



De la sociedad a la postsociedad. Una aproximación a las transformaciones del campo de la salud desde la teoría sociológica contemporánea

*Mariana Bordes**

Resumen

Uno de los desafíos de la teoría sociológica contemporánea consiste en redefinir su bagaje conceptual, en un contexto histórico en el que las instituciones de la sociedad salarial -de aspiración inclusiva y universalista- sufren un retroceso como organizadoras de las relaciones sociales. El artículo intenta dar cuenta de las repercusiones que este desafío genera en una serie de trabajos contemporáneos que abordan una temática en particular: la de la salud, la enfermedad y la atención, pero no desde el área subdisciplinar, sino desde el campo de la teoría social general. Con un objetivo comparativo, la primera parte del trabajo se centra en la obra de Talcott Parsons, uno de los autores de teoría sociológica que contribuye a configurar una mirada sobre la realidad médica de las sociedades de la primera modernidad. En la segunda parte, nos centramos en analizar dos enfoques contemporáneos que, desde el campo de la teoría social, se interesan por las problemáticas vinculadas a la salud: las *teorías de la gubernamentalidad* -cuyos autores son comúnmente denominados "anglofoucaultianos"-, y las *teorías de la reflexividad*. En términos generales, se llega a la conclusión de que los autores actuales analizados sitúan el foco de interés hacia la gestión (individual y/o colectiva) del *riesgo*, así como la configuración de una ética para el cuidado de sí, que se distancia de la centralidad que reviste la noción de rol social -y sus supuestos teóricos fundamentales, como el de integración socio-cultural- en el modelo explicativo parsoniano.

Palabras clave: Teoría sociológica, salud, Parsons, anglofoucaultianos, teóricos de la reflexividad.

Recibido: 18-02-10/ Aceptado: 10-12-10

* Universidad de Buenos Aires/CONICET. Buenos Aires, Argentina.
E-mail: marianabordes@yahoo.com.ar

From Society to Post-Society. An Approach to Transformations in the Health Field Based on Contemporary Sociological Theory

Abstract

One challenge to contemporary sociological theory is redefining its conceptual baggage, in a historical context in which institutions of the salaried society—with inclusive and universalistic aspirations—are backtracking as organizers of social relationships. This paper intends to account for the repercussions that this challenge generates in a series of contemporary works that address one particular subject: health, illness and health-care, approached not from this sub-disciplinary area itself, but from the general field of social theory. Following a comparative strategy, the first part of the paper is focused on Talcott Parsons' work, one of the authors of general sociological theory, who contributes to configuring a perspective on the medical reality of societies in early modernity. The second part of the article explores two contemporary approaches to health problems related to social theory: theories of governability, whose authors are commonly called "Anglo-Foucaultians" and reflexivity theories. In general terms, the conclusion is that the current authors who were analyzed focus on individual and collective risk management, as well as the configuration of ethics for self-care, which distance themselves from the centrality of the social role notion and its supposed theoretical bases - such as socio-cultural integration - in the Parsonian explicative model.

Key words: Sociological theory, health, Parsons, Anglo-Foucaultians, reflexivity theoreticians.

Introducción

En los últimos años, se ha notado una fuerte preocupación por parte de la sociología médica y de la salud¹ por tender un puente entre las elaboraciones

1 Menciono aquí estas dos designaciones para dejar explicitado el carácter diverso de los enfoques que coexisten al interior del campo subdisciplinar de la sociología que estudia de los procesos de salud-enfermedad-cuidado. En términos históricos, se suele hacer referencia al devenir histórico que determina el pasaje desde perspectivas más subordinadas a los objetivos intervencionistas de la biomedicina, a planteos de carácter crítico que intentan posicionarse en un lugar de independencia frente a las verdades médicas. Así, la

propias de la teoría sociológica y los desafíos conceptuales planteados en el área de conocimiento de la subdisciplina. En el ámbito anglosajón, autores como William Cockerham (2001) y Graham Scambler (1998; 2004) han realizado una serie de antologías que analizan el modo en el que autores clásicos y contemporáneos esbozan categorías sobre la realidad individual y colectiva posibles de ser retomados por parte de la sociología que hace foco en los procesos de salud y enfermedad. A través de esta estrategia, se busca conferir a la subdisciplina de una identidad profesional que la distinga claramente de los múltiples abordajes que se inscriben en el campo de las ciencias de la salud². Pero, a su vez, este tipo de revisión se propone reubicar el estudio de los fenómenos médicos en un lugar privilegiado a la hora de desarrollar teoría sociológica. Como señala Cockerham (2001), el contexto de transformaciones sociales actuales que evidencian la necesidad de construir nuevos conceptos para dar cuenta de las mismas, pone de relieve el potencial de los descubrimientos empíricos dentro del área de conocimiento de la sociología médica y de la salud para la formulación y transferencia teórica a la disciplina troncal. Esto se relaciona sobre todo al modo en que las vinculaciones entre comportamiento individual y acción social son develadas a través de nociones como las de cuerpo y *embodiment*, particularmente útiles a la hora de articular teóricamente el

designación de sociología en la medicina va a pasar a constituirse en una sociología de la medicina (Straus, 1957), la que luego será definida en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial bajo el término genérico de sociología médica (Bloom, 2002, Gerhardt, 1989, entre otros). A fines de los setenta, y especialmente en la década de 1980, se legitimará finalmente la denominación sociología de la salud y la enfermedad, formando parte así de los diversos enfoques institucionalizados en el campo (Wallace, 1990).

- 2 Debido a que su origen íntimamente vinculado a la práctica biomédica, muchos autores han sostenido que la sociología médica en particular se define por su relativa desvinculación respecto de la teoría sociológica general. Llevada al límite, esta crítica implicaría que en ocasiones un sociólogo médico tenga un bagaje de herramientas conceptuales que lo acerquen más sus colegas del campo de la epidemiología, por ejemplo, que a otros profesionales de la disciplina troncal (Riska, 1989). Esto se suele mencionar en relación con la ausencia de una tradición teórica fuerte en esta subdisciplina (signada por la no construcción de los fenómenos médicos en tanto objeto de estudio por parte de los "padres fundadores" de la disciplina -Weber, Marx, Durkheim-). Por otra parte, este debate se funda en las características que asume la subdisciplina en sus inicios, donde la estrecha relación con la biomedicina, la pone en un lugar de colaboración para que ésta última logre sus objetivos, por ejemplo, que su terapéutica sea aceptada por parte de los legos.

modo en que la dimensión de lo sensible y la actividad intencionada se encuentran imbricadas (Turner, 1992).

Este artículo se propone inscribirse en el marco de estas nuevas elaboraciones, centrándose en el modo en que los cambios sociales de las últimas décadas impactan en la mirada que la teoría social contemporánea esboza sobre la temática de la salud. Para ello, el trabajo toma como punto de partida y marco sensibilizador para realizar su propuesta uno de los pares conceptuales de la tradición sociológica: el de comunidad-sociedad³, en virtud de la manera en que nos habilita a pensar la articulación entre cambio social, realidad médica y lazo social. A este respecto, es ineludible mencionar la propuesta de Robert Nisbet en su ya clásica obra *La formación del pensamiento sociológico* (1969) donde señala que la comunidad es un término que intenta dar cuenta de “*todas las formas de relación caracterizadas por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo*” (1969: 71), constituyéndose así en la contraparte de la “invención de lo social” que opera la nascente sociología en su esfuerzo por circunscribir su objeto de estudio (De Marinis, 2005). Como concepto antinómico, la “esencia” de la sociedad aparece definida entonces bajo los términos de racionalidad y cálculo (en Tönnies y Weber), de individualismo y división social del trabajo (Durkheim), de cosificación de las relaciones sociales y alienación (Marx).

