materna para ver el adentro y afuera del cuerpo del niño con sus propios (médicos) ojos.

Cuando *Aníbal* le dijo a Emi:

“Estoy preocupado por vos”

Le estaba diciendo que estaba preocupado por una mujer que acababa de ser madre y era adicta. Decir *por vos*, no es lo mismo que decir “por tu toxicidad”, “por si seguís consumiendo” o “porque no vas a poder atender bien a tu hijo”. No fueron esas acotaciones que se escuchan habitualmente, provenientes del discurso médico oficial centrado en el síntoma o en la moral, las que sonaron.

Otro testimonio:

*Marta* atendía a un varón adolescente que durante mucho tiempo tuvo “indicada” la ingesta de corticoides. El joven mostraba un aspecto de inflamación sobre todo en el rostro.

Luego de un tiempo acudió a una consulta sin rastros de hinchazón en el rostro y “confesó” que no estaba tomando la medicación. *Marta*, con una tranquilidad que no es común en los representantes del modelo médico cuando se desoye lo indicado, acotó:

“Y vos ¿cómo te sentís?”

“¿Cómo vas en la escuela?”

Los testimonios de estos tres últimos enunciadores se auto-sostienen analíticamente hablando. No caben aquí las acotaciones realizadas en relación a la transparencia de la lógica lineal de la razón médica que se desataron en relación a los anteriores discursos y acontecimientos. Tienta buscar las condiciones de producción de los matices que la práctica discursiva asume en nuestros tres sujetos, pero no es el motivo de este estudio<sup>129</sup>.

Sí responde a los interrogantes de este trabajo continuar profundizando en los episodios entendidos como “científicos” en que participan médicos con un estilo de trabajo como el develado en los tres últimos testimonios.

---

<sup>129</sup> Sin embargo sí se hizo con los otros testimonios. La intención estuvo relacionada con -además de ejemplificar los destellos de la historia moldeando la cotidianidad de la salud actual-, propiciar la irrupción de marcas diferenciales en los actores en que inspiran el estudio.

## ***La autoridad, o el padre en el cuerpo: Coexistencia contradictoria de voces pasadas y presentes***

### **III-PENSAR EL ATRAVESAMIENTO DE LA VOZ AUTORITARIA**

Los sujetos `olvidan´ que ya fue dicho - y esto no es un olvido voluntario- para que al identificarse con lo que dicen, se constituyan sujetos.

E. Orlandi (2005)

Tanto para entender cómo una subjetividad se somete a otra (la autoridad), como para entender como una subjetividad resiste al mandato de otra, viene muy bien pensar algo que Samaja plantea en estos términos:

Se trata de re-examinar el concepto de autoridad y analizar las razones profundas por las cuáles una subjetividad admite las expresiones de otras subjetividades. De reconocer hasta qué punto la contractualidad interindividual *no puede*<sup>130</sup> hacer abstracción del contexto histórico social en el que se ha constituido [...] De averiguar si los procesos en que las consciencias asumen un legado establecido por la Autoridad (de los textos, la tradición o el maestro) son meramente reiterativos o existe allí una dialéctica en la que se producen incrementos de sentidos y finalmente transformaciones revolucionarias. (Samaja; 1997: 371)

Pierre Bourdieu sostiene: “yo no pienso que la razón habite en la estructura de la mente o del lenguaje, reside más bien en cierto tipo de condiciones históricas, en ciertas estructuras históricas del diálogo[...]”(Bourdieu 2005: 267) y en torno a su posición Wacquant refuerza, “en opinión de Bourdieu la razón es un producto histórico, pero uno altamente paradójico, en el hecho de que puede “escapar” a la historia bajo ciertas condiciones [...]” Wacquant (2005: 85). Podría decirse, si miramos los términos de la hipótesis al revés, que nuestros sujetos escaparon -por

---

<sup>130</sup> Cursiva del autor

instantes- a la historia en tanto trascendieron en el cara a cara, la *civilización científica* de la racionalidad. Racionalidad/irracionalidad confusa; veamos en lo que sigue un testimonio de *Diego* mientras mostraba un “manual” de Metodología de la Investigación Cualitativa:

“¡Lo dice este libro!”

Parecía que el libro de *Diego* no tenía autor, se había auto-constituido. Entre un *sin sujeto* y un *sujeto todopoderoso*. Su autor era más que un autor... era un padre, un padre sin rostro, porque como sostiene Foucault “[...]; en el orden del discurso científico, la atribución a un autor era, durante la Edad Media, un indicador de su veracidad. [...]. Desde el siglo XVIII esta función no ha dejado de oscurecerse” (Foucault; 2004:30). Lo interesante es que el libro versaba sobre la metodología de la investigación llamada cualitativa que, si bien no es cosa menor, el testimonio tiene al menos dos aristas. Una que habla de la elección que hizo un médico, perteneciente al grupo seleccionado, en relación a un direccionamiento no fácilmente aceptado en el mundo de la ciencia médica; habría allí algo de la relación que mantiene con la población atendida que le exige idear otros acercamientos. Pero la segunda es que lo incorporó como recurso necesario en investigación en salud desde el mismo mecanismo que cualquier manual tradicional. Es decir, cuando dijo, parándose de la silla en la que se encontraba, “lo dice este libro” -en el marco de un debate acerca de la posible “división” entre métodos cualitativos y cuantitativos y de su defensa acerca de la existencia de una forma específica de transitar “pasos” para trabajar cualitativamente- no cabía discusión, la voz venía del “más allá” del propio libro. Probablemente para *Diego* venía de su disciplina científica, porque “la disciplina es un principio de control de la producción del discurso. Ella le fija sus límites [...]” (Foucault; 2004: 38), aún cuando el enfoque de “el libro” no intentaba reproducir los lineamientos epistemológicos de la disciplina. Pero él lo re-locó en la lógica de la ciencia médica.

Recuerdo haberle dicho,

“Pero Diego, el libro tiene un autor, que es gente como vos... como yo [...]”

La respuesta fue:

“¡te digo que es así!”

La palabra autoritaria exige nuestro reconocimiento y asimilación, se impone más allá del grado de persuasión; está previamente asociada a la autoridad. La palabra autoritaria se encuentra en una zona lejana, orgánicamente relacionada con el pasado jerárquico. Podría decirse que es la palabra de los antepasados. Ya fue reconocida en el pasado, es una palabra pre-existente. (Bajtín; 2011: 81)

Fácilmente podría analizarse la esencia de esta última afirmación desde la idea del poder de la ciencia médica que puede atravesar cualquier *campo* de estudio que se impone; sin embargo ese es un camino que si bien ha resultado clarificador, necesitamos avanzar por sobre él.

Ese conservar que contempla la hipótesis que llega en un viaje trans-histórico simbólico, no es ni lineal ni sólo de ida. He aquí una alusión de Bajtín que resulta develadora; él diferencia la resolución de la palabra ajena en la propia subjetividad en relación a si se trata de palabra autoritaria o de formación ideológica:

En general el proceso de desarrollo ideológico se caracteriza precisamente por una diferencia tajante entre ambos tipos de palabra ajena. Para la conciencia la palabra autoritaria (religiosa, política, moral; la palabra del padre, de los adultos de los maestros) carece de intrínseca convicción; y la palabra intrínsecamente convincente carece de autoridad, no la sustenta autoridad alguna y suele carecer de reconocimiento social (de la opinión pública, de la ciencia, de la crítica) e incluso de legitimidad. (Bajtín; 2011: 80-81).

Entonces no es desalentador cuando nos encontramos con sujetos atados por imposición (y no por convicción) a la palabra autoritaria. Si no se tratara de imposición y si de convicción, de conciencia, no estaríamos frente a encuentros intersubjetivos de verdad a partir de las contradictorias prácticas de los sujetos abordados.

*Diego*, para quien el libro sin nombre era una autoridad in-debatible, también fue quien se opuso a que desde el sistema judicial se tomara una medida que arrasaba con la decisión de una familia confusamente cuestionada:

“Noooo, no se puede actuar así, hay que escuchar a los padres... vieran lo desesperado que estaba ese chico”

Podríamos decir que a la autoridad judicial, por judicial y no médica, sí se animó a desafiarla, pero sabemos de lo “pegaditos” que suelen venir los prejuicios al pensar médico si entendemos a la medicina como un dispositivo estructural de control social, y, no lo reprodujo. Pero, en este estudio no es la cuestión central la imposición de *Diego* frente al ámbito judicial, sino contra la voz del control social albergada, como una vertiente, en el principio de autoridad en medicina.

*Fabiana* dijo al equipo:

“se va el píloro”

Esta expresión puede tranquilamente interpretarse desde las abundantes dimensiones teóricas acerca del lugar mecanizado y disociador del cuerpo que enuncian las obras denunciantes de lo que llamamos orden médico. Un orden médico que traslada autoridad en el tiempo. Sin embargo, observándola trabajar sobre el cuerpecito del “dueño” del píloro y relacionarse con sus padres, no podría decirse que en algún momento dudó de la integralidad de ese niño y de su pertenencia a una vida “social” de la que venía y a la que volvería. Pero, frente a su representación de ciencia, se iba una parte, el píloro; frente a los padres del niño, se iba Joaquín. ¿Qué habría aquí de distinto a los decires de los más recalcitrantes personajes de la medicina hegemónica, si jamás escuché a un médico ortodoxo, decirle a una persona atendida o a su familia semejante cosa como “se va la fractura de cadera”? *hay de distinto*, la concepción de salud y la ubicación en las prácticas sociales. Porque si bien es cierto que nunca un médico diría “la hernia de su esposo se va”, cuando su pertenencia incondicional al orden médico lo marca no

necesitaría expresarse de esta manera, es decir que aunque llame al “paciente” por su nombre, suele darle el alta a la hernia. Y aunque *Fabiana* sobredimensionó el píloro en el pase, le estaba dando el alta (ella) a un sujeto social.

Entonces, otra vez, hasta podríamos seguir hipotetizando de la siguiente manera: no sólo la discontinuidad es entre dos planos de actuación (el de las *prácticas directas* e *indirectas*) sino que la continuidad hegemónica en el interior, sobre todo, del plano de las prácticas indirectas del “actuar científico”, por lo menos es frágil. Viene muy bien, en el caso de este testimonio en particular y de los sujetos abordados en general, lo que dice Salas (2004) cuando sugiere no reducir el significado de los enunciados a su verificación lógica sino prestar atención a sus contextos de uso. Y acentúo esta idea por dos cosas, porque la expresión en el testimonio elegido no se sostiene de un plano al otro, entonces la expresión que resultó de *Fabiana* no es garantía de un sentir desde la razón moderna, sí de un decir desde la razón moderna. Como dice Eni Orlandi:

El sujeto dice, piensa que sabe lo que dice pero no tiene acceso o control sobre el modo con el cual los sentidos se constituyen en él. Por eso es inútil desde el punto de vista discursivo preguntar al sujeto qué quiso decir cuando dijo `x´ [...]. (Orlandi; 2005; 32)

Tal cual plantea la hipótesis y propone el marco teórico, se verán en adelante los cuatro nudos relacionados con la cristalización de la *autoridad*, es decir, los mensajes hipocráticos, los mandatos del Higienismo, de la ciencia y sus organizaciones y aquellos que proceden de la vida cotidiana.

### **A y D de H. (Antes y después de Hipócrates)**

El equipo de salud estuvo trabajando en la situación de una niña que transitaba por una enfermedad en instancias muy cercanas a lo que se espera (clínicamente) como fase terminal. *Luis* formaba parte de ese equipo. Las estrategias en las que se trabajó estuvieron atravesadas entre otras cosas por: entrevistas en profundidad con su mamá -y esto fue así en relación al lugar que la niña ocupaba en la historia complicada de su madre, hacia la que se tejían prejuicios institucionales-, incorporación de un acompañante familiar

para “descomprimir” las condiciones cotidianas de la madre, y, reuniones con equipos de otras instituciones en proyección al logro de coberturas dignas en relación a las dimensiones de vida de la familia.

Luego de un tiempo, la niña presentó una remisión transitoria, pero prolongada, de la enfermedad. *Luis* sorprendido por el resultado de los análisis dijo “no se entiende, parece un milagro”.

Por supuesto que *Luis* no estaba hablando de un milagro en sentido místico. Estaba hablando de la imposibilidad de entender cómo había sucedido “eso” que no entraba en lo esperable en la conducta de los órganos. Sin embargo él había participado del trabajo “extra-orgánico” como parte del equipo, pero no lo incorporó en el análisis a la hora de los resultados. Ahí no estuvo la ciencia para él. Y probablemente no se trataba de un no reconocimiento hacia otras disciplinas, porque allí no se ubica el problema, en todo caso pertenecía al hacer científico de otras disciplinas, pero no al de la medicina. Entonces, por derivación podría decirse que él mismo registraba su participación como no científica, porque como la orientación científica ortodoxa de la medicina deja afuera todo lo que no es orgánico, se representó a su comprometida presencia en el equipo como una responsabilidad humana -en todo caso del profesional científico que es-, pero no como hecho inherente a la ciencia. Si ponemos en relación su testimonio anterior, donde en otra ocasión decía “no tengo nada más que ofrecerle”, con su última interpretación, en ella desapareció él (no se recuerda) como sujeto, y sin embargo sí había estado y lo había hecho fundiéndose en la colectividad científica que intervino con la niña, construyendo estrategias que probablemente fueron parte de la *determinación* de la remisión transitoria de su enfermedad.

Testimonios como este hacen pensar que dar con esta fantasía, sólo fantasía de milagro los colocaría simbólica y dolorosamente en el lugar de la medicina que, sin pretender exagerar, podría pensarse como pre-hipocrática, sitio sentido como “primitivo” y del que escapar se lograría abrazando a la ciencia oficial vivida como criterio infalible de civilización; de allí el salto discontinuo.

Sigamos pensando acerca de las dimensiones, a veces ancestrales, que se embrollan en los formatos de los discursos. No importa si los textos de los tratados hipocráticos, como

*corpus hipocraticum* son o no de Hipócrates<sup>131</sup>, de quien se piensa que vivió en el siglo V a.C.; lo cierto es que representacionalmente así han circulado y más allá de todos los análisis que puedan hacer historiadores acerca de su significado político en época de su difusión<sup>132</sup>, en la cabeza de nuestros médicos es el padre de la medicina. Sus escritos, aparecen como una sistematización -laica- de la medicina que seculariza<sup>133</sup>, des-sacraliza a las prácticas médicas. Miremos la fuerte sanción de los *escritos sagrados* contenidos en los tratados, cuando su autor refiriéndose a “los charlatanes” dice, “Éstos, en efecto tomaron lo divino como abrigo y escudo de su incapacidad al no tener remedio para servirse [...]” (Hipócrates; 1990: 400). Aquí hay dos cuestiones, una es que nuestro Luis/médicos debe/n huir de ese lugar a través de la ortodoxia y otra es -y qué paradójico es cómo viene de bien Hipócrates para este análisis-, cuando en los escritos que se le atribuyen dice: “Pero su fundamento y causa lo consideraron los hombres como una cosa divina por su inexperiencia y asombro, ya que en nada se asemeja a lo demás. Pero si por su incapacidad de *comprenderla*<sup>134</sup> le conservan ese carácter divino [...]” (Hipócrates; 1990: 399). Ese es el punto, la falta de comprensión conduciría a la representación -realmente no sagrada- de milagro, y, evitar sentirse en ese lugar, si se quiere confuso, encuentra el abrigo -aquí al revés que en el tratado- en la ortodoxia científicista.

Luis sintió poner su humanidad en el milagro -porque después de todo participó-. Y no puso el acontecimiento en la ciencia porque probablemente no contaba con conceptos para entrar en ella.

---

<sup>131</sup> Consultar Pedro Laín Entralgo en <file:///C:/Users/nora/Documents/TESIS/lain%20entralgo.htm> quien aporta datos acerca de las diferentes interpretaciones sobre la autoría. Cabe acotar que más allá de los acuerdos o no que pueden tenerse en relación a la lógica de su estilo de análisis histórico, es un “clásico” en recopilación de material sobre la historia de la medicina.

<sup>132</sup> Ídem., para conocer sobre su difusión.

<sup>133</sup> No hay acuerdos entre los estudiosos del tema acerca de si en la Antigua Grecia hubo un cambio sucesivo de lo mítico-sagrado a lo racional o si convivieron ambos estilos por mucho tiempo. Además, previo a esta “laicidad” de la medicina, ya se piensa en “prácticas médicas”. Moledo va a decir “[...] la medicina griega no salió de la nada: civilizaciones que la antecedieron en 2500 años o más como la Mesopotamia o Egipto tenían por supuesto sus prácticas médicas asociadas con conjuros, imprecaciones mágicas [...]” (Moledo, L. “La medicina de Hipócrates a Galeno” en *Historia de las ideas científicas. De Tales de Mileto a la máquina de Dios*. Bs. As. Página 12/2013. Págs.3-15). Es interesante conocer la historia/leyenda de Asclepio para los griegos o Esculapio para los romanos para luego entender cómo se fueron dando los sistemas de atención que derivaron en la aparición de escuelas en el siglo VI que se anexaban a los templos. Y de una de ellas, Cos, surgirá Hipócrates.

<sup>134</sup> Subrayado de la tesista.

Es común escuchar a los médicos y más aún a los que caracterizamos como claramente inscriptos en el MMH, cuando “algo se sale” de lo orgánico, frases como “eso es filosofía”, entonces otra vez atrae un enunciado que consta en los tratados hipocráticos:

Dicen algunos médicos y sabios que no sería posible saber medicina sin saber qué es el hombre. Tiende su lenguaje hacia la filosofía. [...]. Pienso por mi parte que todo aquello que los sabios y los médicos han dicho y escrito sobre la naturaleza se ajusta menos al arte de la medicina que al de la literatura, y creo además que sólo a partir de la medicina es posible conocer algo cierto sobre la naturaleza. (Hipócrates; 1990: 160-161)

Qué difícil resultó y resulta des-hacerse del origen histórico ligado a la idea de filosofía; es como una sombra que obstruye y de la que los sujetos abordados en este estudio, entran y salen.

Aquí retomemos la idea de trans-historicidad contradictoria, en cuanto estos testimonios muestran cómo el movimiento dialéctico no sólo conduce a los médicos a “agarrarse” del atrás más o menos sistemático que ensayó Hipócrates y garantizó la anatomía patológica para controlar los cuerpos y las emociones, sino que también los conduce a sentirse atraídos por lo que juzgan irracional, es decir, la pasión que se prende y se escapa de su propia y profunda humanidad.

De alguna manera podría estar ocurriendo que en aquellas instancias en que la condición humana -invariante- de encuentro con el otro, propone una relación tan fuerte, tan no asimétrica -y corramos ese ejemplo límite de milagro-, que la forma de escapar a esta des-contención re-significada como una vuelta hacia atrás en la historia, encuentra una salida en aquello que Hipócrates o el *Nacimiento de la Clínica* (no importa qué antes, qué después), marcó como lo que debe ser.

En estas elucubraciones en torno a la confusa relación humano-ciencia conviene hacer un paréntesis. Clavreul sostiene que “es cierto que los médicos mismos consienten en reconocerles sin tapujos una primacía científica a la biología, [...]” (Clavreul; 1983: 53), cuestión que ubica a la medicina en la función de aplicación y la vincula -desde un proceso de ennoblecimiento- al ‘factor humano’ (Clavreul; 1983: 53).

Diré nuevamente que desde la posición de este trabajo, la *condición humana* es considerada como constitutiva de la ciencia, y, se intuye que ese ámbito que aparece

para la ciencia oficial como cercano a la ciencia aplicada, engendra “material” concreto y simbólico que si fuera recuperado teóricamente constituiría otra forma de “hacer ciencia”. Esta otra forma es la que no es considerada -como una respuesta a la no habilitación desde la medicina ortodoxa-, ni en la actuación desde dimensiones extra-orgánicas, ni en aquellas que pueden entenderse como específicas (biológicas);

Veamos el formato de trabajos en los que durante su interpretación los médicos no se habilitan a internar lo encontrado en el juego de la realidad.

Seguidamente, un ejemplo de presentación de estudios científicos:

“Paciente de sexo femenino de 7 años de edad que es internada por: [...]”

“Se realizó laboratorio inicial que mostró: [...]”

“Reúne criterios para: [...]”

Aclaremos algo, no se trata de la eliminación de esos trabajos, se trata de su reconsideración epistemológica en tanto condiciones de producción y deseo.

### **Lo que el viento *-higienista-* nos dejó.**

Se puede decir también que la naturaleza del hombre es la `historia´ [...].

