

LÁZZARO, Ana Inés. "...El remedio o la enfermedad". Un acercamiento al Modelo Médico Hegemónico desde la perspectiva de cuerpos, emociones y sensibilidades sociales en y desde América Latina. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 14, n. 41, p. 145-157, ago. 2015. ISSN: 1676-8965.

#### ARTIGO

<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>

### "...El remedio o la enfermedad"

Un acercamiento al Modelo Médico Hegemónico desde la perspectiva de cuerpos, emociones y sensibilidades sociales en y desde América Latina

*Ana Inés Lázzaro*

*Recebido: 13.05.2015*

*Aceito: 22.06.2015*

**Resumo:** Este trabalho pretende refletir sobre o problema da corporeidade e subjetividade em relação ao "modelo médico hegemônico" (ou modelo biomédico), fazendo uma abordagem a partir da perspectiva de "corpos, emoções e sensibilidades sociais em e da América Latina." Desta maneira, utilizamos as contribuições teóricas da sociologia do corpo e das emoções proposto pelo "Programa de Ação Coletiva e Conflitos Sociais", liderada por Adrian Scribano e que é formado por uma equipe multidisciplinar de pesquisadores e professores de diferentes pontos da Argentina, tomando seu centro geográfico na cidade de Córdoba e afiliação institucional na Unidade Executora CEA-CONICET. (Ver: <http://accioncolectiva.com.ar>). Este é, sem dúvida, uma problemática já visitada; mais nos atrevemos a propor uma aproximação desta linha teórica específica, com a aspiração de contribuir um ponto de vista para a reflexão. A este respeito, procuramos repensar como as noções e práticas do modelo biomédico influem na configuração e constituição -material e simbólica- dos corpos e, por isso, da sociabilidade. **Palavras-chave:** modelo biomédico, corporalidade, subjetividade, dualismo, neocolonialismo, América Latina

#### Introducción

La perspectiva de "cuerpos y emociones", como abordaje de la subjetividad en tanto *todo* indisociable, evidencia la intención por disolver las clásicas oposiciones heredadas del

pensamiento cartesiano principalmente cuerpo-mente, razón-emoción-pasión pero también el binomio individuo-sociedad, pues la corporalidad no ha ser entendida como entidad natural y biológica que opera como límite taxativo entre individuos sino como una

materialidad cuyo soporte es biológico a la vez que es construido socialmente. Se trata de un abordaje de tipo holístico, en tanto considera al sujeto como un entramado material-natural-afectivo-social-racional-simbólico-sensible-activo imposible de deshacer. Desde este punto de vista, las nociones de cuerpo y emoción conllevan una dialéctica y una situación de "co-bordismo" (SCRIBANO, 2011) pues en tanto aparece una la otra también, en una relación de influencia mutua, de reciprocidad, como un todo dinámico constituido intersubjetivamente. ¿Podemos acaso distinguir taxativamente qué es lo "real" del cuerpo y qué corresponde a las emociones? ¿De qué modo se relaciona lo meramente biológico, la constructibilidad de lo biológico y lo que es singular (aquello es "propio" del sujeto)?

Si bien es cierto que la corporalidad se fundamenta en una materialidad biológica que es sustento/soporte y 'límite' de la persona, también es cierto que existe una re-adaptación corporal a partir de lo social y en la cual se imprimen las huellas de lo relacional. En esto, coincidimos con la perspectiva interactiva de un "construccionismo no radical" (LUNA ZAMORA, 2010: 20) es decir un "abordaje que reconocer el sustrato neurofisiológico que descansa en la capacidad de sentir (...) Se parte de que las experiencias emocionales están co-determinadas por elementos personales y naturales pero también tienen relación con las normas y valores sociales, las costumbres tradiciones, creencias en torno a las emociones mismas". Así, toda emoción tiene una base neurofisiológica y también sociocultural pues hay capacidades y destrezas para sentir siendo además, lo sociológico, lo que le da significado a la emoción.

En cuanto a nuestra temática concreta en torno a lo medicinal esta

'doble entrada' analítica a la corporalidad también es plausible ya que, desde una perspectiva holística, la cuestión de la salud-enfermedad es entendida como realidad socio-histórica y no meramente natural y cuyo significado no podría ser entendido simplemente como un conjunto-de-síntomas-definidos sino concibiendo lo sindrómico como "experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas para los miembros de una sociedad" (GOOD, 1977: 27)

De acuerdo a esta perspectiva, el conjunto de experiencias que conforman el síndrome adquiere relevancia en el nivel subjetivo y es condensado en un universo de símbolos e imágenes (en el imaginario social) que pueden ser analizados semánticamente. Así, la enfermedad es una realidad significativa en tanto refiere a una experiencia contextual, esto es, situada en un marco socio-histórico específico a la vez determinada por medio de los discursos y prácticas inherentes a los sistemas médicos.