Ahora bien, si se trata de comprender los desarrollos formulados en la sociología médica y de la salud, la productividad analítica de la distinción comunidad-sociedad tal como la formula Nisbet parece perder fuerza. En primera instancia, la idea de comunidad no tiene en esta área de conocimiento la misma importancia que en otras subdisciplinas de la sociología, en la medida en que -entre otros factores- la mirada respecto del “pasaje” de las relaciones tradicionales a las formas de sociabilidad modernas aparece bajo los términos de un (necesario) progreso que tiene como motor a la ciencia (cristalizado en este contexto bajo la figura de la biomedicina). Así, se las termina asociando con el orden de las *creencias* y no como parte de la gama de opciones terapéuticas viables a la hora de tratar efectivamente las enfermedades, posicionando

3 Este par conceptual retoma una tradición de estudios sociológicos de larga data, constituyendo uno de los ejes conceptuales constitutivos de la sociología en tanto disciplina, como bien lo señala Nisbet (1969). En este sentido, cabe hacer referencia a las elaboraciones clásicas de Ferdinand Tönnies (1947) y Max Weber (1998) -quienes esgrimen de manera explícita la fórmula comunidad-sociedad-; y de Émile Durkheim (1995), quien formula esta oposición en términos de solidaridad mecánica y orgánica. Para profundizar sobre este tema remitirse, por ejemplo, a Pablo de Marinis (2005).

al modelo biomédico como el modo privilegiado de atención bajo la forma de organización societal⁴. En segundo lugar, la centralidad -exclusiva y excluyente- que adquieren en el ámbito sociológico las coordenadas societales para conceptualizar la realidad de la enfermedad y las estrategias desarrolladas por los grupos humanos para conjurarla, son actualmente contestadas en el marco de diversos abordajes de la teoría social de las últimas décadas. Como señala Anthony Giddens (1999) las profundas transformaciones estructurales que se suceden desde finales del siglo XX -y la consecuente reconfiguración del entramado social- marca el fin del "consenso ortodoxo" ampliamente vigente en la disciplina en el período de posguerra, derivando en una serie de revisiones conceptuales que van a intentar sistematizar las características del nuevo orden social emergente, definiéndolo a partir de términos tales como modernidad líquida, modernidad reflexiva, segunda modernidad, postsociedad, sociedades postindustriales, entre otras.

Es por ello que, en este artículo, nos proponemos trabajar con otra distinción conceptual: la de *sociedad-postsociedad*, a nuestro entender más atinada para dar cuenta del mencionado punto de inflexión que signa las elaboraciones sociológicas actuales, y más adecuada para ser aplicado al estudio de la realidad médica⁵. Con el objetivo de rastrear las coordenadas conceptuales

- 4 Esta situación se relaciona con lo esbozado por Immanuel Wallerstein (1999) en torno a la lógica a partir de la cual se establecen las fronteras entre las distintas disciplinas de las ciencias sociales a finales del siglo XIX. Con el objetivo de crear objetos de estudio definidos cuya jurisdicción académica resultara inequívoca, se establecen entre las distintas disciplinas (economía, ciencia política, trabajo social, sociología, antropología) una serie de segmentaciones con el fin de atribuir una 'porción' de la realidad diferente a cada una de ellas. En relación con el estudio de los fenómenos médicos, podemos arriesgar la pertinencia de la segmentación civilizado/otro o europeo/no europeo que menciona el autor para mostrar el criterio a partir del cual sociología y antropología establecer sus límites identitarios. De acuerdo a este razonamiento, se atribuiría a la sociología las prácticas y saberes médicos científicos como propios del mundo occidental moderno, mientras que las medicinas tradicionales o *folk* aparecen como reservados a la antropología.
- 5 Bajo el par sociedad-postsociedad intento dar cuenta del nuevo proceso de pasaje terminológico que parece atravesar la sociología en tanto disciplina, y que viene a desplazar la centralidad de la distinción comunidad-sociedad. En este sentido, recupero el núcleo central de la contraposición que varios autores actuales operan en torno a la noción de sociedad tal como la ha utilizado la sociología clásica (esto es, en términos de la identificación con el entramado institucional propio de la modernidad, asociado a la consolidación de los

sociales y postsociales que atraviesan el análisis de los fenómenos médicos desde la teoría sociológica general, el trabajo se divide en dos apartados. En el primero, nos centraremos en una revisión del modo en el que la práctica médica es conceptualizada a la luz de la *teoría de la sociedad* elaborada por uno de los referentes claves del pensamiento sociológico que ha tenido especial injerencia en los trabajos de sociología médica: Talcott Parsons. En segundo término, el foco estará puesto en las modalidades que asume el análisis de la realidad de la salud y la enfermedad en el marco de dos enfoques que intentan dar cuenta de las dinámicas sociales emergentes en sociedades contemporáneas: los denominados *estudios sobre la gubernamentalidad* -particularmente, la mirada delineada por Nikolas Rose y algunos autores que lo retomaron- así como los *teóricos de la reflexividad* -centrándonos en uno de sus exponentes: Anthony Giddens-.

El abordaje sociológico de la realidad médica desde la matriz societal

El interés de la sociología por la medicina y la medicalización de las relaciones sociales cobró impulso especialmente hacia mediados de la década de 1950, en el marco de una serie de complejos procesos de índole histórica e institucional. Uno de los factores principales de este desarrollo, de acuerdo con Andrew Twaddle (1982), proviene del seno mismo de la biomedicina, especialmente a partir del desarrollo que adquiere la rama social de la misma. En primer lugar, los avances en términos de conocimiento y descubrimientos tecnológicos -si bien ponen de relieve la creciente relevancia política de este corpus de saberes y prácticas- se muestran insuficientes para lograr la gestión de los procesos de vida y muerte de las poblaciones. Esto es enfatizado sobre todo desde la epidemiología social y las encuestas de salud, las cuales evidencian la necesidad de incluir los factores relativos a los patrones sociales de la etiología. En segunda instancia, el incremento en la demanda de servicios médicos (impulsada por los avances técnicos) genera una serie de transformaciones asociadas a la organización de los mismos -expansión nacional, burocratización, elevación de los costes y especialización profesional-. Lo que pone de

Estado-nación y que alcanzan su máximo auge bajo los términos de la sociedad salarial) y el conjunto de nociones que vendrían a reemplazarla (sociedades post-industriales, post tradicionales, post-modernas. O bien, en términos de radicalización de lo existente, como modernidad tardía, líquida, etc.). No intento afirmar que literalmente se trata del "fin" de la sociedad, sino más bien dar cuenta de este cuadro de situación donde la noción misma de *sociedad* en el sentido antedicho es puesta en cuestión.

manifiesto una serie de desafíos en torno al desarrollo de estrategias de intervención, diseño de planes, coordinación organizativa y control de costos que afirman la convergencia entre las nuevas necesidades de la medicina científica y las problemáticas que desde hacía tiempo eran centrales en la sociología: la interacción social y la organización institucional (Biagini, 1996).

En este sentido, es interesante destacar que la fundación de la sociología médica⁶ como un área de estudio autónomo se realiza en un contexto marcado más por el impulso externo del interés político-estatal en el avance del accionar biomédico, que por factores asociados al desarrollo de teoría sociológica en términos estrictos (Stacey y Homans, 1978). Una de las expresiones más contundentes de lo antedicho es la tan mentada ausencia de reflexiones respecto de la realidad médica por parte de los 'padres fundadores' de la disciplina, quienes ciertamente no consideraron incluirla entre las claves privilegiadas para pensar el mundo moderno.

Este desinterés puede interpretarse en razón de que los distintos diagnósticos de la sociología clásica elaborados en torno de las consecuencias de los procesos de modernización (desintegración social, anomia, despersonalización y racionalización de las relaciones sociales) exigían poner el foco en aquellas instituciones sociales que manifestaran de modo inequívoco su capacidad para generar lazos vinculantes y, así, garantizar la configuración de una matriz básica de solidaridad y cohesión que hicieran posible la vida en sociedad (a este respecto, la primacía temática reposa en la religión, el trabajo, la familia nuclear, la educación, los partidos políticos y sindicatos, etc.). En la medida en que la dimensión colectiva de los fenómenos médicos modernos -o su potencial para fundar lazos 'calientes' en este nuevo contexto- no resulta clara-

6 La denominación sociología médica para designar este campo de estudio subdisciplinar ha sido ampliamente contestada, sobre todo debido al modo en que vinculaba acriticamente a la sociología con la práctica de la medicina oficial y sus instituciones, en ocasiones adquiriendo matices colaboracionistas. La estrecha vinculación entre medicina y sociología en el período de posguerra conducen a hablar de una sociología 'de la medicina' (Straus, 1957). A fines de los setenta, y especialmente en la década de 1980, se impone la denominación sociología 'de la salud', en la búsqueda por superar la postura acrítica hacia la validez universal del paradigma biomédico, enfocándose en la temática del significado, la estructura, el orden social y el poder. Sin embargo, en la actualidad la sociología médica como campo se encuentra lejos de desaparecer, sobre todo en la academia anglosajona, constituyendo una de las líneas reconocidas institucionalmente en este diverso campo subdisciplinar. En relación con la historia de la especialidad ver Bloom (2002) y Gerhardt (1990).

mente identificable, éstos fueron opacados por otras temáticas más acordes con los problemas avizorados. Visto desde otra perspectiva, es posible afirmar que los procesos de cambio social expresados en el pasaje de las prácticas médicas en sociedades 'primitivas' o 'tradicionales' hacia las formas que asumen en el contexto de la modernidad solamente terminan adquiriendo inteligibilidad para la sociología como fenómenos de índole religiosa, mientras que la dimensión médica aparece sistemáticamente descartada.

