

**Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un
fenómeno en expansión**

Adrián Cannellotto - Erwin Luchtenberg (coordinadores)

2008

“Si la metáfora organológica está en el centro de la tradidística política, la enfermedad está en el centro de la metáfora. Es cierto que el punto de cruce entre saber político y saber médico está constituido por el problema en común de la conservación del cuerpo. Pero es desde la perspectiva abierta por la enfermedad que esta conservación adquiere una importancia central”.

Roberto Esposito, *Immunitas. Protección y negación de la vida*

Los textos que se recogen en este libro son el resultado de un proyecto de investigación que de manera conjunta realizaron el Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR) y la Universidad Nacional de General San Martín a través del Programa Mundos Contemporáneos.

Este proyecto surge con la finalidad de realizar aportes a los estudios sobre medicalización de las sociedades, los que cuentan ya con una importante tradición. Estudios que, por otra parte, se pueden incluir en el campo más amplio de la biopolítica. Con ello, hemos intentado brindar una perspectiva en la cual inscribir buena parte de los fenómenos que el Observatorio Argentino de Drogas viene identificando, a través de sus estudios nacionales y jurisdiccionales.

La medicalización, como señala Peter Conrad, puede describirse básicamente como un proceso múltiple y variado, por el cual “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes”. Para algunos, incluso, la rápida expansión de la medicalización puede ser considerada como una de las transformaciones centrales ocurridas en la última mitad del siglo pasado.¹

De manera que, la medicalización como tal, acusa su propio devenir histórico. Ella ha variado conceptualmente, y lo ha hecho también en lo que atañe a las particularidades de las políticas y de los actores que la hacen efectiva. Se ha expandido, incorporando nuevos

¹ CONRAD, P.: *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. JHU Press, 2007.

problemas dentro de su accionar y creando nuevos mercados para el consumo (generados a partir de un mayor alcance de las estrategias comerciales de las industrias farmacéuticas y biotecnológicas). Todo ello se traduce en impactos significativos sobre los sujetos y las comunidades, sobre la medicina y los pacientes, sobre la cultura y las sociedades.

Se trata, por lo tanto, de un proceso que acompaña el desarrollo científico y tecnológico, así como los cambios ocurridos en las condiciones laborales, productivas, culturales y sociales durante las últimas décadas. Un proceso, además, en el que la fragmentación y la exclusión social se reflejan bajo la forma de una falta de acceso a la salud.

En este sentido, los artículos de Graciela Natella y de Graciela Laplacette y Liliana Vignau, con los que se inicia esta publicación, presentan algunos de los debates más significativos sobre la cuestión, a partir de un enfoque general de la problemática de la medicalización de las sociedades.

El primer artículo, si bien se sitúa en el campo de la salud mental, remite al problema de la medicalización caracterizándolo como un fenómeno que se basa en la “desactivación de las potencias individuales y colectivas”, cuyo eje reside en la reducción de la complejidad de los procesos vitales a “cuestiones de orden médica o psicológica”. Asumir esta posición le permite a la autora describir la expansión de la medicalización como aquello que va “desde la construcción de nuevas enfermedades hasta alcanzar los procesos comunes de la vida”.

Una expansión que se manifiesta en la “acreditación de nuevas categorías diagnósticas” (como puede verse en el caso del DSM, por ejemplo) y en el incremento de la “prescripción y el consumo de psicofármacos”, en sociedades de consumo que promueven constantemente la adquisición de todo tipo de bienes prometiendo, según el caso, la “felicidad”, el “bienestar” o la mera supervivencia. Como estrategia de este despliegue, la medicalización opera aumentando los niveles de dependencia y desarticulando, como contraparte, el avance de aquellas visiones que promueven el acceso generalizado al derecho a la salud.

El segundo texto, a cargo de Laplacette y Vignau, complementa el planteo anterior haciendo foco en los mecanismos de control social que operan a través del proceso de medicalización, con su consiguiente efecto de normalización y sanción de determinadas

prácticas. La tensión entre el paradigma biomédico (en crisis, por lo menos, desde mediados del siglo XX) y el paradigma de la salud colectiva, le sirve a las autoras para describir conceptualmente la disposición de un “campo para la extensión de las prácticas médicas a la vida cotidiana de los conjuntos sociales”. Un campo que se origina en la “intersección” entre la dificultad para responder a ciertas “expresiones estructurales del proceso salud/enfermedad/atención” y las lógicas de reproducción del sistema capitalista (poniendo en juego a las industrias farmacéuticas y biotecnológicas con la población, los medios de comunicación, el Estado, los equipos de salud y los médicos en general).

Ahora bien, las limitaciones del paradigma médico-biológico tienen su expresión tanto en los modelos de atención de la salud como en los que se aplican al consumo de sustancias psicoactivas. En ambos casos, la hegemonía de la matriz médica queda desenmascarada a partir de una estrategia que consiste en: “a) expansión de la jurisdicción de la medicina; b) implantación del lenguaje tecnológico-científico de la medicina solapando al orden moral; c) profesionalización de problemas humanos con asignación de profesionales expertos para tratarlos; d) despolitización del problema; e) individualización de las dificultades humanas y minimización de su naturaleza social”. A partir de este análisis, se restituye a la enfermedad su condición de “construcción social” y se interroga sobre la vinculación entre “enfermedad y anormalidad”. Por ambas vías, la problemática de la medicalización manifiesta su carácter esencialmente político.

A este marco general lo completan dos artículos que abordan, desde el trabajo de campo, casos particulares del proceso de medicalización.

El primero corresponde a la labor que María Epele ha realizado con redes sociales en el sur del Gran Buenos Aires. En él se indaga sobre las consecuencias de la articulación existente entre la medicalización y la criminalización del consumo de drogas en poblaciones marginadas, así como su impacto en términos de “vulnerabilidad de la salud”, es decir, en el modo en que se afecta el derecho a la salud y se multiplican las “barreras de acceso al sistema de salud”.

En esas zonas marcadas por el desamparo social y la pobreza, producto de las políticas neoliberales aplicadas particularmente durante los años noventa, la autora describe cómo el “dispositivo judicial-policial-sanitario” converge con las lógicas de “opresión político-económicas” para generar nuevas barreras, obstáculos y desigualdades que ponen

en juego el acceso a la salud. Es allí donde la conjunción de enfermedad y delito reproduce y profundiza las situaciones de partida. Mala calidad de las sustancias consumidas, represión y persecución, inserción en economías ilegales o marginales, pertenencia a comunidades que presentan altos índices de violencia y mayor exposición a las enfermedades, entre otras razones, forman parte de un círculo vicioso que se complementa con “las sospechas, temores, desconfianza y amenazas vinculadas” hacia aquellas instituciones judiciales, policiales y sanitarias, como “resultado de reiteradas experiencias de discriminación, estigmatización y maltrato”.

La práctica de administración de psicofármacos a niños con problemas de conducta y/o de aprendizaje es el objeto de análisis de Beatriz Janin. Al indagar sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, de aplicación, en el caso argentino, particularmente en niños de clase media y alta (a diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos, por ejemplo, donde se considera una mayor propensión a estos cuadros en niños procedentes de extractos sociales más desfavorecidos, como los afrodescendientes y latinos), la autora recorre en este artículo un caso de medicalización que interpela la noción misma de infancia.

El avance de la medicalización sobre la niñez ha hecho que ésta “pierda su carácter preparatorio, de despliegue lúdico”. Al contrario, “la violencia en la patologización” la convierte en una instancia de prueba, de comparación y ajuste respecto a un supuesto modelo universal. Quienes presentan otros tiempos para aprender, así como otros intereses, aparecen signados por el fantasma de la exclusión y el fracaso (escolar, social, económico). Es un proceso que, a partir de la estigmatización, potencia las dificultades para tomar conciencia de las potencialidades del sujeto y de las estrategias para un desarrollo más completo de las mismas.

“¿Qué implica medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo que se escribe en el pizarrón o estar distraído? ¿Qué le transmitimos cuando le planteamos que toma una pastilla para quedarse quieto, atender al docente, hacer tareas que no le gustan?” Estas preguntas disparan una serie de reflexiones en torno a dos hipótesis: la biológica y la psicosocial. La tensión entre ambas permite describir, por una parte, las consecuencias del predominio del modelo biológico-genético-médico, donde la medicación aparece como la solución a un déficit orgánico, portado desde el nacimiento. Reducción que opera como

obturador de toda relación (e interrogación) sobre el contexto, las condiciones socio-culturales y la historia personal, familiar y social de los niños.

Por otra parte, esta tensión es también una vía para entender cómo determinados sentidos y modos de comprensión de un problema quedan relegados a un plano secundario. Dicho de otra manera, cómo la expansión diagnóstica habilita el pasaje de una “descripción de síntomas a determinar una patología”. En todos los casos, lo que se registra es una reducción de la “complejidad de la vida psíquica infantil”, señala Janin, donde el “conflicto”, un elemento creador y fundante, queda descalificado en la expresión de un mero “déficit neurológico”. Un déficit que se convierte, además, en una “operación desubjetivante”, donde el “niño queda anulado como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa”.

Dejamos para el final dos textos que se plantean el objetivo de matizar el proceso de medicalización, insertándolo dentro del desarrollo de las políticas e instituciones sanitarias en la Argentina. El primero de ellos registra el desarrollo de las instituciones sanitarias entre finales del siglo XIX y mediados del XX y, con ellas, las vinculaciones entre la expansión de los dispositivos sanitarios y los requerimientos de un mayor control social. El segundo, en cambio, se centra en las políticas implementadas durante los años noventa.

Ambos, a cargo de Karina Ramacciotti, se centran en las prácticas concretas con las que se ha ido constituyendo el proceso de medicalización a nivel nacional. Prácticas que, en cuanto tales, muchas veces confirman, pero otras tantas muestran ciertas limitaciones e incluso diluyen la efectividad de los dispositivos de control social del modelo médico hegemónico. Los hemos elegido para cerrar esta publicación con la intención de evitar lecturas excesivamente lineales que nos hagan perder la posibilidad de captar la complejidad y los matices implícitos en la medicalización.

Adrián Cannellotto - Erwin Luchtenberg (coordinadores)

La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental

Graciela Natella

Introducción

La medicalización de la sociedad contemporánea se ha expandido como un proceso ilimitado que impide toda previsión de sus alcances y desarrollos, definiendo como médicos a problemas que pueden no ser de esta índole o que, aun siéndolos, no justificarían la intervención desmedida y exclusiva del sector.

En sus distintas versiones, esta expansión va desde la construcción de nuevas enfermedades hasta alcanzar los procesos comunes de la vida, fenómeno conocido como medicalización de la vida cotidiana.

Este incremento y despliegue, así como sus implicancias y consecuencias, lo transforman en un fenómeno cultural (Lene Otto, 2003), moldeado por determinantes histórico-sociales, políticos y económicos.

Entendido como un proceso de acción colectiva, es de todas formas instrumento principal de intereses comerciales y de mercado, siendo mayormente conducido por la industria farmacéutica y biotecnológica, las corporaciones de seguro médico, los medios de comunicación masiva y las corporaciones profesionales, en interacción con el colectivo social y los consumidores (Conrad, 2007; Meneau, 2005).

Si bien estos actores sociales son motores clave de la medicalización, el presente material intenta reflexionar sobre algunos aspectos de la intervención de la medicina y el sector profesional especializado en salud mental como intermediario o productor de este incremento, resaltando la sobre-intervención no sólo como exceso, sino como obturación de otras áreas y sectores sociales.

Los avances científicos y tecnológicos de la medicina, al tiempo que redituaron impensados beneficios, se han constituido en saberes hegemónicos que, consolidados como modelos de atención de la salud, concentran y dirigen la totalidad de las respuestas sanitarias.

La medicina actual, enclavada en una economía de mercado, se hace parte de una industria de la salud y la enfermedad basada en el lucro y no en el derecho a la salud, que coadyuva en la producción de nuevos ideales del cuerpo y del comportamiento asociados a la belleza y juventud, al éxito, la eficiencia y autosuficiencia, valores de proactividad que llegan hasta la ilusión de la inmortalidad.

La medicalización es funcional a dicho proceso y a la vez lo recrea, a través de discursos y “recetas” médicas que sostienen estos ideales de identidad y se transforman en rectores de la vida de las personas, condicionando su existencia y construyendo “consumidores”.

La tensión emergente a este control se articula con los fenómenos de hiperconsumo (de sustancias lícitas e ilícitas, tecnología, salud, objetos, terapias rápidas, etcétera), en un intento a veces desesperado de amortiguar las exigencias y dolores existenciales, también vinculados a la búsqueda o fracaso de adaptación e integración en las sociedades actuales (Solal, 1994), en las que el riesgo de exclusión representa una amenaza constante.

Estas reflexiones permiten interpretar la medicalización como un fenómeno de desactivación de las potencias individuales y colectivas, toda vez que estandariza los ideales y neutraliza las diferencias y particularidades del sujeto, al igual que invalida sus capacidades y recursos de salud y su potencialidad creadora con base en el conflicto y sufrimiento existencial. Proceso que reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico o psicológico, centralizando en la persona la causa y tratamiento del malestar, desestimando los determinantes sociales de la salud mental y la intervención política y comunitaria sobre los mismos.²

La medicalización se sustenta en circuitos de dependencia y no en una cultura de derechos ciudadanos. Es fundamental su abordaje, entonces, en tanto se homogeniza a todos los sectores comunitarios a través de la producción de sujetos sometidos al control por medio de diferentes formas de encierro.

² Factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo, relacionados con características sociales económicas y ambientales más allá del control de los individuos. Ejemplos: clase social, género, etnicidad, acceso a educación, calidad de vivienda, presencia de relaciones de apoyo, nivel de participación social y cívica, disponibilidad de trabajo, etcétera (OMS, 2004a: 20). Las personas más aisladas socialmente y en desventaja socioeconómica tienen mayores problemas de salud mental que las otras (House, Landis y Umberson, 1988). La pobreza puede considerarse un determinante importante de los trastornos mentales y viceversa (OMS, 2004a, 2008).

Desde el encierro disciplinar de las instituciones totales para personas definidas como “peligrosas” o “disfuncionales” (locos, adictos, delincuentes, discapacitados, ancianos) hasta los nuevos encierros extramuros, ya sea en la exclusión de la pobreza, ya sea en el encierro que imponen los imperativos del *upgrade*³ (Sibilia, 2005), expresados en requerimientos de éxito, pertenencia, disponibilidad e hiperconsumo. El campo de la salud mental repite esta configuración con el agravante del estigma y confinamiento que pesa sobre las enfermedades mentales (Leifer, 2001).

Las nuevas formas de medicalización se desarrollan sobre todo a expensas de la acreditación de nuevas categorías diagnósticas (Mayes y Horwitz, 2005) y del incremento de la prescripción y consumo de psicofármacos.

Algunos autores puntualizan la incidencia de las neurociencias (Sedronar, 2007) como parte de estos desarrollos y de las “terapias rápidas” que, aunque en menor medida, pueden colaborar en la reproducción de una lógica de supresión sintomática más vinculada a los fármacos que a la búsqueda de sentido e identidad.

El abuso de alcohol y drogas ilícitas es parte de los ya mencionados fenómenos de hiperconsumo actual pero, además, se articulan con la medicalización toda vez que son psiquiatrizados o psicologizados y privados de su origen y respuesta social.

Junto a estas formas actuales, coexiste la clásica medicalización de la locura aún “tratada” y excluida en el encierro manicomial, base y fuerte precedente de enfoques reduccionistas del sufrimiento mental.

Este encierro institucional, sin embargo, no se circunscribe a la enfermedad mental. Se ejerce también sobre personas en situación de gran complejidad biopsicosocial: jóvenes con causas penales, niños en situación de calle, adultos mayores sin apoyo psicosocial, personas con adicciones o en situación de pobreza, etcétera. Problemáticas que –al no contar con respuestas integrales– son derivadas a hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas para tratar adicciones, institutos de menores, asilos de ancianos y otras instituciones.

Si bien la pervivencia del sistema manicomial –así como las nuevas formas de medicalizar la salud mental– están mediadas por diversos factores e intereses, el objetivo de

³ Elevar de categoría, mejorar.

este escrito es pensar la correspondencia de las prácticas psiquiátricas y psicológicas en el proceso de medicalización.

Se estima que estas prácticas se sustentan en diferentes modelos de atención de la salud mental, pudiendo diferenciarse un modelo clínico, cuya perspectiva asistencial pareciera fortalecer el proceso de medicalización, y un modelo comunitario, cuya base en la atención primaria, la salud pública y los derechos sociales intenta cuestionar y resistir dicho proceso.