A. Gramsci (1984)

Hace...no muchos años, en la sala de espera de un hospital de la ciudad, un cartel insultaba:

**Venga Limpio y Aseado**

Cuando, como aparece en el inicio de este capítulo, daba con testimonios de referentes que permitían acceder a la comprensión de las formas de transmisión de “aquello de otras épocas”, es decir, para acceder a la comprensión del pasaje trans-histórico,

encontré que mensajes como ese cartel, cuyo texto sobrevivió más allá de la época higienista, son “buenos maestros”. Pensar en el *Higienismo*<sup>135</sup> es pensar en “una estrategia de estado” entre 1880 y 1930 en que los intereses nacionales necesitaban de una medicina política como mecanismo de control del “desorden” ocasionado por la inmigración europea. Y había que, entre otras cosas, “higienizar” ideas. Se trató de “[...] casi un movimiento y un sistema laico de creencias (que) constituye [...] la base doctrinaria más sólida de la organización profesional y la actuación pública del gremio médico.” (Vezzetti)<sup>136</sup>. Su acción concreta consistía en medidas compulsivas (policía médica) de inspecciones higiénicas de la vida en las ciudades. “Lógica observatoria”, al mismo tiempo introyectada por la misma población para disciplinarse a sí misma, *vigilancia panóptica* evocando a Foucault.

Freud se pregunta por las formas de transmisión cuando no media la comunicación (cara a cara) en instancias de desencuentro epocal (Freud; 1991: 97). Para muchos médicos contemporáneos no fue necesario leer a Rawson en *El estudio sobre las casas de inquilinatos de Buenos Aires*, ni a Alejandro Bunge en *Una Nueva Argentina*, ni a Argerich en *inocentes o culpables*. Transitar pasillos, escuchar historias, leer carteles, es una forma de acceder al “embrujo” de las lógicas de otros tiempos, en este caso del tiempo higienista, que permaneció increíblemente en el “clima sanitario”. La cuestión es ¿qué hace con esos mensajes cada uno? Una buena manera de responder a esta pregunta es relacionar el carácter de lo recibido con la estructura personal en que se inscribe; estructura que transita y es transitada por la historia. Porque “en cada palabra, en cada

---

<sup>135</sup>Cuatro millones y medio de extranjeros ingresaron al país entre 1880 y 1920. Se estaba frente a un proceso de transformación social y cultural, donde lo social como cuestión se delimitaba desde el estado. Salessi dirá, “La utilización del modelo de análisis higiénico para explicar el proceso social implicó la identificación de la bacteria y del microbio con el inmigrante extranjero primero y cuando ya estaba establecido en el nuevo país, con una población de delincuentes que vivían dentro de las fronteras y debían ser controlados o reformados”. La percepción social que se fue construyendo puede ser explicada en términos de asimilación de la sociedad argentina con un organismo enfermo. Aparecen representadas nuevas formas de concebir la “desviación” marcada por la idea de aglomeración, excitación, pasiones, ocio, vicio. El período se caracterizó por la presencia de médicos en el aparato del estado, que más que apuntar a la simple salubridad de la población, sus discursos y programación de prácticas atravesaban los intersticios de la vida cotidiana bajo una mirada vigilante, entre otros ámbitos, sobre los conventillos, casas de inquilinato fondas y posadas.

<sup>136</sup>En Bergalli y Marí (1989). *Historia ideológica del control social*. Barcelona. Pág. 549 a 575.

enunciado, por insignificante que sea, siempre se renueva esta viva síntesis dialéctica de lo psíquico y lo ideológico entre lo interno y lo externo” (Voloshinov, 2009: 73).

En relación a las lecturas de las que se hablaba en líneas anteriores, sólo uno de los sujetos de este estudio, *Adrián*, mencionó haber leído a un referente cercano al Higienismo y se refirió a José Ingenieros en *El Hombre Mediocre*, con mucha admiración. Y debo decir que en principio ese dato “calzó” perfectamente en la idea de pensamiento hegemónico de la medicina representada en “el sujeto de análisis”, pero al leer la caracterización que hace Kohan (2008) sobre José Ingenieros en su libro *De Ingenieros al Ché* -como esponja de los vértices contradictorios de su contexto-, fue posible repensar la idea simple de un Higienismo avasallante como bloque homogéneo, para entender que en realidad lo que sí estaba representada -o reproducida- en la admiración de *Adrián* -no deliberadamente-, era esa contradicción. En este caso, en la contradicción en *Adrián* se cruzaban no solamente diferentes voces contradictorias entre sí, sino que a veces cada una de ellas es *per se* contradictoria.

Volviendo a la incursión en el misterio de las formas de trans-historizar, los médicos referenciados forman parte de una estructura de la que, aunque no se contacten directamente, obtienen “derivados” de antiguos mensajes que se “cocinan” desde lejanos mecanismos institucionales. Sin ir más lejos, aquel mensaje de la página web del Ministerio de Salud “los médicos no deben abandonar a los pacientes moribundos, sino que deben continuar la entrega de una atención compasiosa”, puede hacer pensar que desde él esa “compasión compasiosa” -antigua- delimitable y distanciante, es conservada a través de una pantalla -moderna-, la página web.

En adelante se encontrarán tres tópicos rescatados del material empírico en relación a la herencia de Higienismo y que toman la forma de lecturas y conceptos legitimados en la jerga médica: la adherencia, la “madre analfabeta”, “lo social” (como cuestión y como concepto).

### *Yo adhiero, tu adhieres, el adhiere*

“Describir características, evolución intrahospitalaria a los 6 meses y adherencia al tratamiento [...]”

Este texto proviene de uno de los trabajos científicos de los sujetos cuyas prácticas están involucradas en el estudio, presentado en jornadas hospitalarias. La investigación invocada perseguía focalizarse fundamentalmente en la *adherencia* de los pacientes al tratamiento “indicado”. De alguna manera en la mayoría de los trabajos que apuntan a descripción de tratamientos, directa o indirectamente se hace referencia a la *adherencia* al tratamiento. Pero este estudio se centraba en el tema.

El saber bio-médico viene postulando la necesidad de adoptar una *vida sana*. Lo saludable es carne de discurso médico. Uno de los pilares para sostenerla se relaciona con indicaciones que se cuelan en la vida privada y que esconde la tendencia a responsabilizar al paciente de sus “desprolijidades” en la atención de la salud. La *adherencia* es uno de esos debatidos conceptos que consiste en un:

[...] `deber ser´ caracterizado por una profunda responsabilidad de los sujetos frente a su enfermedad y resolución. Así, se plantea una tipología discursiva que clasifica a los pacientes en buenos y malos, es decir, en pacientes adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes.<sup>137</sup>

Escuchar que se está frente a un paciente comprometido, que cumple, que se responsabiliza, es escuchar que se trata del paciente correcto. Podríamos seguir profundizando en la idea de adherencia pero en términos de esta tesis, lo que quiere significarse es cómo entienden algunos miembros que participaron del estudio aludido al principio de este eje, la idea de *adherencia*. Cuando en los resultados y en las conclusiones del estudio exponen: una “alta adherencia al tratamiento”, representada por la toma de medicación respetando la indicación y sustentando esta afirmación vía cifras

---

<sup>137</sup> (Margulies, S; Barber, N; Recoder M; 2006: 281-300) En, Romina del Mónaco: Auto cuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 9(1):65-78, Enero - Abril, 2013.

“solitarias”, pareciera que no registraron que no son casuales las respuestas. ¿Por qué esta afirmación? Porque los miembros involucrados en el estudio no se caracterizan por establecer relaciones asimétricas, o por “indicar” compulsiva o convincentemente qué se debe hacer. Se trata de sujetos que suelen “comunicarse”, que escuchan, preguntan, repiensen, contextualizan, confían. De manera que eso que ellos recuperan desde una categoría teórica de sesgo higienista, debería pensarse como la construcción de una práctica (la toma de medicación), que lejos de haber sido una respuesta de responsabilización compulsiva ante un mandato médico, derivó de un genuino encuentro de saberes.

De alguna manera, empieza a aparecer un tema que se desarrolla más adelante y que se refiere a la no disponibilidad de estructuras conceptuales que recojan la esencia de los procesos tal cual se materializan y simbolizan. En este caso los formatos de prácticas ajenos a aquellos de la hegemonía médica, quedaron expuestos “científicamente” como si lo fueran. Pero al mismo tiempo deja al descubierto que el concepto de adherencia no genera resistencia, es adoptado, aceptado y reproducido, aun cuando como en la situación tratada, las estrategias instrumentadas no condecían con su esencia. En este punto debe marcarse, el fuerte *poder* del mandato que *obliga* encubiertamente a *obligar*, que hasta se cree que se lo respeta cuando no se lo está haciendo.

Otro acontecimiento significativo se cristalizó en instancias en que en las mismas jornadas científicas se presentó un trabajo de autoría de profesionales de las ciencias sociales acerca de la tan mencionada “autonomía” de los pacientes y que concluía con una pregunta: “¿Cuáles son las implicancias y los costos materiales y simbólicos que para los equipos de salud tiene considerar la voluntad del otro en la toma de decisiones?”. Al terminar la exposición, ninguna pregunta ni acotación se acercó al debate. Silencio. Todo el bagaje empírico conceptual pareciera estar preparado para la *adherencia*.

### *Las madres...esas pobres analfabetas*

Uno de los médicos presentó un trabajo en un ateneo hospitalario que ponía en relación desnutrición en niños-instrucción de sus madres, al mismo tiempo que comparaba esa vinculación con los resultados que arrojaba la relación entre los niños sin problemas de desnutrición y la instrucción de sus madres.

Los resultados mostraban que la mayoría de las madres de los niños desnutridos no habían terminado la escuela primaria y los cuadros las distribuían desde aquellas que no habían accedido hasta las que habían llegado a la posibilidad máxima. Por supuesto, todo apoyaba que en el caso de los niños sin desnutrición, sus madres tenían instrucción primaria completa y secundaria completa e incompleta. Dejemos de lado cuestiones metodológicas.

La presentación dejó al descubierto una vez más dos cuestiones y una tercera:

- 1-El interés por acceder a “lo social” desde la relación lineal entre variables.
- 2- la imposibilidad de entender la desnutrición como condición inherente a la pobreza en el marco de la desigualdad social, que en todo caso incluye a la no instrucción de las madres<sup>138</sup>.
- 3-El esfuerzo genuino de nuestro investigador por acercarse conceptualmente a la realidad advertida como preocupante. Y el saldo teórico-empírico no registrado que muestra que no puede ser abordada desde los modelos ortodoxos.

Esta forma de entender la relación desnutrición-instrucción, tanto en estudios como en discursos cotidianos, suele repetirse. El análisis, que habitualmente descansa sobre el lugar responsable de la mujer, presenta antecedentes lejanos. Manuel Podestá en su obra *Niños, Estudio Médico-Social*, en el año 1888 escribía: “La alimentación de los niños [...] es la más compleja y la que está más subyugada á (sic) la intervención directa de las madres que, a pesar de su mejor voluntad, no siempre aciertan con la clave que debe

---

<sup>138</sup> Sin desviarnos del tema central, es interesante el planteo de Martín Sabelli, en relación a los análisis estadísticos lineales de variables que vinculan desnutrición de niños-instrucción de las madres: “Si de esta explicación pudiera desprenderse que es necesario aumentar la educación de las madres para combatir la desnutrición, terminaríamos con un mundo de enfermos y muertos por desnutrición en magnitudes muy similares a las actuales, en hogares mucho más instruidos”. En Cuadernos Médico Sociales N° 15. 1981. CESS. Rosario. Págs. 45-54.

dirigirla” (Podestá; 1888: 45) y más adelante completa la idea enmarcándola en el concepto *sistema de crianza*:

El sistema de crianza es el escollo más difícil de salvar cuando se lo pone en práctica caprichosamente – la experiencia se encarga de ponernos por delante la multitud de ejemplos en la que el médico tiene que recurrir a todos sus esfuerzos para convertir y desviar á (sic) las madres de ciertas prácticas viciosas y arrojadas. (Podestá; 1888: 45)<sup>139</sup>

Transportar y por qué no “cargar” con estas viejas imágenes acerca de una mujer pilar de articulación de las dimensiones del adentro del “hogar” y el afuera -arrastrando la idea higienista de niños fuertes *per se* “garantizando un futuro”-, a veces, para el mismo enunciador del discurso es difícil de entender cómo sucede. “El decir no es propiedad particular. Las palabras no son sólo nuestras. Ellas significan por la historia y por la lengua. Lo que es dicho en otro lugar también significa en nuestras palabras” (Orlandi; 2005; 32).

### ***De la novela naturalista a la foja quirúrgica***

El Higienismo nos ha atravesado con sus mandatos “des-contaminantes” y moralizadores, pero también construyó las condiciones para la irrupción de la novela naturalista en estas tierras. Ambos se necesitaban, las novelas a las condiciones y la ideología a las novelas. Y más allá de la “insoportabilidad” que puedan desatarnos muchos de los pasajes de los textos de nuestros escritores de novelas hacia finales del S XIX y principios del S XX, teñidos de indicaciones moralizadoras, eugenésicas y lombrosianas, es innegable la fuerza literaria que conserva la crudeza descarnada de sus pasajes.

A veces sucede que escuchar a los médicos relatar condiciones del “paciente” que incluyen percepciones y razonamientos, sensibilidad y técnica, acerca a los “aires de esos tiempos”.

---

<sup>139</sup> Aun así, Podestá no fue el más duro de los higienistas. Su obra presenta disonancias, aunque limitadas y restringidas -que parecen escaparse- con la manera con que el pensamiento vigilante entendía las conductas arrasadas por la miseria. Además en el prólogo de su libro *Niños...*, titulado *Reminiscencias* se dedica a debatir con Emilio Coni, entre otras cosas, sobre la transparencia de las estadísticas.

Segalen<sup>140</sup>, llamaría, al proceso que se da “el pasaje del orden sensible al orden de las ideas”:

[...] la pseudo-anestesia del cuerpo médico nos parece artificial. No es, con seguridad, sinónimo de `atenuación´ de la sensibilidad. Sino más bien entrenamiento especial para transformar la `resonancia emotiva´ en nociones `intelectuales´ para cambiar automáticamente las imágenes concretas-terroríficas en el estado de imágenes-en elementos abstractos de diagnóstico, elementos `interesantes´ pero ya no `emocionantes´ (Segalen; 1980:51-52)

Segalén dirá *resonancia emotiva en nociones intelectuales* y muestra como un profano por un lado y un médico por otro definirían un mismo cuadro:

¡Era espantoso!...había una pobre mujer echada, la cabeza muy baja, el vientre abierto; ella gemía continuamente...en un momento ella se pone toda azul...todas las sábanas estaban cubiertas de sangre [...] se le había quitado un enorme pedazo de carne.

El cirujano por el contrario dirá más técnicamente `yo vengo de operar un fibroma que me ha puesto en apuros. Había puesto a la enferma en la posición de `Trendelemburg´. La cloroformización ha sido delicada...ella permaneció muchos tiempo cianótica...El tumor pesaba 2500 gramos..., era un fibroma pediculado´. (Segalén; 1980: 52)<sup>141</sup>

Pero parece que a veces, “el intelecto soberano que se separa de la experiencia sensible para someterla” (Adorno; 2007: 50), opera en el mismo sujeto:

En el quirófano de un hospital, una noche dos de los médicos abordados “amasaban” desesperadamente el corazón de una mujer a la que se le iba yendo la vida arrastrando a su hijito sin nacer. Seguían y seguían sin intenciones de detenerse, como sí el *milagro* de revivirla fuera a producirse, no permitían a la voz del jefe entrar para a arrancarles la fantasía de salvar a ambos. El jefe debió obturar la práctica despegándolos, con su cuerpo, del cuerpo de la mujer.

Es posible re-descubrir “escarbando” en la in-escisión hombre-cuerpo-ciencia, las dimensiones “adormecidas”, es decir *las resonancias emotivas* antes de convertirse en

<sup>140</sup> Médico y escritor francés. Escribió *Les cliniciens és lettres* en 1902.

<sup>141</sup> Traducido del francés.

*nociones intelectuales*. Es posible descubrirlas, antes de que el certificado de defunción de esa mujer dijera “paro cardio-respiratorio”, antes de que la foja quirúrgica dijera: “[...] se incide piel con incisión mediana infra umbilical. Disección de planos según técnica. Se ingresa en cavidad abdominal. Se desciende vejiga con valva supra púbica [...]”.

### ***¡Es social!***

“Los médicos no tienen que ir a las casas, las publicaciones dicen que va el Trabajador Social, el Psicólogo...”

Este es el testimonio de *Eleonora*, una médica con la que se trabaja en una articulación interdisciplinaria genuina y que además establece diálogos profundos con los padres de sus pequeños “pacientes”.

El testimonio que encabeza este apartado “escapó” de su boca el día en que una niña por la que el equipo estaba preocupado, faltó a una consulta. Se le propuso ir a encontrarnos con los obstáculos que pudieron haber operado o con las decisiones familiares de no concurrencia, y esa fue la respuesta. Eleonora se discontinuó a sí misma, no condecía la respuesta con su línea de trabajo. En ese “los médicos no tienen que ir...” parecía lo que representa Clavreul cuando dice no hay relación médico-enfermo, es la institución médica la que se contacta. Más aún, “...ahí está la institución para censurarnos, pero también para tranquilizarnos [...]. Cada institución tiene tácitamente delimitado lo que se puede decir en ella, los que se puede y no se puede hacer” (Díaz; 2014: 97). Y hasta podría pensarse en que estos corsés institucionales ayudan a proteger de eso que *Eleonora* sentía y que sin arriesgar a decir fobia, podría pensarse como *miedo* al otro, a su realidad, a no saber cómo actuar, a no ser el médico que se debe ser.

Pero...en otra ocasión, muy poco tiempo después, la misma médica casi decidió ir en equipo a la casa de otra familia en condiciones similares:

El espacio a dónde llegamos era el típico de aquellas personas que viven en condiciones de marcada pobreza. Desde el momento que pasó el umbral de la puerta, podría decirse que *Eleonora* se convirtió en una (mujer) igual a la madre de la niña; se sentó, hizo todos los

comentarios sencillos sobre los maltrechos adornos de la casa que hubiera hecho una vecina, tomó mate (con ganas) y el tiempo pasaba y pasaba. Hizo cosas de médicos: “ya que estaba” lo auscultó. Sugerí irnos cuando ya hacía tiempo que nuestra presencia nada tenía que ver con lo clínico/sanitario/institucional/holístico/integral/dialéctico/terapéutico o como queramos llamarlo<sup>142</sup>.

Cuando dejamos a Eleonora en su casa, la despedida fue:

“[...] tenemos que ir a lo de la otra nena”

Si nos detenemos en transmitir su vivencia a través de lo visible de sus prácticas en ese lugar, diría comodidad, no frente a lo raro sino frente a sentirse una igual en el marco de tanta desigualdad. “Sólo en la comunicación, en la interacción del hombre con el hombre se manifiesta ‘el hombre dentro del hombre’, tanto para otros como para sí mismo.”(Bajtín1993: 354).

Ahora bien, ¿cómo procesó la médica, eso, si-no poniéndolo en su imaginario del lado de su condición humana (arrancada de su condición científica)? Qué-la-es, pero que no pudo ser recogida en su estructura de “pensamiento científico”. Si no ¿por qué luego el texto de las historias clínicas en situaciones similares reducirán toda esa riqueza a la inscripción/slogan del lenguaje de la ciencia oficial: “alto riesgo social”?<sup>143</sup>, categoría estéril y perversa del funcionalismo.

Otra perspectiva desde la que se puede pensar la incorporación de “lo social”, es la que pone al descubierto el imaginario médico acerca de lo que Menéndez llamaría *lo social para el estado*, y donde podríamos agregar “la ciencia para la bio-medicina”.

Menéndez, historizando, se refiere a la asunción desde el estado de las condiciones y demandas sociales en tiempos coincidentes con la corriente higienista. “El estado, al asumir lo social, evita que el Sector Salud tenga que reconocer su papel en el proceso salud/enfermedad. De lo social se ocupará el estado y no la bio-medicina” (Menéndez; 2005:15).

---

<sup>142</sup> También me pregunto ¿por qué sugerí irnos?

<sup>143</sup> Para profundizar referirse a Ayres, J. (2005). *Acerca del riesgo*. Lugar editorial. Bs. As.