Pues bien, la realidad de la salud, la enfermedad y la atención va a alcanzar una mayor relevancia en las elaboraciones teóricas de la sociología recién a partir de las contribuciones realizadas por Talcott Parsons. Particularmente en su obra *El sistema social* (1984) el sociólogo norteamericano se centrará en la práctica médica moderna, otorgándole un lugar clave para ejemplificar -o, si se quiere, para ofrecer un 'modelo' de- los procesos de interacción social que constituyen a la sociedad en tanto sistema de características específicas. Si bien resulta ineludible señalar que el modelo parsoniano, más que basarse en el análisis de procesos reales, constituye una pragmática de ideales contrafácticos (en el sentido de que señala las líneas que debería seguir la práctica médica moderna si el sistema social funcionara a cabalidad), la perspectiva aquí reflejada tendrá un impacto definitorio en los desarrollos de la sociología médica previa a 1970.

En su esfuerzo por dar cuenta de las condiciones de funcionamiento de las sociedades complejas y altamente diferenciadas, Parsons construye su argumentación atendiendo, en primer término, a la realidad estructural que subyace a la práctica médica. Con la idea de *totalidad* como horizonte de análisis, la salud adquiere centralidad en su teoría como un problema práctico desde el punto de vista del sistema, al constituir uno de los prerrequisitos funcionales para el mantenimiento de sus estructuras. Sobre esta base, las respuestas elaboradas a nivel sistémico se focalizan en la instrumentación de la medicina moderna, al considerarla como el mecanismo por excelencia de regulación y control de las enfermedades. Esto se desprende de la eficacia objetivamente contrastable que define su superioridad técnica por sobre otras formas de conocimiento médico. Y, en estrecha vinculación con lo anterior, de su inscripción en el marco de la esfera científica, la cual es definida como uno de los pilares de la tradición cultural de occidente.

En el marco de este desarrollo conceptual, el estudio de los fenómenos médicos se inscribe en la disciplina sociológica bajo las coordenadas delineadas por el supuesto -teórico e histórico- de los procesos de racionalización y autonomización de las esferas de sentido, ya delineados por Max Weber en el célebre Excurso, incluido en los *Ensayos sobre Sociología de la Religión*. Así, el avance de la racionalidad instrumental sitúa a la ciencia como base del marco de referencia normativo en el que las definiciones de la dolencia y la corres-

pondiente curación deben estar encuadradas, haciendo del sistema de valores y reglas implicados en la biomedicina un *a priori* cuyos alcances en términos de orientación cultural compartida no es puesto en duda (particularmente, este proceso se expresa en la creciente diferenciación funcional de las *creencias* religiosas, por un lado, y la medicina -fundada en *hechos fácticos*- por el otro). Al mismo tiempo, en virtud del sesgo culturalmente evolucionista desde el cual es realizada la lectura de esta racionalización, el lugar de la desviación es enmarcada en el seno de las sociedades primitivas y las culturas tradicionales, es decir, en aquellos grupos que aún no han transitado por un proceso de modernización de sus pautas de acción (siendo sus prácticas irracionales y, por ende, destinadas a desaparecer⁷). En este sentido, la fuerte correspondencia entre la atención de la salud y el alto grado de organización que efectivamente alcanza la biomedicina en el período de la posguerra, deviene en un dato de la realidad que termina siendo sobredimensionado, fundando las bases de un reduccionismo conceptual que va a tener una profunda influencia sobre los enfoques de la sociología médica, primero, y de la salud y la enfermedad, más tarde.

Por otra parte, Parsons entiende que la dilucidación acerca de cómo la medicina habilita al mantenimiento de un adecuado nivel de salud en el sistema no puede remitirse meramente a procesos de orden macrosocial. Por ello, busca especificar el modo en el que los fundamentos estructurales se producen y reproducen, atendiendo a la forma en que se actualizan en la dimensión específica de la interacción social. Recordemos respecto de este punto que la solución normativista al problema del orden hobbesiano, que ya el autor proporciona en *La Estructura de la Acción Social* -y que es reactualizada en el transcurso de su producción- plantea la pregunta por las condiciones de posibilidad para una articulación coherente entre el sistema normativo (de orden colectivo) y las orientaciones motivacionales de los individuos (moldeando su disposición para interactuar de una determinada manera y no de otra), problema que deviene en central en su teoría de la sociedad⁸.

7 Si bien realiza la distinción entre saberes expertos y legos (quienes realizan una reelaboración simplificada de los principios científicos de la medicina), Parsons (1984: 403) enfatiza la brecha existente entre medicina moderna y saberes otros (prácticas médicas premodernas y prácticas que perviven en sociedades occidentales actuales).

8 Como indica Parsons (1974) ningún orden normativo es capaz de autolegitimarse. Es por eso que la probabilidad de que las normas sean consideradas legítimas y, por ende, efectivamente interiorizadas por los individuos depende del alcance de la interrelación del sistema social con sus respectivos entornos (sistema cultural, de la personalidad y político). En el caso de la práctica

En el caso de la práctica médica, la clave que permite pensar esta articulación reposa en el carácter fuertemente institucionalizado de las relaciones médico-paciente, a través de lo cual el esquema parsoniano puede explicar la internalización de valores y pautas de acción, así como también la complementariedad de expectativas y el consecuente 'equilibrio' en la situación de interacción. En términos típico-ideales (ya que, claro está, la situación médica no se encuentra exenta de tensiones) el rol del médico conjuga una racionalidad técnica (definida por la especialización funcional, la universalidad del conocimiento instrumentado y la neutralidad valorativa) con una fuerte orientación *colectiva*, que antepone el interés del paciente por sobre cualquier principio utilitarista, formando parte de un *corpus* de valores adquiridos (y regulados) a partir de su pertenencia a la corporación profesional médica. Como contrapartida, el rol del enfermo define la actitud que debe adoptar el doliente en términos de *pasividad*, lo que se corresponde no sólo a su carácter 'desviado' (la enfermedad moviliza una auténtica obligación *social* de buscar ayuda profesional competente, en virtud de que es al entero colectivo societal al que se perjudica al no desempeñar las responsabilidades normales de los roles socialmente asignados) o a su falta de aptitudes para discernir entre un diagnóstico correcto y otro errado (que conduce a aceptar de modo acrítico el tratamiento suministrado) sino que remite, ante todo a una verdadera lógica de la reciprocidad, en la que el carácter colectivo -y en ese sentido desinteresado, altruista- que hace al ideal de servicio biomédico, tiene como correlato un sistema de obligaciones, lealtades y adhesiones valorativas que necesariamente involucra al paciente.

Pues bien, más allá de las críticas que se han elevado contra este modelo de análisis, es importante subrayar el intento de Parsons por mostrar cómo los mecanismos integradores del sistema operan atravesando todas las esferas de lo social -incluyendo a la realidad médica-. En este sentido, si bien su punto de vista analítico se constituye en una representación del funcionamiento *societal* en su máxima expresión, intenta esbozar una visión superadora de las relaciones sociales que se entablan en un contexto específicamente moderno (ciencia), poniendo de relieve la manera en la que la acción social enlaza necesariamente intereses racionales y sentimientos de pertenencia a un colectivo. Aquí, se evidencian las pretensiones de síntesis que ostenta la perspectiva sistémica, a la vez que se expresa la fuerte impronta conceptual durkheimiana, al definir

médica, la fe en la ciencia como base cultural compartida, la autoridad que ésta le confiere al profesional y la consecuente influencia que éste puede ejercer sobre el paciente, brindan el fundamento de la articulación entre las coordinadas normativas del sistema social y la realización 'exitosa' de la interacción.

cómo la solidaridad de naturaleza orgánica conserva, sobre la base de una lógica de complementariedad de expectativas diferentes, un elemento de moralidad que las trasciende haciendo posible la cohesión⁹. De ahí la importancia de la figura de la ciudadanía (como matriz de integración abstracta y de inclusión universalista garantizada por el Estado), la corporación profesional (que fija ideales de servicio y controla su cumplimiento) y la figura del contrato (que formaliza la *unidad* de las pautas de rol médico-paciente) en la reproducción de la vida social. Más aún, es interesante destacar cómo esta cohesión en términos de una relación diádica que se expresa en la *adecuación (y subordinación pasiva)* de las expectativas del paciente a las del médico, impide -como lo indica expresamente el autor- a la posibilidad de asociación por parte de los legos, de modo tal que la reivindicación de demandas en torno a la salud que escapen a estas coordenadas institucionalizadas termina siendo desarticulado bajo esta matriz de comprensión propiamente societal (Parsons, 1984).