Estos enunciados se apoyan en una experiencia concreta de transformación de la atención en salud mental desarrollada en la Provincia de Río Negro, que así como otras experiencias nacionales e internacionales, se sostiene en un modelo comunitario de atención de la salud mental.

El objeto de presentarla aquí es ubicar una experiencia territorial basada en la inclusión social, con una continuidad de casi 25 años en el desarrollo de un cambio de prácticas, legislación y políticas de salud mental que, aun atravesada por múltiples avatares, fortalezas y debilidades, sustenta estas ideas como de realización posible.

Medicalización y medicina. Concepciones y articulaciones

A partir del siglo XVIII, en Europa, la medicina avanza científicamente y se expande hacia otros campos que van más allá de los enfermos y las enfermedades. Se introduce la autoridad médica como autoridad social y el hospital como aparato de medicalización colectiva. Este “despegue” médico-sanitario desemboca en la medicina del siglo XX fuera de su campo tradicional, rebasando su dominio propio y produciendo un fenómeno de medicalización indefinida. Es así que la existencia, la conducta, el comportamiento y el cuerpo, se incorporan en una red de medicalización cada vez más densa y amplia que, cuanto más funciona, menos se escapa a la medicina (Foucault, 1974).

La década del setenta acuñó uno de los cuerpos críticos más radicalizados sobre los sistemas de salud basados en la práctica médica y de otros profesionales, alertando sobre su monopolio curador que enmascara “las condiciones políticas que hacen insalubre la sociedad; y tiende a mistificar y expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y modelar su ambiente” (Illich, 1984: 16-17).

La falta de equidad en el acceso a la salud, la transformación de afectos y sentimientos existenciales en enfermedades, la dependencia de criterios y prácticas médicas que obstaculizan la autonomía personal, fueron denuncias que hoy cobran absoluta vigencia, agigantadas por el aumento de la tecnología y el intervencionismo médico en la vida cotidiana.

“La medicalización es la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas” (Kishore, en Márquez y Meneu, 2003: 47). Incluye gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer, la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.

Pensadores latinoamericanos han denunciado su entramado con intereses de sector y sistemas político-económicos, debido a sus funciones de control y normatización. Estas funciones operarían construyendo un sujeto pasivo, burocratizado, “paciente”, que reproduce criterios médicos más allá de su eficacia terapéutica, a partir de una relación de subordinación con la autoridad médica (Menéndez, 1983, 1984, 1990).

“Esta intromisión desmesurada de la tecnología médica pasa a considerar como enfermedad problemas de los más diversos (situaciones fisiológicas o problemas cuya determinación son, en último análisis, fundamentalmente de naturaleza económico-social) demandando, para su solución, procedimientos médicos, no importa que los resultados obtenidos constituyan meros paliativos o ellos mismos sirvan para la manutención del *statu quo*” (Barros, 2004: 52).

De relevancia internacional, es en los Estados Unidos un fenómeno prevalente, que ha aumentado el producto bruto destinado a salud de 4,5 por ciento en el año 1950 a 16 por ciento en 2006 y casi ha duplicado el número de médicos (Conrad, 2007).

Varios autores coinciden en que la clave de la medicalización es su definición, de tal forma que un problema de índole no médica se define como problema médico, es descrito en lenguaje médico y se entiende a través de la adopción de un marco médico, ya que según cómo se defina un problema cambiará el marco de referencia para intervenir sobre él (Engelhardt, 1995).

Si bien medicalizar significa literalmente transformar en médico un problema que no lo es, usualmente –en términos de enfermedad y desorden (Conrad, 1980)– también se

pueden medicalizar problemas médicos, esto es, enfermedades definidas (Conrad, 2007). Sin embargo, una entidad considerada como enfermedad no es *ipso facto* un problema médico y, para definirlo como tal, se requiere la interacción de agentes sociales activos.

Pese a que muchos críticos asumían que los médicos eran la clave para entender la medicalización (Illich, 1984), se hizo claro que se trata de un proceso más complejo que anexar nuevos problemas por parte de los médicos y que depende de la interacción social.

En referencia al alcoholismo, la medicalización se produce a través del movimiento social de Alcohólicos Anónimos, que lo consigna como enfermedad antes que el sector médico, psiquiátrico y psicológico. El desinterés de este sector por dicha problemática se vinculaba posiblemente a los limitados éxitos en su abordaje, en relación a una institución no médica como Alcohólicos Anónimos, que resulta clave en su tratamiento (Menéndez, 1984). A pesar de ello y de que aún hoy los médicos se involucran marginalmente con esta temática, el discurso dominante sigue ponderando la práctica médica como la más idónea.

La categoría de enfermedad, sea promovida desde el sistema médico o desde movimientos de pacientes, es una llave para medicalizar. Se hace indispensable, entonces, reubicar la enfermedad como producto histórico y construcción social, evitando su apropiación y sectorización.

La medicina y sus producciones siguen siendo una pieza clave en este proceso. Y así lo traducen Márquez y Meneu (2003: 47-53) cuando hablan de los tres grandes modos que puede adoptar la medicalización:

“- redefiniendo la percepción de profesionales y legos sobre algunos procesos caracterizados como enfermedades incorporándolos a la mirada médica como entidades patológicas, abiertas a la intervención médica,

- marginando cualquier modo alternativo de resolver dolencias, tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto a la muerte,

- reclamando la eficacia de la medicina científica y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican”.

La medicina ha reproducido el ideal de su época, por lo que durante la construcción de la sociedad moderna fue un instrumento para asegurar la fuerza laboral produciendo individuos capaces de trabajar.

Las exigencias de la sociedad industrial y las técnicas e instituciones de disciplinamiento requeridas para mantener el alto rendimiento y producción, hicieron que la medicina comenzara a operar (bio)políticamente, dictaminando parámetros de normalidad en función de los que se administraban las vidas y los cuerpos, comenzando de esta forma la medicalización de la población como vehículo del disciplinamiento que imponía el progreso.

Pero, si bien la medicina continúa su relación con la economía (como parte de un sistema histórico, económico y de poder), en la actualidad este vínculo se destaca “porque puede producir directamente riqueza, en la medida que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (Foucault, 1976: 165).

El cambio de carácter de la medicina se ha caracterizado como un proceso de fetichización, con sutiles transformaciones tanto en el ámbito del conocimiento como en el de la práctica, expresadas en lo que ocurre con el cuerpo enfermo que pasa de ser un objeto de trabajo a ser una mercancía. Este proceso no es adjudicado a comportamientos individuales, sino a la invasión de las “concepciones ideológicas del capitalismo en los diversos ámbitos del quehacer social” (Testa, 1993: 52-53).

Es así que nuevas formas de medicalizar se dan a expensas de extender las fronteras de las enfermedades tratables y expandir los mercados para nuevos productos; “de esta forma, se puede obtener mucho dinero de la gente sana que cree que está enferma” (Moynihan, 2002: 886-891).

Las compañías farmacéuticas proponen dolencias y enfermedades y las promueven a los prescriptores y a los consumidores (Moynihan, 2002). Éstos, a su vez, asumen esta oferta y luego la transforman en demanda.

La biomedicina, por su parte, “se alejó de sus raíces históricas y compromisos éticos para aparecer como una empresa comercial, en que los pacientes son apenas insumos y materias primas del proceso de acumulación capitalista” (Martins, en Barros, 2004: 55). Esta medicina delimita en la actualidad un campo de saber ligado a un fabuloso desarrollo tecnológico, base actual del conocimiento científico. Sin embargo, no tendría como meta la verdad sino la comprensión de los fenómenos para ejercer el control y la previsión, propósitos meramente técnicos (Sibilia, 2005). Es por eso que la han definido como “una

tecnociencia de inspiración fáustica⁴ cuya meta consiste en superar la condición humana” (Martins, 2003), apropiándose ilimitadamente de la naturaleza tanto interior como exterior al cuerpo humano.

Los saberes científicos de la sociedad industrial, con ideales de garantizar y mejorar las condiciones de vida, retroalimentaban los dispositivos de poder de la época modelando cuerpos y subjetividades para encuadrarlos en su proyecto socio-histórico de productividad, a través de lentos procesos de disciplinamiento, educación y cultura. En la actualidad, los saberes tecnológicos asociados a la teleinformática reproducen un ritmo vertiginoso y global, virtual y digital, intentando un programa más radical de producción de sujetos, interviniendo directamente en los códigos genéticos o circuitos cerebrales (Sibilia, 2005). Las pruebas genéticas pueden “etiquetar” a las personas con riesgo de padecer trastornos, en tanto los tratamientos genéticos avanzan en medio de cuestionamientos éticos.

La nueva medicina colabora en concretar un sueño individualista y narcisista de autocreación. La expulsión de la vejez y la muerte son dos productos ofrecidos en el mercado, que moldea cuerpos y almas a gusto del consumidor (Sibilia, 2007).

De tal manera, se producen fórmulas para sobrepasar desde las barreras orgánicas de la genética hasta los estados de displacer naturales, para los cuales se reserva una intolerancia individual y colectiva.

La nueva medicina termina definiendo muchos de estos estados como enfermedades o trastornos desde su descripción sintomática, justificando su medicalización o farmacologización.

El impacto sufrido por la medicalización desde la revolución industrial abrió el campo para la más amplia mercantilización de la medicina y el acceso no ecuánime y universal a los servicios médico-asistenciales (Barros, 2004). La “venta de enfermedades y tratamientos” a quien pueda pagarlos, es parte de la flagrante desproporción entre el escaso acceso a la salud de un gran sector poblacional (80 a 90 por ciento) y el sobre-uso de servicios y fármacos de un grupo minoritario.

⁴ Alusión a *Fausto*, obra y personaje de Goethe que ambiciona la inmortalidad a cualquier costo.

Medicalización y falta de acceso a la salud, dos caras de un proceso global. El hiperconsumo y la exclusión

Algunos datos relativos al contexto social y la falta de acceso a servicios y prácticas de salud y salud mental en los países en desarrollo de la región de América (OMS, 2001, 2004a; Petras, 2002), incluida la población latina y migrante de los Estados Unidos, así como del resto del mundo, presentan una aparente paradoja frente a los procesos de creciente medicalización en curso.

Sin embargo, la interrelación entre ambas cuestiones, expresada entre otros ejemplos en la restricción a fármacos esenciales para grupos poblacionales con escasos recursos económicos, en tanto coexiste un uso banal, excesivo y abusivo de medicamentos –90 por ciento de la producción mundial de medicamentos es consumida por el 10 por ciento de la población (Barros, 2004)– parece ser consecuencia de una misma situación global.

La miseria de la población mundial se presenta como una característica estructural del capitalismo, en el que priman intereses económicos (articulados con el proceso salud/enfermedad/atención) por sobre propósitos sanitarios y de bienestar social.

La medicalización de la pobreza es otro ejemplo de esta articulación. Si bien los sectores carenciados y excluidos de los países pobres constituyen una población en gran parte desprovista de cuidados sanitarios, pueden ser medicalizados, toda vez que sus malestares de índole social evolucionan a problemas médico-psicológicos y sólo desde allí intentan resolverse.

El campo de la investigación está atravesado por problemáticas similares a las descritas. Como espejo de la sociedad actual, hasta el año 2002, de los 73 mil millones de dólares invertidos en el mundo anualmente para la investigación en salud, sólo un 10 por ciento se destinó al 90 por ciento de los problemas que mayor carga de enfermedad representaban, tales como neumonía, diarrea, tuberculosis y malaria, frecuentemente instalados en poblaciones con mayores índices de pobreza.

Es probable que los sectores y países dominantes continúen sosteniendo y construyendo nuevas formas de inequidad, a pesar de las intenciones de grupos y colectivos sociales que bregan por deconstruir estas asimetrías.

De hecho, se estima que en 1750, al inicio de la industrialización, la diferencia económica entre los países más ricos y más pobres era de cinco a uno, mientras que datos

del año 2000 revelan que la brecha se incrementó 390 veces y nada indica que esto cambie. La virulencia de los dispositivos de exclusión socioeconómica aumenta y el marketing se transforma en un poderoso instrumento de control social (Sibilia, 2005).

Expansión y extensión de la medicalización

Mientras la definición de la medicalización permanece constante, su incidencia y alcances –así como los intereses y sectores que la impulsan– se modifican de acuerdo a la época y sociedad en que se desarrollan.

Si bien existen diferencias sobre la influencia de los distintos actores como motores de medicalización, hay acuerdo en la expansión más que en la contracción de la jurisdicción médica. Sus alcances son múltiples y van desde colonizar un territorio virgen de significado médico, como la construcción de nuevas enfermedades (Double, 2004), pasando por registrar síntomas leves como serios, consignando dolencias ordinarias como problemas médicos (Moynihan, 2002), o asociándose a estándares de éxito social (atletas), hasta la sobreprescripción y la sobreintervención médica en enfermedades definidas.

Respondiendo a la misma lógica, se transforman los riesgos naturales del vivir en “factores de riesgo”, se desencadena un proceso de medicalización sobre los sistemas de prevención sanitaria (Lene Otto, 2003), se “educa” a los consumidores para recibir medicamentos “preventivos” o visualizar riesgos como enfermedades (osteoporosis) y se presentan los estimados del aumento de prevalencia de enfermedades (depresión) para maximizar los mercados (Moynihan, 2002).

Los problemas o particularidades del carácter como la timidez pueden ser consignados como fobias; los sentimientos como la tristeza llamados depresión (Horwitz, 2005) y el miedo como fobia o pánico. Los comportamientos antes llamados pecaminosos o criminales son trasladados desde la maldad a la enfermedad (Conrad, 1980). Una alteración circunscripta a una población definida, termina presentándose como de extraordinaria propagación, por ejemplo, la disfunción eréctil.

Finalmente, este fenómeno llega a su ápice al extenderse a los procesos fisiológicos y ciclos vitales –desde el parto hasta la muerte– y a las situaciones comunes de la vida, que son definidas y tratadas como problemas médicos.

Procesos vitales comunes a ambos sexos como el nacimiento, la escolarización, la sexualidad (Foucault, 1977), la senectud (Ebrahims, 2002) y la muerte (Mannoni, 1992) también han sido sobreintervenidos con tecnología y procedimientos médicos, ignorando una vez más la dinámica social e interpersonal de las relaciones humanas.

Las mujeres han constituido un blanco de estos procesos y su cuerpo un vehículo de control social también a través de la medicina, ya que etapas fisiológicas de su vida como el embarazo, el parto, la lactancia, la infertilidad, la anticoncepción y la menopausia se han redefinido como problemas médicos.

La medicalización del envejecimiento femenino y del cuerpo para conseguir un ideal de belleza se incrementó considerablemente a expensas de tratamientos estéticos, farmacológicos y quirúrgicos. “Las construcciones socioculturales de la feminidad depositan un valor considerable sobre el atractivo físico y la juventud, por lo tanto, el envejecimiento aleja a las mujeres de estas ideas culturales” (Sontag, 1996).

Así, a menudo, “las respuestas médicas son dadas a demandas sociales y psicológicas que conciernen a la calidad de vida de la mujer, que se adhiere al suministro médico cuando es incapaz de clarificar su propia demanda” (Pizzini, 1989). El cuerpo “imperfecto” es territorio de la jurisdicción médica, que interviene en lo que antes eran las características corporales de cada sujeto.

La delgadez puede ser medicada con suplementos vitamínicos y hormonas y “corregida” con implantes y cirugías y la baja estatura idiopática se comienza a medicar con hormona de crecimiento (STH), aduciendo el malestar psicosocial que produce ser bajo. La obesidad, por su parte, se consolida como enfermedad de la mano de cirugías tales como el By Pass Gástrico, que puede resultar más barato para las aseguradoras que las secuelas de la obesidad.

Los deportistas de alto rendimiento son medicados para mejorar su *performance* con suplementos vitamínicos, hormonas de crecimiento y drogas como testosterona (Ambrose, 2004). Este empleo puede recaer en atletas adolescentes muy sensibles a las presiones del deporte profesional, que no miden los riesgos y efectos adversos de estas sustancias, exponiéndose a transgredir cuestiones ético-penales como en los casos de *doping*.

Los desórdenes alimentarios, el abuso sexual y el abuso de menores, las diferencias sexuales y de género, los problemas de aprendizaje, el déficit de atención con

hiperactividad (ADHD) o sin hiperactividad (ADD), el alcoholismo, las adicciones y los padecimientos mentales se han medicalizado considerablemente durante las últimas décadas.