El siguiente testimonio de una médica en relación al ordenamiento expositivo de un colega, habla un poco de esta confusión acerca de “qué le toca a cada uno”:

“Entonces él contaba todo en el pase...suponete, si tenía una bronquiolitis, el contaba cómo era la casa, si había hacinamiento, que la estufa así y asá, para terminar diciendo que tenía bronquiolitis. Que es importante, porque la enfermedad se produce por todo eso, pero le costaba enfocarse de otra manera [...], no dejó de ver la otra cosa, aunque nadie le pidió que deje de ver...”  
(Ref.24)

En otro espacio:

En el marco de una ponencia en el hospital, una referente de justicia habló sobre la ley de salud mental. Manifestó la solidez de la ley confrontándola con la inexistencia de estrategias políticas que garantizaran su cumplimiento, fundamentalmente en términos de partidas económicas. Al mismo tiempo el planteo era hecho desde la invitación a pensar inter-institucionalmente formas de abordaje y presión en términos políticos frente a ese vacío; un médico cuyas prácticas cotidianas con los sujetos que presentan padecimiento mental, son claramente des-manicomializadoras, distrajo el debate planteando que no coincidía, aclarando “no todo es problema de plata, hay que trabajar al interior de los equipos para evitar prácticas violentas”. Es absolutamente genuino lo que estaba diciendo y reivindicador de su posición -y para nada contradictorio con lo que se venía hablando-, pero en realidad terminó construyendo un corrimiento en el que estaba implícito que no se sentía parte de la ideación de Políticas Públicas -habiendo podido aprovechar la presencia de un referente dispuesto a enfrentar instancias de poder-.

La forma originaria -explicitada por Menéndez- en que quedó puesto “lo social” sigue “flotando” en la actualidad cada vez que los médicos intervienen en recortes en los que aquello que no es orgánico se expresa en una especie de “coqueteo” entre tener registro de las condiciones contextuales y no tenerlo, tenerlo y derivar a otro profesional o institución, no saber si corresponde o no ocuparse de aquello que -en todo caso-, no es estrictamente biológico pero que pertenece al ámbito de la salud. Se trata de una confusión institucionalizada que ha devenido constitutiva del MMH.

## La autoridad de las organizaciones científicas

En el camino hacia la ciencia moderna, los hombres renuncian al sentido. Sustituyen el concepto por la fórmula y la causa por la regla o la probabilidad.

T. Adorno (2007)

Es curioso ver que cada año cuando se preparan en el hospital las jornadas científicas, comienza el debate entre los organizadores ocasionales de cada año acerca de dónde se ubican aquellos trabajos que la ciencia oficial lee como no científicos. Se ha instalado la idea de llamarlos *aportes*, pero aún así, su supervivencia siempre está al límite, porque nuevamente se abre el debate el próximo año. Se trata de trabajos que si quisiéramos darles entidad metodológica, podrían incluirse, en función del formato, como ensayos, sistematizaciones de experiencias, planes de investigación. Todos disparadores de ciencia.

Debajo de la resistencia a que permanezcan estos trabajos, estaría habitando la disociación entre descubrimiento y validación. Y hasta podría decirse que no se trata de simples caprichos hegemónicos aunque en definitiva se vuelven decisiones hegemónicas, lo que sucede en realidad es que la razón que los involucrados han incorporado no puede dar lugar a lo no legitimado por el padre ciencia. “No son, pues, tanto las ideas o los saberes como los momentos dogmáticos en nuestro saber lo que impide el diálogo” (Fournier Bentancourt, 2004: 24).

Dice Bourdieu:

Hay en la historia lo que podríamos llamar siguiendo a Elías, un proceso de civilización científica, cuyas condiciones históricas, en ciertas estructuras históricas vienen dadas por la constitución de campos relativamente autónomos dentro de los cuales no están permitidas todas las jugadas, dentro de los cuales hay regularidades inmanentes, principios implícitos y reglas explícitas de inclusión, exclusión, como así también derechos de admisión que se plantean continuamente. (Bourdieu; 2005: 268)

*Vaivenes de nuestros sujetos ante el mandato de las organizaciones científicas:*

En efecto, no solo es imposible la existencia de un lenguaje universal, a-histórico y carente de toda subjetividad, sino que la ciencia no se concibe fuera del lenguaje. Las teorías científicas no relatan “hechos”, sino que los hechos (objetos de investigación) son contruidos discursivamente por las teorías. Éstas determinan qué es un hecho, desde un punto de vista siempre ideológico e histórico. Los textos no reflejan “hechos”, sino que construyen conocimiento con lenguaje. (Hall 2007: 84)

Comparando los textos de setenta y cinco resúmenes de trabajos revisados que fueron presentados y publicados -en jornadas científicas, ateneos hospitalarios y uno de ellos publicado por fuera del hospital en juego- por los sujetos cuyas prácticas interesan en este trabajo, con los de todos los “otros”, aparece en común el mencionado -en la introducción- *reduccionismo metodológico conceptual*. Pero también se encuentran pasajes puntuales en veinticuatro de ellos en los que se enuncian los siguientes conglomerados conceptuales<sup>144</sup>:

Percepción/preocupación de la población.  
Acceso a la atención.  
Cambio de paradigma.  
Vergüenza del paciente y del médico.  
Miradas/discursos\*  
Conocimientos sobre la enfermedad.  
Ley 25543-VIH/sida.  
Educación –prevención.  
Población urbana y rural.  
Estigmatización.  
Barreras que obstaculizan los cambios/cambio en las prácticas/derechos de la población.  
Comunicación con el equipo de salud.  
Debilidades de los profesionales.  
Provincias ricas y pobres.  
Población aborígen.  
Interdisciplina/multidisciplina  
No sólo es una cuestión de números.

---

<sup>144</sup> Algunos se repiten, de allí que no sean veinticuatro los conceptos enunciados.

Reforzar las redes de comunicación con los Centros de Atención Primaria.

Reconstrucción histórica de proceso salud enfermedad\*

Todos los involucrados, al menos en uno de los trabajos presentados se acercan a los planteos enunciados. Ahora bien, cuando aparecen, salvo en cuatro casos,<sup>145</sup> se trata de un “comportamiento” amoldado<sup>146</sup> al formato metodológico y conceptual tradicional y que no se sostiene en todas las producciones (orales y escritas en eventos científicos o decisiones diagnósticas o terapéuticas). Y una constante es que salvo en dos trabajos en que se nombra a la *población*, no se hace referencia a cuestiones de clase en el análisis de los cuadros orgánicos que se estudian.

Esta caracterización, lejos de entenderla como problemática, es introducida desde el lugar de comenzar a transitar debates acerca del intento de los médicos para incorporar “cosas” de la realidad social que pueden resultarles lejanas en su procesamiento conceptual, y, cercanas en relación a la propia vida.

Si bien en la introducción me refería a este perfil de manejo de “lo social” y/o extra-biológico como *razonamientos reduccionistas en términos de elecciones epistemológico-metodológicas en salud*, no excluye la necesidad de registrar y analizar la irrupción de los pronunciamientos acerca de lo “no orgánico” en los textos, por ende en las concepciones. La irrupción a la que hago referencia, algunas veces podría estar inspirada en guías lineales de organizaciones científicas -tal es el caso de la insistencia en los conceptos de prevención y promoción-, pero en otras, podría estar inspirada en los propios procesos epistémicos en contexto, probablemente no deliberados. Este último nudo, de alguna manera, sobrevuela todo el trabajo.

Otra dimensión que debe ser tenida en cuenta a la hora de pensar las estrategias del hacer ciencia en la medicina y su vinculación con los espacios legitimados para su producción, gira alrededor de la relación entre ciencia pura y aplicada; retomemos la siguiente idea de Menéndez:

---

<sup>145</sup> Dos de ellos realizados junto a miembros de disciplinas no médicas\* y dos hechos por médicos. Testimonios en relación a estos cuatro trabajos re-aparecen más adelante en este estudio.

<sup>146</sup> En tanto son nombrados o incorporados sin ser recuperados -o articulados- en su potencialidad en relación al tema en estudio. Retomo esta idea en la página 165.

[...] el desarrollo de la investigación tendrá su principal efecto profesional en la conversión del médico general y del especialista en sujetos que dependen cada vez más de lo que la investigación médica genera. Los resultados de las investigaciones se autonomizan respecto del saber médico y `bajan´ al médico como instrumento que él solamente aplica. [...] el médico que investiga [...] será quien diseñe y desarrolle los productos que serán utilizados por los médicos clínicos. (Menéndez; 2005: 26)

Esa imagen que aporta Menéndez en relación a los resultados que “bajan” al médico, permite continuar pensando que para el médico, junto al bajar -simbólico- del saber, estaría bajando el investigador a su cuerpo; y de esta manera se vuelve “otro”<sup>147</sup> frente al paciente cuando de dar respuestas “científicas” se trata. Esa paradoja que Menéndez trabaja en términos de una producción científica que surge de quien está cada vez más lejos de la clínica pero que es ejecutada por los clínicos (Menéndez; 2005: 26), podría ser parte del detrás de este viraje de los médicos en el interior de las *prácticas directas e indirectas* a que nos referimos en este estudio. Porque en todo caso, el tipo de producciones que vemos de los médicos (no investigadores “genuinos”) que ejercen, no pasan, muchas veces, de ser recopilaciones estadísticas. En la conversión que realizan y que forma parte de la configuración de esos dos planos diferentes, de alguna manera aparecería la ilusión de “introyectar” a ese investigador que además es el que le dicta que no deben intervenir dimensiones subjetivas -como si con sólo proponérselo se lograra, como si esas dimensiones no fueran constitutivas del trabajo científico-. Esta condición tan actual de la producción científica, de alguna manera otorga elementos para pensar una porción del contenido de la pregunta de investigación e hipótesis del trabajo, en lo que se refiere a cómo sostienen los médicos estudiados la discontinuidad entre las relaciones subjetivas y las representadas como científicas.

Esta perspectiva de Menéndez se emparenta con Clavreul cuando habla de la biología como bandera de ciencia pura “adorada” por la medicina. (Clavreul; 1983: 53).

“El patrón” -que es como llama Clavreul a ese investigador más cerca de la ciencia pura que del paciente-, sería el que asegura el prestigio de quienes ejercen, permaneciendo oculto (Clavreul; 1983: 55).

---

<sup>147</sup> A veces en el mismo “acto médico”.

Y las paradojas continúan, porque los médicos aludidos y los que responden aún más linealmente al MMH, habitualmente no elucubran sobre las condiciones de sus intervenciones. Que venga determinada la elección tranquiliza el camino, pero se desconoce que aún en esta no elección hay elección. Y cuántas veces se recurre a aquello que Kuhn menciona como las *máximas*, que podríamos decir suelen reaparecer bajos muchos formatos y que, en palabras del citado autor, “Una vez invocadas [...] alteran la naturaleza del proceso a decidir y, por tanto, cambian su desarrollo” (Kuhn; 1993: 354). Es decir, a los fines de la cotidianidad del trabajo profesional y posiblemente sin deliberación, se formula una tensión entre lineamientos que vienen dados y elecciones “no conscientes” acerca de, qué se toma y qué no se toma de lo que viene dado.

“Mirá...yo repito lo que dicen otros, pero sé dónde buscar”

Este fue el testimonio de un médico cuando se oponía a la decisión del padre de una niña. La decisión del señor se relacionaba con no colocarle una vacuna a su hija, luego de haber encontrado “en internet” ejemplos sobre sus efectos secundarios.

El testimonio es una muestra de la posibilidad entre todas las paradojas, en que se tiene consciencia de que quien produce es otro (yo repito) pero no siempre se tiene consciencia de la condiciones alrededor de la elección/no elección (aun en el “sé dónde buscar”).

Otra cuestión que han heredado nuestros sujetos es la poca presencia de la explicitación acerca del surgimiento de las ideas, preguntas, dudas, procedimiento y/o cambios de rumbos en las investigaciones. Como dice Kuhn:

Después de todo, los libros de texto se escriben tiempo después de los descubrimientos y los procedimientos cuyos *resultados*<sup>148</sup> registran. [...]. La información relativa a la forma en que se adquirió ese conocimiento -el descubrimiento- y a la razón de que haya sido aceptado por la profesión -confirmación- es, en el mejor de los casos, un exceso de equipaje. (Kuhn; 1993: 210)

---

<sup>148</sup> Subrayado del autor.

Al revisar los trabajos, salvo cuando se presentan vinculados a propuestas preventivas de “riesgos”, la contextualización y la reflexión de las condiciones de su construcción, no se expone, no se expone eso que Clavreul llamaría “modo de acceso al saber” (Clavreul; 1983: 56). En realidad podríamos decir que ese no exponer escondería la inexistencia de debates epistemológicos que van desde los deseos del profesional, hasta cuestiones metodológicas.

### *La mirada de la OMS*

Si como dice Bajtín “[...] distintas voces ajenas pugnan por influir en la conciencia individual [...]” (Bajtín; 2011: 87), una de ellas que suele tener mucha fuerza, es la de la Organización Mundial de la Salud. En un estudio preliminar sobre *Las representaciones de los médicos del sector público acerca de la relación entre salud y condiciones de vida*, realizado en el año 1998, entrevistamos a cuarenta médicos. Durante la entrevista -semi-estructurada-, nuestros entrevistados hablaron fluidamente. La última pregunta era “¿Luego de toda esta charla, si tuvieras que decir en qué consiste la salud, como la conceptualizarías (cuando en realidad lo habían hecho todo el tiempo)?”. Y salvo dos respuestas, todas fueron de este estilo:

“Y...la de la OMS, es completa la definición”

“Es un equilibrio, como dice la OMS [...]”

“¿Cómo conceptualizaría?, con la de la OMS, por supuesto”

Se percibe una especie de “si ya está dicho” y además lo está por una institución que dice cosas incuestionables desde la representación médica. Porque más allá de si resultan creíbles o confiables sus elucubraciones, lo que está en juego es que no es posible ni pensable la posibilidad de pensar sobre ella, o, a su costado. Institución que, salvo figuras puntuales de su interior, aun cuando reconoce rasgos estructurales e intermediarios (desde el trabajo de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud), no historiza y deja fuera de análisis los mecanismos de acumulación de capital<sup>149</sup>, entre otras cosas.

---

<sup>149</sup> Floreal Ferrara, en la entrevista que Maristella Svampa le realizara y que fuera publicada con el título *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político* en 2010 por la Biblioteca Nacional, se explaya larga y críticamente en relación a la clásica definición de la OMS. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hnarcisolopez/files/2012/10/libroferrara.pdf> (págs.: 39/46).

*Ignacio*, en un plano de desencuentro entre su manera de transitar los procesos salud enfermedad de los sujetos que atiende y su adhesión -no deliberada- a las construcciones político-ideológicas de los organismos internacionales, se encontró reproduciendo expresiones coincidentes con el informe del Banco Mundial *Invertir en Salud* 1993 :

“Yo estoy de acuerdo en que hay que limitar el presupuesto, por ejemplo en la alta complejidad. Hay que invertir en Atención Primaria”

Este mensaje ambiguo que viene heredado de un organismo que además de decir eso habla de la necesidad de rotación de parte del presupuesto al sector privado, a simple vista parece reivindicador de una concepción de salud no ortodoxa. Sin embargo y sin extender demasiado este debate porque no es el tema aquí, esconde -olvida- que si se necesita de inversión en alta complejidad, por ejemplo, para la atención de recién nacidos prematuros es porque presentan “lesiones” que probablemente pudieron evitarse<sup>150</sup> junto con su prematuridad si sus madres no hubieran sido pobres y que el concepto y la estrategia de Atención Primaria de la Salud, si bien pueden convertirse en herramientas de emancipación, también pueden sostener la funcionalidad de la desigualdad social. Y no debe ser muy arriesgado decir que es en este último sentido que le interesó la estrategia al Banco Mundial.

Este tipo de debate, no está presente en las guías de los organismos internacionales cuando instalan los mandatos engañosos que llegan “sin escalas” a los referentes de la salud.

### ***Las técnicas validadas***

En un ateneo hospitalario, un médico (por fuera de la muestra de este estudio) presentó un trabajo cuyo objetivo se relacionaba con la aplicación de una encuesta en función de la tan abusada “satisfacción del usuario” en ámbitos hospitalarios; pero al mismo tiempo
--

<sup>150</sup> Y si no eran evitables, estos niños tienen el mismo derecho a la atención que los de sectores ubicados dignamente en la estructura socio-económica, si es que se puede estar ubicados dignamente cuando otros no lo están.

manifestó que el estudio se focalizaba en observar el comportamiento de la técnica en diferentes contextos. La técnica de recolección de datos había sido tomada de un estudio similar realizado en Inglaterra. Gran parte de la exposición versó sobre las características de la técnica, como el proceso de perfeccionamiento por el que había pasado en el país del que era originaria. Finalmente luego de un muy acotado: “la técnica resultó insuficiente para conocer la percepción de los usuarios acerca de la atención hospitalaria recibida”, continuó explayándose sobre el contenido de las respuestas obtenidas volcadas en cuadros y gráficos.

El tema de la validación de las técnicas y de acceder a técnicas validadas en otros ámbitos, aparece con frecuencia en el vocabulario médico. Esta cuestión que podría esconder la imposibilidad de construir técnicas de recolección de datos para los propios recortes de investigación, no es de esta manera transmitida. Habitualmente cuando se habla de ellas, se hace desde el ideal de solidez que le aportaría a los estudios “importarlas”.

En el testimonio expuesto en el cuadro, queda claro cómo no se dio lugar a una discusión epistemo-metodológica acerca de las dificultades en la utilización de la técnica, que en última instancia respondían al objetivo del trabajo.

En el marco de las jornadas científicas hospitalarias, un equipo interdisciplinario presentó un trabajo sobre lavado de manos en familiares de pacientes que se acercaban en horarios de visita. Además de la técnica de observación que mencionaron aplicar, desplegaron la explicación de un pequeño cuestionario en el que aparecía entre los ítems enunciados, la dimensión ocupación. Luego de la exposición, y ante la pregunta de si habían realizado algún relacionamiento entre las características del lavado de manos y la ocupación, o bien qué lugar ocupaban las respuestas que habían extraído en relación a la ocupación de los entrevistados, uno de los médicos contestó con un NO cortante. Finalmente una de las médicas del equipo explicó que la pregunta se hizo porque estaba contemplada en el protocolo de investigación de la sociedad científica que se los facilitó.

### ***“No me quites a Popper”***

Este fue el decir de un médico, cuando al debatir acerca de los modos de hacer ciencia, introduje mi mirada crítica a Popper.

Y completó su idea:

“¿Vos sabés lo que es para los médicos entender con Popper que no hay verdades absolutas?”

Y una vez más damos con cómo a veces los científicos sociales arrasamos a aquellos que necesitan un tiempo para madurar lo que hasta ahora no sintieron como propio.

No obstante y coincidentemente con esta presencia -muchas veces inadvertida- de Popper, aparece en los textos de las investigaciones de los agentes trabajados, la tendencia repetida a pronunciar:

“Los resultados se correlacionan con los encontrados en [...]”

Ese “en” muy pocas veces ubica artículos con precisión; en general aparece:

“[...] se correlaciona con resultados encontrados en `otros ‘estudios”

“La mortalidad y complicaciones registradas son similares a Registro Nacionales [...]”

“[...] concuerdan con las comunicaciones que dicen que [...]”

“[...] los datos obtenidos son similares a los publicados”

O como en el estudio que versa:

“En la literatura médica solo hay un reporte en el año 1998 de casos de tres mujeres [...]”

Y a veces con un poco de mayor precisión, se ven afirmaciones como:

“Los resultados obtenidos se correlacionan con el consenso sobre enfermedades [...] de la Sociedad Argentina de [...]”

Estas aseveraciones en clave popperiana en tanto -respetando su criterio falsacionista-, la teoría una vez más se sostiene, además generalmente son expresadas de manera impersonal, cuestión que recuerda las conclusiones de García Negroni cuando plantea:

[...] en el subcorpus de Medicina, las ideas y las contribuciones de otros especialistas en la materia no se presentan mediante la inclusión de citas de sus discursos, sino bajo la forma de resultados alcanzados; seleccionándose, para ello, formas desagentivadas como voz pasiva con 'se', [...]. (García Negroni; 2008: 17)<sup>151</sup>

[...] la constante alusión a las contribuciones e ideas de estos últimos [los médicos] bajo la forma de resultados alcanzados y el escaso porcentaje de comentarios meta-enunciativos sobre las diferentes no coincidencias del decir en este subcorpus, explicarían el mayor efecto de "objetividad y neutralidad" asociado a las disciplinas llamadas "duras". (García Negroni; 2008: 28)

Una vez más la voz (autoritaria) que desde algún lado susurra, sustenta a un sujeto que por un lado, no se habilita (a crear) como *yo* o *nosotros* y que por otro lado, al no nombrar al "otro" de la comunidad científica reconocería una especie de *masa* que los incluye.