Ahora bien, cabe destacar que la particular expresión que asume el intento por superar el dualismo conceptual comunidad-sociedad en Parsons, tiene límites precisos y pierde terreno, entre otros aspectos, al agotarse hacia la década de 1970 el modelo de bienestar keynesiano, el cual constituye el trasfondo (y soporte) histórico de las elaboraciones conceptuales de nuestro autor. Como notara Giddens (1982) este contexto signado por una profunda reconfiguración del entramado social, marca el fin del consenso ortodoxo ampliamente vigente en la disciplina en el período de posguerra, derivando en una serie de nuevas preocupaciones teóricas y en una diversificación de los enfoques para intentar dilucidarlas (Sidicaro, 1992; Zabludovsky, 1995). Esta pluralidad de perspectivas asume, claro está, distintos acentos según el campo que se tome como punto de referencia, produciéndose en torno a la temática que nos ocupa una suerte de bifurcación analítica que es de relevancia subrayar.

9 Como ha notado Sciortino (2004), Parsons sostendrá -ya en sus elaboraciones en torno a la comunidad societal, que son posteriores al capítulo aquí analizado- que las sociedades modernas tienen que manejar la *coordinación* entre la solidaridad mecánica -que define las unidades del sistema como igualmente incluidas- y la solidaridad orgánica -que define estas mismas unidades en términos de sus identidades diferenciales-. En las sociedades complejas, la solidaridad mecánica reside en las instituciones de ciudadanía (que se aplica igualmente a todos los individuos incluidos), mientras que la solidaridad orgánica es expresada más claramente en la institución del contrato, que formaliza la unidad de diferentes intereses y roles. A la luz de lo esbozado, una adecuada teoría social de la integración debe concentrarse, de acuerdo a Sciortino, en explicar cómo las estructuras solidarias se producen y reproducen, articulando de modo coherente sus diferentes dimensiones.

En lo que concierne a los estudios sociológicos de la dolencia y la salud, por un lado, la serie de transformaciones que deriva en el agotamiento del paradigma sistémico, redundan en una renovación de orientaciones teórico-metodológicas, sobre todo de la mano de la perspectiva crítica marxista, y -a partir de los ochenta- un enfoque fenomenológico-hermenéutico que privilegia el análisis de la experiencia de la enfermedad (Alves, 2006; Duarte Nunes, 2003). Sin embargo, la mirada en este campo de estudio sigue estando circunscripta, en términos generales, a las relaciones institucionalizadas en el marco de la atención de la salud biomédica (si bien la influencia del enfoque antropológico y el de la psicología social, entre otros¹⁰, conduce a ampliar el horizonte de análisis al integrar nuevas variables como la perspectiva del enfermo, del ámbito familiar, y las redes sociales que se entretajan en torno a la situación de padecimiento).

En el plano de la teoría social, por el contrario -y he aquí la cuestión que más nos importa- la reconversión de la sociedad y de sus instituciones emblemáticas conduce a la reintroducción de la temática referente a los fenómenos médicos en una clave cualitativamente diferente. De esta manera, a la mirada parsoniana que enfatiza el carácter integrador de la biomedicina como institución social cuya injerencia tiene una tendencia homogeneizadora y universalista (en virtud del consenso cultural al que adherirían *todos* los individuos de forma normativa), se contraponen una serie de estudios que, si bien distan de ser unívocos, tienen un mismo punto de partida: el modo fragmentado, diferenciado (y generador de diferencias) en el que operan distintos discursos y prácticas relativos a la salud en la modernidad tardía.

Pues bien, de acuerdo a los lineamientos esbozados en este trabajo, nos interesa la revisión de dos enfoques teóricos que nos resultan particularmente útiles para el análisis de las situaciones empíricas emergentes que se dan en este marco de transformación. Este es el caso de la perspectiva planteada por los denominados "estudios sobre la gubernamentalidad" (*governmentaly studies*) -entre los cuales nos centraremos particularmente en las elaboraciones de Nikolas Rose y algunos exponentes que retoman su enfoque- y los aborda-

10 Respecto del enfoque antropológico, podemos mencionar los trabajos de Good, Kleinman, Das en torno al sufrimiento social, las coordenadas socio-culturales que contribuyen a moldear distintos modelos explicativos de la dolencia, y una epistemología de la investigación centrada en la experiencia vivida por parte de los individuos padecientes. Mientras que la influencia de la psicología social se expresa ante todo en la introducción del concepto de 'representación social' en los estudios sociales sobre salud (aquí, cabe mencionar los abordajes paradigmáticos de Herzlich y Pierret, Jodelet, Laplantine, entre otros).

jes que se basan en las "teorías de la modernidad reflexiva", que con las diferencias como las planteadas por autores como Giddens y Lash, se centran en la noción de agencia y reflexividad.

La realidad médica en el mundo "postsocial": nuevas perspectivas sociológicas

Como adelantáramos en el párrafo anterior, una de las expresiones más sugerentes que encontramos en los últimos años para dar cuenta del contexto actual de transformaciones y la emergencia de nuevas formas de relaciones sociales, es el abordaje planteado por los autores pertenecientes a los '*governmentaly studies*'. Una de las contribuciones realizadas por los estudios que se inscriben en esta línea de investigación, concierne la posibilidad de construir conceptualmente el nuevo objeto 'postsocial' como área de incumbencia legítima para las ciencias sociales (De Marinis, 1999: 75), cuyo acceso desde el vocabulario de la sociología clásica resultaría imposible. Al mismo tiempo, sus aportes son de especial relevancia para nosotros, en virtud de las referencias que esboza -como temática principal, o a modo de ejemplo de procesos más amplios- en torno a las diferentes dimensiones que la realidad médica asume en las sociedades actuales.

El aspecto nodal de esta propuesta que nos interesa subrayar aquí consiste en su interés por conceptualizar las transformaciones actuales en términos de una mutación estructural que involucra las racionalidades políticas¹¹ anteriormente vigentes -referidas en el bagaje teórico de Foucault en términos de *biopoder*-. Retomando la perspectiva foucaultiana de fines de 1970, se subraya que la lógica de intervención omnipresente, infinitesimal y detallada, centralizada en la figura del Estado-nación (que habilitaba a su vez la administración con aspiraciones "inclusivas" -al menos en lo formal- de la población como totalidad) resulta inconducente en este nuevo contexto, sobre todo en virtud del costo -tanto económico como político- de su implementación. Los problemas que surgen en la nueva coyuntura impulsan, entonces, a una recon-

11 Por *racionalidades políticas* entendemos, retomando a Rose y Miller (1992), aquellos campos discursivos que establecen el horizonte de inteligibilidad/legitimidad en torno a las que el gobierno orienta su accionar en una sociedad determinada. Las racionalidades se sitúan en el plano de las formas del saber, y tienen su correlato en un conjunto de mecanismos y prácticas denominados *tecnologías de gobierno*, a través de los cuales las autoridades pretenden tener injerencia efectiva sobre las conductas y pensamientos de los otros, con el fin de alcanzar sus fines.

versión de las estrategias para la administración de la vida de los hombres, generándose en distintos ámbitos ('desde arriba', pero también desde la sociedad civil) alternativas discursivas en torno a *quiénes, cómo y en qué circunstancias* deben ser gobernados. Es aquí donde cobra particular relevancia la doctrina del *neoliberalismo* o liberalismo avanzado que, en la medida en que enfatiza el carácter racionalizado y de mayor eficiencia del mercado como entidad autorregulada por las leyes de la oferta y la demanda, termina erosionando las bases del capital social, es decir, las redes de contención, seguridad e identificación que actuaban de soporte del entramado de relaciones sustentadas en la forma de organización *societal*. En este contexto, se define un doble proceso que Rose (1997) identifica como de desgubernamentalización del Estado y la desestatalización del gobierno, fenómeno que da cuenta de un movimiento que tiende a descentralizar las funciones gubernamentales en dispositivos y aparatos hasta entonces considerados como "no políticos".