La expansión diagnóstica y la extensión de la medicalización al género masculino aparecen como dos avatares de la medicalización en las últimas décadas (Conrad, 2007). La primera describe cómo un diagnóstico establecido incorpora problemas nuevos o relacionados, o poblaciones adicionales a las que fueron designadas en la formulación diagnóstica original.

El ejemplo típico sería el síndrome de déficit de atención en los niños con o sin hiperactividad (ADDH y ADD) y su expansión a los adultos, registrado en los noventa como ADD de adultos, cuyo aumento podría ir implicar la medicación por una baja *performance*. Incluye, además, cuadros que no eran conocidos cuarenta años atrás, como anorexia, síndrome de fatiga crónica, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, síndrome de alcoholismo fetal, síndrome premenstrual y muerte súbita del lactante.

La extensión de la medicalización al cuerpo y la vida de los hombres se apoya en la actual resistencia a las expresiones habituales del envejecimiento masculino, tales como la menopausia masculina o andropausia, la disfunción eréctil y la calvicie. Las mismas han sido medicalizadas debido a la presión por cumplir determinados estándares de salud y masculinidad, a través de tratamientos con la hormona testosterona, la droga Viagra y los trasplantes capilares respectivamente, sin atención a los factores sociales que afectan la vida del hombre. Éste empieza a vivir el proceso de envejecimiento como patológico, haciéndose vulnerable a la vigilancia y control médicos, un hecho que parecía reservado a las mujeres.

Los efectos psicosociales de la calvicie son los principales justificativos para su tratamiento médico, aduciendo que en nuestra cultura –orientada a la juventud– tiene una connotación negativa, causando a menudo sufrimiento psíquico y reducción en la calidad de vida.

La disfunción eréctil se ha medicalizado considerablemente desde el descubrimiento de la droga Viagra en 1998. En la actualidad, se estima que la prevalencia de la disfunción eréctil está entre los 10 a 20 millones de hombres en los Estados Unidos y que en este país hasta la mitad de los hombres son “sexualmente disfuncionales”. Viagra fue un factor en el

crecimiento del diagnóstico de la disfunción sexual y del aumento de la medicalización de la *performance* sexual.

En los operativos de trasplante, es frecuente la medicalización del espacio hospitalario y familiar, evaluados y controlados de manera continua con criterios de escasa integralidad, ya que se adecuan principalmente a normativas biológicas o de relativo alcance psicológico, dándose poca relevancia a la complejidad y contexto social de cada familia.

Las llamadas “enfermedades crónicas” (lepra, tuberculosis, cáncer y enfermedades mentales, entre otras) también han sido fuertemente medicalizadas, reflejando cómo aquellos problemas que estigmatizan y son de difícil resolución han sido recludos fuera del intercambio social, desestimando estrategias y recursos no médicos en su abordaje.

El ámbito de Salud Mental

En este ámbito, el fenómeno de la medicalización se ha incrementado considerablemente, por lo que las enfermedades mentales se encuentran fuertemente medicalizadas (Conrad, 2007; Castel, 1984), al tiempo que existe un sector mayoritario de personas subdiagnosticadas o sin diagnóstico ni tratamiento.

Hay coincidencia en que los límites tradicionales de los trastornos mentales se han ampliado y que problemas cotidianos de otras esferas sociales se han medicalizado con la intervención de los psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental (Leifer, 2001). Diversos autores atribuyen este incremento, principalmente, a la acreditación de nuevas categorías diagnósticas en salud mental (Chodoff, 2002) y al aumento de la prescripción y consumo de psicofármacos producido en las últimas décadas. En menor medida, participa el avance de las neurociencias y el desarrollo de terapias “rápidas” sintónicas con los ideales de la época y sus métodos de veloz resolución.

Junto a estos factores determinantes en el incremento de la medicalización, coexiste una de las primeras formas de medicalizar en salud mental: la institucionalización del sufrimiento mental en el hospital psiquiátrico y la cultura manicomial emergente.

El Diagnóstico y registro de nuevas enfermedades: El DSM

El ámbito de la salud mental ha aportado un fabuloso desarrollo al registro de nuevas enfermedades. El *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) producido por la Asociación Americana de Psiquiatría, fue un instrumento fundamental para el mismo. Basta con citar que, de 106 trastornos consignados en la primera publicación en 1952 (DSM1), aumentaron a 357 en su cuarta revisión (DSM4) en 1994 (Double, 2004).

Dicho incremento tuvo lugar en el contexto de la realización de diagnósticos psiquiátricos más confiables por medio de nuevas revisiones de este manual, reflejándose a partir de 1980 en el DSM3 una estandarización creciente de los diagnósticos psiquiátricos.

Esta estandarización es producto de varios factores, entre ellos: políticas profesionales, aumento del involucramiento gubernamental en la investigación y políticas de salud mental, presión sobre los psiquiatras por parte de las aseguradoras de salud para ver efectivizadas sus prácticas y desarrollo de las empresas farmacéuticas (Mayes y Horwitz, 2005).

El DSM3 alentaba a materializar las condiciones psicológicas. Por ejemplo, varios trastornos (estrés postraumático, fobia social) fueron agregados incluso antes de ser catalogados como enfermedades.

Este manual ha recibido numerosas críticas, entre otras, su enfoque atóxico, basar sus diagnósticos en síntomas, elaborar clasificaciones poco dependientes de suposiciones etiológicas y patogenéticas y, sobre todo, constituir “un complejo medio de etiquetado social –como lo es el proceso de detección de un delincuente–, etiquetado que adecua la realidad social a la realización de objetivos terapéuticos” (Engelhardt, 1995).

Meyer, uno de los principales psiquiatras americanos de la primera mitad del siglo XX, refería que el diagnóstico usualmente hace justicia sólo a una parte de los hechos y es simplemente una conveniencia de nomenclatura. Insistía en la necesidad de que la psiquiatría amplíe su enfoque biológico, reconociendo así las incertidumbres de su práctica clínica.

Una de las consecuencias adversas de estos modelos biológicos sería que alientan la idea de que las personas no pueden hacer nada sobre su estado.

Un número considerable de autores concuerdan en los límites de un diagnóstico psiquiátrico basado en los síntomas del sufrimiento psíquico. Sufrimiento para el que no basta una mera lectura médica o psicológica, sino que “es preciso emplear la mayor cantidad de enfoques disponibles”, integrando “otros índices de funcionamiento de la persona y la visión de los demás actores sociales involucrados en la situación (familiares, amigos, vecinos, compañeros, figuras de referencia en la comunidad, etcétera)” (Evaristo, 2000: 27-28).

Otros investigadores (Rosenhan, 1972, 1994) formularon tempranamente cuestionamientos, afirmando que el diagnóstico es un hecho subjetivo y no revela las características inherentes del paciente; asimismo, que los diagnósticos no son necesariamente enfermedades.

Sin embargo, el diagnóstico puede cristalizar como “hecho científico” una supuesta “anormalidad”, “diferencia” o “disfunción”, dando paso a un proceso de “etiquetado” y posterior tratamiento profesional.

Para algunos autores, la situación inversa es determinante: primero se encuentra el remedio para la enfermedad (Blench, 2006) o, más precisamente, la industria farmacéutica promueve enfermedades para las cuales tiene ya su droga. Es por esto que se expande la bibliografía acerca de “inventar” o “vender” enfermedades (Moynihan, 2003) y se reactualiza la idea sobre las “no enfermedades” (Márquez y Meneu, 2003).

El DSM hace visibles algunos hechos de interés, entre otros:

- el gran aumento de nuevos trastornos en un relativo corto tiempo, posiblemente a consecuencia de la propia existencia del manual;
- el cambio de criterios diagnósticos, evidenciando que éstos no son hechos objetivos e inamovibles y que dependen de factores sociales, contradiciendo un pretendido objetivismo de ciertos conocimientos (por ejemplo, la homosexualidad dejó de ser un trastorno y fue retirada de las últimas revisiones del DSM gracias a la presión de los grupos que la desmedicalizaron);
- el aumento de las caracterizaciones de conductas, emociones y pensamientos que hacen a las “diferencias”, subjetividad y contextualidad de las personas, disminuye el umbral de tolerancia a los síntomas y malestares, tanto para el público como para los médicos.

Algunos casos son ilustrativos respecto de este fenómeno:

El *trastorno de ansiedad social* (miedo persistente a situaciones sociales en las que puede sobrevenir vergüenza) podría interpretarse como el proceso de medicalizar la timidez.

Se dice que es el tercer trastorno psiquiátrico más común en Estados Unidos, después de la depresión y la dependencia al alcohol. La prevalencia durante la vida ha sido estimada en 13,3 por ciento. En oportunidades, no es fácil diferenciarlo de la fobia social, cuadro que también produce una expansión diagnóstica hacia la situación de timidez. Para su tratamiento, es frecuente el uso de ansiolíticos y antidepresivos, aunque muchos autores rechazan su prescripción (Double, 2004).

El *trastorno de estrés postraumático* fue registrado después de una lucha política para reconocer los trastornos de los veteranos de Vietnam; sin embargo, ahora se lo asocia a experiencias menos extremas, alentadas por los juicios de reclamo de compensación por daño psicológico. Así, el sufrimiento humano traumático corre el riesgo de medicalizarse y reducirse a un problema técnico.

En la actualidad, avanza la propuesta de prescripción de la droga propanolol, que reduciría la consolidación de la memoria emocional cuando se administra inmediatamente después del trauma psíquico, actuando como profilaxis del cuadro de estrés postraumático (Henry, 2007). Esta situación –en apariencia benéfica– produce cuestionamientos éticos al ser concebida como una sobremedicalización de los malos recuerdos.

Aumento de prescripción y consumo de medicamentos y sustancias psicoactivas

Los medicamentos, junto a las sustancias psicoactivas, encarnan un ideal de la sociedad actual, en el sentido de suprimir velozmente (“mágicamente”) cualquier estado de displacer y de mantener los estándares de rendimiento y éxito dictados por la época.⁵

Tanto medicamentos como sustancias pueden usarse para aumentar las *performances*, anestesiar la angustia, favorecer el intercambio social desinhibiendo o, por el contrario, aislarse en sí mismo, así como iniciarse en el conocimiento de “otro mundo”. Se trata de una respuesta a la demanda creciente de adaptación e integración social y, en

⁵ Medicamentos del confort, según Solal.

oportunidades, de una respuesta desesperada a la exclusión –como en los consumidores de crack (Solal, 2004)– que parece emparentarse a la de los consumidores de alcohol y paco de los países pobres.

El actual uso de drogas parece estar atravesado por dos dimensiones y tensiones que el individuo trata de dominar por su intermedio: la tensión de la libertad y la del autocontrol en la sociedad moderna (Ehrenberg, 1994). El abuso de sustancias puede revelar también la imposibilidad de obtener bienestar/salud/alivio por otros medios, más caros y complejos.

Esto incluye el aumento de automedicación (Franco, 2007), al que hay que adscribirle un significado más allá del fenómeno, ya que podría ser parte de un autocuidado responsable (OMS, 2002) o de la falta de acceso a los servicios, pero también de los imperativos de supresión de síntomas mencionados anteriormente.

En el informe de OMS *Estrategia sobre Medicamentos: 2002-2003* se plantea la necesidad de mejorar su uso a través de estrategias y control del uso, uso racional por los consumidores y uso racional por los profesionales. Sin embargo, más allá de este esfuerzo (que entra en oposición con fuertes intereses empresariales, marketing y medios de comunicación que lo entronizan), el medicamento aparece resaltado como un recurso social cada día más poderoso, para suprimir el malestar o como única salida evidenciable al sufrimiento humano.

Es preocupante, en el ámbito de la salud mental, la falta de acceso y oferta a la población de sistemas y servicios que permitan ubicar otras soluciones al malestar, para que el medicamento sea un instrumento más y no un fin en sí mismo.

Oliveira Júnior (2003) destaca a aquellos pacientes que sólo cuentan con la vía somática para expresar su sufrimiento, y afirma que:

“la ansiedad, aun siendo vivida como una sensación inespecífica del peligro inminente, es una señal de que algo no va bien con el paciente. Por lo tanto, puede no tratarse de un peligro real, pero sí de un peligro vivido como real. El uso de ansiolíticos aisladamente no deshace la estructura que generó tal vivencia ni identifica la causa de la ansiedad; apenas atenúa los síntomas. En estas circunstancias, el uso abusivo de ansiolíticos puede significar el deseo del médico de *silenciar* al paciente” (en Barros, 2004: 53).

Esta línea de silenciamiento, en oportunidades, se emplea para acallar la tristeza caracterizándola como depresión, la timidez como fobia o la falta de resultados esperados como síndrome de déficit de atención e hiperactividad del adulto.

El aumento de síndrome de déficit de atención en niños con o sin hiperactividad ha ido en paralelo con el aumento de la prescripción de drogas estimulantes (Ritalin). El fenómeno social de drogar en masa a los niños podría indicar no un aumento genuino del trastorno mental, sino más bien una estrategia para mejorar la vida familiar y social. Es probable que, al recurrir al tratamiento con drogas, se desalienten y alivien responsabilidades y por lo tanto se exacerbe la dificultad subyacente que debe remediarse (Double, 2004).

Es muy importante ser cautelosos a la hora de sobreestimar o subestimar estos cuadros. Diagnosticar una situación existencial como un cuadro patológico definido, dejarlo sin el diagnóstico correcto o subdiagnosticarlo, podría en todos los casos generar perjuicios de diversa magnitud.

En el caso de los ansiolíticos –fármacos usados mundialmente que reducen la ansiedad, pero de forma paliativa–, éstos deberían ser indicados como tales por los prescriptores, de forma crítica y clara (Barros, 2006).

Los fármacos antidepresivos del grupo IRSS (inhibidores de la recaptación de serotonina) se han popularizado a tal extremo que son utilizados para regular el estilo de vida y las emociones de tristeza, ansiedad y miedo, desinterés u otras sensaciones desagradables, más allá de constatarse enfermedad depresiva.

Se hace referencia a la pérdida de la tristeza, aludiendo a la pérdida de un estado natural de la existencia que es medicalizada como depresión. El DSM, al basar el diagnóstico en el síntoma, no diferencia las situaciones de depresión por causas internas y las tristezas de la vida por motivos exteriores. Ésta podría ser la raíz de un error diagnóstico y uno de los motivos del considerable aumento de depresiones actuales y venideras (Horwitz, 2002). La prescripción de antidepresivos avanza sin una cabal discriminación del cuadro.

Fármacos antidepresivos como la Fluoxetina, que tanta repercusión ha tenido por su empleo generalizado, son usados junto a otros fármacos similares como prescripción para la felicidad (Elliot, 1999), mientras que la Paroxetina se emplea para controlar la timidez. Así,

la publicidad sobre estos fármacos los promociona para situaciones diferentes a la depresión.

Se aprueba el empleo del antidepresivo Paroxetina para la ansiedad generalizada, los trastornos de pánico, el trastorno de ansiedad social, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático. Como ocurre con otros fármacos de este grupo, incluso se ha promovido para un mejor estilo de vida. Su utilización se va imponiendo en estados que antes podían ser considerados depresiones leves y reactivas, que no eran primariamente tratadas con psicofármacos sino con psicoterapias, grupos de ayuda mutua, consejería, tratamientos alternativos, etcétera.

Además, fármacos como los beta bloqueantes, usados en general para trastornos cardíacos, se indican para el pánico escénico (Harris, 2001) y para los cuadros de estrés postraumáticos.

La prescripción creciente de drogas psicotrópicas en adolescentes

Los adolescentes tienen una de las más altas tasas de aumento de psicotrópicos registradas en Estados Unidos, a expensas de medicar ADHD, depresión, psicosis afectiva y “trastorno neurótico”.

Estudios previos han mostrado aumentos en la prescripción de psicotrópicos en niños (Cooper *et al.*, 2006), quizá debido a la expansión de la definición de problemas psiquiátricos (Horwitz, 2002), a la introducción de nuevas medicaciones con menores efectos adversos evidentes y a un límite más laxo para prescribirlos. Los tratamientos con Ritalin y con antidepresivos (IRSS) son comunes y aceptados tanto por los médicos como por el público. También se recetan antidepresivos y ansiolíticos en adolescentes con diagnóstico de trastornos alimentarios.

La preocupación acerca de este uso excesivo de psicotrópicos se vincula a riesgos potenciales de efectos adversos, como el suicidio de adolescentes medicados con IRSS y el aumento de muertes por drogas para ADHD.