No obstante, existen indicios de corrimientos de los lugares tradicionales. Los trabajos consultados muestran en trece de ellos la aparición de expresiones en primera persona del plural en el momento de las conclusiones y cinco en la introducción, en aspectos metodológicos y en resultados.

### ***El corazón de la razón médica***

Rosa presentó una ponencia en Jornadas de salud de la ciudad donde sistematizaba cuantitativamente los motivos de la ausencia de niños a un consultorio pediátrico. Y dijo [...] *en un 10% los padres no pudieron asistir porque trabajaban, en un 20% no pudieron costear pasajes para llegar y, el 70 % restante, por otras causas.*

Muchas cosas de las ya sabidas podrían decirse aquí en relación a la tendencia de la medicina de corte hegemónico a cuantificar, sumado a la inexactitud del uso y sentido de las cifras. Pero lo que se presta más a interpretación es que viniendo de profesionales que establecen relaciones tan cercanas a sus sujetos de atención, pareciera que esta poca solidez en el uso de instrumentos cuantitativos más que hacer pensar en

---

<sup>151</sup> Ver su investigación. *Subjetividad y discurso científico-académico. Acerca de algunas manifestaciones de la subjetividad en el artículo de investigación en español.* Revista signos (2008) 41 (66) Págs. 5-31.

que no saben hacerlo o plantearlo bien, es que sienten que hay que hablar de “lo social” y que hay que evitar la desacreditación al hablar de “eso”. Pero también se jugaría “trans-históricamente” esa soberbia de la esencia de la *clínica* que confía ciegamente en aquello que se ve y en cómo se ve, y, que en este caso le hizo a *Rosa* creer que hacía *visible* aquello que en realidad siguió *invisible*. Ahora bien, *Rosa* transparenta signos-datos que hacen pensar en que se preocupa genuinamente por la ausencia de los niños; como por ejemplo acudir a la llamada telefónica para preguntar a sus padres “¿se les complicó venir?”.

A veces pareciera que es necesario esconder en cifras, aun cuando el camino metodológico no acompaña, un ejercicio cotidiano intersubjetivo que les “sale” espontánea y genuinamente y por el que no se obtiene reconocimiento en el mundo de la racionalidad oficial. Todas estas dimensiones juntas y contradictorias, posiblemente se estén jugando.

Pero como nada está definitivamente dicho, *Adrián* se encontró diciendo en voz alta a la invitada de una reunión científica en relación a la construcción de indicadores de calidad de atención:

“Tenemos que poder romper el mito del software...soy médico [...]”

Y antes de terminar la idea acerca de registrar el carácter sólo instrumental y no mágico del software, *Adrián* se detuvo para decir “soy médico”, se sintió en la obligación tal vez de decírselo a sí mismo, decírselo a su propia sorpresa de descubrirse pensando por fuera de los dogmas. Y si vamos más lejos, incluye considerar -además del des-endiosamiento del software- a la realidad socio-institucional en movimiento y el ensayo de empezar a pensarla en esos términos.

## La vecina/o en el cuerpo o los mandatos sociales

Los sistemas ideológicos articulados de la moral social, [...] se cristalizan a partir de la ideología cotidiana y a su vez la influyen retroactivamente. [...]. Pero al mismo tiempo, estos productos conservan permanentemente un vínculo orgánico y vivo con la ideología cotidiana, se alimentan de sus jugos y fuera de ella están muertos.

V. Voloshinov (2009)

En oportunidad de un ateneo intra-hospitalario, uno de los médicos participó de un trabajo que se proponía comparar la condición orgánica durante el embarazo en dos grupos de mujeres; adolescentes y “en edad apropiada para procrear”. El estudio planteaba la necesidad de despejar la hipótesis acerca del mayor riesgo de morbi-mortalidad en adolescentes durante el embarazo que en mujeres en edad “correcta”.

Finalmente, nuestro interlocutor mostró con números cómo no habían encontrado diferencias entre los dos grupos y concluyó, en lo que era la conclusión del trabajo y así expresado en la última diapositiva del power point: *Pero [...] hay que evitar el embarazo adolescente.*

Como dijera Voloshinov: “La ideología cotidiana es un mundo caótico del discurso interior y exterior desordenado y no asentado, mundo que confiere un sentido a todo nuestro acto ético o acción y a todo nuestro estado `consciente’” (Voloshinov; 2009: 145). Dos cosas obvias en la presentación del estudio detallado: la conclusión sigue una línea moralizadora y en términos estrictos de evaluación metodológica, no es coherente con los objetivos.

En relación a “lo moral”, cómo se ha señalado repetidamente, nuestros sujetos estudiados, se construyen en condiciones reales de existencia, y esta afirmación también contempla que sean una esponja de lo que socialmente (sin análisis teórico deliberado) se cree corresponde, en este caso, el momento de tener un hijo.

Foucault cree que el tema del parentesco entre medicina y moral es, sin duda, tan viejo como la medicina griega. Pero si el siglo XVII y el orden de la razón cristiana lo han introducido en sus instituciones es en la forma menos griega que pueda imaginarse: en la forma de represión, coacción y obligación de salvarse. (Díaz; 2010: 72)

Algo de esto se juega, “colado” en los tiempos, en las prácticas médicas. Y se combina con la liviandad con que se exponen en formatos científicos condiciones que hacen tradicionalmente al saber de otras disciplinas -las ciencias sociales-, en una suerte de una medicina que está habilitada para hablar “de todo”. En este punto parece que caigo en una contradicción, porque por un lado desde este trabajo planteo la necesidad de abordar las condiciones de vida como constitutivas de la salud -por lo tanto también en los estudios desarrollados desde la medicina-, y, por otro me detengo críticamente en el contenido de ese abordaje cuando lo hacen. En última instancia la idea es que la medicina debe considerar la cuestión social en una construcción interdisciplinaria colectiva y respetuosa.

En un trabajo posterior, también desde la perspectiva del embarazo adolescente, *Raúl*, otro de los médicos que desde sus prácticas por fuera del control social se asoma en este estudio, participó de un trabajo que en la introducción detalla:

“Se debe considerar que el embarazo adolescente no solo es una cuestión de números y resultados perinatales, es un fenómeno que debe ser estudiado desde el punto de vista médico, psicosocial, y del desarrollo de jóvenes y familias involucradas”

Si bien se abre el análisis hacia “lo desconocido”, luego la conclusión es muy contundente:

“De acuerdo a los resultados obtenidos consideramos que el embarazo adolescente es un reflejo directo de la falta de educación, planificación familiar y desinterés sobre el uso de métodos anticonceptivos”

No podría negar que el estudio tratado en líneas anteriores, como muchos otros - independientemente del tema-, transitan los espacios de lo “extra-órgánico”, pero los absolutismos concluyentes a que apelan cristalizan una “mezcla rara” de preceptos higienistas y vacíos conceptuales. Vacíos conceptuales que deben pensarse seriamente

para poder entender cómo actúan en la construcción de las ideas y así poder corrernos del juicio caprichoso hacia el contenido del discurso de algunos compañeros médicos. A este último punto se acerca el próximo apartado.

## *Los conceptos y los cuerpos.*

### *Coexistencia contradictoria de voces pasadas y discontinuidades presentes*

#### **IV-ENTRE RAZONAR Y SENTIR**

##### **Los perfumes conceptuales “no oficiales”**

Contenidos de las producciones de las líneas de pensamiento Medicina Social Latinoamericana/Salud Colectiva, que vienen fortaleciéndose en América Latina desde la década del `60, probablemente hayan llegado por “goteo” al grupo aquí recortado, sin ir más lejos el concepto, ya tan nombrado, MMH y su correspondiente crítica. En términos más cercanos, en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur viene dictándose la Maestría en Salud Colectiva y al mismo tiempo, muchos de los profesionales de la ciudad y docentes de la universidad han accedido a los post-gradados de Salud Colectiva y Gestión en Salud del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús. Como ya he explicitado en la introducción, en este estudio, un criterio de exclusión se relaciona con la no incorporación de aquellos médicos que se encontraran realizando estudios de maestrías o doctorados en Salud Colectiva y Gestión en Salud, porque si bien no asegura transformaciones ideológico-conceptuales masivas, familiariza con conceptos y miradas que cada uno procesara en el juego singularidad-historicidad.

No obstante, este camino de formación de post-grado institucionalizado, hace que convivan profesionales que no tocan con ese proceso formativo con los que sí lo hacen. De esta manera se escapan producciones, palabras, miradas de unos a otros; y al mismo tiempo, la sola presencia de un núcleo de formación no tradicional, anuncia que se está “cocinando” algo, a veces inentendible, otras deseable.

Un médico, que no está cerca de la des-contractura foucaultiana, comentó en una reunión de trabajo:

“Estuve viendo un documental de Foucault, por fin escucho a un filósofo que habla del orden”

Si bien no se trata, su interpretación, del orden del que habla Foucault, se había permitido el ingreso del filósofo a su discurso.

*Pedro*, entre cafés de trabajo comentó:

“me compré *El ser y la nada de Sartre...* me rompo la cabeza”

En un diálogo con un médico que se encuentra realizando el post-grado en Salud Colectiva de la UNS, *José*, hablando de las condiciones de vida en relación a las “patologías” de que se ocupa, intervino:

“ya sé...es un proceso, me costó usar esa palabra que ustedes usan...pero es un proceso”

Queda visceralmente abierta frente a estos testimonios/episodios, la idea que vierte Foucault cuando hace alusión a: *las posiciones posibles del deseo en relación con el discurso*<sup>152</sup>(Foucault; 2002: 91).

## **Cuando te nombro**

En la imparcialidad del lenguaje científico, *la impotencia*<sup>153</sup> ha perdido por completo la fuerza para expresarse, y sólo en lo existente encuentra el lenguaje su signo neutral.

T. Adorno (2007)

---

<sup>152</sup> Cursiva del autor.

<sup>153</sup> Subrayado de la tesista.

En las maneras de poner conceptos a aquello que se corre de los encuadres, los médicos fluctúan -entre ellos y en el interior de ellos mismos-, entre el absolutismo y la duda desestructurante.

*“Es que...no sé cómo”*

Este subtítulo que alude al testimonio de *Pedro* transcrito en páginas anteriores, tiene relación con la siguiente idea:

Al eliminar cualquier otro discurso, incluido el del enfermo mismo, el discurso médico deja de lado una cantidad de elementos no exentos en sí mismos de interés. Es propio del carácter totalitario del discurso médico, el hecho de no querer ni poder saber nada respecto de lo que no le pertenece, porque es inarticulable en su sistema conceptual y no puede desembocar en ninguna práctica que fuese médica (Clavreul; 1983:93)

Probablemente y tratando de entender “lo inarticulable” también desde una categoría menos dura que la de totalitarismo -aún cuando el orden médico como estructura pueda representarlo-, es posible aproximarse a las condiciones de imposibilidad de acceder a juegos conceptuales desconocidos. De todas maneras hay por lo menos dos formas en que ese lenguaje “inarticulable” se presenta al saber médico: una que proviene del encuentro/desencuentro con las representaciones del sujeto de atención y otra que proviene del encuentro/desencuentro con el discurso de otras disciplinas en el marco del trabajo interdisciplinario.

En la relación con los pacientes, irrumpen ideas, sensaciones, dolores, dudas, creencias, constituyéndose en dimensiones frente a las que no siempre los médicos cuentan con recursos como para ofrecer respuestas e intercambios espontáneos, cómodos. Y esta es una circunstancia de la que los médicos no pueden abstraerse con facilidad, ya que tienen adjudicado no simplemente el mandato de responder científicamente, sino, en términos de Starobinski una *sabiduría* médica “[...] apoyada en general en la religión o en los códigos sociales” (Starobinski; 2001: 180). Algo similar introduce Clavreul cuando sostiene que “[...] en esta pretensión de poder legislar más allá de lo que constituye su especialidad, los médicos restablecen lazos con sus orígenes, con el

carácter sagrado de su profesión que no se distinguía fundamentalmente de la religión (Clavreul; 1983: 283).

Y cuando lo que se juega es un tema de saberes en tensión “[...] lo importante a subrayar es que el saber de los conjuntos expresa constantemente un alto grado de similitud con el saber médico, y sin embargo dicho saber y sobre todo su racionalidad no es tomada en cuenta [...]” (Menéndez; 1988a: 6).

Atendamos este texto:

“Los habitantes de los barrios cercanos al Polo industrial han expresado su preocupación por un aparente aumento de los casos de cáncer”

La frase es parte de un informe de investigación presentado en jornadas científicas hospitalarias. Lo interesante es que su autor pudo recoger “la preocupación” como cuestión, a ser reconvertida en datos que la despejaron. La reconversión tomó forma de cuantificaciones, necesarias, pero no accedió al contenido de lo representacional. Aquí hay algo de eso a que se refiere Menéndez con similitud. Un punto a resolver es el formato del camino del encuentro de saberes.

En la relación con los discursos de miembros del equipo de salud pertenecientes a otras disciplinas veamos el siguiente testimonio:

“¿Es más social que biológico?...no entiendo”

Esta fue la respuesta/pregunta de un médico cuando en un *pase de sala* que contó con la presencia de miembros de otras disciplinas, se habló de la *determinación social de la salud*.

A veces sucede que los conceptos están cerca pero no puede accederse a la lógica que ellos encierran; como dice González Casanova: “Ningún concepto es ‘el concepto’ a comprender; ninguna definición es ‘la definición’ a comprender” (González Casanova; 2006: 205). Y cuando no hay “recipiente” previo para recoger la idea que se transmite, la idea “pasa de largo”; esto es claro en conversaciones de equipo donde los conceptos

usados parecen ubicar a los profesionales, realmente en idiomas diferentes, de manera que no se entienden, no se escuchan, no se tocan.

Una psicóloga le dice a su compañero médico:

“Tenemos que acompañar a esta mujer para que se habilite a pensarse en otra relación vincular con su hijo”

La respuesta del médico fue:

“Hay mal manejo materno, lo tiene muy descuidado”

Nunca se escucharon. “Se puede en fin describir entre varios discursos relaciones de delimitación recíproca, cada uno de los cuales se atribuye las señales distintivas de su singularidad [...]” (Foucault; 2013: 90). El médico probablemente no accedía al formato conceptual, pero, al mismo tiempo acceder, entender y aceptar es re-posicionarse conceptual e ideológicamente frente al escenario que se manifiesta. Y es allí donde pueden entrar en juego, también, las condiciones de producción simbólico-material del sistema, el lugar de la medicina y la igualdad-desigualdad que toca las bases estructurales -ya no simplemente de las *prácticas* sino del orden que representan y del orden a que representa ese orden-. Las formaciones discursivas se constituyen en opciones que las exceden.

Volvamos a *Rosa* y sus cifras de ausentismo. Probablemente ese gran 70 % que representaban las “otras causas” de las ausencias, estaba relacionado con hechos materiales y representacionales de los padres de los niños atendidos, que ella no pudo recuperar conceptualmente. Y si vamos más lejos hasta podríamos decir, que más allá de su genuinidad relacional, los padres estaban diciendo algo con sus ausencias en relación al sistema de salud en términos globales, pero esta es *harina de otro costal*.

Una de las médicas participó de una investigación colectiva que tomó forma de artículo en una revista científica. Se trató de un estudio epidemiológico -observacional retrospectivo-. En él, entre las variables elegidas, se menciona situación socioeconómica, desglosada en “alta”, “media” y “baja”, tipo de población

(rural/urbana) y estrategias de manejo cotidiano de alimentos e higiene. Los resultados del estudio marcaban entre otras cosas que la incidencia encontrada en relación a una patología fue mayor en la población rural y que “un alto porcentaje de los pacientes perteneció a la condición socio económica alta y media” aclarando que “al no contar con información acerca de la distribución porcentual de hogares clasificados por estratos socio-económicos, no fue posible comparar los resultados obtenidos de esa variable con el indicador, en la población blanco”.

Dejemos de lado la discusión acerca de la manera de recoger datos en relación al sector de clase a que pertenecía la población estudiada que de más está decir, se aparta de la perspectiva relacional y centrémonos en la selección y tratamiento de las variable mencionadas. Y en este último sentido cabe rescatar significados desde testimonios de su autora, ya que a partir de los resultados de este estudio manifestó su entusiasmo<sup>154</sup> frente al descubrimiento que marcaba la mayor incidencia de la “patología” ubicada en la población rural. Además, también cabe acotar que compartió con un equipo la inquietud acerca de las dificultades de calcular lo hallado en relación a la situación socio-económica y se acercó a cuestiones de lo cotidiano, subrayando en el estudio el sesgo representado por cuestiones del orden de la memoria en los familiares de los pacientes para responder preguntas del cuestionario. Y, el trabajo termina planteando la importancia de los datos en función de la planificación de políticas de prevención.

Corriéndonos de la *anécdota*, este testimonio revela que cuando convergen las demandas relevantes de la realidad y el *deseo* de los sujetos que la abordan, estos últimos pueden salir a la búsqueda de abordajes teóricos, aún con contradicciones, desde parámetros no convencionales.

Contrariamente, en otras experiencias, en el “[...] quedarse solamente con lo utilizable, con lo que conviene para el diagnóstico y el tratamiento” (Clavreul; 1983: 32), se juega la imposibilidad de recoger aquellas dimensiones que exceden la posibilidad de ser analizadas, interpretadas y que colocan al “abrigo de error” (Clavreul; 1983: 32).

---

<sup>154</sup> Fundamentalmente porque comentó que en estudios anteriores se habían guiado por los porcentajes encontrados en el interior del universo de pacientes con la enfermedad, mientras que en este estudio habían puesto en relación los casos con el total de población de las áreas de procedencia, tanto en términos de lo rural como de lo urbano.

Volvamos a la idea -marcada en pasajes anteriores cuando identificaba una lista de términos aparecidos en los trabajos abordados- acerca de los conceptos disonantes contenidos articuladamente en formatos tradicionales, que aparecen en los estudios de nuestros sujetos. Esta condición suele verse bajo la modalidad de alguna recomendación o planteo acerca de medidas que “suenan”, otra vez desde la perspectiva de Menéndez, como reservadas para el estado -que en todo caso nunca llega a enterarse de las sugerencias-. Tal es la situación de los estudios que luego de procedimientos de análisis centrípetos durante todo su recorrido, terminan en conclusiones que manifiestan haber aportado datos utilizables en la planificación de estrategias dirigidas a la población:

“Este estudio aporta datos para planear nuevas estrategias dirigidas a la población”

“[...] se puede elaborar un plan de prevención [...]”

Otra posibilidad de análisis que brindan las producciones en las que sus autores se han animado a “extralimitarse”, apunta a que fijemos la mirada en cómo la necesidad de trascender lo tradicional, también conlleva el riesgo de “amontonar” líneas teóricas que al mismo tiempo se entremezclan con las formas de trabajar. En la ponencia de un médico que fluctúa entre el perfil de prácticas recortadas en este estudio se lee:

“[...] aumentan la estigmatización y afectan la adherencia”

*Estigmatización* por un lado y *adherencia* por otro, son ideas que no parecen estar sostenidas por el mismo andamiaje teórico. Pero el tema aquí no trata de exigir esa coherencia, sino de advertir la presencia de la búsqueda de nuevos recursos que podrían estar haciendo algunos médicos para acercarse a la realidad.

Clavreul cree que los médicos piensan con Althusser y no porque lo hayan consultado que *la filosofía es lo que no conduce a ninguna parte* y que es lo que ellos sienten que los divide. Volviendo a este estudio, es indudable esta impresión como hilo neurálgico, pero los testimonios con los que se cuenta en relación al sector aquí observado, nos hacen pensar que la “aparente” subestimación hacia lo simbólico podría estar engarzada

con la insoportabilidad de no entender, cuestión que al mismo tiempo la perpetúa. Muestra del esfuerzo de acercarse a ese mundo de conceptos ininteligibles es la siguiente expresión de un médico, vertida en jornadas científicas hospitalarias:

“[...] la lesión produce daño *sociológico*<sup>155</sup> y psicológico”

“Ustedes hablan muy difícil” dijo *Margarita* a una profesional proveniente de las ciencias sociales. Y en realidad, esta aseveración que se escucha con frecuencia, no parece relacionarse con una forma complicada de hablar sino con la lógica de análisis que transporta aquello que se está diciendo. La médica, en el marco de una experiencia de investigación en un equipo interdisciplinario y habiendo previamente explicitado la necesidad de obtener ayuda para “aprender a observar”, luego de haber sido acompañada en su pedido llevó al grupo los siguientes registros entre otros:

“Las formas de mencionar a la madre: `desobediente, imperativa, rosquero, violenta...”