Como veremos más adelante, uno de los principales cuestionamientos al modelo biomédico científicista es su rasgo de biologización y naturalización de los estados corporales aislándolos de otros condicionamientos e influencias (emocionales, psíquicas, sociales, vinculares, etc.) lo cual presupone un abordaje del cuerpo en tanto realidad material definida, separada, cerrada en si misma, auto-evidente. De esta manera, si los cuerpos son construcción social, problematizar la configuración de las sensibilidades sociales en relación a los discursos y prácticas biomédicas se vuelve crítico. Traer estas cuestiones a la mesa aporta a la comprensión de las dinámicas que "constituyen una economía política de la moral" (SCRIBANO, 2012: 186) es decir, prácticas y representaciones que constituyen y organizan dichas

sensibilidades dando encarnadura y realidad a las formas de dominación actuales.

Dentro de este contexto crítico, la pregunta sobre la salud y -más concretamente- sobre la medicina como "forma de saber" respecto a la misma no es novedosa. Aunque situado en otra perspectiva a la que se propone en esa reflexión, es necesario mencionar a Michael Foucault quien es uno de los referentes del cruce teórico entre el cuerpo y la biomedicina. La propuesta de este autor (cuyo legado y expansión hasta la actualidad sería tremendamente difícil de rastrear) fue central a la hora de sentar las bases de un pensamiento que puso al cuerpo -y los saberes que lo constituyen y determinan socialmente, como es el médico- en el centro. Sus reflexiones en torno a los condicionamientos y disciplinamientos sociales de una materialidad tan aparentemente biológica como la corporal lo llevó proponer estrechas relaciones y anudamientos entre cuerpo, subjetividad, saber, poder. Dice el autor que en la sociedad capitalista, desde el inicio del siglo XIX "el cuerpo es una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica" (FOUCAULT, 1977: 5) Sus nociones de "biopoder" y "biopolítica"<sup>1</sup> dan cuenta de un proceso de construcción teórica largo, complejo y verdaderamente fecundo. Susana Paponi (2006: 115-6) señala que si Foucault se ha preocupado por el cuerpo como materialidad inescindible de la subjetividad "esa preocupación se refiere al modo en que el cuerpo puede disciplinarse, reconstituirse y

manipularse por la sociedad. (...) En el seno de esa preocupación, el cuerpo, como blanco mayor de prácticas sociales (...) como objeto privilegiado sobre el que Occidente ha sellado su impronta. Por lo tanto, "uno de los mayores logros de Foucault ha sido su habilidad para aislar y conceptuar el modo en que el cuerpo se ha tornado un componente esencial para el funcionamiento de las relaciones de poder en la sociedad moderna (DEYFRUS Y RAINBOW, 2001: 141) Desde esta perspectiva, la Modernidad produjo una suerte de "cultura somática" reflejada en conductas físicas diversas de normalización que rigen la relación de cada individuo con su propia materialidad pero además, la normalización del cuerpo sintetizaría una herramienta de control social para el logro de objetivos sociales. Es en este sentido que los saberes y las prácticas que giran en torno a la corporalidad se constituyeron en instrumentos efectivos de dicho control, siendo el saber biomédico un dispositivo privilegiado del mismo.

En la misma línea, David Le Breton (1995, 2002) plantea cómo -siguiendo el legado del pensamiento racional desarrollado por Descartes en el siglo XVII- las investigaciones en torno a la medicina y sus formas de proceder respecto al estudio del cuerpo fueron un aporte esencial al edificio filosófico científico que se erigía. De esta manera, el saber biomédico se constituyó en uno de los pilares de la Modernidad como filosofía-epistemología-ontología que terminó de imponer la separación (y jerarquía) entre cuerpo-mente-emoción. La conocida metáfora del "cuerpo máquina", esto es, como una suma partes que -paradójicamente- no nos pertenecen y que imprime una condición objetivante (y por ello, pasiva) del cuerpo, tuvo sus orígenes en aquellas épocas y se sigue reeditando hasta nuestros días de manera

<sup>1</sup>Foucault (1991) caracteriza el biopoder como el desarrollo de dos formas de poder. Una que representa una "anatomía política del cuerpo" llevada a cabo por los distintos dispositivos de disciplinamiento corporal que atraviesan todo el tejido social y la segunda se trata de una biopolítica de la población que tiene como función una serie de controles e intervenciones que regulan el bienestar de la población en tanto cuerpo-especie.

sorprendente y espeluznante<sup>2</sup>.

Por su parte, la perspectiva de cuerpos y emociones en la que nos enmarcamos nos permite tomar ambas categorías como una suerte de "escaners" simbólicos y analíticos desde donde mirar lo social, pues toda acción cotidiana está atravesada por mediaciones, es decir, está vinculada a procesos productivos que conllevan una política de extracción de energías corporales (hay así un "secuestro de los cuerpos" de sus energías vitales). "La actividad depredadora del capital se constituye en torno a la absorción sistemática de las energías "naturales" socialmente construidas en ejes de la reproducción de la vida biológica: agua, aire, tierra y formas de energía. La dialéctica entre expropiación corporal y depredación se configura a través (y por) la coagulación y licuación de la acción. La tensión de los vectores biopolíticos se produce y reproduce en prácticas cotidianas y naturalizadas del "olvido" de la autonomía individual y/o "evanescencia" de la disponibilidad de la acción, en mimesis con las condiciones de expropiación." (SCRIBANO, 2009a: 5) Esto es lo que, desde esta perspectiva se denomina una "política de las emociones y sensaciones". Sin lugar a dudas, como