Siguiendo con esta perspectiva, la 'crisis' de la economía de poder propia del modelo industrial de acumulación capitalista, redundando en la emergencia de nuevas formas de ejercicio del gobierno -y en la redefinición de las preexistentes bajo una lógica distinta-. Este proceso no se limita a una mera tendencia hacia la individualización de los sujetos de gobierno -como podría esperarse en virtud de la recuperación *aggiornada* de los presupuestos utilitaristas del ethos liberal-, así como tampoco se reduce a un 'recorte' de las funciones estatales sin más. Por el contrario, el análisis gubernamental se destaca por remarcar el modo en el que la racionalidad política *postsocial* instrumenta una serie de mecanismos a partir de criterios de representación y gestión de los problemas emergentes en términos complejos, múltiples y yuxtapuestos, que se caracterizan por operar selectivamente tomando como referencia a distintos grupos de población. Es en este sentido que la *comunidad* deviene en el territorio privilegiado para la administración de los individuos y la existencia colectiva, la cual muestra su valor estratégico en la medida en que habilita a la intervención sobre las conductas, a la vez que apela a las capacidades de autogobierno de los sujetos, instando a una participación activa, responsable y comprometida de los mismos en el contexto de sus entornos de sociabilidad más cercanos. Como contrapartida, aquellos grupos marginales que quedan librados a las fuerzas del mercado frente al repliegue de las políticas del *welfare*, pasan a ser definidos como peligrosos, desplegándose en torno suyo una red de técnicas excluyentes y represivas que responden a una lógica de control¹².

12 Lejos de la lógica homogeneizadora e inclusiva de la matriz societal -cuya tendencia consiste en la socialización de los riesgos a partir de su asunción por parte del Estado (Rose, 1996)-, los mecanismos de poder postsociales

Pues bien, este enfoque permite un abordaje de la realidad médica en términos que permiten explicitar la dimensión del *poder* implicada en ella, no circunscrita sólo a las asimetrías implicadas en la relación médico-paciente o el despliegue de mecanismos burocráticos o corporativos (como indicara Parsons) sino como constitutiva, incluso, de lo que es plausible de ser pensado y/o tratado como un problema "de salud" en una sociedad determinada -tanto "desde arriba" como "desde abajo". Es así que, en el marco de esta perspectiva académica, se amplían los horizontes para tematizar los fenómenos médicos emergentes, más allá de los límites institucionales asociados al Estado social (la clínica, el hospital) y del saber legitimado como el único posible en este contexto: la biomedicina.

En primer término, cabe señalar que el mencionado proceso de desinversión estatal que subraya el autor pone de manifiesto como correlato más visible la *mercantilización* de los servicios de salud (lo que ocurre también en relación con otras funciones públicas hasta entonces asumidas por el Estado, como la educación), lo que implica la emergencia de nuevas formas de gestión modeladas a partir de los métodos empresariales propios del sector privado, así como también la redefinición de las relaciones contractuales establecidas entre los proveedores de servicios y los pacientes, devenidos en este contexto en clientes/consumidores. Esta intromisión de la racionalidad propiamente económica de la empresa no implica, sin embargo, una desaparición total del campo de 'lo social' como terreno de gestión de la salud colectiva. Este plano aparece articulado en un nivel *supranacional*, en el que se destaca la consolidación de diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas (ONU), entre otras (Rose, 1996: 329-330).

Este punto es de especial relevancia para el tema que nos ocupa, en tanto pone de relieve una nueva escala en el 'mapeo' territorial del poder, el surgimiento de nuevas autoridades en torno al gobierno de los cuerpos y la tematización de problemas/soluciones en términos distintos de aquellas planteadas en el marco del *welfare*. Como han notado Frenk y Gómez-Dantés (2007), en el discurso político internacional de las últimas décadas se observa una resemantización de la idea de salud, que pasa de ser considerada una cuestión de interés humanitario ("política menor") a ser incluida en la agenda gubernamental en torno de temas que conciernen la seguridad global, el desarrollo económico, e incluso el sostenimiento de los regímenes democráticos ("política mayor"). Este vuelco

tienden a operar selectivamente, oscilando entre el reforzamiento de la brutalidad y la exclusión hacia los sectores marginales (control), y entre la creciente tolerancia y relajamiento de la vigilancia hacia aquellos que permanecen en el sistema. El término 'control', por otra parte, ha sido instrumentado por Deleuze (1995) dando lugar a la denominación 'sociedades de control'.

coincide con la proliferación de discursos relativos al *riesgo*, que visualizan diferentes fenómenos (sobre todo en relación con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, la malaria y la gripe aviar, entre otras) como amenazas que ponen en peligro a las poblaciones en términos globales. De ahí el surgimiento y/o creciente injerencia de diferentes agencias internacionales, entidades financieras (BID, Banco Mundial), organizaciones filantrópicas (Fundación Gates), ONGs y compañías multinacionales, que se proponen financiar y/o lograr el equipamiento de los medios técnicos necesarios, no sólo como una estrategia para el control efectivo de las amenazas infecciosas de los países en 'vías de desarrollo', sino que asimismo se articulan con los intereses económicos vehiculizados por esas mismas entidades otorgantes. De esta manera, si bien estas organizaciones insisten en instrumentar un vocabulario igualitarista en relación con la salud, como un derecho asociado a la ciudadanía que debe ser garantizado -o bien por los gobiernos nacionales, o bien a través de la cooperación internacional-, este modo de enfocar los problemas sanitarios termina enmascarando una profunda inequidad, expresada en el lenguaje economicista de la *integración* (subordinada) de las localidades más afectadas a las redes globales de intercambio de bienes e información (King, 2002).

Esta racionalidad que en el nivel *supranacional* se focaliza en el control de las situaciones de riesgo sanitarias, tiene como contrapartida -situándonos ya en el plano *nacional*- el desarrollo de una serie de programas gubernamentales de salud pública que pasan a esgrimir una retórica de la *promoción* de la salud, la cual ostenta un fuerte hincapié en la gestión racional (*rational management*) de la salud de las poblaciones. En primer lugar, esto se lleva a cabo a través del despliegue de toda una serie de discursos y tecnologías que se caracterizan por operar una focalización de los recursos sanitarios hacia objetivos específicos, lo que implica un doble proceso de identificación/clasificación de las 'zonas' de más alto riesgo, de mayor vulnerabilidad o cuya salud es estratégico proteger¹³. Esta lógica selectiva supone una visión del objeto de gobier-

13 A este respecto, Rose (1996: 335) menciona el ejemplo paradigmático de las comunidades gay, marco identitario que torna inteligible la dimensión sexual de la transmisión de esta enfermedad, permitiendo diseñar políticas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA 'a medida', que se ajusten a los valores, creencias y prácticas concretas de estos grupos circunscriptos de la población. En otro trabajo, Rose (1999: 18) sostiene que esta estrategia focalizada permite identificar de modo más eficaz y económico la presencia de individuos 'pre-sintomáticos', a través de la combinación de múltiples dispositivos para conocer y producir información (como las herramientas estadísticas y los procedimientos clínicos).

no que, en lugar de centrarse en el individuo enfermo (quien sí constituía el foco de interés en el marco del sistema oficial de atención de la salud en los regímenes de bienestar), privilegia la intervención sobre los sujetos 'sanos' en todas las áreas de la vida social, ostentando de este modo una fuerte preeminencia de la retórica de la *prevención* (Lupton, 2004: 251).

Es en este marco que adquieren relevancia los postulados del 'desarrollo comunitario' que tienen como objetivo 'empoderar' a los ciudadanos, incentivando su agrupación, movilización e involucramiento activo en el desarrollo de hábitos, estilos de vida y ambientes saludables. Como bien indica Rose (1996), esta estrategia que implica gobernar a través de las comunidades adquiere sentido en la medida en que no sólo se reduce a 'crear' categorías para identificar grupos específicos de población, sino que realiza una verdadera *capitalización* de los distintos tipos de lazos comunitarios ya existentes, a partir de los cuales proyecta su regulación, reforzamiento y movilización (Rose, 1996: 334). Esto permite un desplazamiento de los mecanismos de gobierno, que va desde las formas institucionalizadas del cuidado de la salud (propias del período societal que observaba Parsons) a las formas *multisectoriales* de intervención (Bunton, 1992): medios de comunicación, escuela, distintas organizaciones civiles como ONGs, asociaciones de vecinos (sobre todo cuando se trata de un problema ambiental), asociaciones de enfermos¹⁴, familias, etc. De este modo, se vislumbra un proceso de distribución de responsabilidades en torno a la sanidad, que se opone a la monopolización del gobierno que llevó adelante el Estado desde fines del siglo XIX¹⁵, y pone de relieve una articulación compleja y teñida de tensiones entre las instancias de acción comunitaria surgidas 'desde abajo', las instancias públicas de intervención y demás instituciones sociales intervinientes.