Estos desarrollos actuales –en parte representativos de la expansión de un modelo biomédico en psiquiatría (Double, 2004)– coexisten con lo que probablemente sea la primera forma de medicalizar en salud mental: la institucionalización del sufrimiento mental en el hospital psiquiátrico y la cultura manicomial emergente.

La cultura manicomial, la medicalización y los modelos de atención en salud mental

El modelo biomédico basa la comprensión de la enfermedad mental, y por consiguiente sus intervenciones, en un substrato biológico, siendo actualmente la ideología dominante dentro de la psiquiatría mundial (Leifer, 2001).

Si bien dicho modelo es un claro representante de la medicalización de la salud mental (Chodoff, 2002), lo es en tanto pertenece a un sistema profesional asistencial (clínico) que recorta al hombre en su síntoma y centra su eficacia en repararlo en el lugar en que éste se expresa –por ejemplo, el cuerpo o la mente– en vez de intervenir en la totalidad de la persona y su mundo. Produce medicalización y, tal como expresan algunos investigadores refiriéndose al problema del alcoholismo, sobredimensiona el campo médico sin “asumir que las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas del problema son más relevantes que las específicamente médicas o psiquiátricas” (Menéndez, en Armus, 2005: 27).

Atribuir el sostenimiento de la medicalización de la salud mental, particularmente en la Argentina, a la hegemonía de la psiquiatría biológica, es una apreciación real pero insuficiente, toda vez que el circuito de centralización (apropiación) de la cura que plantea la medicalización se puede generar o al menos consolidar y/o reproducir desde otros abordajes terapéuticos.

Las perspectivas basadas en la psicogénesis del sufrimiento mental con frecuencia han sido parte de este circuito, cuyo eje es la ausencia del plano social como génesis y tratamiento del malestar, ubicándose respecto a éste en una neutralidad técnica y política (Castel, 1980).

En nuestro país, estas perspectivas han ocupado un lugar trascendente en el discurso público, consolidando por ejemplo una “cultura psicoanalítica” “definida como la manera en que metáforas y formas de pensar derivadas del psicoanálisis entran en la vida cotidiana” (Plotkin, 2003: 14) y moldeando recetas verbales y de comportamiento. Sin embargo, no han llegado a ser vehículo de transformación de los mecanismos de control social sobre la anormalidad ni –al igual que la psiquiatría biológica– de las grandes brechas en el acceso y calidad de atención con que carga la salud mental.

En esta brecha se encuentra enclavado el manicomio, perviviendo al lado de los discursos rectores de la salud mental, principalmente representados por la psiquiatría y el

psicoanálisis. Disciplinas que, a pesar de sus fabulosos aportes, no alcanzan por sí mismas a resolver en profundidad dicha carga de enfermedad mental y adicciones, que avanzan mundialmente día a día, requiriendo no sólo de tratamientos de la clínica psiquiátrica o psicológica sino de respuestas comunitarias, políticas y sociales para su resolución (Levav, 2003, 2008).

Es por eso que este material intenta reflexionar respecto de la producción de medicalización desde un tipo de modelo de atención más que desde una disciplina o profesión, ya que las diversas formas de medicalizar en salud mental (nuevas y antiguas) responden a un sistema, a una estructura o modelo asistencialista, que sostiene un circuito de dependencia, des-socialización y des-politización y una lógica hegemónica en su intervención.⁶

En este modelo clínico-asistencial se han inscripto con frecuencia los profesionales del campo “psi”, pertenencia que no habla por sí misma de elecciones particulares y que podría reflejar una formación académica de pregrado y posgrado que marca esta dirección y no provee los instrumentos para una comprensión holística de la problemática mental.

De esta forma, dicha lógica hegemónica va más allá de aquellos profesionales (a veces subordinados a un sistema abusivo que los trasciende) que realizan un trabajo ético, comprometido y eficaz desde los abordajes clínicos que les competen.

El fenómeno de la medicalización de la salud mental y de la locura comparte iguales características con los procesos de medicalización de otras dolencias físicas; pero, como se ha mencionado, las enfermedades mentales pueden ser tratadas con confinamiento y coerción (Leifer, 2001). Es crucial, entonces, pensar una vez más en este tipo de medicalización, que a su vez es germen de procesos actuales más sofisticados y sutiles de medicalización del sufrimiento mental.

Engendrado por la sociedad industrial como método de disciplinamiento y selección de personas laboralmente activas, el manicomio representó un dispositivo de control de poblaciones definidas como peligrosas o improductivas, excluidas por no alcanzar los parámetros de productividad y normalidad requeridos.

⁶ Eduardo Menéndez, a través de sus escritos sobre el Modelo Médico Hegemónico, abre camino para pensar en un Modelo Profesional Hegemónico.

La psiquiatría, según Foucault, no nace debido al progreso del conocimiento sobre la locura, sino que es consecuencia de los dispositivos disciplinarios en los que se organiza el régimen impuesto al “loco”.

La medicalización de la locura se inicia cuando es diagnosticada como enfermedad y catalogada como un problema médico; así, el “loco” pasa a ser definido como enfermo y situado en el hospital, y el asilo es transformado en hospital psiquiátrico.

Al igual que toda institución total (de menores, ancianos, adictos, de enfermedades crónicas e infecciosas, cárceles, etcétera), el manicomio posee una lógica depositaria y des-subjetivante de avasallamiento humano (Goffman, 1961). Ha sido cuestionado por un sólido cuerpo de declaraciones y organismos internacionales, dada su ineficacia, ineficiencia y trasgresión de derechos ciudadanos, por lo que no se redundará en críticas ya consignadas en una reconocida bibliografía (CELS, 2007; OMS, 2001, 2004a; OPS, 1990; Basaglia, 1968).

A los fines de este trabajo, sólo se destacará el manicomio como paradigma de medicalización y productor de prácticas medicalizantes, toda vez que extralimita su función de aliviar el sufrimiento mental para apropiarse de la totalidad de la vida del sujeto sometida a la intervención sanitaria, invalidando otras intervenciones y otros actores para su resolución.

En apariencia, esta invalidación es parte de su sostenimiento, ya que pese a los fundamentales avances tecnológicos y sociales, en la actualidad existen personas internadas de por vida y el manicomio aún concentra gran parte de los recursos humanos y financieros destinados a salud mental y el mayor número de camas psiquiátricas en el mundo (OMS, 2001c).

Vigencia alarmante, no sólo por el flagrante arrasamiento de la vida y los derechos de las personas que allí habitan, sino por la cultura que se organiza en torno al manicomio (CELS, 2007). Hablamos de cultura manicomial como un modo social basado en la exclusión, la intolerancia a las diferencias y minusvalías, el etiquetamiento y estigma y el desconocimiento de los derechos sociales de las personas con sufrimiento mental. Cultura que silencia los factores político-sociales co-productores de sufrimiento mental sin intervenir sobre ellos, concentra el poder curativo exclusivamente en el saber profesional,

concibe al paciente como incurable, peligroso, improductivo e incapaz de conciencia, autodeterminación y autonomía.

Dado que su fundamento no es el derecho de las personas, puede implementar métodos invasivos de tratamiento como sujeción del cuerpo con ataduras, shock eléctrico (Cuadro 2)⁷ y abuso de fármacos; aislamiento familiar y social, interrupción de los vínculos afectivos, laborales y sociales de las personas internadas; coartación de la libertad y los derechos políticos y económicos, entre otras privaciones.

Cultura de la asimetría, la distancia terapéutica o el paternalismo. Base de sistemas actuales de atención en salud mental que continúan “enchalecando” el dolor sin abordarlo desde el sujeto, su circunstancia y contexto.

Se reciclan escenarios y metodologías, las técnicas pueden ser más “blandas” y flexibles, pero la existencia de modelos de atención de la salud mental que concentran hegemonía y control, permanece constante. De esta forma, coexisten las viejas formas disciplinarias de control (v.g. el manicomio) junto a nuevos métodos de “control sin rejas” (Deleuze, 1996).

Y así como se sostiene la institucionalización psiquiátrica, también se puede diagnosticar como enfermedad un comportamiento que no encuadra en los estándares, o producir internaciones evitables, sin medir el costo personal y vincular que acarrearán al instalar al individuo en el escenario social con el estigma de ser enfermo (Engelhardt, 1995) o reducir el displacer, los síntomas y la enfermedad a través de fármacos exclusivamente.

Es por esto que, si bien son varios los factores que apoyan la pervivencia del encierro manicomial vinculados a la situación macrosocial (pobreza y abandono social, prejuicio y estigma sobre la enfermedad mental y las adicciones, falta de acceso a la salud y a la cultura de derechos, déficit de políticas sociales integradas), el posicionamiento y la correspondencia de los especialistas en la vigencia del asilo es determinante, ya que asumen como propia esta problemática que la sociedad les delega, confirmándola como problema médico-psicológico y no como problema epidemiológico-comunitario. Esta lógica se traslada también a las prácticas profesionales fuera del asilo, cuyos cuerpos teóricos e instrumentales son los mismos.

⁷ Método prohibido por la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, Provincia de Río Negro, 1991.

Las prácticas médico-psicológicas son estructuradas y sustentadas conceptualmente por Modelos de Atención en Salud Mental, pudiéndose diferenciar un modelo clínico-asistencial y un modelo comunitario-epidemiológico (Levav, 1992).

El modelo clínico-asistencial

Es un modelo profesionalizado, que centraliza sus prácticas en el paciente, en la enfermedad y en la resolución de síntomas, signos y discapacidades, en general atendidas directamente por especialistas psiquiatras y psicólogos a partir de la demanda espontánea (Levav, 1992).

Trabaja en el nivel de la prevención, tratamiento y rehabilitación, dejando fuera de su ámbito la promoción de la salud, puente fundamental entre los procesos de salud-enfermedad y las condiciones de vida de las personas (Declaración de Alma Ata, 1978).

Se habla de un modelo clínico (y no de la clínica) como una representación esquemática que estructura concepciones, actitudes, valores, lenguajes y modos instrumentales de accionar.

De esta forma, cualquiera de las áreas o niveles de su incumbencia quedan determinadas por este enfoque, cuyo carácter esencial es la ausencia de “lo promocional”, no sólo como nivel de prevención de la salud, sino como vertiente constitutiva e ineludible de la cura y precepto fundamental para el desarrollo humano.

Este modelo, entonces, desarrolla paradigmáticamente la vertiente asistencial, en el mejor de los casos desde el aspecto de los cuidados y supresión sintomática; y, en el peor, desde el aspecto custodial.

Así, su objeto no es la promoción de la persona en tanto desarrollo y garantía de sus necesidades integrales y derechos sociales, cuestión que implicaría trabajar en la modificación de las variables contextuales y no sólo sobre el individuo. Tampoco busca reestructurar las relaciones de poder con el paciente y el entorno limitando la propia hegemonía profesional sobre los padecimientos mentales, desde una actitud de cercanía, respeto y valoración de las capacidades del usuario, la familia y el entorno.

Lo determinante del modelo sería este carácter, más allá de las prácticas e intervenciones que implemente. Por ejemplo, la prescripción de psicofármacos, las psicoterapias, el acompañamiento terapéutico, la asistencia en urgencias, las internaciones,

las prácticas ambulatorias, la rehabilitación, el hospital de día, las casas de medio camino y una multiplicidad de otros métodos para aliviar el sufrimiento (muchos asombrosamente eficaces) se tornan insuficientes si no se transforman las estructuras sociales – institucionales y culturales– de la comunidad.

Los modelos clínicos incluyen a los modelos biomédicos pero los rebasan, pues su condición esencial no es la organogénesis, sino el enfoque basado en la enfermedad o el síntoma. De esta manera, pueden sustentar concepciones organicistas o psicologistas, u otras que impliquen perder de vista la multidimensionalidad del sufrimiento mental.

Es así que se puede reproducir en otras disciplinas no médicas que apropien sus criterios, aunque su objeto de intervención sea otro, y del cuerpo pase al psiquismo, a los cuidados o al aprendizaje en el caso de psicólogos, enfermeros o psicopedagogos, respectivamente. En todos ellos, se trata de una interpretación de la medicalización como un fenómeno por el cual se pueden definir problemas humanos como enfermedades, cuya “fuente está en el individuo en lugar que en su entorno social, por lo que se requieren intervenciones médicas individuales en lugar de soluciones sociales y colectivas” (Conrad, 2007).

Por otro lado, la existencia de nuevos saberes y desarrollos en el campo de la salud mental no pocas veces ha intentado excluir los precedentes, produciendo a continuación un refuerzo de aquellas concepciones que se intentaron eliminar (Castel, 1984). La actual psiquiatrización del discurso escolar –por la que se intenta atribuir causas orgánicas a situaciones de malestar– fue precedida por la psicologización de la escuela (Guarido, 2007), a partir del psicólogo o psicopedagogo en el gabinete escolar, quien frecuentemente consignaba como problemas psíquicos muchos elementos de la conflictiva psicosocial, cuando no institucional.

En Francia, la institucionalización del psicoanálisis en el hospital público “culmina pretendiendo imponerse como postura dominante en psiquiatría y no como una de las muchas fuentes de su moderna regeneración” (Castel, 1984: 101). Su integración a la medicina, como psiquiatría psicoanalítica, pretende ocupar todo el espacio. Pero esta voluntad hegemónica, por efecto rebote, prepara el terreno a la contraofensiva del positivismo médico. Y así, aunque la psiquiatría psicoanalítica representó la ideología dominante de la medicina mental moderna, termina en parte fragmentándose. El

psicoanálisis se convierte en un vector de propagación de una cultura psicológica, que desemboca en la “terapia para normales”, más allá de la escisión entre lo normal y patológico, y la medicina mental retorna a un objetivismo médico, que parece ser base de los actuales desarrollos “científicos”.

Sin embargo, psiquiatría y psicoanálisis –a pesar de la diferenciación de sus prácticas– comparten denominadores comunes del modelo clínico de atención. Podemos adicionar a los ya expuestos: falta de inclusión de criterios epidemiológicos; determinismo causal por el que se desestima la prevención de los trastornos mentales; definición de los problemas como enfermedades o síntomas a tratar por especialistas; centralización e intervención sobre el paciente y la enfermedad; escasa intervención en otros espacios sociales fuera del hospital o consultorio y/o con referentes familiares y sociales del paciente; desestimación y ausencia de intervención en los determinantes sociales de la enfermedad, por lo que la aproximación es biomédica o psicológica y no biopsicosocial; asimetría del vínculo terapéutico, concentración de la autoridad en el profesional y desconocimiento del paciente y su familia como recursos decisivos y activos en su tratamiento; dependencia del público de sus “verdades” y servicios especializados.

Son prácticas que no priorizan ni instituyen el acompañamiento concreto en la vida cotidiana del usuario y su familia, como tampoco el trabajo en el entorno que los estigmatiza y expulsa. Tarea esencial para garantizar el derecho a la salud, la inclusión social y la autodeterminación, un elemento que se construye desde el vínculo de sostén, respeto y confianza que la comunidad y los técnicos alcancen a producir.

La institucionalización manicomial –desde la co-responsabilidad de la respuesta de los técnicos– es producto también de esta carencia de prácticas de compañía en la organización de la vida del paciente.

La correspondencia de los psiquiatras parece clara, la de psicoanalistas es más difusa. Sin embargo, su escasa pertenencia a la esfera pública o su inclusión en la misma desde criterios de la esfera privada, así como la hetero o autodesestimación para tratar trastornos mentales severos y la falta de recursos de la población “manicomializable” para pagar consultas privadas y con la que existe frecuentemente una “distancia cultural” que puede obstaculizar los tratamientos, terminan produciendo la omisión de dicha población desde el psicoanálisis.

Si bien el debate psiquiatría o psicoanálisis (por ésta u otras temáticas) parece fluctuar en forma periódica, el proceso de medicalización colabora en actualizarlo en esta época, en especial desde el cuestionamiento de psicólogos y psicoanalistas por el avance de la psiquiatría y sus técnicas de farmacologización del malestar social (Sánchez-Vallejo, 2009). Un reclamo justo, pero que a estas alturas exige incluir los modelos de atención en tal debate, así como la pertenencia de ambas disciplinas a un modo de intervención despojado de una concepción e intervención integral (biopsicosocial) sobre el padecimiento.

“Ajenos a la estructura social y su historicidad, el biologismo o psicologismo se mantienen a costa de un análisis a-histórico de relaciones sociales antagónicas en las sociedades industriales capitalistas, en que se enfatizan los elementos adaptativos e integrativos a la vida social” (Guarido, 2007).

En consecuencia, esta lejanía con la dimensión y la intervención social hace del modelo clínico (biologismo, psicologismo, psicoanalismo) un camino hacia la medicalización.