<sup>2</sup>Se podría objetar que en la actualidad, como plantea Paula Sibilia (2009) la metáfora del hombre máquina está en decadencia mientras se eleva el "hombre post-orgánico" o "post-humano", atravesado por la era de la digitalización y la informática. Esto se vincula a lo planteado por Deleuze (1990) acerca del paso de las "sociedades disciplinarias" de Foucault a las "sociedades de control". No obstante, desde nuestro punto de vista -en las sociedades latinoamericanas- las prácticas medicinales no se han desprendido aún del legado disciplinario y la ideología moderna mecanicista que le subyace. Aún cuando no podría negarse el creciente progreso de, por ejemplo, la biogenética o nanotecnología, a nivel de las prácticas sociales habituales, la institución hospitalaria y los saberes y reglamentaciones estatales que las vertebran revisten aún enorme importancia e impacto social.

aclara Alicia Vaggione (2009) la enfermedad pone al cuerpo en el centro de la escena que, argüimos, es una escena personal, social, institucional, política y (neo)colonial.

En y desde América Latina -a partir de los años '60, '70- la preocupación sobre los impactos, influencias y condicionamientos subjetivos y sociales del saber biomédico también fue tomando protagonismo. Con fuerte impronta marxista, la "epidemiología crítica" (Breihl, Almeida Filho, Pinheiro, Laurell, Samaja, etc.) se constituyó -dentro del propio sistema de salud- un polo de discusión del dicho sistema y sus bases. Se trataba -y trata- de un cuestionamiento básicamente de tipo ideológico pero también técnico, que ponía el acento en la "función real" de la medicina en general y de la salud pública en particular. "Todo conocimiento que no provee las consecuencias negativas de su aplicación, es un conocimiento irracional a nivel teórico y ético" (RIVAS, 1971) era una de las demandas centrales. Asimismo, tales críticas se robustecieron desde una mirada antropológica, la cual proporcionó fundamentos cruciales para pensar la salud y lo medicinal en clave social y no meramente biológica. El antropólogo Eduardo Menéndez es un referente central de esta perspectiva crítica respecto al Modelo Médico Hegemónico (MMH), como optó denominar al modelo biomédico occidental o biomedicina científicista.<sup>3</sup>

En líneas generales, el MMH se entiende como un "conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual, desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías hasta entonces dominantes en los conjuntos

<sup>3</sup>Nosotros tomaremos estos términos como sinónimos

sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (MENÉNDEZ, 1988: 451) Es importante destacar que noción de hegemónico, de influencia gramsciana, implica que dicho modelo subalterniza ciertas prácticas sin eliminarlas y debe entenderse y analizarse en las condiciones históricas en las cuales opera atendiendo a la relación con otros modelos, prácticas y discursos con los cuales dialoga, se nutre y también nutre. No se trata entonces de una mera imposición unilateral sino que su hegemonía se construye con todos aquellos que participan del mismo, sean funcionarios del Estado, profesionales de la salud, usuarios de los servicios, etc. De todos modos, esto no quita aquellos rasgos en que este modelo se erija como "el legítimo" constituyéndose como un "saber" por encima de otros y cuya "expansión y burocratización" (en tanto homogeneización progresiva), establece formas de exclusión y de organización social. Es un claro ejemplo donde "El 'progreso científico' se asimila al 'progreso' civilizatorio de la humanidad. Es el progreso en la conquista del mundo y el control de la naturaleza. A medida que avanza, la ciencia va trazando la línea abismal que delimita lo visible de lo invisible; lo real, de lo irreal. La demarcación es, en tal sentido abismal, que 'el otro lado' de la línea desaparece como 'real'. Y lo que está 'del otro lado' es justamente la zona colonial, lo concebido como 'no-existente': "No-existente significa no existir en ninguna forma relevante o comprensible de ser" (SOUZA SANTOS, 2009: 160). Esa demarcación abismal originaria crea, simultánea y recíprocamente, la ciencia moderna y el colonialismo; éste, como efecto y condición de posibilidad de la otra. Así, lo colonial es lo científicamente

demarcado e instituido como lo no-existente" (MACHADO ARAOZ, 2012: 16). El MMH se sigue afirmando, hasta nuestros días, como una forma de (neo)colonización solapada en tanto su legitimación goza del amparo de la universalidad racional científica.