Al mismo tiempo, la confrontación de índole *colectiva* de los nuevos riesgos que abarcan la esfera de la salud se articula con estrategias *individuales*

14 En la Argentina, distintas organizaciones que tienen como eje asociativo la identificación como sujetos padecientes de una dolencia, han tenido una considerable repercusión en la arena pública. Tal es el caso de la Asociación Celíaca Argentina, o la movilización que derivó en la sanción de la Ley de obesidad, bulimia y anorexia (agosto 2008), que entre otras medidas obliga a las obras sociales y prepagas a cubrir costos de tratamiento, así como insta a la regulación de la venta de comida 'chatarra' en establecimientos educativos.

15 Recordemos, por ejemplo, el modo en el que las instancias estatales que se ocupan de esta temática se articulan con las prácticas y saberes vehiculizados por la corriente médica higienista, con el objetivo de disciplinar a la ciudadanía y, así, construir consenso sobre las 'buenas prácticas de salud'. En relación con esto último, ver por ejemplo, Murillo (1999).

que remiten a las tecnologías de 'gobierno del yo' señaladas ya por Foucault (1990). En este sentido, las prácticas propugnadas por las disímiles instancias gubernamentales -'desde arriba' y 'desde abajo'- coinciden en poner en juego una valoración positiva del sujeto *autorregulado*, que se preocupa por el estado en el que se encuentra y asume de modo activo, responsable y autónomo la gestión de los posibles padecimientos que puedan afectarlo. En algunos casos, esto implica la adopción de una conciencia del 'estar en riesgo' (*'at risk' consciousness*) en función de la cual los sujetos se someten a una constante gestión de sí mismos: es así que se delinea un 'nuevo prudencialismo', que exige del individuo una actitud calculadora, a la vez que insta al manejo racional de la propia vida como si se tratara de un emprendimiento empresarial (Rose, 1990; Lupton, 1995). Como ejemplo de lo antedicho, Robertson (2001: 300) señala, en un trabajo de base empírica, que el riesgo de padecer cáncer de mama -el cual aparece en el campo enunciativo a través de distintas instancias de prevención- es reapropiado por parte de las mujeres sanas, ostentando un discurso acerca de la necesidad de acudir al chequeo anual, así como de asumir estilos de vida más saludables como estrategia clave para evitar la enfermedad.

A su vez, esta preeminencia que adquiere el imperativo de 'gozar de buena salud' en las sociedades occidentales contemporáneas va más allá de la búsqueda por prevenir las posibles enfermedades a ser contraídas, propugnando una verdadera *ética del cuidado de sí* que moviliza una serie de dispositivos tendientes a lograr una maximización del estándar de calidad de vida como un fin en sí mismo. A este respecto, aparece como central el rol que cumplen las tecnologías de marketing y las pedagogías de consumo en la formación de hábitos saludables, lo que incluso permite pensar en la constitución de comunidades *virtuales* en torno a prácticas de consumo comunes (Rose, 1996: 343). Es interesante destacar que esta tendencia puede registrarse, incluso, en el seno mismo de la biomedicina, lo que expresaría un verdadero vuelco en el papel que cumple en tanto dispositivo de gobierno. Como indica Rose en uno de sus últimos trabajos (2006), la medicina científica ya no tiene como objetivo proteger el destino de las poblaciones a través de su normalización. Más que remitirse a la 'cura' (pensada como eliminación de la enfermedad) la innovación biotecnológica -desde el desarrollo de productos farmacéuticos hasta la investigación genética y en tecnologías de reproducción- se enfoca hacia la posibilidad de contar con pacientes dispuestos a convertirse en consumidores activos, con vistas al mejoramiento/modulación de sus capacidades vitales.

No obstante, pese al lugar central que sigue ocupando la biomedicina en el plano de la realidad médica, el surgimiento de una retórica que exhorta a la búsqueda permanente de bienestar se pone de manifiesto de un modo particular a partir de la emergencia y creciente adopción de estrategias 'no-conventionales' de cuidado del cuerpo y la salud. Como señala Lupton (1995) el imperativo de la salud, más que ser pensado en términos de un discurso homo-

géneo, presenta fisuras y espacios de trasgresión que quedan expuestos sobre todo en el marco de las prácticas 'micro' de la vida cotidiana. Es aquí donde las personas reelaboran las advertencias en torno a la salud que circulan desde diversas instancias, y las apropian, amplían o buscan alternativas según estén conformes -o no- con los discursos y prácticas 'dominantes'. A este respecto, podemos mencionar el ejemplo del rechazo por parte de ciertos individuos hacia la medicalización de aspectos de la vida considerados *naturales* -en contraposición a *patológicos*- (caso del movimiento a favor de los partos 'humanizados' o 'libres' como un derecho del que deben gozar las embarazadas). Al mismo tiempo, se impone con fuerza la crítica hacia el suministro indiscriminado de medicamentos farmacéuticos por parte de los biomédicos, dando lugar a una creciente renuencia a su consumo en el seno de determinados grupos socioculturales, mientras que otros individuos van a optar, incluso, por la práctica de medicinas no-convencionales.

Pues bien, este punto nos sitúa en el límite mismo del pensamiento esbozado por los análisis en torno a la gubernamentalidad, en la medida en que desde esta matriz de interpretación no es fácil dilucidar con precisión qué factores contribuyen a generar esta conformidad o disconformidad respecto de distintas prácticas de cuidado. Si bien su aporte principal consiste en mostrar la dimensión de *poder* que atraviesa a los múltiples dispositivos en torno a la salud que se configuran en la modernidad tardía (lo que permite homologar analíticamente distintas estrategias y abordajes terapéuticos que, desde la sociología de la salud, se consideran incomparables o ni siquiera inteligibles desde su marco de problematización), deja afuera uno de los aspectos más interesantes que se pueden verificar desde la investigación empírica: nos referimos a los elementos vinculados a la dimensión de la *agencia* de los sujetos. Esto se desprende, quizá, del énfasis que este enfoque realiza en los aspectos que *comparten* los portavoces *de* (y los sujetos *a*) los discursos gubernamentales, más que en sus *diferencias* culturales, sociales e incluso biográficas, lo que tiene especial impacto en las experiencias individuales y colectivas en este marco configuradas.

A este respecto, es interesante contrastar muy brevemente esta perspectiva del sujeto desde las coordenadas delineadas por una línea de estudio contemporánea, que piensa a la modernidad tardía desde las nuevas potencialidades que las instituciones modernas habilitan al individuo (considerando a éste como un *agente* activo capaz de intervenir en las influencias sociales). Desde el concepto de agente, entonces, se busca subrayar el sentido práctico que subyace a las acciones y resistencias (comunitarias o personales) así como el modo en que los significados son negociados, reapropiados y, en un punto, subvertidos en las prácticas y representaciones concretas.

En primer término, podemos mencionar las elaboraciones formuladas por Ulrich Beck (1998), particularmente en el marco de su teoría de la sociedad del

riesgo. Siguiendo a este autor, el pasaje de la modernidad industrial -concepto cercano a la noción de modernidad 'pesada' que desarrolla Bauman (2000)- a una segunda modernidad -pero de naturaleza reflexiva- habilita a las instituciones y a los mismos sujetos a una autoconfrontación con los efectos colaterales del capitalismo tardío. La democratización de la conciencia de los riesgos ante los peligros transnacionales que amenazan la vida cotidiana, se traduce para Beck en nuevas formas de dar respuestas originales, creativas y, por sobre todo, biográficas a los problemas contemporáneos. Aquí, las comunidades de pertenencia representan espacios reflexivos de socialización más que dispositivos de gobierno articulados en una economía de poder que, como entiende Rose, depende de los lazos primarios para conducir las conductas. La dimensión reflexiva de la interacción comunitaria se puede expresar, de hecho, en la politización de dominios ajenos, en principio, a los canales tradicionales de participación social, inaugurando así nuevas formas de ejercicio de la ciudadanía (que el autor denomina con el término de *subpolítica*). La reflexividad se extiende asimismo (y más allá de los dominios cognitivos) al plano de la estética, como subraya en sus trabajos Scott Lash (1997) en pos de dar cuenta de otro tipo de comunidades, centradas en el consumo de bienes culturales y tecnologías de información.