Como se ha manifestado, el sistema manicomial es parte de una cultura de exclusión de las “diferencias”. Sin embargo, las prácticas profesionales emergentes del mandato social actual han ido sutilizando la intolerancia de estas diferencias e implementado formas más sofisticadas de control, pero que también “silencian” el malestar social.

El umbral de aceptación de estas diferencias es más fino. Permanecer incluido, adaptado, “en carrera” frente al riesgo de exclusión constante, podría llevar al empleo de “prótesis” farmacológicas o psicológicas.

El umbral de la enfermedad ha variado. Ya no sólo es enfermo el que no produce, ahora hay que producir pero en ciertas condiciones. Hay que “estar producido”, al decir de los medios de comunicación; en otras palabras, hay que mostrarse joven, bello, sano, competente, disponible, dispuesto, activo, exitoso, controlado y otras tantas demandas que son probable causa de muchos malestares emocionales y físicos.

Los modelos clínico-asistenciales parecen sostener dichas demandas de la cultura con sus “recetas”, siendo la psiquiatrización-psicologización de la vida cotidiana, testimonio de este intervencionismo y expansión de su campo a múltiples problemas que pueden ser primaria o exclusivamente de índole social, o naturales de la existencia, o que –aun siendo

enfermedades definidas– requieren la complementación de otros abordajes para su resolución efectiva.

La psiquiatría y la psicología han abrevado y reproducido estos modelos clínicos, negando la sociogénesis de los problemas mentales para centralizarlos en el sector sanitario y, dentro del mismo, recortarlos del espacio general de salud (hospital general, centro de salud) para concentrarlos en el manicomio o consultorio.

Es probable que, junto a los factores macrosociales y particulares, la escasa formación de los profesionales de la salud mental en contenidos y prácticas de salud pública, colectiva y comunitaria, explique en parte su pertenencia a modelos de atención que coadyuvan en la vigencia del hospital psiquiátrico y en las nuevas formas de medicalización de la salud mental.

La perspectiva clínica ha absorbido las problemáticas de salud mental como objeto total de su campo, a pesar de enfocarse en un solo aspecto de las mismas: el síntoma. De esta forma, ha producido respuestas parciales, pudiendo limitar las posibilidades de rehabilitación en la comunidad de aquellas personas con trastornos mentales severos, en especial las que no cuentan con un importante sostén familiar y social. El hospital psiquiátrico, entonces, representa una salida restrictiva a la falta de sostén de estas personas y sus diversas necesidades biopsicosociales, puesto que la gestión de las mismas, así como los factores sociales que son base de los problemas mentales, no son asumidos desde los modelos clínicos de atención y las prácticas que sustentan.

“Las problemáticas dominantes de salud mental son esencialmente el producto de la acción de los factores ambientales, educativos, de las dinámicas de los grupos de inclusión (familia, trabajo, comunidad, amigos, barrio, etcétera). Por ende, su abordaje correctivo y preventivo ha de ubicarse en este mismo ámbito” (Calviño, 2004: 40).

El modelo comunitario

Durante la segunda mitad del siglo XX se produjo un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, sobre todo a partir de los movimientos en pro de los derechos humanos, pero también debido a los avances psicofarmacológicos y de la definición de la salud (OMS, 1948) en la que se incluyen componentes sociales y mentales.

Estos avances sociopolíticos y técnicos permitieron pensar y en ocasiones producir un cambio de enfoque de la atención, desde las instituciones custodiales a una asistencia comunitaria más abierta y flexible (OMS, 2001).

La nueva perspectiva es moldeada y consolidada a través de los desarrollos de la psiquiatría preventiva (Caplan, 1964) y comunitaria, las estrategias de la atención primaria de la salud (Declaración de Alma Ata, 1968), la Declaración de Caracas (OPS, 1990) y las experiencias de reforma y reestructuración de la atención en salud mental que se sucedieron en el mundo, entre sus principales precedentes.

El modelo comunitario de atención es un enfoque histórico-social, ético y democrático, que propone una atención territorial, accesible, descentralizada, participativa e integral, sosteniendo valores de solidaridad y equidad.

La salud y la enfermedad son visualizadas como un proceso y como un producto social, psicológico y biológico, por lo que la atención y las intervenciones deben incluir y accionar en estos tres ámbitos. Prioriza el contexto y los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad, ya que entiende que el cuidado y la promoción de la salud están ligadas a las condiciones de vida. Además, el contexto favorece o limita el desarrollo de planes y políticas esenciales para promover los derechos de las personas como modo de tener salud mental. Destaca así las intervenciones en los contextos de vida del individuo, reconociéndolos como factores de alta incidencia en la salud y enfermedad de la población.

La cercana interacción entre factores asociados con pobreza y enfermedad mental es prueba de ello.⁸ Es por esto que el centro de sus prácticas son las comunidades, los grupos, las instituciones y los individuos en relación a su contexto social y vincular.

Este modelo utiliza estrategias de la atención primaria de la salud basadas primordialmente en la promoción de la salud, para interactuar con las condiciones de vida de las poblaciones. Incluye también prácticas de prevención, tratamiento y rehabilitación, pero subsumidas a un principio de respeto por los derechos sociales, los que se efectivizan en primer término a través de la inclusión de la persona con sufrimiento mental en su

⁸ Existe una alta prevalencia de trastornos mentales en personas con bajos niveles de educación (Patel y Kleinman, 2003) desempleadas, que viven en barriadas pobres y sobrepobladas. Personas que padecen hambre, inseguridad o que enfrentan deudas, sufren con mayor frecuencia trastornos mentales. Hay evidencia de que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre personas de bajos ingresos de la población (OMS, 2004a, 2008).

comunidad de la forma más plena y autónoma que pueda alcanzar, según sus capacidades y posibilidades.

En resumen, el modelo comunitario “íntegra, incluye y amplifica la perspectiva clínica, extiende el campo de acción de los trabajadores de salud mental, incorpora nuevos niveles, recursos, componentes, modelos y estrategias de atención” (Levav, 1992: XV). Se amplían de esta forma la variedad y cantidad de respuestas terapéuticas, ya que a las provenientes del sector sanitario se agregan aquellas de la propia trama social del paciente, posibilitando una atención más abarcativa y sostenida, que logre prescindir del hospital psiquiátrico.

Estas respuestas trascienden los tratamientos tradicionales, siendo tan profundas y complejas como lo es la necesidad de cada paciente. Se incorporan todos los instrumentos creativos posibles, siendo uno de los ejes principales la rehabilitación psicosocial, como respuesta de la organización social para disminuir la discapacidad y la minusvalía. La rehabilitación psicosocial intenta lograr la completa ciudadanía del usuario: política, jurídica, civil y económica, no como simple restitución de derechos, sino como construcción afectiva, de las relaciones, material y productiva (Sarraceno, 2003).

La vida en comunidad y en el propio hogar (autónomo o asistido), la inclusión en empleos productivos, el desarrollo de las máximas capacidades e intercambios afectivos y sociales son la verdadera medida de una rehabilitación efectiva.

El acompañamiento en la vida (no sólo en el hospital o consultorio) es el instrumento técnico por excelencia para promover la autodeterminación y la inclusión social. Pero este apoyo en la organización de la vida de las personas con sufrimiento mental ha de tener criterios rigurosos para evitar la sobreimplicación sanitaria que perpetúe los procesos de medicalización, por ejemplo, desarrollar prácticas intersectoriales y extremar las estrategias que favorezcan el mayor grado de autonomía posible, volviendo progresivamente innecesarios los servicios técnicos.

No es un tratamiento del síntoma, es un cambio de las condiciones que llevaron a la enfermedad, tanto en el usuario y la familia, como en las instituciones y la misma comunidad.

La internación es un recurso terapéutico más, en lo posible de última elección y con el requisito de ser breve y en hospital general, centro de salud o domicilio, como parte de la premisa de incluir la salud mental dentro de la salud pública y la comunidad.

Los profesionales y técnicos desplazan el trabajo individual hacia el trabajo en equipo, cuya fortaleza es el cambio actitudinal de sus integrantes, sustentado en valores de solidaridad y compromiso que posibilitan la transformación de los servicios y estructuras en las que se desempeñan (Sarraceno, 2005).

Modelo que integra todos los conocimientos existentes (psiquiatría, psicoterapia, salud pública y comunitaria) no como una sumatoria de saberes “objetivos”, sino como una síntesis que busca el sentido y resolución del sufrimiento, por lo que también es prioritario integrar a otros sectores y actores incluyendo usuarios y familiares (Engel, 1977: 129). La incorporación de éstos y otros recursos terapéuticos no convencionales implica valorizar sus potencias curativas, entendiendo que todos tenemos recursos de salud para desarrollar y promover, además de reconocer los límites de la práctica profesional.

Este enunciado sintetiza uno de los ejes principales del enfoque: la transformación de las relaciones de poder entre las personas y el consiguiente cuestionamiento a las hegemonías.

Por otro lado, el correlato jurídico de los modelos comunitarios se visualiza como un instrumento de primer orden para legalizar las transformaciones que proponen. La promoción de leyes de salud mental que acompañan las reformas del sistema se apoya en la actualidad en declaraciones y tratados de derechos humanos vigentes en el mundo (OMS, 2005; Vázquez, 2002).

Pero la efectividad de estas leyes no se consolida como instrumento aislado, sino como parte de un proceso de construcción de una nueva práctica, de una nueva política y de una nueva cultura de la salud mental, como ocurrió con la promulgación de la Ley 2440 en Río Negro, experiencia que desarrollamos a continuación, ya que sirve como ejemplo de las posibilidades del Modelo Comunitario.

Una experiencia de modelo comunitario

En la Provincia de Río Negro se promulga en 1991 la Ley Provincial 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, por la que

se garantiza el tratamiento, rehabilitación e inclusión efectiva de las personas con sufrimiento mental en su comunidad, quedando suprimidos la habilitación y funcionamiento de hospitales psiquiátricos o manicomios.

Pionera en América Latina en cuanto a defensa de los derechos de las personas con sufrimiento mental, elimina la utilización de métodos y técnicas invasivas como el electroshock, y propone la internación como último recurso terapéutico en el hospital general, para salvaguardar los vínculos afectivos, laborales y sociales como principales productores de salud mental.

Esta ley viene a legalizar un proceso de transformación del sistema de atención en salud mental en Río Negro, ya legitimado en la práctica (Testa, 1992) y conocido como “desmanicomialización”.

El modelo y las prácticas de salud mental comunitaria desarrolladas en esta provincia, la elaboración de un plan de salud mental (1985) y la construcción de una política de desinstitucionalización, el desarrollo de una red de servicios comunitarios con base en los hospitales generales de la provincia (1986), la sensibilización comunitaria para favorecer un cambio de cultura que desestigmatice la problemática mental, permitieron el cese del funcionamiento del hospital psiquiátrico provincial en el año 1988.

El hospital general fue un instrumento primordial de esta red. Se habilitaron camas para la internación de personas con padecimiento mental, guardias de emergencia las 24 horas que –junto a las tareas de promoción y rehabilitación– permitieron instalar la salud mental como una problemática más del devenir humano y, así, disminuir la discriminación y el estigma.

Los equipos de salud mental (ESM), con base en los hospitales generales, fueron el eje de la red de servicios. Un mismo equipo integraba las actividades de promoción, tratamiento y rehabilitación, en coordinación con otros sectores y redes sociales.

Las prácticas intersectoriales y comunitarias impulsadas por los ESM facilitaron las respuestas a las necesidades biopsicosociales de las personas, sin absorberlas como problema médico-psicológico, sino reubicándolas en el plano político y social correspondiente.

Se trabajó en la práctica de los derechos ciudadanos de las personas con sufrimiento mental, expresados en primer término a través de la atención y rehabilitación en su

comunidad de origen como requisito básico, y del desarrollo de emprendimientos laborales productivos, viviendas independientes y/o con diferentes grados de acompañamiento, promoción sociocultural y laboral, formación de asociaciones civiles de usuarios y familiares y grupos de ayuda mutua, entre otros servicios.

Se incluyó a los usuarios, familias, líderes barriales y religiosos, referentes de pueblos originarios, vecinos, instituciones y sectores sociales, asociaciones civiles y grupos y personas de la comunidad en general, como recursos terapéuticos en salud mental, trabajando en la activación de sus recursos de salud, de autocuidado, autogestión y empoderamiento, así como en la construcción y demanda de políticas públicas y sociales concertadas, que garanticen sus derechos.

Muchos de estos recursos humanos no convencionales y no profesionales, fueron contratados por el sistema de salud (previa capacitación y entrenamiento) dada su destreza actitudinal, cercanía y conocimiento de la comunidad de referencia.

Todos los recursos humanos intervinientes priorizaron el acompañamiento del usuario, la familia y el entorno social con los consiguientes procesos de rechazo-aceptación de la persona con sufrimiento mental viviendo en la comunidad.

El rol del sector profesional se centró en facilitar, coordinar y compartir este proceso, desde la simetría de los vínculos, la socialización de conocimientos y el trabajo en equipo, para así construir un colectivo social comprometido con la propuesta.

Basados en los principios rectores de la desmanicomialización (Cohen y Natella, 1989, 1993, 2007) y en los valores de solidaridad y compromiso que la sustentaron, se construyeron y sumaron nuevos conocimientos, recursos y prácticas, tales como:

- La estrategia terapéutica basada en la comprensión y diagnóstico territorial de cada “caso”.
- La asamblea comunitaria: Grupo operativo con la participación de diversos actores comunitarios e intersectoriales, usuarios y familiares, cuyo propósito fue ofrecer respuestas colectivas a la problemática de la persona con sufrimiento mental una vez incorporada a la comunidad.
- La visita e internación domiciliaria, como modelo de seguimiento y apoyo.

- La intervención en crisis como primer contacto fundamental para instalar un vínculo de confianza con el usuario y familia y evitar la internación manicomial y la exclusión de la persona en crisis.

- Los equipos móviles itinerantes de salud mental (EMID-patrullas): Equipos que visitaron las localidades sin servicio de salud mental, con el fin de ayudar a que las mismas afronten las problemáticas de SM emergentes, evitando generar vínculos de dependencia con los especialistas.

- Los operadores comunitarios de salud mental: Recurso no convencional de salud mental, con tareas de acompañamiento en la vida y necesidades cotidianas del paciente, así como durante las internaciones.

- El apoyo multidimensional a la familia, trabajando el cambio de percepción de familia “abandónica” por familia abandonada.

- La reinserción social de pacientes institucionalizados a través de la externación y la inclusión en su localidad con estrategias intersectoriales y de rehabilitación psicosocial.

- La práctica intersectorial que permita la sinergia y articulación de las respuestas sociosanitarias. Además de la práctica cotidiana para la gestión de necesidades de los usuarios (alimentos, vivienda, trabajo, transporte, trámites, medicamentos, promoción sociocultural, alfabetización, etcétera), se trabajó en comisiones intersectoriales permanentes para disminuir la incidencia y consecuencias del abuso de alcohol y drogas y con el sector educación a través de grupos de reflexión en las escuelas para disminuir conflictos institucionales, que eran causa directa de una alta derivación de niños a los servicios de salud mental, caratulados como problemas de aprendizaje.

- La incorporación de técnicas provenientes de otros campos como el arte, las técnicas corporales y las terapias alternativas, implementadas por expertos o por los mismos técnicos de salud mental.

- Las reuniones periódicas provinciales, zonales y locales de los equipos de salud mental fueron instrumentos de capacitación, discusión de casos y estrategias, y base de la construcción democrática y colectiva del nuevo sistema de salud mental.

La inscripción histórico-política de este programa, junto a la práctica intersectorial de involucramiento de comunidades que propone, lo han protegido de convertirse en un proyecto médico-psicológico, para conservar su base de proyecto social.

Este posicionamiento facilitó directa e indirectamente la *desmedicalización* del sufrimiento mental y de las prácticas profesionales, dado que promovió una acción concertada de sectores como factor decisivo en la recuperación de las personas con padecimientos mentales, siendo el sector médico-psicológico un recurso más de intervención, cuya función fue compartir y/o coordinar la respuesta social, además del apoyo técnico específico.

Para concluir

Es posible que concluyamos que todo se puede medicalizar y, como común denominador de este fenómeno, se termine ignorando la dinámica interpersonal y social en la resolución del malestar.

La medicina, los servicios sanitarios y los médicos están rebasados –tanto en países pobres como ricos– y no pueden resolver *ad integrum* una demanda que ellos mismos colaboran en producir, generando frustración, abandono, negación y más hiperconsumo; todos, elementos vinculados a las problemáticas adictivas, tanto en el público que pretenden asistir como en ellos mismos.