### **Fundamentos del colonialismo biomédico**

Para poder entender el dominio que supone el MMH en relación a otros saberes que deja prácticamente en la "no existencia" es menester adentrarse en aquellas características que le dan cimiento a su posible expansión. Dentro de los rasgos estructurales que lo sustentan encontramos, en primer lugar, su "biologicismo" "el cual constituye el factor que garantiza no sólo la científicidad del modelo sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos" (MENÉNDEZ, 1988: 452) Dentro de esta lógica los factores que remiten a la salud-enfermedad se reducen a aspectos puramente biológicos basados en una correlatividad causalista sin referir, de ningún modo, a la red de relaciones sociales y aspectos subjetivos o psicoemocionales como factores vinculados a la salud. Más aún, lo biológico no sólo constituye su aspecto de identificación sino que es parte constitutiva de la formación profesional, en la cual los "procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos" (id) En este rasgo estructural predominante se pone en evidencia la herencia moderna cartesiana en sus binomios cuerpo-mente, individuo-sociedad. El sujeto es considerado de manera "individualista", mas no sólo es separado de su contexto vincular, de vivienda, laboral, de clase, etc. sino escindido como unidad corporal-mental-emocional, utilizando sólo como variables de análisis el sexo, la edad y también la raza.

Lo dicho trae consigo otro aspecto

elemental del MMH: su "a-historicidad", ya que las investigaciones de tipo biológico "se manejan con series históricas de corta duración" ignorando los hechos de mediana y larga historicidad. Todo esto conduce a la naturalización de los procesos, es decir a su "a-socialidad". (íd:453) Así, para la práctica médica la enfermedad es en primer lugar un hecho natural, biológico y no un hecho social, histórico. Esto conduce a la concepción de un modelo médico que, excluido de las redes sociales e ideológicas y basado exclusivamente en su tecnicismo legitimado desde una plataforma científicista, pone cada vez más énfasis en el diagnóstico y tratamiento mediante el uso de tecnologías. Esto no hace sino acentuar la perspectiva des-subjetivizante o des-humanizante que éste comporta. Se podría decir que prevalece una concepción teórica mecanicista (el ya mencionado "cuerpo máquina") evolucionista y positivista.

Es importante destacar que los aspectos que configuran el MMH no sólo lo hacen en términos intrínsecos al mismo. Por tratarse de una institución (esto es, de un saber y unas prácticas instituidas como hegemónicas) comporta ciertas "funciones sociales" que no sólo refieren a las prácticas curativas y preventivas sino también a funciones de "control, normalización, medicalización y legitimación" (MENÉNDEZ, 1988, 1988a, 2005a; MIJTAVILA, 1998) que funcionan como "mecanismos de soportabilidad social y regulación de las sensaciones" (SCRIBANO 2007, 2009a, 2012) y a partir de los cuales el sistema neocapitalista ejerce una dominación no coercitiva sino in-corporada, es decir, a partir de mandatos hechos cuerpos, internalizados, reproducidos y legitimados por aquellos mismos a quienes domina. Los mecanismos de control y dispositivos de regulación implican procesos de selección,

clarificación y elaboración de percepciones socialmente determinadas y distribuidas, organizando la auto-percepción de los sujetos y los grupos en su contexto y que, al configurarse en la costumbre, el hábito, los sentidos comunes sociales e incluso en las sensaciones que parecen más íntimas, pasan totalmente desapercibidos como tales. En esto radica una de sus mayores perversidades. Pero más aún pues este sistema se erige -en la actualidad- como una especie de "religión del desamparo neocolonial. Así, la política (institucional) debe crear la "nueva religión de los países neocoloniales dependientes que reemplace la -ya antigua- trinidad de la "religión industrial" basada en: producción ilimitada, absoluta libertad y felicidad sin restricciones, por la trinidad de los expulsados compuesta por el consumo mimético, el solidarismo y la resignación" (SCRIBANO, 2012: 186) De esta manera, cabe referir, por ejemplo, al "consumo mimético" como mecanismo de control subjetivo y social a partir del cual se identifica al sujeto con lo que tiene que consumir, el decir, se crea un modelo subjetivo que se adecua al objeto y no un objeto que responda a las necesidades de las personas. Los rasgos de "biologicismo" "a-historicidad" y "a-socialidad" que vimos caracterizan el MMH conducen a formas de naturalización y homogeneización de las enfermedades. No es la persona la que enferma sino una 'enfermedad x' la que se apodera de la persona, un estado patológico de tipo universal y cuyo tratamiento y curación han de ser también universales: se da así una estandarización de los tratamientos medicamentosos lo cuales, supuestamente, operan con la misma efectividad en todos los casos. De este modo, la subjetividad de objetiviza, el cuerpo se vuelve pasivo ante factores externos por los que padece y a los que debe adecuarse. Esta adecuación sin

más no es sino una dependencia, o dicho de otro modo, una "resignación" ya que a toda naturalización subyace un presente, un "aquí y ahora" que es un "siempre así". Esta especie de eternización supone formas de aceptación dócil que se traducen en inactividad.