Por lo cual el equipo juzga, culpa, rechaza pero se aleja o prefiere ignorar el problema”

“[...] se han escuchado frases como: estos enfermitos, estos drogonos, estos negros cabeza”

En el proceso de producción de los discursos de *Margarita* resulta clarísimo cómo varía la posibilidad de absorber el movimiento de la realidad en salud en función de la disponibilidad o no de recursos cognoscitivo-conceptuales para ello. Y en la disponibilidad había mediado el trabajo con otro miembro del equipo de investigación, revisando juntos la relación entre líneas teórico/ideológicas y la forma de obtener los datos.

Por otro lado, una de las médicas trabajó en un estudio que se ocupaba de observar la implementación en recién nacidos de prácticas de índole biológico y de prácticas del orden de la intersubjetividad. En este caso las conclusiones sí rescatan sin saltos conceptuales el recorrido del estudio: el grupo pone en tensión, prácticas,

---

<sup>155</sup> Cursiva de la tesista.

obstaculización de cambios y derechos, con la particularidad de haber volcado los datos cuantitativos a disposición de esos ejes.

### ***Los A propósito de un caso***

*Luisa* es una médica que se dedica entre otras cosas a cuidar y digo a cuidar, deliberadamente, que la gente que tiene problemas oftalmológicos con necesidad de ser intervenida quirúrgicamente, pueda hacerlo y que quien requiera un acompañamiento muy cercano también lo tenga. Revisa sus historias (las verdaderas), los llama por teléfono, habla con quien tiene que hablar en términos de poder y recursos; sin embargo en instancias de Jornadas Científicas del hospital, el poster que expuso, compartido en autoría, mostraba en gran tamaño características de un rostro “atípico” que representaba un síndrome con inclusión de problemas visuales.

Dos planos de su actividad entre *prácticas directas e indirectas*. Y lo significativo es que excluyó de la perspectiva de la ciencia el análisis del contenido de la actividad que es la que garantiza -en forma de estrategias de trabajo cotidiano- su objetivo de *cuidar los ojos*. El trabajo sobre las condiciones de la construcción de la salud no aparecería como pasible de ser transmitido por la ciencia.

El *a propósito de un caso*, en términos metodológicos, genera muchas discusiones. En una reunión previa a la organización de las jornadas científicas, la discusión giraba alrededor de si aceptar la presentación de casos en formato de ponencias o simplemente posters. Ocurre que aquí se perdió el eje de la discusión. La presentación de un caso (como caso único) puede ser-entre otras cosas-: 1- todo un acontecimiento de la ciencia en tanto arroje incertidumbres/certezas que empujen a la continuidad en el *descubrimiento/validación*, 2-un relato curioso y 3-la narración de la forma de haber llevado adelante una estrategia diagnóstica o terapéutica.

Habitualmente los formatos expuestos en los puntos 2 y 3 son los que abundan. Y pareciera deberse a que se conjugan, la necesidad de mostrar “lo raro”, el “caso lindo” -como suelen decir algunos representantes de la disciplina médica- con la imposibilidad de rescatar teórico-empíricamente la potencia que ese caso desata. Una

muestra de la atracción por “lo diferente”, es esta afirmación en la conclusión de un resumen de uno de los actores considerados en este estudio, luego de la presentación “minuciosamente” desarrollada de un caso en el que se sospechaba una enfermedad rara:

“En este paciente aún no contamos con los resultados del estudio  
que confirme el diagnóstico”

Lo llamativo es cómo la atracción por la riqueza del caso arrasó con el criterio de hacer converger la presentación con los resultados.

Y otras veces, cuando hay un hallazgo, suelen no habilitarse. Entonces son los autores los que se des- subjetivizan, desaparecen en la secuencia de creación.

### ***Lo social como riesgo o el riesgo social.***

Los médicos se sienten muy cómodos con el concepto de *riesgo social* que además de contener los “sesgos” provenientes de su connotación en el plano epidemiológico ampliado, al ligarse a “lo social” y aplicado a singularidades, propicia una vigilancia persecutoria que no es registrada, es ejercida. Quizá la comodidad provenga de la posibilidad de poder nombrar “lo social” con un dispositivo conceptual que cuenta con sostén teórico en el propio terreno médico.

Lo social despierta o bien el desinterés o bien la desesperación de no poder capturarlo científicamente. El concepto de riesgo que lo antecede pareciera aportar una fantasía de certeza que ha sido forjada por la ciencia moderna.

Pero veamos cómo no se trata de un término “inocuo”:

[...] al operar con la categoría riesgo, obligatoriamente estamos en el plano probabilístico futuroológico [...]. Pero por las propias características virtuales de la categoría riesgo, no tenemos una certeza absoluta de que se torne un hecho. Los individuos están bajo riesgo no porque presenten señales evidentes de padecimientos sino por indicios propiciados por muchos dispositivos médicos de prospección y vigilancia disponible (Castiel; Alvarez; Díaz 2010:67).

Como dicen los autores citados, se juega algo del orden de lo futuro que aún no es y no sabemos si será.

“Creo que este chico no va a sobrevivir...aún si la operación sale bien”

Esto dijo en una reunión de equipo uno de los médicos en relación a un niño que cursaba una enfermedad entendida oficialmente como irreversible -si no media una intervención quirúrgica-, cuando suponía que no podrían sostenerse familiarmente los cuidados que requería luego de la estrategia indicada. Esta alusión se sostenía sobre una presunción tácita del riesgo que el niño reunía al cruzarse su patología con las condiciones de vida, pero...la patología del niño -en lenguaje oficial-, “remitió” previamente a la intervención. Esto es más que una profecía no auto-cumplida. Que sobreviviera a pesar de sus condiciones de vida era una posibilidad que hubiera desafiado al cálculo del su riesgo singular, pero lo que sucedió debe leerse desde la idea de determinación social de la salud en relación a la construcción de los imaginarios y a la mirada del otro; pero es motivo de otro estudio.

Al mismo tiempo el formato *riesgo social* es una herramienta conceptual que esconde el señalamiento de las responsabilidades personales, familiares en la construcción de la salud/enfermedad.

*Pablo*, en una conversación con profesionales de trabajo social y en momento de hacer acuerdos sobre estrategias de trabajo, propone/pide, que creen una escala del 1 al 5 para medir *riesgo social* de las familias de los niños atendidos y que coloquen este “instrumento” en la historia clínica. De manera que se contaría con una marca de Riesgo Social 1, Riesgo social 2, Riesgo Social 3 y así sucesivamente.

Al preguntarle:

“¿En qué ayudaría?”

Respondió:

“Y...así los médicos sabríamos cómo manejarlos”

*Pablo* ni siquiera quería saber detalles de las condiciones con las que se construyera el índice; es decir, aún pretendiendo “hacer algo”, ¿cuánto lo guiaría el 1 o el 5? Hay “algo” que necesita ser conquistado, que es ese social de la salud, pero se absorbe desde lo que se cree saber, que es la racionalidad cuantitativa.

Y centrándonos en el valor que el concepto *riesgo social* tiene como dispositivo capaz de capturar aquello que es tan difícil de pensar: “lo social”, pareciera que el concepto se ocupa de apuntalar al médico -desde una *legitimación epistemológico-social* que se le confiere- (Laplantine; 1999: 326) para intervenir e interpretar, así como para contar con recursos conceptuales que permitan abordar cuestiones que trascienden “lo biológico”.

### ***Otra vez el mythos<sup>156</sup> y el logos***

En el año 2013 llegó a Bahía Blanca por invitación de Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur un médico mejicano doctorado en antropología. Exponía su investigación (antropológica) sobre las técnicas para curar “el empacho” en la Argentina. El investigador hizo una exposición muy prolija acerca de su recopilación sobre trabajos de corte antropológico producidos en nuestro país, textos literarios sobre el tema y testimonios de “curanderas”. En el auditorio, entre todos los participantes había médicos y *curanderas*.

Un médico del colectivo considerado, *Ramiro*, al finalizar la primera parte de la exposición del invitado y sin dirigirse a él sino a: “todas las abuelas que están en la sala” -como dijo- les indicó a estas mujeres en nombre de las sociedades científicas que por favor no usaran ninguna de las plantas medicinales que habían sido mencionadas. Las mujeres -que fueron como curanderas y no como abuelas- y que habían dado vuelta su cabeza para mirarlo, cuando terminó volvieron a mirar al expositor y comenzaron sus preguntas hacia él.

Todos los saberes en la misma sala que por momentos hacía pensar -si lo contemplamos desde una perspectiva europeísta- en la batalla a la que se refiere Luz, entre el Renacimiento y la victoria final de la racionalidad científica moderna, cuando

---

<sup>156</sup> Sin ánimo de confundir la especificidad que el mito, la magia y el curanderismo encierran *per-se* -y al mismo tiempo más allá de sus vínculos-, a los fines de este estudio se los emparenta en tanto la ciencia de corte hegemónico se los representa indistintamente por fuera de la legitimidad de la razón. Y se los emparenta siempre entendiendo que el mito es un discurso y la magia una práctica que suele incluir lo discursivo.

manifiesta: “Durante la batalla, hubo por lo menos tres “razones” presentes: la racionalidad científica, la moralidad racional de origen religiosa y la racionalidad animista, immanentista, mística e implícitamente sensual de las ciencias alquímicas (astrología, alquimia magia)[...]” (Luz; 1997:67). Es de esta línea de contenidos pasados entremezclados que probablemente irrumpen los miedos de nuestros médicos y que se activen cada vez que se contactan con lo mítico y mágico proveniente de otra historia, la historia de los pueblos de América latina y El Caribe.

Volviendo al evento, la mayor incomodidad se había generado a partir de la descripción del uso del *paico*, que si bien las prácticas que hacen uso de esta hierba en la Argentina parecen arrojar resultados problemáticos en cuanto a impacto en niños, el médico expositor se había referido a esa hierba desde una perspectiva que reconocía el lugar cultural que ocupa en Méjico en sus distintos usos: como condimento, como medicamento y como infusión y cómo la población la había incorporado junto con las precauciones<sup>157</sup> que deben contemplarse. Aun así, la orientación de la charla no respondía a enseñar cómo usarlo, sino a interpretar saberes que él planteaba como socializados.

Las curanderas no encontraron allí lo que buscaban y en los médicos hubo posiciones contradictorias: nuestro médico no pudo debatir con el expositor.

Salvando las distancias entre la magia y el curanderismo, Starobinski (2001) se anima a señalar una coincidencia entre la medicina científica moderna y la magia:

El mago considera a la enfermedad “como un ser suplementario que se ha insinuado al enfermo; y el acto mágico no se dirige al enfermo sino a la enfermedad en tanto *tercero indeseable*. [...]. Allí donde la medicina mágica veía un ser, un espíritu o un demonio, la medicina mecanicista ve una cadena de acontecimientos fisiológicos [...]; pero la consecuencia sigue siendo idéntica: para obtener la curación se actúa sin la colaboración del sujeto [...]. (Starobinski; 2001: 75-176)

---

<sup>157</sup> Ni embarazadas, ni niños menores de dos años, ni población físicamente debilitada. Como condimento en ínfima cantidad; como infusión sin hervir las hojas junto al agua y como medicamento con dosificaciones exactas. Es más, aclaró que habría que hacer estudios multidisciplinarios que también abordaran el tema de la concentración en el paico de Argentina, ya que al haber sido una planta importada, puede haber sufrido variaciones genéticas responsable de los problemas que aquí se detectan.

Ahora bien, que el “acto mágico” no se dirija al enfermo, no implica la disociación cuerpo-sujeto en la cosmovisión en juego. Le Bretón cuando en distintos momentos habla de la magia, del curanderismo y de la brujería, sostiene:

El cuerpo no es considerado nunca como algo distinto del hombre, como sucede en el saber biomédico. Estos conocimientos tradicionales no aíslan el cuerpo del universo, se articulan sobre un tejido de correspondencia que muestra que las mismas “materias primas” entran en la composición del hombre y el mundo. (Le Bretón; 1990: 85)

Volviendo al texto de Starobinski, su contenido nos permitiría insinuar que probablemente haya algo que espante en esa “sutil” similitud. No es casual que Paul Feyerabend sostenga “El *objetivo*<sup>158</sup> de los mitos primitivos y de las teorías científicas es exactamente el mismo: la comprensión y la explicación causal de fenómenos destacados” (Feyerabend; 2013: 82).

Así como Clavreul propone “Gracias a Hipócrates, la medicina ha salido de las recetas más o menos satisfactorias que a veces reclaman los enfermos” (Clavreul; 1983: 81), Le Bretón sostiene:

El hecho de que se siga recurriendo a prácticas a las que aún se considera sospechosas de superstición, de ignorancia de astucia, etc., constituye una muestra de la fluctuación actual de las referencias y de su disponibilidad, incluso para sujetos pertenecientes, por formación y por categorías a un mundo absolutamente extraño a esos saberes. (Le Bretón; 1990: 84)

Si bien se encuentra en una nebulosa la certeza acerca la sucesividad o la simultaneidad de lo “mítico”, “lo mágico” y lo “científico” en relación a la historia de la medicina antigua, toda esta mezcla de magia y naturaleza no es privativa de aquellas épocas, ni de aquellos centrales lugares del mundo, de lo contrario no tendrían tantos “dolores de cabeza” nuestros médicos cuando no se animan al menos a entender los orígenes de la salud popular en nuestros países y *qué nos quiere decir la gente con su uso*. “Pero cuanto más desaparece la ilusión mágica, tanto más inexorablemente retiene al hombre la repetición, bajo el título de legalidad, en aquel ciclo mediante cuya objetivación en la ley natural él se cree seguro como sujeto libre” (Adorno; 2007: 28).

---

<sup>158</sup> Subrayado del autor.

Volviendo a las prácticas cotidianas, el médico que se explayó sobre el tema del disertante, cuando ha sido protagonista de la atención de niños presuntamente intoxicados con *paico* y en instancias de encuentro con sus padres no se ha comportado como lo hizo en el espacio del médico mejicano. Sus prácticas lejos de ser culpabilizadoras se cristalizan en reconstrucción y acompañamiento respetuoso de las familias en la revisión de sus creencias.

Habría que preguntarse también, al mismo tiempo de entender, qué nos quieren decir los médicos (no solo el protagonista de este episodio) cuando no pueden, más aun, no soportan debatir -en términos teóricos- sobre estas prácticas.

En relación a la circulación histórica de las ideas y la vida y sin dogmatizar principios de búsqueda lineal de cristalizaciones del pasado en el presente, estas resistencias a lo mítico, a lo mágico se parecen mucho a la esencia de la Ilustración interpretada por Theodor Adorno: “la ilustración es el temor, mítico hecho realidad” (Adorno; 2007: 31) y “Ella [la Ilustración] lo percibe [al horror al mito] no sólo en los conceptos y expresiones oscuros, como cree la crítica semántica del lenguaje, sino en toda expresión humana mientras no tenga un lugar en el contexto instrumental [...]” (Adorno; 2007: 43-44).

Ya en el orden de lo llamado “alternativo” en relación a prácticas de salud, se escucha reiteradamente el siguiente enunciado:

“Podés hacer lo que quieras, menos tomar algo o inyectarte”

“Hacer lo que quieras”, que parece remitir a una concepción digamos amplia y que generalmente apunta a técnicas de origen oriental “trasplantadas” como el *reiki*<sup>159</sup>, sin embargo contiene en el decir, algo del orden del “entretene”. No vamos a discutir acá el lugar que ocupa la difusión de técnicas que no son oriundas de nuestro contexto y de cómo la *New Age* que las ha rescatado en un estilo de “la biblia y el calefón”, no es

---

<sup>159</sup> Con todo el respeto que nos merece ubicado en sus genuinos principios.

inocente en tanto orden, pero lo cierto es que los sujetos de atención -ajenos a este análisis- lo llevan a la escena de consulta médica para hablar de “su” salud. Y la no consideración de su imaginario en el encuentro cuando de estos temas se trata, nuevamente podría estar operando para la conciencia del médico, como lo no racional-distinto de sí- que lo ayuda a distanciarse.<sup>160</sup>

Aun así, en este punto tampoco podemos no registrar las heterogeneidades, no olvidemos el testimonio que se transcribe al inicio de este capítulo cuando *Luis* decía:

“jamás me opondría, no tengo nada más para ofrecerle”

Si bien “el no me voy a oponer”, está diciendo algo respecto de su saber, lo cierto es que también sabía que su saber estaba en falta.

### ***La insoportabilidad del sentir, la insoportabilidad del “nombrar”***

[...] la medicina no quiere ni puede saber nada de ese sufrimiento.

J. Clavreul (1983)

Coincidiendo con Samaja acerca del desborde que para los médicos implica la cercanía de problemas inmanejables desde el saber con que se cuenta, entiendo que abordar las realidades en salud requiere de la disposición de recursos conceptuales para “lidiar no sólo con la complejidad cognoscitiva de los fenómenos sino también con su irremediable *dramaticidad* práctica, [...]” (Samaja; 2004:224-225).

Cercana a esta posición aparece la de Laplantine cuando trata sobre la *impotencia* (1988: 335) que les genera a los médicos de su investigación, tener que interpretar lo social. Y si es así, pensemos que sentir impotencia es una cosa distinta que resistencia y que como diría Adrián Scribano:

---

<sup>160</sup> Es necesario no desconocer que desde una actitud de búsqueda genuina, experiencias de sectores de la medicina contemplan el debate acerca del lugar de estas otras prácticas. Y en otro extremo se manifiesta la configuración que Menéndez denomina Modelo Alternativo Subordinado (ver Menéndez; MM. Modelo Alternativo Subordinado, en Menéndez, E: *La Antropología médica en Méjico*.UAM. 1992. Págs. 97-113).

[...] los mecanismos de soportabilidad social se estructuran alrededor de un conjunto de prácticas hechas cuerpo que se orientan a la evitación sistemática del conflicto social [...]. Dichos mecanismos operan casi des-apercebidamente en la porosidad de la costumbre, en los entramados del común sentido, en las construcciones de las sensaciones que parecen lo más “íntimo” y “único” que todo individuo posee en tanto agente social. (Scribano; 2009: 145-146)

Entrar genuinamente en el discurso del otro, en los sentires del otro, conduce a tocar con su sufrimiento y como dice Clavreul “[...] el sufrimiento remite al sujeto que lo experimenta a su fantasma y a lo que constituye ese fantasma” (Clavreul; 1983:182) que está ligado a la historia, mientras que la enfermedad solo se mantiene sobre el discurso médico (Clavreul; 1983:182). En el discurso médico el sufrimiento del otro se metamorfosea en palabras que lo nombran -dolor, palpitaciones, fiebre, ausencias-, palabras para las que pueden existir una indicaciones que hagan soportable (también para los médicos) lo que representan.

Veamos el siguiente diálogo (no pertenece a la *población* alcanzada):

“hay que empezar la sedación del paciente de la 22” (médico)

“pero doctor, el paciente acaba de desayunar y...con ganas” (enfermera)

“[...] lo que viene es terrible” (médico)

Viene a colación desde este material todo lo dicho acerca del sufrimiento, de las distancias, del deseo, podríamos decir, de las *fobias*. Suele ocurrir que los médicos no permanecen demasiado tiempo al lado del enfermo, el médico del ejemplo entró y salió de la habitación en la que ordenó la sedación. Clavreul habla de fobias en este mismo sentido, entonces este autor, muy “recorrido” en este estudio por su profundización en el *orden médico*, nos hace preguntarnos cómo compatibiliza él la impenetrabilidad en su discurso acerca de un orden médico “que no está dispuesto a cambiar” con la idea de fobias, que si bien son construidas socialmente resuenan singularmente. No lo resuelve. Podría extraerse de estos encadenamientos analíticos que vengo transitando que, cuando no son recuperadas reflexivamente *las resonancias emotivas* -al decir de Segalén- por quienes las experimentan, ellas estarían facilitando el sostén del orden médico de la mano de la insoportabilidad, que se convierte en distancias. Es probable que ese sea un

mecanismo de continuidad en la articulación entre “lo singular” y la estructura hegemónica.