La fuerte tendencia a medicalizar los problemas de salud y asumir que su solución primera involucra el tratamiento médico, genera que los hacedores de políticas, en el mejor de los casos, pongan el foco en aumentar el acceso financiero y geográfico a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, descuidando en oportunidades causas sociales y económicas de la vulnerabilidad y disparidad en salud.

Si bien es necesario incrementar el acceso al cuidado, es fundamental que sea desde una acción política concertada entre los subsidios, la educación, el alojamiento, la seguridad alimentaria y el ambiente para mejorar la salud de las poblaciones en desventaja social (Lantz *et al.*, 2007).

La instalación, en el ámbito de la salud y de la salud mental, de modelos comunitarios de atención, basados en la atención primaria y comunitaria de la salud, recupera los valores de solidaridad, equidad y respeto por los derechos ciudadanos, como un camino complejo pero inevitable para tener salud.

La desarticulación del manicomio representa un desafío, no sólo por la indignidad que supone, sino por ser un centro de etiquetamiento, control y exclusión que ha dado lugar

a prácticas profesionales hegemónicas que se reciclan hoy como las nuevas formas de medicalizar la salud mental. Se trata de prácticas que consolidan circuitos de dependencia poco visibles, aislando y “enchalecando” problemáticas leves o severas, con fármacos, diagnósticos y comprensiones únicas y propias, en vez de articularse intersectorial y comunitariamente para optimizar sus resultados.

Por ese motivo, las experiencias de desinstitucionalización psiquiátrica son consideradas un ejemplo de resistencia a la medicalización, dado el alto involucramiento comunitario que implican, asumiendo concepciones y metodologías no sólo del campo médico o psicológico, sino de la diversidad del conjunto social.

Los movimientos de derechos sobre discapacidad han puesto el énfasis en combatir la discriminación y transformar la discapacidad de un problema médico en un problema de la sociedad, resistiendo activamente los conceptos medicalizados y el control de la discapacidad.

De igual forma, la sociedad civil, con los movimientos de derechos de gays y lesbianas y a través de una lucha sostenida, permitieron eliminar del DSM3 la definición de homosexualidad como trastorno, para caracterizarla como una elección sexual particular.

También la intervención social ha creado bolsones de resistencia a la medicalización del ADDH, desde instituciones escolares en Europa y grupos de padres en los Estados Unidos, hasta publicaciones y debates en América Latina.

Parafraseando a Conrad, los ejemplos más exitosos de resistencia a la medicalización son aquellos que politizan el tema y lo hacen parte de una agenda y de un movimiento social.

Referencias bibliográficas

AMBROSE, P. J.: “Drug use in spots: a veritable arena for pharmacists”, *J. Am. Pharm Assoc*, N° 44(4), 2004, pp. 501-514.

ARMUS, D.: *Avatares de la Medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires, Lugar, 2005.

BARROS, J. A. C.: *Políticas Farmacéuticas ¿al servicio de la salud?* Brasilia, UNESCO, 2004.

BASAGLIA, F.: *La institución negada: Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Buenos Aires, Barral, 1976.

BLAIS, L.: *La Psiquiatría Comunitaria y los Movimientos Sociales: choque de dos mundos. El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Ontario, Canadá*. OPS, Investigación en Salud, 2002.

CALDAS, J. M. y TORRES, F. (eds.): *Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Washington, OPS, 2005.

CALVIÑO, M.: “Acción Comunitaria en Salud Mental. Multiplicadores y Multiplicandos”, *Revista Cubana de Psicología*, Volumen 21, N° 1, 2004.

CASTEL, R.: *La gestión de los riesgos*. Barcelona, Anagrama, 1984.

_____: *El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder*. Barcelona, Siglo XXI, 1980.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS): *Vidas arrasadas*. Buenos Aires, 2007.

COHEN, H.: Taller “Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales”, Buenos Aires, Superior Tribunal de Justicia, 2008.

COHEN, H. y NATELLA, G.: *Trabajar en Salud Mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires, Lugar, 1993.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL): *Panorama Social de América Latina 2004: La pobreza en la región*. Organización de Naciones Unidas (ONU), 2004.

CONRAD, P.: “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en INGLEBY, D.: *Psiquiatría Crítica: Política de Salud Mental*. Barcelona, Crítica, 1982, pp. 129-154.

_____: “The shifting engines of medicalization”, *Journal of health and social behavior*, Volumen 46, N° 1, 2005, pp. 3-14.

_____: *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, John Hopkins University, 2007.

CHODOFF, P.: “The medicalization of the human condition”, *Psychiatric Service*, N° 53, 2002, pp. 627-628.

DECLARACIÓN DE ALMA ATA: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. Kazajistán, Alma Ata, URSS, 6-12 Septiembre, 1978.

DELEUZE, G.: *Conversaciones*. Valencia, Pre-textos, 1996.

DESJARLAIS, R., EISENBERG, L., GOOD, B. *et al.*: *Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1997.

DOUBLE, D.: "The limits of Psychiatry", *British Medical Journal*, N° 324, 2002, pp. 900-904.

EHRENBERG, A.: *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2004.

ENGEL, G.: "The need for a new medical model: a challenge for biomedicina", *Science*, N° 196, 1977.

ENGELHARDT, T.: *Los lenguajes de la Medicalización en los Fundamentos de la Bioética*. Barcelona, Paidós, 1995.

EVANS, R., BARER, M. y MARMOR, T.: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1996.

EVARISTO, P.: *Psiquiatría y Salud Mental*. Trieste, Asterios, 2000.

FEO, O.: *La salud pública en las Américas*. OPS/OMS, Washington, 2004.

FOUCAULT, M.: "Historia de la medicalización", *Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social*. Instituto de medicina social, Centro biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, *Educación médica y salud*, Volumen 11, N° 1, 1974, pp.3-25.

_____: "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", *Educación Médica y Salud*, Washington, Volumen 10, N° 2, 1976.

_____: *Historia de la Sexualidad*. Volumen 1: *La voluntad de Saber*. España, Siglo XXI, 1977.

FRANCO, J. y PECCI, C.: "La automedicación, una nueva epidemia silenciosa", *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen XVII, 2007, pp. 344-353.

GOODMAN, M. J. y GOODMAN, L. E.: "Medicalization and its discontents", *Social Science & Medicine*, N° 25(6), 1987, pp. 733-740.

GUARIDO, R.: “A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação”, *Educação e Pesquisa*, Universidade de São Paulo, N° 33(1), 2007, pp. 151-161.

HENRY, M. *et alli*: “Propranolol and the prevention of post-traumatic stress disorder: is it wrong to erase the ‘sting’ of bad memories?”, *The American Journal of Bioethics*, N° 7(9), 2007, pp. 12-20.

ILLICH, I.: *Nêmesis Médica: La expropiación de la salud*. México, Ed. Joaquín Mortiz/Planeta, 1984.

JANIN, B. y colaboradores: *Niños desatentos e hiperactivos: reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con y si hiperactividad*. Buenos Aires, Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2004.

KISHORE, J.: *A dictionary of Public Health*. New Delhi, Century Publications, 2002.

LANTZ, P. M., LICHTENSTEIN, R. L. y POLLACK, H. A.: “Health policy approaches to population health: the limits of medicalization”, *Health Aff*, Millwood, N° 26(5), 2007, pp. 1253-1257.

LEIFER, R.: “A critique of medical coercive psychiatry, and an invitation to dialogue”, *Ethical Human Sciences and Services*, N° 3(3), 2001, pp. 161-173.

LEVAV, I. (ed.): *Temas de Salud mental en la Comunidad*. Washington, OPS-OMS, 1992.

_____ : “Salud Mental: una prioridad de la salud pública”, *Revista de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires*, N° 1, 2003.

LEVINE, R. J.: “Medicalization of psychoactive substance use and the doctor-patient relationship”, *Milbank Q.*, N° 69(4), 1991, pp. 623-640.

LEY 2440 de *Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Sufrimiento Mental*. Sancionada en la Legislatura de la Provincia de Río Negro el 11 de Septiembre de 1991. Promulgada por Decreto 1.466. Boletín Oficial 909.

MÁRQUEZ, S. y MENEU, R.: “La medicalización de la vida y sus protagonistas”, *Gestión Clínica y Sanitaria*, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, Volumen 5, N° 2, 2003, pp. 47-53.

MAYES, R. y HORWITZ, A. V.: "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, N° 41(3), 2005, pp. 249-267.

MEADOR, C.: "The Art and Science of Nondisease", *New England Journal of Medicine*, N° 272, 1965, pp. 92-95.

MENÉNDEZ, E.: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México, Cuadernos de Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1983.

_____ : "El problema del Alcoholismo y la Crisis del modelo Médico hegemónico", *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 28, 1984, pp. 7-23.

MOYNIHAN, R.: "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", *British Medical Journal*, N° 324, 2002, pp. 886-891.

_____ : "The making of a disease: female sexual dysfunction", *British Medical Journal*, N° 326, 2003, pp. 45-47.

MOYNIHAN, R. y SMITH, R.: "Too Much Medicine?", *British Medical Journal*, N° 324, 2002, pp. 859-860.

MUREKIÁN, N.: *Salud Mental y Representaciones Sociales: Estructuras, Procesos y Contextos. De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos*. Tesis doctoral. Ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, 2007.

NATELLA, G.: "Modelo Clínico y Modelo Comunitario en Salud Mental". Material para el Curso *Salud Mental Comunitaria y Reforma Psiquiátrica*, impartido para la Secretaría de Salud Mental del Gobierno de Estados Mexicanos y para la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Xochimilco), México, D.F., 2005.

_____ : "La familia como Recurso Terapéutico". Conferencia para APEF (Asociación Argentina de Ayuda a la persona con esquizofrenia y sus familiares), Buenos Aires, 2007.

OMS: *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, 2001a.

_____ : *Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, 2001b.

_____ : *Recursos de Salud Mental en el Mundo*. Ginebra, 2001c.

_____ : *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Ginebra, 2004a.

_____ : *Promoción de la Salud: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica*. Ginebra, 2004b.

_____ : *WHO Resource book on mental health human rights and legislation*. Department of mental health and substance abuse, Ginebra, 2005.

_____ : *The WHO MIND Project: Mental Improvement for Nations development*. Department of Mental health & Substance Abuse, WHO Geneva, 2008.

OPS: *Declaración de Caracas*. Caracas, 1990.

_____ : *Funciones Esenciales de la Salud Pública*. Washington, 1999.

PLOTKIN, M.: *Freud en las Pampas*. Buenos Aires, Sudamericana, 2003.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *La Democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanos y ciudadanas*. Buenos Aires, Alfaguara, 2004.

RED DE FAMILIARES, USUARIOS Y VOLUNTARIOS DE SALUD MENTAL: *Exposición en el Foro de Autoridades de la Región de las Américas*. Uján, Buenos Aires, 2007.

SÁNCHEZ-VALLEJO, M.: “Los fármacos desafían a la psicoterapia”, Editorial del Diario *El País*, en *La Nación*, 24 de Enero, 2009.

SARRACENO, B.: *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México, Pax, 2003.

_____ : *Programa de acción global en salud mental*. OMS, Ginebra, 2008.

SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO: *La medicalización de la vida cotidiana: el consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos*. Buenos Aires, 2007.

SIBILIA, P.: *El hombre postorgánico: Cuerpo, Subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económico, 2005.

SMITH, R.: “In search of non disease”, *British Medical Journal*, N° 324, 2002, pp. 883-885.

SOLAL, J.: “Los medicamentos psicotrópicos o la dependencia confortable”, en EHRENBERG, A.: *Individuos bajo influencia: drogas, alcohol, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2004, pp. 191-202.

STINE, J. J.: “The use of metaphors in the service of the therapeutic alliance and therapeutic communication”, *Journal of the American Academy Of Psychoanalysis And Dynamic Psychiatry*, N° 33(3), 2005, pp. 531-545.

TESTA, M.: *Pensar en Salud*. Buenos Aires, Lugar, 1993.

UNCTAD (CONFERENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE COMERCIO Y DESARROLLO): *Informe sobre las inversiones en el Mundo*. Sao Paulo, 2004.

VÁZQUEZ, J.: *El derecho internacional como un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales y sus familias*. OPS/OMS, 2002.

VICENTE, B., COHEN, H., VALDIVIA, S. *et al.*: “Programa de salud mental en la provincia de Río Negro (Argentina)”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Volumen XVII, N° 64, 1997, pp. 753-762.

Medicalización de la salud

Graciela Laplacette - Liliana Vignau[♦]

“El médico que se acerca a un enfermo buscará enterarse de muchos pormenores por el enfermo mismo o sus cuidadores, acatando las normas del Divino Preceptor: ‘Cuando te llegues a un doliente conviene preguntarle de qué sufre, por qué causa, desde cuántos días, si ha movido el vientre y qué alimentos ingirió’. Tales términos emplea Hipócrates en su libro sobre ‘Afecciones’. Habría que añadir ‘Cuál es su oficio’; dicha interrogación puede muy bien conducir hacia las causas ocasionales de su proceso, y juzgo oportuno, más aún, necesario recordarla si se atiende a hombres del pueblo; compruebo no obstante que casi nunca ella es puesta en práctica, aunque le conste por otra parte al médico que no la tuvo bastante en cuenta, cuando de haberla observado hubiera contribuido a obtener una curación más feliz”.

Dr. Bernardino Ramazzini (1633-1701)

Introducción: La perspectiva sociológica

El propósito del presente informe es desarrollar un estado del arte respecto del tema medicalización de la salud, concepto construido en el contexto de una realidad compleja y aprehensible de modo diferente según la perspectiva en que se encuadre el análisis del investigador. En este sentido, analizar las acciones sociales desde la perspectiva sociológica lleva consigo la convicción de que:

“la sola descripción de las condiciones objetivas no logra explicar totalmente el condicionamiento social de las prácticas, es importante rescatar al agente social que las

[♦] Graciela Laplacette es socióloga, diplomada en Salud Pública. Investigadora del Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

Liliana Vignau es socióloga, docente de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Consultora de Proyectos en el Área de Salud.

produce y a su proceso de producción. Desde este posicionamiento, la relación individuo-sociedad se sustituye por la relación construida entre los dos modos de existencia de lo social: las estructuras externas, lo social hecho cosa, y las internalizadas, lo social hecho cuerpo incorporado a los individuos” (Gutiérrez, 1994: 13).

Ahora bien, los objetos complejos y los conceptos que los definen deben analizarse desde una perspectiva histórica y de integración teórica y metodológica. Un solo cuerpo teórico no permite explicar tal complejidad, ni tomar en cuenta los debates que expresan las oposiciones al interior de cada uno de los campos.⁹ En el caso de este estudio, se tratará del campo de los saberes y prácticas en torno de las problemáticas de salud/enfermedad y, más específicamente, de los procesos de medicalización que operan como mecanismos de control social; de allí que en esta elaboración del estado del arte se haya recurrido a estudios e investigaciones cuyos marcos teóricos se trazan desde perspectivas epistemológicas diferentes: materialismo histórico, teoría interpretativa, constructivismo. Lo común a todas ellas es su oposición a las concepciones positivistas, biologicistas, unicasales, ahistóricas y asociales.

Los estudios de Laurell, Breilh y Menéndez se encuadran en el marco teórico de la medicina social. En los tres casos, se utilizaron para el estudio de las determinaciones históricas y sociales del proceso salud/enfermedad categorías del materialismo histórico: modo de producción, relaciones sociales de producción, trabajo y desgaste, clases sociales. En el marco de un exhaustivo análisis de la realidad latinoamericana, Assa Cristina Laurell desarrolló una importante línea de investigación en salud de los trabajadores de la industria en México, realizando aportes metodológicos al enfoque de Salud Colectiva. El Modelo Médico Hegemónico construido por Eduardo Menéndez constituyó un modelo de análisis que permitió la problematización de las modalidades de atención del proceso salud/enfermedad/atención. Los desarrollos de Breilh en el campo de la epidemiología crítica, a la que considera una ciencia emancipadora e intercultural, posibilitaron la instalación de una línea de trabajo de complementación metodológica.

⁹ *Campo* entendido como “espacio de juego históricamente constituido con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu, en Gutiérrez, 1994: 21) y como “espacio de conflicto y competencia en el cual los participantes rivalizan por el monopolio sobre el tipo de capital y el poder” (Bourdieu y Wacquant, 2005: 45).