En este punto es donde la progresiva "medicalización" de la vida adquiere toda su fuerza. Esta problemática ha sido y sigue siendo cuestionada respecto de las funciones del modelo biomédico (FREIDSON, 1978; MIJTAVILA, 1998; FITTE 2005; YOUNG, 2005; MARTIN, 2006; LAVIGNE, 2011) en tanto se encuentra totalmente ligada al avance y crecimiento de la industria farmacéutica y el enorme mercado internacional que gira en torno a ella, induciendo al consumismo médico. Esta medicalización progresiva (que acarrea una mercantilización creciente, y viceversa) no sería posible sin que el modelo biomédico se identificara con la racionalidad científica como criterio manifiesto de NO legitimación y exclusión de otros modelos y prácticas y con la consolidación de nociones, sentidos y creencias que conforman el imaginario social: tal como el "factor de riesgo" que imprime un sentido de la urgencia basada en el miedo y sensación de amenaza <sup>4</sup>(SINGER, 1981; MIJTAVILA 1998; BREIHL 2011; AYRES 1997). A su vez, este

<sup>4</sup>Basándose principalmente en Giddens, Myriam Mijtavila, (1999) afirma que "...el efecto del riesgo posee una presencia prominente" ya que "instituye significados y formas de enunciación que involucran el conocimiento y la gestión de amenazas o peligros para cuestiones diferentes entre sí como el cuidado de la salud, la preservación de la naturaleza o el control de las conductas sociales desviadas". La autora recalca que el discurso basado en el riesgo es predominante desde los '90 y constituye una respuesta versátil y productiva a las incertidumbres que presenta la vida social contemporánea, acentuando la actitud de cálculo de las acciones tanto individuales como colectivas.

mecanismo se apoya en la relación asimétrica y jerárquica médico/paciente en la cual el médico -poseedor del saber legitimado- se encuentra por encima del paciente quien posee, 'solamente', un saber vivencial sobre su dolencia. Esta no es sino una "relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión" – es decir, una relación de poder- ya que el "paciente es tratado como ignorante" y lo cual, en definitiva conduce a "una participación subordinada y pasiva de los "consumidores" en las acciones de salud" (MENÉNDEZ S/F: 109, FREIDSON, 1978). Se da así una desigual distribución de saberes que conducen al sometimiento como forma de colonización corporal, una suerte de alienación: la delegación al saber médico como "forma de olvido", de pérdida de conciencia (corporal). La autoridad médica (que muchas veces es autoritarismo) se inicia en un no-saber y se fundamenta en el miedo a lo desconocido, a la enfermedad, a la muerte y en un aislamiento (desolador) respecto de las múltiples configuraciones de quienes somos. La persona "pierde" su cuerpo en tanto pierde su capacidad de simbolizarlo, auto-percibirlo y referirse a si mismo, quedando sujeto al saber externo de otros. "Esta forma de olvido estructurada socialmente bajo al forma de "desencuentro" pone en evidencia que el enunciar, el hablar, requiere de un entramado social en que las palabras enunciadas se transforman en significativas para otros y que conformen progresivamente parte de un capital emocional compartido" (EPELE, 2005: 5)

También aquí, la misma idea de un "paciente" en relación a un médico es casi literal. Dice Scribano que "El otro y la subjetividad denegada se vuelven objeto de las metáforas médicas. El ciudadano es paciente, obediente, se ha

medicalizado la vida, sus gustos y expectativas. (...) La espera como actividad cívica se "cruza" con la paciencia en tanto virtud política. En las democracias neo-coloniales los bienaventurados son los que aprendieron a esperar como plataforma del ejercicio de la paciencia." De esta manera, el esperar -y el hacerlo con paciencia- como uno de los mecanismos de "soportabilidad social" posee diversas aristas. Por un lado "La espera contiene en tanto práctica un conjunto de disposiciones, entre las cuales se destacan: el manejo de la ansiedad, la postura de adecuación burocrática y el estar entre paréntesis. En el tiempo que los agentes transcurren en espera hacen suyo la capacidad de manejar ansiedades, de gestionar la presión y la impresión del estar ahí pero sin conseguir lo que se fue a buscar. (...) La costumbre es esperar. Unas veces menos otras más. Si los sujetos no están dispuestos a perseverar, sino están preparados a permanecer, están condenados a no cumplir sus metas. No serán atendidos. No serán escuchados. Para ser efectivos los habitantes del mundo del no tienen que volver y repetir, regresar e insistir." (SCRIBANO, 2010: 181-2)

Tales nociones y creencias instituidas, tal aceptación de la espera, no sólo se vinculan a la medicalización de la vida y mercantilización de la salud sino también encuentran su fundamento en la "eficacia pragmática" que caracteriza la biomedicina en relación a otros modelos medicinales. Es decir, desde sus orígenes la medicina científica ha demostrado operar de manera rápida y eficaz en el control de enfermedades. Este rasgo eficientista, que sin duda es una de sus virtudes, no hace sino acentuar su "posición monopólica", su proceso de expansión y "colonización de la vida social" (MIJTAVILA, 1998:3). Sin embargo tal eficacia responde básicamente a la eliminación u

ocultamiento del o los síntomas y no en la restitución de la integridad de la salud del sujeto.<sup>5</sup>