En este sentido, y en relación directa con las transformaciones en el campo de la salud, cobra relevancia el planteo desarrollado por Giddens (1995) en la medida en que inscribe la realidad que involucra al cuerpo y a la dimensión psíquica en los procesos modernos de construcción reflexiva de la identidad del yo por parte de los individuos en el contexto de la modernidad (radicalizada). En efecto, uno de los supuestos básicos de este enfoque teórico plantea una ruptura fuerte con las antiguas certezas proporcionadas por las instituciones tradicionales, a la vez que supone una ampliación del horizonte de elecciones *posibles* en todos los planos de la vida. En este marco, los sistemas expertos -al igual que las señales simbólicas- cumplen un papel fundamental en la mediatización de la experiencia social, en tanto garantizan un mínimo de confianza en la estabilidad y coherencia del mundo, permitiendo que el individuo ponga en alguna medida 'entre paréntesis'¹⁶ aquellos aspectos de la realidad cotidiana que podrían ponerlo en una situación de parálisis para la acción. Esta confianza tiene efectivamente un fundamento práctico, que en el plano de la realidad médica se expresa en los ámbitos de seguridad relativa que se susten-

16 La puesta entre paréntesis constituye una noción fundamental en el enfoque fenomenológico. De acuerdo a Schutz (2003) -en la acepción retomada aquí por Giddens- esta operación forma parte de la actitud 'natural' del lego en el marco del mundo de la vida cotidiana.

tan en los avances obtenidos por el sistema abstracto por excelencia en este campo: la medicina científica.

No obstante, estas ventajas proporcionadas por la biomedicina en pos de la reducción de riesgos que amenazan la vida no conducen a una adhesión monolítica y acrítica por parte de los sujetos. Si bien la expansión de los sistemas abstractos en la vida cotidiana -en razón de la creciente especialización y diferenciación de saberes- implica una tendencia al *despojamiento* o expropiación respecto de los saberes y destrezas detentados por los no-profesionales¹⁷, el autor enfatiza la dimensión de la reapropiación de conocimiento, la búsqueda de capacitación y de control que es llevada a cabo en el marco de la vida cotidiana. Esto puede explicarse, por un lado, en la medida en que la 'fe' (o, mejor dicho, la fiabilidad) que este *corpus* de conocimiento es capaz de generar en los legos depende, no ya de fundamentos 'externos', sino de su capacidad intrínseca de brindar soluciones efectivas a problemas de salud concretos. Es por eso que, cuando la biomedicina 'falla', la confianza en este sistema experto se ve vulnerada, de modo tal que los profanos se ven compelidos a recurrir a distintas estrategias para redefinir las bases de su seguridad ontológica. Por otra parte, adquiere relevancia el estilo de vida y el sistema de valores al cual adscribe el actor social no-profesional, el cual constituirá el marco para la toma de una decisión 'informada' en un contexto de opciones múltiples (terapéuticas, en este caso) -sin que ninguna de ellas aparezca como superior o definitiva-. Es aquí que las elecciones referidas al cuidado de sí -tanto en lo que hace a la *decisión* de incursionar en una terapia, como a sus *consecuencias*- remiten al proyecto más amplio de construcción reflexiva de la propia identidad. Lo que, a su vez, contribuye retroactivamente a reforzar la realidad de la adscripción del individuo a ese estilo de vida (el autor propone, como ejemplo, los dilemas que enfrenta el individuo que decide iniciar un tratamiento de psicoterapia, en términos de elección de una corriente -psicoanálisis, cognitiva-, del tiempo que está dispuesto a invertir en el tratamiento, así como también las repercusiones

17 En relación con este tema, varios estudios se han esforzado en mostrar el modo en el que, en el transcurso del siglo XX, la alopátia se aseguró el monopolio del derecho legal al ejercicio de la cura, lo que implicó la absorción y exclusión de una multiplicidad de saberes heterogéneos inscriptos en perspectivas médicas disímiles, así como también el ejercicio terapéutico por parte de los legos. Como indica McGuire (1988) en su descripción de este proceso en el contexto norteamericano, una serie de enfoques médicos que habían alcanzado una importante expansión y aceptación por parte de los usuarios, tales como la homeopatía y el herbalismo, fueron efectivamente anexados, subsumidos o suprimidos a partir de la reconversión de la medicina en tanto saber científico.

que esa elección tendrá, en el futuro, para la configuración de su yo) (Giddens, 1995: 177-183).

Como podemos apreciar, más que tratarse de un 'efecto de sujeción' que pone inexorablemente en relación las coordenadas estructurales y las formas específicas de construcción de subjetividad -sean éstas configuradas a través de instancias colectivas o individuales de gobierno- (estudios de la gubernamentalidad), los 'teóricos de la reflexividad' hacen blanco especialmente en el modo en el que las instituciones modernas habilitan a la apropiación, reformulación y utilización reflexiva, por parte de los legos, de los recursos (técnicos y simbólicos) para la acción que éstas ofrecen. El desarrollo de estas destrezas -en términos cognitivos, sobre todo- brinda un margen para la construcción identitaria que tiene como marco la realidad institucional, pero no se encuentra determinada por ésta.

Palabras finales

En el marco del presente ensayo hemos intentado realizar un aporte para el análisis sociológico de la realidad médica, la cual presenta nuevas aristas en el contexto de la modernidad tardía. Lejos de negar el valor de las producciones teóricas de la subdisciplina de la sociología de la salud, el trabajo se propuso contribuir a las mismas en el marco de una discusión más amplia sobre la actual obsolescencia de algunas categorías centrales de la sociología. En este sentido, no buscamos realizar un mero ensayo de teoría pura sino -retomando lo señalado por Briceño León (2003: 78)- recuperar algunos esbozos conceptuales que sirvan como verdaderas herramientas para futuros trabajos empíricos, en la búsqueda por mantener abierto el diálogo y generar un lenguaje común de discusión en la disciplina sociológica.

Es en este contexto que abordamos dos enfoques de teoría social contemporánea que plantean nuevos horizontes para analizar los fenómenos médicos, considerando como eje de análisis el par conceptual *sociedad-postsociedad*. Si -como coinciden numerosos autores- asistimos en la actualidad a un momento histórico en el que las instituciones de la sociedad salarial, de aspiración inclusiva y universalista según los cánones delineados por la idea de ciudadanía, sufren un franco retroceso como organizadoras de las relaciones sociales y como espacios de anclaje para la construcción de la identidad individual y colectiva ¿Qué impacto tiene esta desconversión en el lugar que ocupa la salud en el todo social, y qué formas (nuevas o refiguradas) de administrarla emergen en este contexto? ¿Cuál es la relación individuo-colectivo que subyace a las estrategias avizoradas para conjurar la enfermedad? ¿De qué modo la sociología puede brindar herramientas heurísticas para la conceptualización de fenómenos novedosos registrados empíricamente, como la irrupción de las terapias no-convencionales y la consecuente diversificación del campo de la

salud, que redefinen el papel jugado por la biomedicina como dispositivo de intervención y control de mayor visibilidad?

Desde la perspectiva elaborada por Talcott Parsons, la centralidad que la medicina científica adquiere se comprende en virtud del contexto histórico en el que se desenvuelve. Aquí, el impacto de los avances tecnológicos propios de la disciplina (antibióticos, vacunas, técnicas quirúrgicas) se articulan con la voluntad política de hacerlos extensivos a la población, en un marco en el que la tematización de lo que es visto como problema/solución a un nivel gubernamental gira en torno de la eliminación de las patologías, con el objeto de proteger el destino de las naciones. Sin embargo, estas coordenadas son sobredimensionadas en el modelo teórico parsoniano, en la medida en que: 1) el supuesto de racionalización y autonomización de esferas pone a la biomedicina como un sistema de valores y reglas altamente coherente que constituye una base cultural común a nivel de las relaciones sociales, y 2) se supone una fuerte institucionalización de los roles médico-paciente a partir de la articulación de intereses racionales (curar la enfermedad a través de técnicas científicas) y de elementos morales (altruismo y una orientación colectiva en el profesional, el respeto por la autoridad por parte del paciente), con una consiguiente complementariedad de expectativas que da cuenta de un alto grado de integración a nivel de la interacción socio-cultural.