En otro orden, la imposibilidad de acceder conceptualmente a la riqueza a veces caótica de las situaciones de salud/enfermedad, podría explicar la “elección” de dimensiones aisladas que terminan siendo procesadas desde una perspectiva simplificadora.

Laplantine se acerca a este escenario:

“[...] detrás de la reiterada afirmación de objetividad (y de bien público)<sup>161</sup>, me pareció que había una serie de motivaciones extrañas al espíritu científico que conducían necesariamente a plantear la siguiente pregunta: ¿por qué esta obsesión en reducir la patología humana [...] a la simplificación del determinismo unilineal, a menudo defendido sin objetividad, sino en forma pasional? (Laplantine; 1999: 336-337)

Y se responde:

Esto es, el miedo a arriesgarse a comprender *también*<sup>162</sup> la patología por otros caminos.

## **Cuerpo-ciencia-deseo-soportabilidad**

La vía privilegiada de conexión entre acciones colectivas, fantasmas y fantasías sociales la constituye la aceptación de que el cuerpo es el locus de la conflictividad y el orden. Es el lugar y topos de la conflictividad por donde pasan (buena parte de) las lógicas de los antagonismos contemporáneos.

A. Scribano (2013)

### ***Tu cuerpo mi cuerpo***

Jean Clavreul juega con la relación entre deseo e identificación. Menciona “Es cierto que los médicos jóvenes y los estudiantes no dejan de sentirse turbados en su imagen de cuerpo. [...]. Pero la causa de estas manifestaciones no es la frecuentación de los enfermos sino la del discurso médico” (Clavreul; 1983; 130).

---

<sup>161</sup> Paréntesis del autor.

<sup>162</sup> Subrayado del autor.

Ya ha sido expuesto como Clavreul desvincula el cuerpo del “paciente” del deseo médico, para vincularlo a la enfermedad que porta el cuerpo de ese “paciente” (Clavreul; 1983: 129), pero veamos esta reacción de *Jerónimo* -frente a la espera del resultado de un estudio de un joven que buscaba descartar una metástasis de la enfermedad principal, cuando se encontró diciendo:

“Te juro que si la tomografía da bien...me pongo en pedo”

En esta relación cuerpo a cuerpo que involucró a *Jerónimo*, no podría decir con Clavreul, que “el cuerpo del enfermo, no es objeto de su deseo, porque es sólo lo que queda cuando la enfermedad se ha retirado” (Clavreul; 1983: 129). El “me pongo en pedo” de *Jerónimo* podría ser “quiero un cuerpo *del otro* sin enfermedad”. Probablemente esta idea no sería aceptada por Clavreul quien volvería a encontrarle sentido en los circuitos del orden médico. Clavreul condena a las apreciaciones teóricas que encuentran en actitudes como la de *Jerónimo* la posibilidad de *identificación* (que no es la que aquí se sostiene), explicación que lee como una forma cómoda de pensar simplistamente que lo que está en juego es el deseo de curar, y que según el autor estaría al servicio de la ideología médica (Clavreul; 1983: 130). Laplantine se acerca con menos dureza al tema de aquello que está en juego durante la enfermedad entre el cuerpo del médico y del enfermo: “cualquier médico, [...] posee también una experiencia no biomédica de la patología y de la terapia. Enfrentado día a día con la enfermedad, no puede tener acerca de ella un acercamiento estrictamente racional” (Laplantine; 1999: 21). Además subraya que en los procesos de “intercambio” se ponen en juego más allá de la experiencia de enfermedad y el saber médico -invertidamente- el saber del enfermo y la experiencia -de vida - propia del médico.

Ahora bien, volviendo al testimonio de *Jerónimo*, habitualmente, ese deseo sobre el cuerpo no se rescata en las investigaciones científicas, donde lo que sí se rescata es otro deseo, ese que Clavreul sostiene como ir a la conquista de enfermedades nuevas (Clavreul; 1983: 134) o de aspectos nuevos de las enfermedades o re-afirmación de lo que fuera nuevo. Pero aun así es posible que lo nuevo, lo raro, juegue un papel des-

corporalizador/des-angustiante. Así nos encontramos con estudios, como aquel que bajo el objetivo de:

“[...] revisar experiencias en torno a un nuevo tratamiento”

El apartado *material y método* propone:

“[...] se analizaron HC de 15 pacientes”

Y señala como resultado:

“El procedimiento fue insuficiente en 7 pacientes durante la primera semana de tratamiento. Estos presentaban factores de riesgo único o asociado [...]”

Entonces, en *Jerónimo* y en otros Jerónimos, “la ciencia esperada” va a venir a poner la distancia “des-angustiante” que separa corporalidades, que separa “humanidades”. Los estudios como los planteados, que nadie niega que deban ser, privan de incluir dimensiones que además de potenciar resultados, corren el proceso salud/enfermedad del lugar de lo tangible, a veces insoportable.

Aunque aparente lo contrario, no es contradictorio acercarnos al discurso de Onocko Campos cuando sostiene:

De la misma forma, a partir de que un usuario tiene nombre, cara e historia, la implicación del equipo mejora, se produce un efecto des-alienante y aumenta el compromiso con el paciente y su tratamiento. Es mucho más fácil decirle “vuelva mañana a las 7” a quien no se conoce. (Onocko Campos; 2004: 115)

Y no lo es porque lo que en este trabajo pienso como posibilidad des-angustiante, es decir, el pasaje del plano de la experiencia -compleja- al plano de lo escrito o dicho -simplificado-, es un juego del imaginario, mientras que Onocko Campos se está refiriendo a estrategias profesionales aplicadas y revisadas. Y al mismo tiempo habla de des-alienación, herramienta que implica un camino de trabajo profundo entre subjetividades. La des-angustia a que me refiero busca arrasar razones y no razones del

cuerpo y de las emociones. Aquel médico del paciente de la habitación 22 que indicó la sedación, probablemente evadió la angustia con la distancia del cuerpo y con la distancia de la vieja teoría clasificadora que ordena actuar en función de lo ya estipulado que advierte acerca de qué le pasará a cada uno, pero, no podríamos decir que se des-alienó.

A veces esa dicotomía que contiene la historia (de la modernidad) y que tan claramente grafica Madel Luz cuando señala que razón y pasión se dieron el adiós, parece estar trasladada a lo cotidiano del abismo entre relaciones intersubjetivas y producciones científicas. Se transcribe ahora un diálogo entre *Jerónimo* y un médico por fuera de la “muestra” en relación a un “paciente terminal”:

“Y, ¿si lo que vemos en la imagen son hongos?, podríamos probar medicarlo”  
(Jerónimo)

“No, no, la imagen es clara. Lástima que después no se hace autopsia... para saber de qué tipo fue, digo” (médico de planta)

Dos médicos, dos miradas. *Jerónimo* apuntaba a no pensar que fuera “lo impensable” en ese sujeto-con-cuerpo y su interlocutor, probablemente con más experiencia, no sólo no dudaba sino que se concentraba en un cuerpo-sin sujeto, es más, en la enfermedad que contenía ese cuerpo.

Para el médico experimentado el lamento parece cumplir con lo que dice Clavreul cuando reconstruye la conversión histórica del médico en sabio y habla del cadáver como “el lugar de su fracaso” y como aquello de lo que extraía el saber que “le permitiría revertir en victoria ese fracaso” (Clavreul; 1983: 26).

En una oportunidad uno de los miembros abordados en este estudio, que presenta habitualmente trabajos científicos de formato ortodoxo de corte multicéntrico también participó de un trabajo junto con gente de filosofía y psicología, exponiéndolo en jornadas científicas del hospital bajo el título *cuerpos descarnados*. El objetivo aparecía de esta manera:

“[...] este trabajo es un intento de reconstrucción desde la medicina, la filosofía y el psicoanálisis...distintas miradas, personificadas en diferentes discursos, sobre el mismo ¿objeto?...<sup>163</sup>El cuerpo”

En otro trabajo una de las médicas participó de un trabajo sobre mortalidad que contiene esta construcción:

“[...] tener en cuenta la mirada de la población, los aspectos relevantes de la realidad institucional y la relación intersubjetiva población-equipo [...]”

Escenas teóricas como ésta (con una enunciación del objetivo poco usual) -donde el cuerpo (humano) estuvo puesto deliberadamente en estudio-, reafirman la idea de no caer en generalizaciones desde una crítica al modelo médico, idea que si no observa la construcción de singularidades como cuestiones también históricas, corre el riesgo de posicionarse de la misma manera que la oficialidad. Bien podría decirse que en estas elucubraciones del conjunto interdisciplinario hubo un acuerdo tácito entre la medicina - que es leída desde posiciones críticas al orden médico como des-subjetivizante- y las otras disciplinas que vinieron a colocar al cuerpo como cuerpo que dice y pide. No es casual que estos trabajos, donde participaron médicos, devengan de la inclusión de otros profesionales; pero igualmente, aquí-hubo-médicos (particular e inevitablemente instalados en el contexto del orden médico) que “negociaron”, cedieron, reconstruyeron con otros. Entonces no todo es tan claramente ordenado, al menos no lo es cuando lo que toca es el análisis teórico de estos procesos -a veces excepcionales-. Y si “en esta relación concreta con la situación, la comunicación discursiva siempre está acompañada por actos sociales de carácter extralingüístico [...]” (Voloshinov; 2009: 153), llegar a esos intersticios es una obligación científica, pero de la ciencia dialéctica.

### ***¡Es médico!***

Pareciera que el médico no tiene cuerpo, ¿cuántas veces frente a alguien que se avergüenza al pensar en su desnudez frente a un médico, se le dice, “¡pero si es médico!”? Esta des-humanización corpórea también le es “inoculada” a los médicos

---

<sup>163</sup> Puntos suspensivos de los autores.

como lo esperable de ellos. No verían, no sentirían, no palpitarían, nada les provocaría asco, nada les provocaría placer. Entonces así como tantas veces se habla en este trabajo sobre la pobreza médica en términos de deliberación en relación a adscripción o no a mandatos científicos o sociales, también es necesario mencionar que esta negación corpórea por mandato, tampoco sería registrada por ellos como tal. Cuando Foucault introduce la idea de deseo en el poder, tensionando con lo que hasta ese momento era el poder desde lo jurídico y lo reprimido, le da entidad al deseo, colándose el registro del deseo a través del análisis por aquellos lugares donde pareciera no le corresponde estar. Con Freud de *Totem y Tabú* entendemos que “el significado del tabú se nos explicita siguiendo dos direcciones contrapuestas” (Freud; 1991: 27) y entendemos que el tabú es al mismo tiempo una prohibición y un deseo. “Por una parte, nos dice `sagrado`, `santificado`, y, por otra, `ominoso`, `peligroso`, `prohibido`, `impuro`” (Freud; 1991: 27).

¿Cómo funciona todo este embrollo filosófico que intenta rescatar la dialéctica de la relación entre cuerpos que se encuentran para aquello que los trasciende: “el acto médico”?

A veces los médicos “se han creído” su in-corporalidad y la presunta instalación de esa creencia nos hace entender cómo se sostienen por ejemplo ante escenas de olores que resultan insoportables para cualquier mortal. Pero aun así, se ha observado que es más frecuente la resistencia ante estos efectos de los sentidos -que no involucran el tocar-, que cuando está en juego el contacto de pieles.

No obstante:

<p><i>Margarita</i> levantó a un bebé, hijo de una mujer portadora de VIH, sin pañal y sin preocuparse por que el bebé la mojó y vomitó. Es real, que la ciencia le habría asegurado a Margarita que no se contagiaría con esos contactos, pero, también he visto a otros -a quienes la ciencia le dice las mismas cosas-, usar guantes descartables para pesar a cualquier bebé.</p>
---

Percepciones, sensaciones emociones constituyen un trípode que permite entender dónde se fundan las sensibilidades. Los agentes sociales conocen el mundo a través de sus cuerpos. Por esta vía un conjunto de impresiones impactan en las formas de “intercambio” con el con-texto socio-ambiental. Dichas impresiones de

objetos, fenómenos, procesos y otros agentes estructuran las percepciones que los sujetos acumulan y reproducen. Una percepción desde esta perspectiva constituye un modo naturalizado de organizar el conjunto de impresiones que se dan en un agente. (Scribano; 2013: 29)

Pero, el médico tiene prohibido involucrarse con ese cuerpo, para el placer o para lo abominable. Los guantes y el barbijo son la barrera. Se ausculta, no se toca. Margarita tocó al bebé “contaminado”, lo tocó ella, mujer médica. Pero forma parte del mundo de muchos otros que como ella trabajan en el “cuerpo a cuerpo” y cuyos trabajos científicos en un esfuerzo de aniquilamiento de la subjetividad, no recuperan el análisis proveniente de ese cuerpo que también escucha.

“[...] se observó que los pacientes con [...] tienen niveles superiores de [...]”

En la recurrencia a textos de este tipo, sin recuperación de relatos verbales o corporales, “la ciencia” les arrebataría la intersubjetividad corpórea por dos cosas, porque se habrían visto atrapados por “lo raro”, y porque, en los sujetos cuyas prácticas se enuncian en este estudio, la conversión del *cuadro sensible en cuadro científico* también puede funcionar como barbijo.

El asco, lo feo, lo exultante, lo atractivo, los perfumes, recuerdan la propia humanidad. De alguna manera esto hace entender cómo, aguantar olores, no disfrutar perfumes que eroticen es una manera de no reconocer el propio cuerpo en el acto médico. Pero también hace entender cómo algunos deciden aceptar el encuentro de cuerpos, *Juana* tocó y dignificó a aquella mujer estigmatizada, a ella y a su condición de vida, algo así como “el higienismo que no fue”.

Con el cuerpo comprendemos, según Merleau Ponty y Bourdieu. También lo marca Scribano.

¿Y si ese tratamiento intersubjetivo fuera un intento contra-hegemónico no deliberado marcado en los cuerpos, como un recuerdo en el que el cuerpo interpreta la historia guardada trans-históricamente y anterior al *Nacimiento de la Clínica*?

¿“Será que cuando hay convicción y no hay teoría, se hace cargo el humano/cuerpo” desde la posibilidad de *comprensión* que el cuerpo tiene?

“[...] no existe en la actividad comprensiva una ruptura radical con el otro. El desconocimiento total del otro que se expresa en la eliminación simbólica o física, como se observa en las formas extremas de las luchas xenofóbicas implica la destrucción de la comprensión”. (Salas; 2006:241)

Si bien la posición de Randall Collins es “extrema” en términos de los logros de la interacción *per se*, merece ser considerada en tanto se piense a las interacciones en el marco de procesos históricos. Él dice “La presencia corpórea facilita que los humanos co-presentes capten sus respectivas señales y expresiones corporales; que compartan igual ritmo y se abismen en movimientos y emociones recíprocos” (Collins, 2009: 92). Se trata de un escenario de *prácticas* que se aloja en humanos-corpóreos, puestos en relación con humanos-corpóreos, puestos en relación con la historia, con las propias historias, con las historias compartidas, con las propias compartidas historias.

# **CAPÍTULO V**

## **CONSIDERACIONES FINALES**

## I-VOLVER A EMPEZAR

Pero esto no quiere decir que todo trabajo no pueda hacerse sino en el desorden y la contingencia. Ese trabajo tiene su generalidad, su sistematicidad, su homogeneidad y su apuesta.

M. Foucault (1996)

Sólo si entendemos cómo se construyen los procesos podemos des-armarlos.

No fue sencillo organizar las ideas de manera de poder reconocer la historia (trans-historia) de la lógica hegemónica en salud y darle lugar a aquello que se iba descubriendo como quebrantador, dis-ruptor. Y no fue sencillo porque debía evitar caer - desde el entusiasmo- en pensar lo transgresor simplemente como constitutivo de la hegemonía o en el absolutismo ingenuo de creer haber dado con el inicio de la panacea emancipadora.

La idea durante la construcción del este trabajo giró alrededor de poder llegar a algunos “costados” profundos de la práctica médica que suelen ser analíticamente descuidados. Y, es posible que esto suceda porque gozamos de herramientas conceptuales críticas, lúcidas y legítimas, pero, de las que se ha hecho uso y abuso, en lugar de continuar explotándolas. Toman la forma de látigo cuando deben ser un recipiente acuñador de ideas.

Los brillantes dispositivos conceptuales *orden médico y Modelo Médico Hegemónico* cuando son usados dogmáticamente como destino final fatal, obturan toda posibilidad emancipatoria. Se filtran en el acontecer de las prácticas, irrumpiendo como un análisis de la repetición vacía en el discurso que aplasta la visión de cualquier disrupción.

“Bien usados”, se vuelven dispositivos que le sacan las telarañas a las ideas aún cuando no sea para simplemente seguirlos “al pie de la letra”. Al contrario, en ocasiones iluminan -a pesar del “orden” racional que plantean develar- justamente el des-orden.

## **Acerca de este estudio**

Muchas veces el entramado del trabajo hizo pensar si era posible, sin caer en eclecticismos, integrar en la praxis el planteo de todos los autores que lo atraviesan. La respuesta podría ser sí, si entendemos que el punto de unión entre ellos (los autores) debe ser encontrado en tanto posiciones críticas, posiciones radicales, posiciones que ya sea desde las ideas de producción del poder, del capital, del inconsciente histórico, de la relación estructura económica-super estructura jurídico ideológica o del discurso, entienden a la realidad como “un espacio no pasible de ser atropellado”.

La búsqueda de “la contradicción”, fue la invariante de este estudio. De allí la “obsesión” por extraer singularidades de los testimonios, más que por aglutinar testimonios frente a las categorías.

Si miramos el trabajo hacia atrás, a veces resulta desestabilizador en tanto su organicidad muestra la des-organicidad. Posiblemente esa es su constante, el señalamiento de lo antagónico, ambiguo y contradictorio siempre en clave pretendidamente histórica; esa es su organicidad. Es más, por momentos debí des-organizar aquello que estaba narrativamente “organizado”, porque entendí que mostraba prolijidades racionales que dejaban afuera a las desprolijidades estudiadas.

Primó un juego que se sostuvo sobre “todo el tiempo mostrar todo”, todos los movimientos sin intentar ordenarlos sino dejar que se vieran tal cual funcionan. Es así que los contenidos -desarmados y “exprimidos”- de las llamadas *prácticas indirectas* y *prácticas directas*, fueron siendo imbricados tal cual parecía pedirlo el movimiento contradictorio de la realidad. De manera que evité encuadrarlos en instancias separadas, aún para su estudio, siendo que la hipótesis las “ nombra” en dos planos.

A lo largo del trabajo iban surgiendo algunas nuevas construcciones que se dispararon a partir de trabajar acompañando y acompañada por la hipótesis y conviene “confesar” que me debatí acerca de si completarla con esas nuevas ideas. En realidad me pareció deshonesto, se hubiera vuelto un movimiento de “comprobabilidad” invertido.

A esta altura es necesario explicitar algo que hace re-pensar, el lugar del investigador. Como protagonista -tesista- de este estudio, soy quien se encuentra diciendo que los médicos estudiados se discontinúan en una suerte de representarse la irrupción de lo humano como diferente de la proyección científica de ellos, humanos. Y también digo que incorporan la cuestión social en las prácticas directas no recuperándolas o recuperándolas desde las *teorías multifactorializadoras*. Dos cosas aquí. Va la primera: ¿será que también desde mi posición estoy adjudicando demasiado peso a “lo científico” al decir que en esa disociación cuando se discontinúan es porque sus reacciones en las *prácticas directas* no son consideradas parte de la ciencia? ¿Y por qué tendrían que serlo? La respuesta sería: porque desde la ciencia dialéctica, epistemológicamente no cabría esa disociación. Ahora va la segunda: decir que no retoman las “cuestiones sociales” o lo hacen desde la idea de *factores*, es decir que, no lo hacen desde *la determinación social en salud*. Esto obliga a tener cuidado. Ya vimos que incorporar genuinamente la idea de DSS como trabajaba en el Capítulo II, es sumamente difícil, aún para el “más pintado”. Uniendo ahora ambas cosas estamos frente al desencuentro entre investigador y sujetos en estudio en relación a la idea de ciencia -dialéctica- y a la idea de salud -en términos de determinación social-. “Nada nuevo bajo el sol”.