Por otra parte, desde su institución como forma de saber (fines siglo XVIII y principios del XIX, en Europa y mediados del XIX en países americanos) la ciencia médica acarrea la concepción de enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, en definitiva: "anormalidad", lo cual trae aparejado una problemática social mayor aún ¿quiénes son los a-normales y por qué? Sobre estos temas hay extensa bibliografía, especialmente a partir de las teorías feministas e investigaciones de género, que postulan la estigmatización corporal tanto la mujer y como de lesbianas-gays-bi-trans, etc quienes estarían "fuera de la norma", es decir, desviados y por ello, enfermos. "La ciencia se presenta como neutral y objetiva, apelándose a ella como un tribunal supremo...inspiradora del canon normal/patológico y rectora de las conductas moralizantes que emulan los dictados de la vida" (BARRANCOS, 2004:9) En esta misma línea, Alicia Viaggione (2009:119) afirma que actualmente un cuerpo enfermo es aquel que entra en fricción con el ideal de cuerpo perfecto que circula hegemoníamente, esto es, un cuerpo "sin grietas ni fallas", y agregamos, un cuerpo homogéneo, estándar, adecuado, un *cuerpo máquina*. De esta forma, el "paciente" ha aprendido que su ansiedad, relacionada con el miedo a su desvío, a su falla, a su dolencia patológica son gestionados y -únicamente- resueltos por *ese* otro. Nuevamente la "resignación": es preferible esperar antes de sufrir un mal mayor. La idea del capitalismo como

<sup>5</sup>En uno de sus escritos, Menéndez (2005a) analiza cómo la eficacia pragmática de la biomedicina se fue constituyendo en relación al avance de la industrialización como un instrumento para la rápida reincorporación de los obreros a sus puestos de trabajos.

religión neocolonial lleva consigo el supuesto de aceptación sumisa a la autoridad, una autoridad que en este caso encarna en los médicos como representantes en la tierra de los preceptos científicos, pero también de los laboratorios en tanto una industria medicamentosa que crea, distribuye y vende formas de "bienestar" y también "normalidad". Entonces, el aspecto espeluznante se vislumbra cuando indagamos -e identificamos- quiénes están detrás de la "salud", qué empresas-monopolios operan como garantes de una "buena vida, normal y saludable" y cuyas construcciones simbólicas y materiales en torno a la corporalidad determinan las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales. En su impronta tremendamente mercantil vemos como "capitalismo global" es, como decíamos, una maquinaria de depredación de energías sociales y corporales (en tanto bienes comunes que nos pone en contacto con lo real y con los otros) que se filtra por los recovecos más recónditos y con disfraces obscenos, como el de la salvación.

### Notas finales

A modo de primer diagnóstico de situación hemos propuesto un cruce entre la perspectiva de cuerpos y emociones y los nodos centrales del "modelo médico hegemónico" pensados en y desde América Latina. Coincidiendo con Vaggione (2009: 121) uno de los argumentos que se desprende es que, contrariamente a lo impuesto desde la biomedicina, la enfermedad no puede ser concebida como "un concepto fijo, nuclear, dado de antemano, sino como un proceso complejo de mediaciones en el que se articulan diversas instancias tales como temores, negaciones y conjuros". Esto nos lleva a una comprensión de la salud/enfermedad que no sólo toma en cuenta los aspectos

piscoafectivos, emocionales sino también los condicionamientos sociales, no sólo porque el sujeto es en si mismo un ser constitutivamente social sino porque el MMH se configura como una institución, aparato de funciones sociales específicas y con un rol privilegiado en relación a las dinámicas de control y regulación de los cuerpos, conformando nuevas formas de dominación neocolonial.

Adrián Scribano (2009b, 2012) propone que la dominación neocolonial se basa la configuración de una maquinaria de depredación de los bienes comunes a escala planetaria; la producción y administración global-local de los ya mencionados "dispositivos de regulación de las sensaciones" y "mecanismos de soportabilidad social" y la superproducción y expansión de un gran "aparato militar-represivo" que funciona a nivel internacional imponiendo formas de control sistemáticas e interconectadas incluso entre los lugares más recónditos y distales. Todo esto es posible por las características del neocapitalismo, es decir, una forma de dominación del capital a escala global.

En definitiva, es posible argüir que el MMH es funcional y funcionario del "aparato represivo internacional" ya que opera a partir de la imposición de un conjunto de sensibilidades (como miedo, dolor, amenaza) implementados a partir de una "economía política de la moral" como es el capitalismo global. A partir de ésta, las prácticas capitalistas se vuelven enunciados científicos que nos dictan cómo debemos comportarnos en términos generales, que debemos consumir (teniendo como ejes centrales la medicalización de la vida y mercantilización de la salud), lo cual nos vuelve pasivos respecto nuestros propios cuerpos ante la (sutil) imposición de a quiénes y a dónde debemos recurrir y qué debemos

consumir para sanar.<sup>6</sup> Así el capitalismo vuelve "principios morales" incuestionables los resultados de sus propias prácticas por eso se trata, a decir de Scribano, de una "religión neocolonial"; pues a pesar de las críticas realizadas desde distintas perspectivas teóricas, a nivel de los conjuntos sociales la fuerza de la ceguera (en tanto fe ciega) sigue siendo imperante.