La crisis del paradigma biomédico

Como resultante de un profundo cuestionamiento del paradigma dominante de la enfermedad conceptualizada como fenómeno biológico individual, surge durante la segunda mitad del siglo XX, más puntualmente a partir de la década de 1960, un nuevo paradigma o corriente de pensamiento en el campo sanitario, conocida bajo el nombre de Medicina Social o Salud Colectiva, que estudió la salud/enfermedad de la colectividad como una expresión de procesos sociales. Se comenzaron a analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer político, económico e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos. La determinación del carácter histórico-social del proceso salud/enfermedad formó parte del acervo de estudios e investigaciones desarrolladas en Europa y Latinoamérica (Laurell, 1982).

Los cuestionamientos no provenían exclusivamente de esa corriente, ya que en algunas especialidades médicas –tal el ejemplo de la psiquiatría y la pediatría– se iba tomando en cuenta la influencia de las condiciones sociales, económicas y culturales que subyacían a los procesos de salud enfermedad, y se problematizaba en las instituciones sanitarias las posibilidades de la atención. En la Argentina, fueron varios los programas que comenzaron a implementarse a fin de acercar la atención médica a las comunidades. Experiencias como el Programa de Centros de Salud a partir de la década de 1960, que se englobaban en el concepto de Atención Médica Básica, tuvieron la particularidad de integrar a profesionales de las ciencias sociales a los equipos de atención y de planificar acciones en y con la comunidad. A partir de 1978, luego de la Conferencia Internacional de Alma-Ata (URSS, 1978), se desarrolla el concepto de Atención Primaria de la Salud, entendido como estrategia de organización del sistema de salud, que promovería la modificación radical de las políticas públicas y de las prácticas organizativas de las instituciones académicas y de servicios para garantizar el derecho a la salud de las poblaciones.

Desde el campo médico también surgieron voces que reflejaban cuestionamientos e intentaban reconceptualizar el saber y las prácticas médicas. Entre ellas, la del destacado pediatra Florencio Escardó, quien decía que:

“la Medicina como actividad destinada a conservar la salud del ser humano en conjunto (o si se prefiere a conservar la salud del conjunto humano) se halla en tal

estado de estancamiento que, más que inútil, se está volviendo una entidad perjudicial para la comunidad en general aunque ofrezca el aspecto de ser beneficiosa para el individuo singular (...) la deshumanización de la Medicina es un proceso deletéreo que avanza vertiginosamente. Las escuelas médicas y los educadores de la comunidad, prisioneros de un sistema cultural subordinado a la más cruda economía, parecen impotentes para detener su avance. La Medicina mantiene múltiples relaciones con la ciencia para poder aplicar tecnologías de alivio o curación (...) y no ha de interesarle tanto la biología como la biografía del paciente, a condición de que éste sea educado para que lleve al médico no tanto los datos de su padecer concreto como el modo en que su padecer se articula o se desarticula con su estilo de vida. Cuando acude al médico el paciente debe saber considerar su propia vida como un suceso” (Escardó, 1972: 35 y 50).

Miguel Sorin, quien fuera profesor de Patología de la Universidad de Córdoba, reconoce que su interés y el de su equipo por los problemas de la iatrogenia se iniciaron hacia fines de la década de 1950, cuando se incluyeron temas de psicología médica al programa de patología médica. Es así como comenzaron a incorporar una participación etiológica a la acción médica en la génesis de la ansiedad común y cotidiana de los enfermos. A partir de estos desarrollos se definieron los trastornos iatrogénicos como “las consecuencias nocivas recibidas por personas sanas o enfermas, directa o indirectamente, de acciones médicas que intentan o logran beneficiar en otros aspectos” (Sorin, 1975: 6).

Los conceptos precedentes se enuncian a manera de ejemplos de problemáticas que surgieron a partir de la crisis del paradigma médico biologicista dominante promediando la segunda mitad del siglo XX, caracterizada por la imposibilidad de dar respuesta a la emergencia de patologías tales como la desnutrición, el alcoholismo, las adicciones, las enfermedades mentales y todas aquéllas –en parte evitables– que tienen su origen y permanencia en el mantenimiento de las condiciones de pobreza y de estructuras de reproducción económica propias del sistema capitalista. Es en la intersección entre la imposibilidad de dar respuesta a las expresiones estructurales del proceso salud/enfermedad/atención y las necesidades de reproducción del sistema (desarrollo de los complejos industriales empresariales farmacéuticos y de electromedicina) donde se allanó el campo para la extensión de las prácticas médicas a la vida cotidiana de los conjuntos sociales, dando lugar al llamado proceso de medicalización.

El enfoque de la Salud Colectiva

Foucault sitúa el surgimiento de la medicina social en el desarrollo del modelo de sistema médico seguido en Occidente a partir del siglo XVIII, que –en su opinión– se basa en tres aspectos: la biohistoria, la medicalización y la economía de la salud. La biohistoria, entendida como efecto de la intervención médica a nivel biológico, el trazo que pueda dejar en la historia de la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII. La medicalización, como la extensión de las prácticas médicas a las áreas de la conducta y el comportamiento humano realizadas de manera intensa y extensa. La economía de la salud, como un área que se desarrolla a partir del mejoramiento y el consumo de servicios de salud que comienzan a producir y reproducir económicamente (Foucault, 1978).

El término Salud Colectiva comienza a utilizarse con el objeto de diferenciarse de la Salud Pública, entendiendo que ésta se basa en una concepción reduccionista de la salud y muy ligada a cierto tipo de intervención del Estado. Mientras la Salud Pública centra su acción desde la óptica del Estado –con los intereses que éste representa en las sociedades capitalistas–, la Salud Colectiva se concibe como recurso de la lucha popular y la crítica-renovación estratégica del quehacer estatal.

La concepción tradicional de salud pública, basada en el empirismo y sus variantes, percibe el mundo con las siguientes características: ser segmentado (esto significa que procesos físicos, biológicos y sociales constituyen realidades diferentes y sólo se tocan exteriormente, como en el caso de la cadena de transmisión de infecciones); ser regular o periódico (los procesos se reducen a sistemas dinámicos tendientes al equilibrio, periodicidad y armonía, por ejemplo, tríada ecológica e historia natural); estar regido por un determinismo mecanicista (determinado por las relaciones externas y reducido a conexiones causales); constituir un mundo ajerárquico (donde los fenómenos se analizan según el principio reduccionista de que todo obedece a las mismas leyes “fundamentales” de la Naturaleza, tal es el caso del sometimiento de todo análisis epidemiológico a las leyes probabilísticas de los sistemas regulares).

El enfoque biomédico de la salud conlleva dos tipos de limitaciones para la generación de conocimientos sobre salud/enfermedad colectiva: la especificidad que en lo metodológico le otorga a las ciencias naturales y la desarticulación del individuo de la

totalidad social. Como contrapartida, el concepto de Salud Colectiva postula la necesidad de estudiar la enfermedad no en la apariencia individual (como lo define la medicina, en términos de enfermedad biológica de individuos), sino en la colectividad humana. De esta manera, el nuevo paradigma de la medicina social o Salud Colectiva asume desde un principio el papel central de las ciencias sociales en el análisis de la salud/enfermedad colectiva (Laurell, 1982).

No se trata de una integración de paradigmas yuxtaponiendo las ciencias bio-médicas y las ciencias sociales, sino de pensar el problema en conjunto. A tales efectos, se plantearon tres problemas: 1) Comprobar el carácter social de la Salud como término de la ecuación. 2) Definir el objeto de estudio. 3) Conceptualizar causalidad, determinación; cuestiones que se intentaron resolver apelando a categorías de análisis del materialismo histórico, utilizando perfiles epidemiológicos en distintos momentos históricos y en países con desigual desarrollo económico, y abocándose a la construcción de grupos según el modo en que éstos se relacionan en el proceso de trabajo de la sociedad. En cuanto a la causalidad y determinación, el enfoque de Salud Colectiva discute los modelos unicausal y multicausal en tanto en éstos el factor social no existe o su existencia depende de su aparición; es decir, se proponen “explicar partiendo de la suposición de la imposibilidad de conocer la esencia de las cosas” (Laurell, 1982).

La cuestión de la salud/enfermedad, así como de la medicina y las instituciones médicas, son colocadas en relación con la totalidad social y con cada una de sus instancias dentro de la especificidad histórica de su manifestación. Salud/enfermedad pasan a ser tratadas no como categorías ahistóricas, sino como un proceso fundamentado en la base material de su producción y con las características biológicas y culturales con que se manifiesta. Son vistas como manifestaciones –tanto en los individuos como en lo colectivo– “de formas particulares de articulación de los procesos biológicos y sociales en el proceso de reproducción. Así, lo individual, de la misma forma que lo colectivo, son fenómenos biológicos socialmente determinados” (Castellanos, en Souza Minayo, 1995: 65).

En América Latina, los estudios de Laurell, Breilh, Almeida Fihlo y Souza Minayo establecen la relación entre el contexto socio-histórico y las condiciones cotidianas de vida de los grupos sociales, los perfiles de salud/enfermedad y las prácticas de atención de la

salud de dichos conjuntos. Los estudios de Laurell, a partir de la década de 1960, muestran que la industrialización dependiente en los países periféricos se dio junto a una internacionalización del capital, con fuertes migraciones hacia las ciudades y una desigualdad marcada entre ricos y pobres, así como perfiles diferenciales de salud/enfermedad por clases sociales.

Se produce así una revisión crítica del objeto tradicional denominado Salud Pública, constructo asociado a lo “público” y relacionado con las políticas propuestas por el Estado. El objeto de la Salud Colectiva está vinculado con los derechos, las determinaciones socio-históricas del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado y, por consiguiente, con una crítica a la noción de que el individuo es el único responsable de su salud/enfermedad.

Tal como lo plantean algunos autores (Breilh, 2003; Escudero, 2007), los avances de la Salud Colectiva deben hacerse en una realidad altamente compleja, globalmente interdependiente y caracterizada por una espiral de creciente inequidad para los países de América Latina.

Se observa en este período cómo la Salud Colectiva incorpora definitivamente a las ciencias sociales en el estudio de los fenómenos de salud/enfermedad. Según Texeira, se transfiere el énfasis de los cuerpos biológicos a los cuerpos sociales: grupos, clases y relaciones sociales referidos al proceso salud/enfermedad.

La obra de Jaime Breilh (1997) desarrolla el enfoque de la Salud Colectiva nutrido por una profunda actividad de docencia, investigación e intervenciones llevadas a cabo por centros de estudio, universidades y grupos profesionales durante más de 25 años. Es así que considera a la Salud Pública –acertadamente llamada Salud Colectiva en Brasil– como un instrumento clave de la práctica social. Concierno a todo ese vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla y no se reduce, por tanto, a sus expresiones institucionales, ni aun a los servicios asistenciales de la administración pública (Breilh, 1997: 19). En síntesis, la Salud Colectiva surge como un término vinculado a un esfuerzo de transformación, como vehículo de una construcción alternativa de la realidad que es el objeto de la acción, de los métodos para estudiarla y de las formas de praxis que se requieren.

En el problema específico de la Salud Colectiva –por tratarse de un objeto complejo, que comparte elementos del dominio de lo social, biológico y físico–, la incorporación de

ciencias aplicadas trae consigo la dificultad de comprender la unidad en medio de la diversidad de procesos involucrados. Esto explica porqué todavía predominan enfoques fragmentarios que desarticulan la realidad y sólo ligan artificialmente y externamente los procesos de las distintas esferas. Para entender la dimensión social de la malaria o del cáncer, tenemos que integrar los procesos de la vida social con los del sujeto y, al hacerlo, ya no quedan aspectos puramente sociales ni aspectos puramente biológicos o psicológicos, sino una nueva forma de realidad que integra a los dos bajo una determinada jerarquía. Es en el objeto donde radica la unidad; las fragmentaciones pueden ser formas de ordenamiento de las disciplinas del conocimiento, pero no la realidad misma.

Lo que separa a la vida humana, como expresión superior del desarrollo de la naturaleza, de otras formas de vida, es: a) Un proceso clave, que es el trabajo creativo-consciente y con imaginación previa. La población humana no está motivada por instintos inscritos en un programa natural, sino por un proyecto colectivo consciente. b) La historicidad y la libertad son consustanciales a lo humano (ya que la especie humana posee un dominio sobre la naturaleza).

La vida humana, por otra parte, no es estática ni tiende a un movimiento cerrado, sino que se caracteriza por la transformación constante: a) Es un proceso esencialmente colectivo definido por un movimiento histórico regido por leyes que constituyen su esencia y que se manifiestan en hechos observables denominados fenómenos. b) El mundo real es contradictorio y por eso dinámico. c) La realidad social es unitaria y no parcelaria: pese a que existen procesos generales, particulares y singulares, comparten propiedades definitorias universales, es decir, existe una unidad en medio de la diversidad. d) La vida colectiva se realiza como parte del mundo jerarquizado, donde existen procesos que tienen más peso que otros al definir las características del movimiento.

La salud/enfermedad de los trabajadores, por ejemplo, debe abordarse como un proceso unitario y dinámico que se configura en el seno de la vida social, la cual se forja tanto en los procesos generales o más amplios de una sociedad, cuanto en los particulares de una clase o grupo, así como también se determina por lo que ocurre en la cotidianidad familiar, para especificarse finalmente en cuerpos y mentes humanas concretas. El proceso laboral, como cualquier otra área de la vida humana, no es en sí mismo ni puramente beneficioso para la salud ni exclusivamente dañino; sus aspectos benéficos y sus facetas

destructivas coexisten y operan de modo distinto de acuerdo al momento histórico y a la clase o grupo social a los que se haga referencia. Esto quiere decir que el estado de salud de un grupo de trabajadores es el resultado de la oposición permanente que existe entre los aspectos saludables y protectores que un grupo disfruta y los procesos destructivos que padece, de acuerdo a su específica forma de inserción histórica.

Cuando en un grupo se acumulan e intensifican las modalidades destructivas de trabajo, las formas de consumo carenciales y deformadas, los patrones culturales alienantes y la ausencia o debilidad de la organización del grupo, su calidad de vida y capacidad defensiva desmejoran y se potencian los procesos familiares destructivos, así como los procesos fisiopatológicos del genotipo. Lo contrario sucede cuando se expanden y mejoran los procesos saludables o protectores y avanza la fisiología plena en los fenotipos. De esta manera, en cada momento específico predomina uno de los dos polos de la contradicción y se manifiesta en las personas como estado de salud o de enfermedad, según predominen los procesos benéficos o destructivos, respectivamente (Breilh, 1997: 100).

Medicalización y modelos de atención

Se propone para el análisis y discusión el concepto de “medicalización” acuñado por Eduardo Menéndez: “refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización”. El autor, quien elabora una teoría sobre el modelo imperante en el sistema de salud al que denomina modelo médico hegemónico –enfaticando así el predominio de los médicos por sobre otros profesionales del equipo de salud y su relación asimétrica con la población–, señala que una de sus características, entre otros rasgos estructurales, es la tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, produciendo una normatización de la salud/enfermedad en el sentido medicalizador, lo que contribuye al control social e ideológico y que induce al consumismo médico. Ejemplos de áreas de la vida cotidiana medicalizadas serían ciertos ciclos vitales como la adolescencia o la vejez y procesos como el embarazo y el parto.

Los “modelos de atención” son las formas socialmente organizadas para la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2004).

Desde este marco teórico, asumimos que en las sociedades latinoamericanas existen y conviven diferentes formas de atención a la enfermedad, “que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación” (Menéndez, 2004: 11). Una de ellas es la biomedicina, que por razones económicas, políticas y técnicas ha ocupado una posición hegemónica, estableciendo relaciones de antagonismo y marginación con el resto de las modalidades de atención.

El modelo biomédico o modelo médico hegemónico ha sido caracterizado por Menéndez con rasgos estructurales que posicionan al médico en un lugar privilegiado respecto del resto de los miembros del equipo de salud. Lo define como:

“el 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 teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988: 451).

Esta definición no pretende considerar a las funciones de la medicina como negativas, ni hacer una recuperación idealizada de las prácticas alternativas. Al tratarse de un modelo, es una abstracción de la realidad que se analiza, por lo que toma de ella los rasgos más salientes, que aparecen potenciándose y reforzándose dialécticamente.