Si escuchamos los términos de la hipótesis en lo que refiere a la disociación humano/ciencia, a simple vista pareciera ser un camino sin retorno al poner en relación dos dimensiones diferentes: la sostenida en el estudio y la que transparentan los sujetos abordados. Al hipotetizar, se señalan condiciones perpetuadoras en las disrupciones a partir de pensar que no habría manera de dejar fuera de la ciencia “todo” lo que comprende a los sujetos sociales. Porque la ciencia es una construcción socio-histórica hecha por sujetos socio-históricos y se da en relación a la subsunción biológico social, y, resulta que aquellos de quienes se ocupa este estudio no tienen la misma perspectiva epistemológica que en él se sostiene y actúan desde una concepción de ciencia digamos *heredada*. Entonces con esta última afirmación estaría resuelto el dilema. ¿Por qué entonces persistir? Porque no se estaba lejos de lo hallado en el proceso del estudio cuando se buscaban testimonios -encontrados-, testimonios que muestran que los sujetos

cuyas prácticas se deslizan en el estudio, no siempre están tranquilos con la manera en que leen y “practican” la salud/enfermedad con sus propios sujetos de atención.

La discontinuidad que plantea la hipótesis en términos de las relaciones “cara a cara” y las prácticas pretendidamente científicas encontró por momentos, en el estudio, su propio develamiento. El cuerpo y la voz de los involucrados están llenos de voces y de cuerpos de la historia.

En el proceder “científico”, los agentes abordados están atados a la autoridad, en términos de la posibilidad que abre Bajtín con: *la palabra autoritaria carece de convicción*.

“En general el proceso de desarrollo ideológico se caracteriza precisamente por una diferencia tajante entre ambos tipos de palabra ajena. Para la conciencia la palabra autoritaria carece de intrínseca convicción; y la palabra intrínsecamente convincente carece de autoridad [...]”. (Bajtín; 2011:80/81)

Entonces no es desalentador cuando nos encontramos con sujetos atados por imposición (y no por convicción) a la palabra autoritaria. El filósofo ruso dice (la palabra) “Entra en nuestra conciencia verbal como un todo compacto, indivisible, debe ser aprobada o rechazada por completo” (Bajtín; 2011: 82). Pero también dice que en una misma palabra puede hallarse el atravesamiento de la autoridad y la convicción. Podría decirse entonces que si los sujetos de este estudio se comportan -por momentos- por fuera del control de la racionalidad médica moderna -al mezclarse en intersubjetividades en el marco de sus prácticas-, *la palabra autoritaria* (y trans-histórica) que sí se manifiesta en sus ciencias, no tendría un “anclaje visceral”. Es “una palabra repetida”. Mientras que en los exponentes que responden sin contradicción al MMH, el proceso vivido en relación a *la palabra autoritaria* podría haber hecho un pasaje trans-histórico de la convicción a la adhesión y en definitiva a “la evolución de la conciencia ideológica individual” (Bajtín; 2011: 81). Como ya se ha dicho en el capítulo IV, *si no se tratara de imposición y si de convicción, de conciencia, no estaríamos frente a encuentros intersubjetivos de verdad en los contradictorios sujetos abordados*. Aún así, no corresponde decir con esto que los “otros” sean *Frankensteins* de la medicina.

Entonces y ya en términos de todo el juego dialéctico de la hipótesis, si en el “mundo” de los médicos abordados, articulamos analíticamente en el recorrido de sus *prácticas indirectas*: adhesión lejana a la autoridad sin convicción, ausencia de conceptos para poder acceder a comprensión de esa otra realidad a veces “deseada”, insoportabilidad del dolor -ajeno/propio- y asfixia que genera tener que trabajar con lo que no se entiende, hace que podamos mirar que estamos frente a producciones científicas digamos dolorosamente contradictorias. Producciones que no podrían rescatar -si no media reflexividad epistémica-, el trabajo latente de sus autores. Y esta idea de latencia se inspira en las condiciones contenidas en muchas de las *prácticas directas* recorridas.

## **Recogiendo construcciones**

En este estudio circulé por ideas, material empírico, dudas, presunciones arriesgadas, y fundamentalmente por muchos espacios que quedaron abiertos...como una invitación. Aquí se expone lo que es posible decir luego de la cristalización del juego de todas estas dimensiones. No tomaré aisladamente cada una de las dimensiones de la hipótesis para reunir ideas concluyentes. La propuesta de la realidad demanda y permite un abordaje sintetizador del material que lo entronca inevitablemente.

Nuestros sujetos -que fueron caracterizados por sus contradicciones en las estrategias puestas en práctica entre las condiciones de las relaciones intersubjetivas que trascendían “lo biológico” y el repliegue ortodoxo en instancias diagnósticas, terapéuticas o investigativas-, aportan a través del estudio de sus prácticas la posibilidad de entender la infinita simultaneidad contradictoria de comportamientos que se escabullen en las lógicas conservadoras o que se permiten lo impensable. Porque si bien se sostiene la idea de discontinuidad entre los dos perfiles de prácticas de los mismos sujetos -y fundamentalmente en este punto pudo verse cómo se materializa en el plano de la ciencia-, es posible decir que sorprendió el encuentro de incipientes dispositivos en el plano de las prácticas indirectas tendientes a propiciar permisos para la confusión frente a lo desconocido. También la idea de “insoportabilidad” que contiene la hipótesis y que estuvo pensada más desde el terreno de lo cognoscitivo, como posibilidad para acceder o

no conceptualmente a la realidad, nos enfrentó a otros matices referidos a una “insoportabilidad” relativa al orden de lo corpóreo/sensible. De alguna manera seguidamente se habla de los mecanismos que siguen sosteniendo esa discontinuidad y de aquellos que contradicen la homogeneidad de lo supuesto.

- Nos encontramos con esencias contradictorias en las prácticas del mismo sujeto y entre sujetos: lo que tenían en común era la tan mencionada distancia entre *prácticas directas e indirectas*. Y si recorremos el material empírico veremos cómo los portadores de las prácticas recortadas (como colectivo) circulan por las distintas categorías analizadas desde gamas particulares -y a veces impensables- de estrategias. La idea no fue reunir esquemáticamente esos datos sino entender las heterogeneidades entre sujetos y en términos del mismo sujeto, principalmente para entender más allá del contenido de las prácticas particulares y más allá de los referentes puntuales. Y esto que quedó así desplegado, permite tanto rescatar las prácticas en tono de construcciones históricas como entender a esos referentes puntuales -portadores de prácticas- trascendiéndose, como exponentes de singularidad en el contexto del modelo médico. Las singularidades en el marco de lo colectivo o si se quiere, las singularidades colectivas, nos acercan al plano del despliegue de elucubraciones, en sentido gramsciano, acerca del vínculo transformación-subjetividad.
- Los movimientos trans-históricos, esos que sacan a la luz, al decir de Benjamin, el “acuerdo tácito entre las generaciones pasadas y la nuestra”, reclutan en las prácticas médicas, voces enlazadas indeterminadamente que a veces conducen a encontrar garantías de lo inmutable y otras a la inquietud de lo distinto. Y esto último es cuando se acercan a lo temido, no tanto por su constitución como por la sensación de “una historia irracional que vuelve”; el mito, la magia, el hechizo son persecutorios. La incorporación en nuestros médicos de los mandatos de la racionalidad moderna, además de representar adhesión a esa “cosmovisión racional” de las sociedades científicas y de los organismos “paternales”, cumple otra misión, ser el camino que neutralice lo irracional. Ser la higiene que limpie

las ideas que contradigan lo legitimado. Tal vez no sea tanto la confianza en la ciencia como la necesidad desesperada de apartarse del “salvajismo”-rechazado y atractivo- de los antepasados que esa ciencia garantiza por haberlos combatido. Decíamos en líneas anteriores, “voces enlazadas indeterminadamente”, con eso quiere decirse que en el juego polifónico de “todos los tiempos” es complejo entender ordenadamente desde el plano del saber racional, la forma de transmisión. Como vimos, Freud se “preocupó” por este nudo, Braudel, presente en pequeñas citas, se apasiona con el tema, Ricoeur se sitúa “placenteramente” en la presunción de lo que nos antecede...

- Se ha dicho muchas veces que el orden médico trasciende voluntades singulares, pero en las singularidades construidas en condiciones reales de existencia también se encuentran los nudos que posibilitan su continuidad. Podríamos decir que desde el orden de la subjetividad<sup>164</sup>, de alguna manera el orden médico se vale de la *insoportabilidad* que implica *el sufrimiento*, acercando una tabla salvadora que encuentra en actuarla, su continuidad. La tabla salvadora que -vía insoportabilidad- viene a distraer el sufrimiento, podría estar representada por la conversión de las “miserias” en producciones científicas ortodoxas, por formaciones discursivas y terapéuticas reduccionistas, por la aceptación no deliberada de la palabra de la *autoridad*, por la inaccesibilidad a conceptos que “reciban” la -nada sencilla- realidad, por la introyección ilusoria de los investigadores “escondidos” que bifurca los planos de la atención, por el rechazo a la demanda de atención desde “otra razón”. Todas vías de separación del sujeto que atiende y del sujeto atendido -el “otro”-, ambos poseedores de *condición humana*. Con todo lo que involucra la historia de esa condición en cada sujeto, esculpida por su transcurrir en una sociedad de clases.

Es probable que estos mecanismos transmisores del “retiro científico” -luego de haber transitado acercamientos vividos como extra-científicos- funcionen como

---

<sup>164</sup> Hacemos esta aclaración porque, si bien la conformación de la subjetividad no es independiente de condiciones objetivas, aquí no estamos trabajando las otras condiciones de sostén del modelo médico como la medicalización, la mercantilización y la burocratización entre otras, que desde las prácticas de sujetos particulares alimentan la estructura de lo establecido.

articuladores entre “lo singular” y la lógica del modelo, como acuerdo social tácito de conservación. Una continuidad entre las *prácticas y las condiciones del modelo médico en las condiciones globales de producción*.

- Así como la ausencia de conceptos para “recoger” las dimensiones confusas de la realidad desvían los análisis hacia las propuestas de la moral de “entre casa” y de las organizaciones de control y vigilancia, el acceso a conceptos seductores -como riesgo social-, parecen brindar la seguridad de contar con herramientas conceptuales para eso tan comprensible/incomprensible que es “lo social”. Si bien vimos en muchas instancias cómo el trabajo sobre las condiciones de la construcción de la salud no aparecería como pasible de ser transmitido por la ciencia oral y escrita, debe señalarse que se encontraron estrategias no pensadas en trabajos “científicos” en torno a la búsqueda de incursiones por aquellos sectores de la realidad que la ciencia oficial deja afuera. Esa búsqueda, se cristaliza en la aparición de episodios que van desde conceptos que trascienden el plano biológico en forma inconexa hasta esfuerzos por ordenar -más o menos prolijamente- el uso de ideas recuperadas de la convivencia conceptual, pasando por instancias de encuentro interdisciplinario para acceder a un exponer-saber desacostumbrado.
- Luego de todo lo analizado en el cuerpo del trabajo en relación a las secuelas del *nacimiento de la clínica* y digamos también en relación a la *concepción heredada*, puestas en relación con la vinculación entre el cuerpo/enfermedad del otro y las indicaciones terapéuticas, podría decirse, que en las prácticas de los sujetos seleccionados en base al recorte del estudio, también se encontraron resquebrajamientos. Muchas veces trabajé sobre la idea de cuerpo-enfermedad en relación a los encuentros de consulta cuando el sujeto de atención está presente, cuando el cuerpo del médico y el cuerpo del paciente se mueven en el mismo espacio. Fue posible contradecir por momentos a Clavreul cuando no podía decirse con él, en base a testimonios, que no es el cuerpo sino la enfermedad lo que entra en contacto. Y se retoma esta apreciación porque algunas veces se

encontró que esa lógica trascendía hacia las conductas correspondientes a la instancia entendida como de desempeño científico, aun cuando nuestros sujetos no lo rescataran como material para producción escrita. Paralelamente y pensándolo en esta conclusión, se vio que podría ocurrir que las señales de las condiciones *pre-clínicas*, del *ojo clínico* y de la *racionalidad heredada* en una suerte de nueva síntesis, se hagan presentes para darle paso a la enfermedad, cuando es necesario que el cuerpo del otro desaparezca a partir de los signos de *insoportabilidad* instalada en la vivencia médica.

- Si bien lo que sigue fue dicho en el capítulo anterior, se vuelve necesario reunirlo en un final que siempre se reabre: a-así como la estructura hegemónica de la racionalidad en los mismos sujetos parece ser una forma de tomar distancia de esa intersubjetividad que acerca demasiado a la condición humana compartida, también contrariamente, la intersubjetividad genuina registrada en los sujetos del estudio parece ser una forma de resistir a la hegemonía de la racionalidad oficial. b-no sólo la discontinuidad es entre dos planos de actuación (el de las *prácticas directas* e *indirectas*) sino que la continuidad hegemónica en el interior, sobre todo, del plano de las *prácticas indirectas* y del actuar científico, por lo menos es frágil. c-¿y si ese tratamiento intersubjetivo fuera un intento contra-hegemónico no deliberado marcado en los cuerpos, como un recuerdo en el que el cuerpo interpreta la historia guardada trans-históricamente y anterior al *Nacimiento de la Clínica*? c-¿será que cuando hay convicción y no hay teoría, se hace cargo el humano/cuerpo” desde la posibilidad de *comprensión* que el cuerpo tiene?
- En el corte entre las *prácticas directas* y las *prácticas indirectas* se cuele el miedo y el desconcierto que recogen sentires profundos y fantasmas históricos y que encuentran su resolución o bien en los “legítimos” artilugios de la ciencia oficial o sorpresivamente en correr riesgos a través del despliegue de movimientos desconocidos para la ciencia médica: “ya sé...es un proceso, me costó usar esa palabra que ustedes usan...pero es un proceso” (*José*).

## II-EI “MÁS ALLÁ” DE ESTE TRABAJO. *Apuntes para trascenderlo*

La hegemonía procura los medios de disfrutar su encanto y su interés, mientras que las innovaciones prometedoras -en busca de un lenguaje y de una lógica propias- corren el riesgo de impresionar menos, de no desprenderse enteramente tampoco de los temas y formas establecidas, lo nuevo llega al discurso social caminando con patas de paloma.

M. Angenot (1998)

En este estudio si bien no abordé directamente la relación condiciones contextuales/prácticas sociales, lo manifiesto del trabajo “reposó sobre esa dialéctica. De manera que aun mirando el interior de las *prácticas directas e indirectas, discursivas y no discursivas*, no puede obviarse pensar que al mirarlas en condición de historicidad, se detecta cómo cristalizan estructuras o cómo pueden conducir a cambios de estructura.

Muchas enunciaciones quedan abiertas y en este punto se requiere de una prudencia que está relacionada con lo que tan bien sintetiza Bourdieu:

[...] hay que reconocerle a la práctica una lógica que no es la lógica para evitar pedirle más lógica de la que puede dar y así condenarse a extraerle incoherencias, o bien a imponerle una coherencia forzada. (Bourdieu 2007; pág.137)

Retomando el principio de este capítulo, cabría preguntarse si con los conceptos -como *orden médico*- o con su uso insistente no estaremos dando demasiada entidad a aquello de lo que somos críticos. Me estoy refiriendo a la repetición vacía que se escucha a veces en los trabajos de los *profesionales sencillos* que se han animado a usar la idea de MMH frente al gran peso simbólico que viene imponiendo, pero sin herramientas para interpelarlo por fuera de interpretaciones dogmáticas.

Quizá recurrir a estas herramientas conceptuales sea interesante a la hora de obligarnos a visibilizar una lógica de posicionamiento en el mundo de los sujetos médicos, rescatando lo que había más allá de sus propios límites y voluntades; es decir reconociendo que ese posicionamiento como sujetos/colectivo, ocupa un lugar en la constitución de la realidad socio-política del ida y vuelta de la historia. Pero necesitamos empezar a transitar

teórico-empíricamente la realidad con una forma de uso de los conceptos en que “el árbol nos permita ver el bosque”.

Es posible que el des-orden médico registrado en este trabajo, siga “viviendo” al interior del orden médico mientras permanezca sólo en el plano del estudio. Ahora, una cosa es estudiarlo (ya sea en términos de relaciones dentro del *capital* o de un ordenamiento de *poder*) y otra es hacer uso de “lo encontrado” para rescatar las contradicciones que conduzcan a abordar, en términos *práxicos*, la contra-hegemonía.

Y aquí es interesante volver a Angenot, “El discurso hegemónico está sometido a dos `lógicas` concomitantes [...]. Esta doble lógica no es percibida por quienes sólo buscan en la cultura la imposición de una `ideología dominante`” (Angenot 2010: 72). Descubrir esta doble lógica habilita a descubrir los rasgos de ruptura al orden médico, cuidándonos al mismo tiempo de las miradas esperanzadoras ingenuas cuando no se ubica *la percepción global*. “Sólo una percepción global del sistema socio discursivo, de sus equilibrios y sus fallas, permitirá argumentar para identificar una verdadera o una falsa heterología” (Angenot; 1998: 33). Porque “También puede verse una ruptura donde sólo hay una resurrección de arcaísmos [...].” (Angenot; 1998: 33).

El estudio de las contradicciones en el interior de las *prácticas médicas* encarnadas en los sujetos estudiados, en este caso, lejos de apuntar a pensar en las fallas en que incurren, apunta a revisar la idea de la homogeneidad/heterogeneidad en el pensamiento del colectivo médico y la idea de homogeneidad/heterogeneidad en el pensamiento de los médicos singulares. En definitiva apunta a repensar el uso de la categoría hegemonía en relación a esa doble lógica de la que nos habla el autor francés. Queda por revisar si a la lógica disruptiva de esa doble lógica, se le podría “arrancar” el camino a la contra-hegemonía.

Las prácticas médicas, discursivas y no discursivas tienen entidad, hasta una cierta autonomía. Tal vez para ordenarnos, al pensar el orden médico podríamos centrarnos en ese punto de intersección entre el discurso médico y el discurso de los médicos (relacionado pero no idéntico), podríamos detenernos en claves de arrasamientos o de matices de arrasamientos, aun sosteniendo que el orden médico trasciende a los médicos

y que al mismo tiempo ellos se autonomizan sin dejar de pertenecer. Es aquí donde vuelve a abrirse el debate acerca de si los quiebres del discurso y de las prácticas no discursivas son una ilusión a mirar o parte del juego funcionalizador. ¿Se trata de la configuración momentánea de otro orden o es parte del mismo orden?

Tomando recursos de los procesos analíticos de este estudio, ¿podría decirse tan radicalmente que los médicos aludidos son hegemónicos a la hora de las producciones científicas y no lo son en el “cara a cara” con sus “pacientes”? ¿O, ese es un permiso de la hegemonía vinculada a la doble lógica enunciada por Angenot? ¿O, esa lógica tal vez constitutiva de la hegemonía -pero irrespetuosa de ella- es un camino aprovechable para fertilizar rupturas?

Entonces por qué no pensar que rescatar los costados desprolijos del *orden médico* que desobedecen la linealidad de su lógica, es acción política. Por qué no pensar que en esos quiebres hay cambios en la subjetividad aprovechables para pensar en otro orden/desorden médico.

Los indicios introducidos por el recorte específico de este trabajo -aun contemplando y acordando con los teóricos de la lógica del orden del discurso, del orden médico y del MMH-, harían posible habilitarse a zambullirse en las prácticas médicas en busca de estrategias que recuperadas sirvan para pensar/actuar la contra-hegemonía.

Ni la ingenuidad ni la ceguera. Ni la ingenuidad de creer ver lo que no existe, ni la ceguera de no advertir los espacios de ruptura del camino imaginado como sin retorno.