En contrapartida, los enfoques contemporáneos revisados coinciden en dar cuenta de una realidad médica donde el modo de problematizar e intervenir se rige por criterios diferentes, centrados en la gestión del *riesgo*. De este modo, se abre el horizonte a la inclusión de una multiplicidad de saberes y prácticas terapéuticas que, incluso, pueden entrar en contradicción con los postulados de lo que es definido como "saludable" desde los regímenes de cuidado más ortodoxos, como la biomedicina o el psicoanálisis. Asimismo, estos enfoques dan cuenta de la emergencia de relaciones novedosas a nivel de la interacción social. En este sentido, se registra una fuerte dimensión de negociación del sentido y de sentido prácticos de los individuos que cristalizan en verdaderas estrategias individuales y comunitarias para el manejo de la enfermedad, poniendo de relieve una lógica de articulación individuo-colectividad que dista de ser armoniosa (al menos, en el sentido del planteo parsoniano, donde las instituciones sociales devienen en espacios mediadores entre el orden normativo de carácter más general, y las disposiciones y expectativas de los actores, quienes -sobre la base del concepto de rol- se espera que actúen en correspondencia con las normas así establecidas). Esta dimensión, vinculada con la puesta en evidencia de ciertas problemáticas que exceden las lógicas sociales de interacción, constituye a nuestro entender uno de los aspectos a ahondar en investigaciones empíricas futuras. También, desde un análisis de teoría sociológica, queda pendiente la sistematización de las potenciales nuevas ideas-elementos (siguiendo la terminología de Nisbet) que son configuradas en las elaboraciones contemporáneas de la disciplina.

Referencias bibliográficas

- ALVES, P. (2006) "A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos socio-antropológicos da doença: breve revisão crítica". **Cadernos de Saúde Pública**. Volumen 22. Nro. 8, 1547-1554.
- BIAGINI, G. (1996) **La conformación del objeto de estudio de la Sociología de la Salud**. Publicación interna de Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- BLOOM, S. (2002) **The word as a scalpel. A history of medical sociology**. Oxford: Oxford University Press.
- BRICEÑO-LEON, R. (2003) "Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina". **Res Revista Española de Sociología**, Nro 3, 69-85.
- BUNTON, R. (1992) "More than a woolly jumper: Health promotion as social regulation". **Critical Public Health**. Volumen 3. Nro. 2, 4-11.
- COCKERHAM, W. (2001) **The Blackwell companion to medical sociology**. Oxford: Blackwell.
- DE MARINIS, P. (1999) "Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos (o un ensayo sobre la racionalidad política del neoliberalismo)". En: RAMOS TORRE, R. y GARCIA SELGAS, F. (editores) **Globalización, riesgo, reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea**. Madrid: CIS.
- _____ (2005) "16 comentarios sobre la(s) sociología(s) y la(s) comunidad(es)" **Papeles del CEIC**. Volumen 15. Nro. 1. disponible en <http://www.ehu.es/CEIC/Papeles/15.pdf>
- DELEUZE, G. (1995) "Post-scriptum sobre las sociedades de control". En: DELEUZE, G.: **Conversaciones 1972-1990**. Valencia: Pretextos.
- DUARTE NUNES, P. (2003) "Ciências Sociais em Saúde: um panorama geral" en **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Río de Janeiro: Fiocruz.
- DUBET, F. y MARTUCELLI, D. (2000) **¿En qué sociedad vivimos?** Buenos Aires: Losada.
- DURKHEIM, É. (1995) **La división del trabajo social**. Madrid: Ediciones Akal.
- FOUCAULT, M. (1988) "Omnes et singulatim: hacia una crítica de la razón política". En: **Tecnologías del yo y otros textos**. Barcelona: Paidós.
- GERHARDT, U. (1990) "Models of illness and the theory of society: Parsons' contribution to the early history of medical sociology". **International Sociology**. Volumen 5. Nro. 3, 337-355.
- GIDDENS, A. (1995) **Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea**. Barcelona: Ediciones Península.
- _____ (1999) "Perfiles y críticas en Teoría Social". En: ARONSON P.; H, CONRADO **Colección Cuadernos de Sociología**. Buenos Aires: EUDEBA.
- LASH, S. (1997) "La reflexividad y sus dobles: estructura, estética, comunidad". En: BECK, U.; A. GIDDENS y S. LASH (editores) **Modernización reflexiva: Política, tradición y estética en el orden social moderno**. Madrid: Alianza Editorial.

- LUPTON, D. (1995) **The imperative of health: Public health and the regulated body**. Londres: Sage Publications.
- (2004) "Technologies of health: contemporary health promotion and public health". En: SCAMBLER, G. (ed.) **Medical Sociology. Major themes in health and social welfare**. Nueva York: Routledge.
- MCKEOWN, T. (1971) "A historical appraisal of medical task". En: MACLACHAN, G. y MCKEOWN, T. (editores) **Medical History and Medical Care**. Oxford: Oxford University Press.
- MCGUIRE, M. (1988). **Ritual Healing in Suburban America**. New Brunswick: Rutgers University Press.
- MURILLO, S. (1999) "Gobernabilidad, locura y delito. La mutación desde el modelo médico-jurídico al modelo tecnológico". **Revista Sudestada**. Volumen 1. Nro. 1, 21-35.
- NISBET, R. (1996) **La formación del pensamiento sociológico**. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.
- PARSONS, T. (1974) **El sistema de las sociedades modernas**. México: Editorial Trillas.
- (1984) **El sistema social**. Madrid: Alianza Editorial.
- RISKA, E. (1989) Book review of Scambler, G. (ed.) Sociological theory and medical sociology. **European Sociological Review**. Volumen 5, Nro. 3, 305-306.
- ROBERTSON, A. (2001) "Biotechnology, political rationality and discourses on health risk". **Health**. Volumen 5. Nro 3, 293-309.
- ROSE, N. (1990) **Governing the soul: The shaping of the private self**. Londres: Routledge.
- (1996) "The death of the social? Refiguring the territory of government". **Economy and Society**. Volumen 25. Nro. 3, 327-356.
- (1997) "El gobierno de las democracias liberales 'avanzadas': del liberalismo al neoliberalismo". **Archipiélago. Cuaderno de crítica de la cultura**. Nro. 29, 25-40.
- (2006) *The Politics of Life Itself. Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Nueva Jersey: Princeton University Press.
- SCAMBLER, G. (ed.) (1998) **Sociological theory and medical sociology**. Londres: Tavistock.
- (2004) *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*. Nueva York: Routledge.
- SCHUTZ, A. (2003) **Estudios sobre teoría social. Escritos I** Buenos Aires: Amorrortu.
- SCIORTINO, G. (2004) **The Societal Community: Conceptual foundations of a key action theory concept**. Kobe: Center for Legal Dynamics of Advanced Market Societies/Kobe University.
- SIDICARO, R. (1992) "Las sociologías después de Parsons". **Sociedad**. Nro 1, 7-25.
- STACEY, M. y H. HOMANS (1978) "The sociology of health and illness: its present state, future prospects and potential for health research". **Sociology**. Nro. 12, 281-307.
- STRAUS, R. (1957) "The nature and status of medical sociology". **American Sociological Review**. Volumen 22. Nro 2, 200-204.

- TÖNNIES, F. (1947) [1887], **Comunidad y Sociedad**. Buenos Aires: Losada.
- TURNER, B. (1992) *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Londres: Routledge.
- TWADDLE, A. (1982) "From medical sociology to the sociology of health". En: S. NOWAK, T. BOTTOMORE, ISA y M. SOKOOWSKA (eds.) **Sociology: the state of the art**. Londres: Sage.
- WALLACE, S. (1990) "Institutionalizing divergent approaches in the sociology of health and healing: a review of medical sociology readers". **Teaching sociology**, Nro. 18, 377-384.
- WALLERSTEIN, I. (1999) "El legado de la sociología, la promesa de la ciencia social". En: WALLERSTEIN, I.; BRICEÑO LEON, R. y SONNTAG, H. (eds.) **El legado de la sociología, la promesa de la ciencia social**. Caracas: Nueva Sociedad.
- WEBER, M. (1998) **Economía y sociedad**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.