Más allá del panorama -un tanto desolador- que se despliega en este breve diagnóstico y aunque los "mecanismos de control y regulación de las sensaciones" tengan como uno de sus objetivos primordiales la total evitación del conflicto, la apariencia de una realidad homogénea imposible de alterar; seguimos sosteniendo que la problemática de la salud/enfermedad no puede ser entendida como una obviedad natural, universal y siempre así, igual a sí misma, sino como construcción que se da a través de los discursos y las prácticas biomédicas pero también desde las prácticas de los grupos-conjuntos sociales que las legitiman desde un lugar de subordinación.

De esta manera, y tratando de vislumbrar un mínimo de esperanza, si hablamos de interacción y construcción de los cuerpos, las emociones y las sensibilidades sociales, debemos admitir la existencia de un campo de fuerzas donde confluyen sentidos y creencias instituidos pero que no está totalmente cerrado como sistema sino que presenta cierta apertura y conflictividad que posibilita grados de autonomía susceptibles de dar lugar a la emergencia de "prácticas intersticiales", es decir, aquellas prácticas que surgen en las grietas, fisuras de lo hegemónico abriendo a la posibilidad de alterar —en

la medida de lo posible- lo instituido. Indagar sobre las mismas, sus formas, aspectos e implicancias sería el próximo paso de esta labor, dejamos pues la puerta abierta para continuar...

### Bibliografía

AYRES, R. *Sobre o Risco. Ara compreender a epidemiologia*. Sao Pablo: Hucitec, 1997.

BARRANCOS, Dora. La construcción del otro asimétrico. *Revista argentina de Sociología*, Año 2, n° 2, p.7-26, 2004.

BREILH, Jaime. *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. México: Univ. Autónoma Metropolitana de Xochimilco y Asociación Latinoamericana de Medicina social, 2011.

DREYFUS, Hubert y RAINBOW Paul. *Más allá del estructuralismo y la Hermenéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.

EPELE, María. *Sobre la fragmentación de identidades: olvido, drogas y derechos humanos*. Conferencia; Seminario Regional de Salud, Sexualidad y Diversidad en América Latina; Lima, Perú. 2005 Link: <http://www.ciudadaniasexual.org/Reunion/M4%20Epele.pdf>

GOOD, Bayron. "The heart of what's the matter: the semantic of illness in Iran". *Culture, medicine and psychiatry*. Año 1, n°1, pp. 25-58, 1977.

FITTE, Ana Leticia. "Críticas antropológicas acerca de la medicalización de la menopausia" *XI Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Posadas. [www.academica.com/000-080/23](http://www.academica.com/000-080/23),

<sup>6</sup>Esto se observa, por ejemplo, en las campañas globales de vacunación masiva, las cuales no solo se auto-legitiman mediante una lógica del terro generalizado sino que cada vez más los gobiernos imponen la aplicación de vacunas de forma obligatoria para todos los ciudadanos.

2008.

FREIDSON, E. *La profesión médica*. Barcelona: Península, 1978.

FOUCAULT, Michel. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educación médica y salud*. Año 2, Nº10, pp. 152-16, 1976.

FOUCAULT, Michel. "Historia de la medicalización" *Educación Médica y Salud*, Año 1, Nº 11 pp. 3-24), 1977.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI, 1991.

LE BRETON, David. *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.

LUNA ZAMORA, Luis Rogelio. "La sociología de las emociones como campo disciplinario. Interacciones y estructuras sociales" en *Sensibilidades en juego. Miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones*. Scribano-Lisdero (Comp.) pp.15-38- Córdoba, 2010.

MACHADO ARÁOZ, Horacio. "Colonia, ciencia y religión en el siglo XXI" en *Teorías Sociales del Sur: una mirada Post independentista*. Estudios sociológicos editora, Univesitas. pp. 11-38, 2012.

MARTIN, Emily. *The Women in the Body*. New York: Bacon Press, 2006.

MENÉNDEZ, Eduardo. "Modelo Médico Hegemónico y atención primaria". *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*. 30 de abril al 7 de mayo, Buenos Aires. p. 451-64, 1988.

MENÉNDEZ, Eduardo. "Algunos comentarios sobre la práctica médica en relación con la atención primaria de la salud" en *Revista Salud y Sociedad*,

Año5, nº16, 1988<sup>a</sup>.

MENÉNDEZ, Eduardo. "Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos" en *Revista de Antropología Social* Año1, Nº14, pp.33-69, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo. "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores" en *Revista Salud Colectiva*, Vol1 Nº1, pp. 9-32, La Plata, 2005.

MENÉNDEZ, Eduardo. *Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible*. p.103-122, s/f

MIJTAVILA, Myriam. *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo Nº 33. Uruguay: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República., 1998

MIJTAVILA, Myriam."El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad" en *Revista de Ciencias Sociales*, Año 12, Nº 15, Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología, 1993. Link:<http://www.fcs.edu.uy/archivos/EI%20riesgo%20y%20las%20dimensiones%20institucionales%20de%20la%20modernidad.pdf>

LAVIGNE, Luciana. "El poder de las representaciones. Cuerpos, sexualidades y género en las prácticas médicas" en *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Coord. Citro, Silvia. Buenos Aires: Biblos, 2011.