Fijémonos en que aun Clavreul, quien sostiene “En lo que hace a los médicos mismos, no hay motivos ni para esperar ni para desear que se salgan del discurso que les es propio” también se ve tentado a decir:

Sin embargo, una mayor conciencia del poder de la medicina como discurso disminuiría en los médicos la preocupación por establecer su saber como poder, y por mantener un apego friolero a prerrogativas de otros tiempos, que nadie piensa seriamente en impugnarles. (Clavreul 1883: 35)

Angenot nos aporta una herramienta para repensar la hegemonía:

Decir que tal entidad cognitiva o discursiva es dominante en una época dada no implica negar que está inserta en un juego en el que existen múltiples estrategias que la cuestionan y se oponen a ella, alterando sus elementos” (Angenot 2010: 30)

De manera que con él entendemos que así como las *prácticas* se dan en el marco del *orden*, el *orden* se da en el marco de *prácticas*. Este juego aparentemente lingüístico trata de un recurso conceptual que destraba el debate al relativizar el lugar de lo que entendemos como hegemónico y colocarlo en el terreno del juego fuerzas (sin olvidar el lugar diferencial de poder de cada fuerza). Y si como él dice, los mecanismos de las construcciones hegemónicas “imponen aceptabilidad” (Angenot; 2010: 31), se abre el análisis hacia la consideración de la subjetividad en la revisión, también, de las formas de *construir praxis*. Es claro que la reformulación de las relaciones entre médicos y usuarios del sistema de salud, no conduce linealmente a la re-estructuración<sup>165</sup> de ese sistema, pero es posible sostener que los cambios en las subjetividades, como dimensión de la *superestructura jurídico-político-ideológica*, es condición para la construcción de contra-hegemonía. En este sentido, si trabajamos en el desnudamiento del contenido y anclaje de las prácticas cada vez que demos con experiencias dis-ruptoras del orden de la hegemonía, podría profundizarse en líneas de “aprovechamiento” de la contradicción. Pero esto no es sólo cosa de investigadores ni (volviendo a este estudio), cosa de médicos. Las reformulaciones gramscianas acerca de la necesidad de cambios en la subjetividad a través de un trabajo de *consciencias* y el concepto de *transacción* de Menéndez, ofrecen aperturas teóricas que nos exceden a todas las disciplinas porque incluyen el “codo a codo” con los participantes genuinos de las decisiones en salud que siempre faltan a la mesa: las mujeres y los hombres del pueblo.

---

<sup>165</sup> Para profundizar en este debate, ver Nunes, E. “Relación médico-paciente y sus determinaciones sociales” en *Cuadernos Médico-Sociales* N° 48. 1989. CESS. Rosario. Pág. 37.

## ***BIBLIOGRAFÍA***

- Adorno, T.** (2001) *Epistemología de las ciencias sociales*. Madrid. Cátedra.
- \_\_\_\_\_ (1993) *Consignas*. Buenos Aires. Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (2007) *Dialéctica de la ilustración*. Madrid. Akal.
- Angenot, M.** (2010) *El discurso social*. Buenos Aires. S. XXI Ed.
- \_\_\_\_\_ (1998). *Interdiscursividades. De hegemonía y disidencias*. Córdoba. UNCO.
- Arouca, S.** *El dilema preventivista*.(2008). Buenos Aires. Lugar.
- Argerich, A.** (1985) *¿Inocentes o culpables?* Buenos Aires. Madrid. Hyspamérica.
- Bachelard, G.** (1979) *La formación del espíritu científico*. Méjico D. F. Siglo XXI Ed.
- Bajtín, M.** (1993) *Problemas de la poética de Dostoievski*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1999) *La estética de la creación verbal*. Méjico D. F. S. XXI Ed.
- \_\_\_\_\_ (2011) *las fronteras del discurso*. Buenos Aires. Las cuarenta.
- Bensaïd, D.** (2003) *Marx intempestivo*. Buenos Aires. Ediciones Herramienta.
- Bertell, O.** (1975) *Alienación. Marx y su concepción del hombre en la sociedad capitalista*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Bloch C, Quinteros Z, Troncoso MC, Belmartino S, Torrado S.** “El proceso de salud-enfermedad en el primera año de vida” (primera parte). *Cuadernos Médico Sociales* 1985; Rosario. CESS. 32: 5-19.
- Bourdieu, P.** (1999) *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona. Anagrama.
- \_\_\_\_\_ (2005) “La práctica de la sociología reflexiva”. En Bourdieu, P; Wacquant L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. (301-358). Buenos Aires. Siglo XXI Ed.
- \_\_\_\_\_ (2007) *El sentido práctico*. Buenos Aires. Siglo XXI Ed.
- \_\_\_\_\_ (2008) *El oficio del sociólogo*. Buenos Aires. Siglo XXI Ed.

**Braudel, F.** (1963). *Las civilizaciones actuales*. Buenos Aires. Tecnos.

**Breilh, J.** (1997) *Notas sobre el debate Determinación vs. Indeterminación*. Quito. Ediciones CEAS.

\_\_\_\_\_ (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

\_\_\_\_\_ (2010) “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”. En Passos Nogueira, Roberto, Ed. *Determinacao Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Río de Janeiro. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, Págs. 87-125

\_\_\_\_\_ (2013) “Entrevista a Jaime Breilh. 1º Parte”. *Revista archivos de medicina familiar y general*. 37-40. Vol 10. Nº1 mayo 2013.

\_\_\_\_\_ (s/f) *La Determinación Social de la Salud como herramienta de ruptura hacia una nueva Salud Pública (Salud Colectiva)*. VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia <http://www.famg.org.ar/documentos>

**Calello, H.** (2003) *Gramsci del “Americanismo” al talibán*. Buenos Aires. Altamira.

**Campos, G** (2001) *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

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

**Clavreul, J.** (1983) *El orden médico*. Barcelona. Ed. Argot.

**Coraggio, J.** (1996) “Diagnóstico y Política en la Planificación Regional (Aspectos metodológicos)”. En Susana Hintze (organizadora) *Políticas Sociales. Contribución al debate teórico metodológico*. Buenos Aires. UBA.

\_\_\_\_\_ (2007) *Economía social, acción pública y política (hay vida después del neoliberalismo)* Editorial. Buenos Aires. Ciccus.

**Danani, C.** (1996); “Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto”; en Hintze, S. (org.), *Políticas sociales. Contribución al debate teórico-metodológico*, Buenos Aires, CEA/Oficina de Publicaciones del CBC.

**Díaz, E.** (2000) “El conocimiento como tecnología de poder”. En *La posciencia* (editora). Buenos Aires. Biblos. 15-36.

\_\_\_\_\_ (2003) “Las ciencias, lo mensurable y las sombras del poder”. En *Cuadernos de trabajo del Centro de Investigaciones en Teorías y Prácticas Científicas*. N° 2. UNLa. Departamento de Humanidades y Arte. Págs. 4-17.

\_\_\_\_\_ (2007) *Entre la tecnociencia y el deseo. la construcción de una epistemología ampliada*. Buenos Aires. Biblos.

\_\_\_\_\_ (2010) *Las grietas del control*. Buenos Aires. Biblos.

\_\_\_\_\_ (2014) *La filosofía de Michel Foucault*. Buenos Aires. Biblos.

**Donzelot, J.** (1990) *La policía de las familias*. Valencia. Pre-Textos.

**Durand, S; Mombrú, A.** (2003) *Encrucijadas del pensamiento*. Buenos Aires. Gran Aldea Ed.

**Feyerabend, P.** (2013) *Filosofía natural*. Buenos Aires. Debate.

**Flores, A.** *El método de la acción y la acción del método*. Buenos Aires: Ecro 1976.

**Foucault; M.** (1980) *Microfísica del poder*. Madrid. La piqueta.

\_\_\_\_\_ (1995) *Nietzsche, Freud, Marx*. Buenos Aires. El cielo por asalto.

\_\_\_\_\_ (1996) *¿Qué es la Ilustración?* Madrid. La Piqueta.

\_\_\_\_\_ (1998) *Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber*. Méjico D. F. Siglo XXI Ed.

\_\_\_\_\_ (2004) *El orden del discurso*. Buenos Aires. Tusquets.

\_\_\_\_\_ (2008) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires S. XXI Ed.

\_\_\_\_\_ (2013) *Arqueología del saber*. Buenos Aires Siglo XXI Ed.

**Freud, S.** (1979) *Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922)*: Amorrortu, Buenos Aires <http://www.bibliopsi.org/descargas/autores/Freud>

\_\_\_\_\_ (1991a) *Tótem y Tabú y otras obras 1913-1914*. Buenos Aires. Amorrortu.

\_\_\_\_\_ (1991b) *Moisés y la religión monoteísta y otras obras.1937-1939*. Buenos Aires. Amorrortu.

**García, J.** (1993) *Pensamiento social en Salud en América Latina*. Méjico D. F. OPS.

**García Negroni, M.** (2008) “Subjetividad y discurso científico-académico. Acerca de algunas manifestaciones de la subjetividad en el artículo de investigación en español”. *Revista Signos* 2008 41. Págs. 5-31.

\_\_\_\_\_ (2010) Escritura universitaria, fragmentariedad y distorsiones enunciativas, propuestas prácticas de lectura y escritura focalizadas en la materialidad lingüístico-discursiva. *Boletín de lingüística*, XXII/34. Págs.: 41-69

**González Casanova, P** (2006) “La formación de los conceptos en ciencias y humanidades”. En González Casanova, P y Roitman Rosenmann, M (coord.). *La comunicación en las ciencias sociales y los conceptos profundos*. Méjico D. F. S. XXI editores.

**Gramsci, A.** (1984) *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*. Buenos Aires. Nueva Visión.

\_\_\_\_\_ (2009) *Los intelectuales y la organización de la cultura*. Buenos Aires. Nueva Visión.

**Guber, R.** (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá. Norma.

**Hall, B.** (2007) La comunicación científica en ámbitos académicos: otro enfoque”. *Hologramática*. Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ - Año IV, Número 7, V2. Págs. 79 – 105.

[www.hologramatica.com.ar](http://www.hologramatica.com.ar) o [www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica](http://www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica)

**Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Mery, E.** (2002) “Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.12. N° 2. Washington. OPS.

**Kosik, K.** (s/f) *Dialéctica de lo concreto*. [www.elsocialista.org/lib](http://www.elsocialista.org/lib)

**Kuhn, T.** (1993) *La tensión esencial*. Madrid. Fondo de Cultura Económica.

\_\_\_\_\_ (1980) *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica.

**Laplantine, F.** (1999) *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires. Ediciones del sol.

**Laurell, A.** (1986) “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. En *Cuadernos Médicos Sociales* N° 37. Rosario. C.E.S.S.

**Lewontin, R., Rose S., Kamin L.** (2009) “No está en los genes”. Barcelona. Crítica.

\_\_\_\_\_ (2001) *El sueño del genoma humano y otras ilusiones*. Barcelona. Paidós.

**Löwy, M.** (2012) *Walter Benjamin: Aviso de incendio*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

**Luz, M.** (1997) *Natural, Racional, Social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

**Marx, C.** (1975) "Prefacio". *Contribución a la crítica de la economía política*. Buenos Aires. Ed. Estudio.

\_\_\_\_\_ (2009) *El Capital*. T I/Vol.1. Libro primero. Buenos Aires. Siglo XXI Ed.

**Marí, E.** (1974) *Neopositivismo e Ideología*. Buenos Aires. Eudeba.

**Menéndez, E.** (1981) *Poder estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Méjico D. F. Ediciones de la casa chata.

\_\_\_\_\_ (1982) "La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud". *Cuadernos Medico Sociales* N° 21. Rosario. CESS. Págs. 25-41.

\_\_\_\_\_ (1985) "Modelo médico hegemónico, crisis económica y estrategias de acción del sector salud". *Cuadernos médico sociales* N° 33. Rosario. CESS. Págs. 55-63.

\_\_\_\_\_ (1988a). *Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud*.

[www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a6.pdf](http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a6.pdf)

\_\_\_\_\_ (1988b) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. II Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988b 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.

\_\_\_\_\_ (2005) "El Modelo Médico y la salud de los trabajadores". *Salud Colectiva*. La Plata enero-abril 2005, vol1, n1. Págs.9-32.

\_\_\_\_\_ (2012) "Entrevista Eduardo Luis Menéndez Spina". *Trab. educ. saúde* [online]. Vol. 10, N° 2. Págs. 335-345. <http://www.scielo.br/scielo.php>

**Nunes, E.** (1989) "Relación médico-paciente y sus determinaciones sociales" en *Cuadernos Médico-Sociales* N° 48. 1989. CESS. Rosario. Págs. 30-38.

\_\_\_\_\_ (1991) "Trayectoria de la medicina Social en América Latina. Elementos para su configuración". En Franco, S., Nunes, E., Breilh, J., Laurell, A., eds. *Debates en medicina social*. Quito. OPS.

**Onocko Campos, R.** "Humano demasiado humano. Un abordaje del malestar en la institución hospitalaria". En Spinelli, H (org.) *Salud Colectiva*. Buenos Aires. Lugar Editorial. Págs.103-120

**Orlandi, E** (2005) *Análise de discurso. Principes & Procedimentos*. Pontes. Campinas.

**Pardo, R.** (2000) "Verdad e historicidad. El conocimiento científico y sus fracturas". En Díaz, E. (ed.) *La Posciencia*. Buenos Aires. Biblos. Págs.37-62.

**Pêcheux, M** (1978) *Hacia el análisis automático del discurso*. Madrid. Gredos.

**Podestá, M.** (1924) *Irresponsable. Recuerdos de la universidad*. Buenos Aires. Minerva.

\_\_\_\_\_ (1888) Niños. Estudio Médico Social. Buenos Aires. La Patria Italiana.

**Popper, K.** (2008). *La miseria del historicismo*. Madrid. Alianza Ed.

**Rawson, G.** (1853) "Estudios sobre las casas de inquilinatos en Buenos Aires". En *Escritos científicos*. Buenos Aires. Ed. Jackson.

**Ricoeur, P.** (1999) *Freud: una interpretación de la cultura*. México D.FS. Siglo.XXI Ed.

\_\_\_\_\_ (2004) *La memoria, la historia y el olvido*. Buenos Aires. Fondo de cultura económica.

**Rojas Ochoa, F. y Márquez, M.** (2007) *Juan César García: su pensamiento en el tiempo, 1984-2007*. La Habana. Sociedad Cubana de Salud Pública. La Habana.

**Salas, R.** (2004) *Interculturalidad y filosofía*:  
[www.pucp.edu.pe/eventos/congresos/filosofia](http://www.pucp.edu.pe/eventos/congresos/filosofia)

**Samaja, J.** (1994) *Introducción a la epistemología dialéctica*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

\_\_\_\_\_ (1997) *Metodología y Epistemología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires, Eudeba.

\_\_\_\_\_ (2000) *El lado oscuro de la razón*. Buenos Aires. JVE.

\_\_\_\_\_ (2003) "El papel de la hipótesis y de las formas de inferencia en el trabajo científico". En: [publicaciones.fba.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2011/11](http://publicaciones.fba.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2011/11)

\_\_\_\_\_ (2007) *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

**Scribano A.** (2007) “La sociedad hecha callo, conflictividad, dolor social y regulación de las sensaciones”. En: *Mapeando Interiores*. CEA-UNC. Córdoba. Jorge Sarmiento editor. Córdoba. Págs. 118-142.

\_\_\_\_\_ (2013) *Encuentros expresivos. Una metodología para estudiar sensibilidades*. 2013. Buenos Aires. Estudios sociológicos editora.

\_\_\_\_\_ (2013) *La religión neo-colonial como la forma actual de la economía política de la moral De Prácticas y discursos*. Centro de Estudios Sociales.  
<http://depracticasydiscursos.unne.edu.ar/Revista2/pdf/Scribano-Dossier.pdf>

**Segalen, V.** (1980) *Les cliniciens ès lettres*. Montpellier. Fata Morgana.

**Starobinski, J** (2008) *La relación crítica*. Buenos Aires. Nueva Visión.

**Ynoub; R.** (2007) *El proyecto y la metodología de la investigación*. Buenos Aires. Cengage.

**Ynoub; R.** (2012) “Metodología y Hermenéutica”. En Díaz, E. (ed.) *El poder y la vida Modulaciones epistemológicas*. Buenos Aires. Biblos.

**Ynoub; R** (2015) *Cuestión de Método*. Tomo I. México. D. F. Cengage.

**Varsavsky, O.** (1969) *Ciencia política y científicismo*. Buenos Aires. CEAL.

**Vezzeti, H.** (1989) *Estado, clases dominantes y cuestión social en la Argentina*. En *Historia ideológica del control social: España-Argentina Siglos XIX y XX*. Barcelona. Editorial PPU.

**Voloshinov, V.** (2009) *El Marxismo y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires. Ediciones Godot.

**Wacquant, L.** (2005) “Hacia una praxeología social: la estructura y la lógica de la sociología de Bourdieu”. En Bourdieu, P; Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires. S. XXI ed. Buenos Aires. Págs. 21-99.

## ***INDICE GENERAL***

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>I-LA CONSTRUCCIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO.....</b>	<b>4</b>
<b>II-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>Acercamiento a sus precisiones.....</b>	<b>9</b>
<b>La pregunta de este estudio.....</b>	<b>12</b>
<b>III-HIPÓTESIS.....</b>	<b>12</b>
<b>IV-EL LUGAR SIMBÓLICO DE LA PREGUNTA Y LA HIPÓTESIS.....</b>	<b>14</b>
<b>V-OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>VI-DETALLES SOBRE EL OBJETO DE ESTUDIO.....</b>	<b>17</b>
<b>VII-RELEVANCIA DEL ESTUDIO.....</b>	<b>18</b>
<b>VIII-ORGANIZACIÓN DE LOS CAPÍTULOS.....</b>	<b>19</b>

## **CAPÍTULO I: MIRADA EPISTEMOLÓGICA, METODOLÓGICA Y CONCEPTUAL. Perspectiva de la Tesista**

**I-REFLEXIVIDAD EPISTÉMICA. *Su lugar en este trabajo*.....22**

### **II-SOBRE CUESTIONES EPISTEMOLÓGICAS**

**Alrededor de la idea de Ciencia.....27**

**Alrededor de la idea de Investigación.....40**

**Alrededor de la idea de Salud.....42**

## **CAPÍTULO II: PARA ENTENDERTE MEJOR. Recorrido por los soportes teóricos del estudio**

### ***Los conceptos de la hipótesis***

**I-EL ORDEN DE LO HUMANO/CORPÓREO.....54**

**II-EL ORDEN DE LA CIENCIA...MÉDICA.....57**

**III-PRINCIPIO DE AUTORIDAD.....60**

### ***Los hilos de las relaciones conceptuales en el interior de la hipótesis***

#### **IV-LA HISTORIA EN LA HISTORIA**

**Acercamiento a la idea de Trans-historicidad.....62**

#### **V-LOS DISCURSOS Y LA HISTORIA:**

***Polifónicos...hegemónicos...contra-hegemónicos*.....67**

**Miradas para inspirarse.....68**

*Lo dicho por otros. Sobre el estado de la cuestión*

**VI-EL ESTADO DE LA CUESTIÓN**

“Clásicos” para un estado de “esta” cuestión.....73  
“Obras” para un estado de “esta” cuestión.....79

**CAPÍTULO III: CUESTIONES METODOLÓGICAS**

**I-TIPO DE ESTUDIO: Entre la exploración y la interpretación.....87**  
El lugar del pensamiento hermenéutico en este estudio exploratorio.....89  
**II-DE UNIVERSOS Y DE MUESTRAS.....91**  
**III-ALGO SOBRE MATRICES DE DATOS...Sin dogmas.....92**  
**III-ENTRE LA INVESTIGACIÓN Y LA INTERVENCIÓN**  
Vaivenes en la aplicación de técnicas de recolección de datos.....97  
Documentación, Procesamiento y Análisis.....100  
Cuestiones éticas.....105

**CAPÍTULO IV: LA HIPÓTESIS DESPUES DE LA HIPÓTESIS**

*La Trinchera*

*Coexistencia contradictoria de voces pasadas y presentes*

**I-PARA ENTRAR EN CLIMA.....107**  
Un poco de “decires” hegemónicos.....109  
**II-EL LUGAR DEL UNO MÁS UNO...DOS...TRES.....111**

El orden de lo humano.....	115
Alrededor de lo visible y lo invisible. Cosas del ojo clínico .....	120

*La autoridad, o el padre en el cuerpo*  
*Coexistencia contradictoria de voces pasadas y presentes*

III-PENSAR EL ATRAVESAMIENTO DE LA VOZ AUTORITARIA.....	126
A y D de H (antes y después de Hipócrates).....	130
Lo que el viento -higienista- nos dejó.....	134
La autoridad de las organizaciones científicas.....	145
La vecina/o en el cuerpo o los mandatos sociales.....	156

*Los conceptos y los cuerpos*  
*Coexistencia contradictoria de voces pasadas y discontinuidades presentes*

V-ENTRE RAZONAR Y SENTIR

Los perfumes conceptuales “no oficiales.....	159
Cuando te nombro.....	160
Cuerpo-ciencia-deseo-soportabilidad.....	176

**CAPÍTULO V:**

**CONSIDERACIONES FINALES**

I-VOLVER A EMPEZAR.....	185
Acerca de este estudio.....	186

Recogiendo construcciones.....	189
II-EL “MÁS ALLÁ” DE ESTE TRABAJO. <i>Apuntes para trascenderlo</i> .....	194
<b><i>BIBLIOGRAFÍA</i></b> .....	198