PAPONI, Susana "El cuerpo impregnado de historia" en *La Comunicación como riesgo: cuerpo y subjetividad*. Ed. Vanina Papalini. pp.105-140. La Plata: Ediciones Al Margen, 2006

RIVAS, LF. *La situación colonial*: CEDAL, 1971

SCHEPER-HUGUES, Nancy y LOCK, Margaret. "Mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology" en *Medical Anthropology quarterly, New Series*. (Vol 1, N° 1, pp. 6-41) Wiley-Blackwell, 1987.

SCRIBANO, Adrián. *Policromía Corporal. Cuerpos, Grafías y Sociedad*. (Comp.) CEA; CONICET Universidad Nacional de Cordoba. Universidad de Guadalajara: Universitas, 2007

SCRIBANO, Adrián. "Introducción" en *De Insomnios y Vigilias en el Espacio Urbano Cordobés Lectura sobre Ciudad de Mis sueños*. pp. 9-27. 2009a. Link: [www.accioncolectiva.com.ar](http://www.accioncolectiva.com.ar)

SCRIBANO, Adrián. "Capitalismo, cuerpo, sensaciones y conocimiento: desafíos de una Latinoamérica interrogada", en *Sociedad, cultura y cambio en América Latina*. p. 89-110., Mejía Navarrete (ed) Lima: Universidad Ricardo Palma, 2009b

SCRIBANO, Adrián. "Las sensibilidades prohibidas: el epílogo de un libro sobre la transformación social" en *Sensibilidades en juego. Miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones*. pp.246-257. Scribano-Lisdero (Comp.): Córdoba: CEA-CONICET, 2010

SCRIBANO, Adrián. "Vigotsky, Bhaskar y Thom: Huellas para la comprensión (y fundamentación) de las Unidades de Experienciación", en *Revista RELMIS Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. Año 1, N°1, pp. 21-35 Argentina, 2011.

SIBILA, Paula. *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Argentina: Fondo de Cultura Económica, 2009

SIBILA, Paula. *Teorías Sociales del Sur: una mirada Post independentista*. Argentina: Univesitas, 2012

SINGER, P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

VAGGIONE, Alicia. "Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia" en *Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s) Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica*. pp. 119-130 Figari-Scribano (Comps.). Buenos Aires: CICCUS, 2009

YOUNG, Iris Marion. *On female body experience. Throwing like a girl and other essays*. Oxford: University Press, 2005.

**Abstract:** This work attempts to reflect on the problem of corporality and subjectivity in relation to the model "hegemonic medical model" (or biomedical model). We will illuminate this matter taking the "bodies, emotions and social sensibilities in and from Latin America Latina" point of view as guidance. In this way, this paper uses the theoretical contributions of a sociology of body and emotions proposed by the Collective Action and Social Conflict Programme, led by Adrián Scribano and formed by a multidisciplinary team of researchers and teachers from different points of Argentina, taking its geographical center in the city of Cordoba and institutional affiliation in CEA-CONICET Executing Unit. (See <http://accioncolectiva.com.ar>) We are aware that this is an already visited subject, despite of this, we suggest an approach from this specific theoretical perspective, with the intention to contribute to the general reflection on this arena. In this sense, we aim to rethink how hegemonic notions and practices that stand for the biomedical model influence on the configuration and the –material and symbolic– constitution of embodiment and thus, of sociality. **Keywords:** biomedical model, corporality, subjectivity, dualism,

neocolonialism, Latin America

**Resumen:** Este trabajo propone reflexionar sobre la problemática de la corporalidad y subjetividad en relación al "modelo médico hegemónico" (o modelo biomédico), haciendo un abordaje desde la perspectiva de "cuerpos, emociones y sensibilidades sociales en y desde América Latina". De esta manera, nos valdremos de los aportes teóricos de una sociología del cuerpo y las emociones propuestas por el el "Programa de Acción Colectiva y Conflicto Social", dirigido por Adrián Scribano y el cual está conformado por un equipo multidisciplinario de investigadores y docentes de diversos puntos de Argentina, teniendo su centro geográfico en la ciudad de Córdoba y su filiación institucional en la Unidad Ejecutora CEA-CONICET. (Ver: <http://accioncolectiva.com.ar>) Se trata de una temática, sin duda, ya visitada; más nos animamos a proponer un acercamiento desde esta línea teórica específica con la aspiración de aportar un punto de vista a la reflexión. En este sentido, buscamos repensar cómo las nociones y prácticas hegemónicas que se erigen desde el modelo biomédico influyen en la configuración y constitución -material y simbólica- de formas de corporalidad y con ello, de socialidad. **Palabras clave:** modelo biomédico, corporalidad, subjetividad, dualismo, neocolonialismo, Latinoamérica