Algunos cambios en la estructura de las sociedades y en los problemas de salud de la población han producido condiciones que ponen en duda la eficacia del modelo médico. El predominio de las enfermedades crónicas sobre las infectocontagiosas, el excesivo costo de los medicamentos y estudios diagnósticos (aumentando la brecha entre quienes tienen acceso y quienes no a dicha atención), los nuevos problemas complejos vinculados a la salud tales como el maltrato, la violencia y las adicciones, son algunos de los cambios que dificultan el logro de los éxitos alcanzados anteriormente por la medicina científica. Cuando se socava la eficacia del modelo, surgen las condiciones de su crisis.

Cinco son los rasgos que intervienen en la crisis del modelo médico hegemónico: 1) Tiene una concepción de la salud individual y biológica, descontextualizada social e históricamente. 2) Es un modelo tecnocrático fundado en la idea de que el desarrollo científico y tecnológico conduce al bienestar, que en los hechos se traduce en un monopolio del saber que utiliza un lenguaje definido previamente como científico, lo que produce relaciones asimétricas y pasividad en las personas. 3) Es medicalizante, ya que la medicina invade la totalidad de las prácticas sociales y refuerza su función de control al definir la desviación como enfermedad. 4) Aumenta la iatrogenia, con consecuencias sociales correlativas. 5) No es igualitario, ya que el acceso a las prácticas en condiciones de excelencia está asociado a la disponibilidad de tecnología, a la cual no acceden no sólo importantes conjuntos sociales, sino también profesionales médicos que no cuentan con las posibilidades de disponer de los recursos ni de las especializaciones (Belmartino, 1987).

Si bien aún tienen vigencia algunos rasgos del modelo médico hegemónico en los equipos de salud, la precarización laboral del profesional médico en algunos países y la dificultad del modelo para mostrar la eficacia en el tratamiento de ciertos problemas de salud vigentes, estarían modificando su predominio.

En paralelo a este fenómeno, se está desarrollando en las sociedades latinoamericanas un incremento de las denominadas medicinas alternativas o paralelas (en relación al modelo biomédico), dando lugar a una práctica cada vez más extendida en todos los grupos sociales: utilizar varias formas de atención para resolver diferentes problemas e, incluso, para el mismo problema de salud.

Este proceso de expansión y difusión del uso de medicinas alternativas no sólo se desarrolla en el medio rural, sino también en ámbitos urbanos.

La “desilusión” por la falta de eficacia de la biomedicina es una de las razones del incremento en la demanda de otros modelos de atención. A la vez, este fenómeno se potencia con la intervención en los últimos años de la industria químico-farmacéutica (uno de los actores más poderosos en la medicalización de la salud, como veremos luego), que ofrece un amplio espectro de productos de medicina herbolaria.

Actores sociales vinculados a la medicalización de la salud

Se definirá como “actores sociales” a aquellos sujetos individuales o colectivos que, en una situación dada, controlan recursos de poder suficientes como para influir de forma significativa en los acontecimientos que conforman dicha situación (Rovere, 1993). Los actores sociales interactúan en un sistema incierto y ninguno tiene la capacidad de controlar todas las variables actuantes en el proceso social en el que están involucrados. Cada actor se posiciona y lee la “realidad” de la situación distintivamente, determinado por su historia, su ideología, sus intereses y su capacidad de acción; esa manera particular de explicar la realidad será el fundamento de su acción. El poder que detentan es de carácter relacional, en el sentido en que lo define Foucault: “una acción sobre una acción o sobre el campo posible de acción”. Las estrategias que dichos actores utilizan, a su vez, son “dispositivos históricos y culturales, así como estrategias globales que hacen posible tanto el ejercicio como la resistencia frente al poder” (Fernández González, 2002: 2).

Es interesante retomar algunos postulados de la teoría foucaultiana referidos a las estrategias puestas en juego en el campo de fuerzas de los actores sociales, para desentrañar “de qué maneras se asocian saberes y poderes” con el objeto de generar, legitimar y sostener el proceso que hemos llamado medicalización de la salud o de la vida cotidiana (Fernández González, 2002). Al analizar el posicionamiento y comportamiento de diversos actores que, a nuestro juicio, operan en la producción y reproducción de la medicalización de la salud, se intentará detectar cuáles son los movimientos estratégicos para lograr sus objetivos.

Los enfoques de Foucault y posfoucaultianos señalan la concentración de poder que los médicos logran como resultado de la medicalización de la sociedad. En este marco, el fenómeno de la medicalización puede ser comprendido como parte de la estrategia de “normalización” de la sociedad, formando parte de los sistemas de control social.

En la actualidad, el enfoque dominante busca distanciarse de la repetición mecánica y simplificadora de los postulados foucaultianos, tratando de utilizarlos de un modo más matizado y cauteloso. Desde la mitad del siglo XX, aparecen en la agenda pública los

postulados de la salud como un derecho y como parte del proceso de construcción de ciudadanía. Si bien no siempre los enfermos se han constituido en actores sociales influyentes, en algunos casos (y como caso paradigmático, el fenómeno VIH-SIDA) han presionado en la gestación de políticas de salud y en las prácticas médicas.

Por otro lado, es necesario estudiar la complejidad de las relaciones entre quienes quieren curar y quienes necesitan curarse, así como las variadas percepciones y recursos que circulan en torno a la enfermedad y que exceden en mucho al discurso médico oficial. Los estudios que se definen desde la perspectiva de los actores sociales enfatizan la necesidad de incorporar a la agencia humana para comprender nuestra realidad.¹⁰

En un modelo explicativo que incluya la complejidad antes mencionada, además de las interpretaciones foucaultianas sobre la hegemonía de los saberes y prácticas de los profesionales de la salud, es necesario analizar y problematizar la supuesta pasividad de los enfermos y sus familiares, así como la participación de otros actores que, por acción u omisión, operan como determinantes estratégicos de la medicalización de la salud (el Estado, el sistema legal, las empresas productoras de sustancias psicoactivas y farmacológicas, los medios de difusión, las modalidades de distribución de las sustancias y, por supuesto, la población).

En este marco, podemos sostener que, en la sociedad actual, no sólo los médicos concentran el poder e imponen sus saberes y prácticas en el proceso de medicalización, sino que existe un conjunto de actores en un contexto socio-histórico particular que facilitan y legitiman la expansión de la medicalización a la vida cotidiana.

1. El equipo de salud y los médicos en particular

Han sido identificados como responsables de la farmacologización de la vida cotidiana. Un eje teórico de análisis plantea la responsabilidad de estos profesionales en el uso indiscriminado –y a veces innecesario– de prácticas de intervención en la vida de las personas, que van desde la medicación hasta la indicación de estudios diagnósticos y

¹⁰ Sautú define “agencia humana” como “la capacidad autónoma de actuar más allá de los condicionamientos que impone el sistema social” (Sautú, 2003: 34-35).

terapéuticos que podrían haber sido evitados o dosificados (situación que ha generado numerosos juicios por mala praxis).

En este sentido, el psiquiatra norteamericano Chodoff cuestiona lo que él llama la “remedicalización” de su profesión. Según él, dicho fenómeno se produce como reacción frente a la hegemonía de la comunidad psicoanalítica y la actitud descalificatoria hacia los psiquiatras que utilizaban medicamentos en la atención de ciertos pacientes. Sin desconocer el valor del uso de medicamentos en los casos que así lo requieren, el cuestionamiento de Chodoff apunta al abuso en la prescripción de fármacos por parte de algunos psiquiatras norteamericanos, quienes:

“en su afán de incluir todas las variedades y extravagancias de los sentimientos y comportamientos humanos en su ámbito profesional, corren el riesgo de medicalizar no sólo la Psiquiatría, sino la propia condición humana. Medicalizar la condición humana es aplicar una etiqueta diagnóstica a varios sentimientos o comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente normales pero que se sitúan en un área nebulosa, difícil de distinguir, de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser humano” (Chodoff, 2002: 628).

El autor agrega: “debe reconocerse que los síndromes clínicos se solapan con ciertos sentimientos y comportamientos no deseados que son tan frecuentes que considerarlos como enfermedad o incluso como trastorno haría que estos términos acabaran careciendo de significado” (Chodoff, 2002: 627). Ejemplos de ello son los estados de tristeza y depresión que no requieren el mismo tratamiento que una depresión clínica. En esa línea de pensamiento, cabe señalar que predomina una cultura en la que las representaciones sociales sostienen el silenciamiento de sensaciones de tedio, cansancio, angustia, miedo y otras expresiones de malestar en general. Frente a éstas, se legitima el hábito de la farmacologización de la vida cotidiana, es decir, “del ajuste personal por la vía de la química de las sustancias, incluyendo al alcohol” (Míguez, 2005: 33). La medicina, más que ir a la raíz de los problemas de salud, busca combatir las manifestaciones y los efectos de la enfermedad basándose en la farmacología y en la sobre-medicación del paciente.

2. Las empresas químico-farmacológicas

Las sociedades en general, y la argentina entre ellas, están viviendo un proceso de mercantilización de la salud, que la convierte en uno más de los bienes del mercado. Según señala Escudero (2007: 271):

“La presión para convertir a la salud en un área prioritaria de beneficio capitalista sigue siendo muy fuerte, motorizada principalmente por los organismos rectores del capitalismo mundial: la Organización Mundial de Comercio, el FMI y el Banco Mundial, además de una larga lista de gobiernos de países centrales, especialmente aquellos que fabrican medicamentos nuevos y que han colocado capitales en los seguros privados de América Latina”.

En el proceso de mercantilización de la salud, los medicamentos se constituyen en un área central en la puja por el poder económico de las empresas, que desarrollan diversas estrategias para aumentar sus ganancias y mantener la hegemonía.¹¹

Las empresas químico-farmacéuticas son actores poderosos en el fenómeno de la medicalización de la salud, ya que juegan un rol activo no sólo en la producción de sustancias sino también en la construcción de patrones de legitimación del consumo de medicamentos.

Peter Conrad (2005) sostiene la necesidad de un cambio de focalización del proceso de medicalización de cara al siglo XXI. Analiza los cambios suscitados en las pasadas dos décadas, que alteraron la situación del médico como motor de dicho proceso. Se da un desarrollo de la biotecnología (industria farmacológica y genética), que subordina el rol del médico a los intereses del mercado y de los consumidores.

Al mantener, en buena medida, el monopolio de la producción de medicamentos, estas empresas intervienen en la organización de la atención de la salud y en el grado de accesibilidad de la población a este beneficio. El medicamento, en nuestro país, se constituye como uno de los ordenadores del sistema sanitario, ya que genera el 30 por ciento del gasto total, duplicando en porcentajes a los países desarrollados.

¹¹ “Los fabricantes tienen un amplio menú de opciones –algunas francamente antiéticas– para utilizar contra los países –incluyendo algunos de América Latina– que intentan fabricar medicamentos útiles, limitar las innovaciones innecesarias, controlar precios e introducir reparos éticos en los trabajos de campo de prueba de eficacia de medicamentos” (Escudero, 2007).

Houmedes y Aguledo (2008) han estudiado las transformaciones de la industria farmacéutica en Estados Unidos en los últimos treinta años. Ambos investigadores parten de la hipótesis que el “modelo de investigación innovadora” pone más recursos en publicidad y venta que en “innovación”, cuestión que se comprueba al observar que las patentes han creado un monopolio y que la industria prioriza las investigaciones de nuevos medicamentos entre aquellos que a futuro podrán vender cantidades redituables económicamente, lo que ha producido que algunos laboratorios importantes hayan cerrado sus unidades de investigación y dejado de lado la fabricación de medicamentos para enfermedades poco conocidas o de mercados restringidos, como las fórmulas pediátricas en medicamentos para niños afectados por VIH-SIDA. Los científicos son reemplazados por gerentes y directores de multinacionales en la conducción de las corporaciones y los diseños de ensayos no son elaborados siempre por las divisiones científicas, sino por las de promoción y venta. A todo ello se agrega que los ingresos de las compañías se orientan a gastos de juicios por efectos secundarios de los medicamentos, a campañas publicitarias, a pago de visitadores, muestras gratis, anuncios en literatura profesional y académica y financiación de educación continuada de médicos que sólo ejercen de voceros en congresos de la industria.

3. Los medios de comunicación

Una de las áreas utilizadas tanto por la industria farmacéutica como por las empresas productoras de bebidas alcohólicas ha sido el campo publicitario, en el que los medios de difusión masiva (especialmente televisión y radio) han jugado un rol decisivo.

La estrategia publicitaria seleccionada en ambos casos apunta a imponer sus productos –ya sean los medicamentos de venta libre u otro tipo de sustancias– y convertirlos en una “necesidad” para la población. Esta estrategia de mercado, a la vez que garantiza el rédito económico de las empresas productoras, traslada la responsabilidad del consumo al sujeto, dejando librada su elección a personas con diferentes criterios y recursos culturales para seleccionar aquellos productos que contribuyen a su salud o la ponen en riesgo.

4. El Estado y la legislación

En general, la legislación nacional opera todavía desde el modelo tradicional de considerar el consumo abusivo de sustancias como un problema individual y penalizar a quien consume, sin tener en cuenta su grado de vulnerabilidad, de exposición (o imposición) al producto ni otros determinantes socio-históricos que hacen que el fenómeno del consumo exista y se expanda en determinados grupos sociales.

En la actualidad, el consumo de drogas se convirtió en un delito planetario en base a los Convenios de Ginebra. En mérito a ello, los usuarios de drogas pasaron a ser percibidos como una amenaza, tanto desde la perspectiva social como desde la salud pública. Medicina y Justicia se disputan el control de esta anomalía. La legislación en nuestro país favoreció el encuadramiento del usuario de drogas como enfermo y delincuente.

5. La población. La participación social en salud

Cuando se estudian las prácticas vinculadas a la salud, es necesario reconocer un conjunto de concepciones y prácticas referidas al cuidado de la misma que van más allá de la ciencia médica y que operan en la población a la hora de tomar decisiones (Herzlich, 1988). Estas representaciones sociales respecto de la salud y la enfermedad son construcciones colectivas y dinámicas que incluyen aspectos contradictorios. Es frecuente observar que los grupos socialmente más vulnerables y desplazados adoptan, total o parcialmente, representaciones sociales producidas por los grupos hegemónicos (Souza Minayo, 1995). En este sentido, algunos grupos sociales incorporan acríticamente de los discursos imperantes algunas prácticas no protectoras para su salud. Como parte de ese discurso, ampliamente difundido, la población legitima la medicalización de la salud y de su vida cotidiana sin indagar las razones científicas que la sustentan.

Cabe aquí introducir una conjetura señalada por Eduardo Menéndez (2004: 28): “la exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico-paciente, es decir la prescripción de tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos”.

El autor sostiene que la falta de incorporación de esa mirada en perspectiva por parte de los profesionales impide observar los beneficios de determinados fármacos a lo largo del

tiempo, pero también sus efectos nocivos (sea porque no es el pertinente o porque el uso prolongado produce secuelas no deseadas). Muchas veces, esta actitud poco científica se resuelve adjudicando al paciente una falta de criterio en la administración de la medicación; actitud que se sostiene en un modelo asistemático y paternalista del médico.

Esta ausencia de una concepción histórica y esclarecedora de los procesos sociales vinculados a la salud es también compartida por la población que acompaña algunos vaivenes en las teorías médicas sin contar con argumentos sólidos que las justifiquen. El tan saludable y beneficioso hábito de lactar al pecho fue cuestionado por el equipo de salud aduciendo razones de higiene (que se potenciaron en este caso con los intereses de las industrias farmacéuticas productoras de fórmulas lácteas) y sugerido e impuesto a una población que traía una cultura de amamantamiento. Tiempo después, los mismos profesionales son los que proclaman nuevamente las bondades de la lactancia materna, en cuanto a la alimentación y prevención de infecciones y como garante de la construcción del vínculo madre-hijo.

El carácter colectivo de las representaciones sociales en salud se pudo observar en un estudio realizado en Francia por Jeninne Pierret (1988), donde se indagó la existencia de las diversas concepciones de salud que expresaban grupos llamados por la investigadora socio-profesionales.¹² Si bien existen “nociones abarcadoras” construidas por el colectivo social acerca de la salud/enfermedad, cada grupo social hace de dicha visión global una versión particular, de acuerdo a su posición en el conjunto de la sociedad. Representación que es portadora de los intereses específicos de los grupos, así como de su dinamismo. En una sociedad inequitativa –como las sociedades latinoamericanas– las concepciones de salud/enfermedad/atención están marcadas por estas contradicciones. Es en este contexto que puede observarse cómo las representaciones propias de los sectores dominantes se imponen al resto de los grupos, quienes suelen desarrollar procesos de subordinación y resistencia respecto de dichas conceptualizaciones y prácticas (Minayo, 1995).

A mediados de los ochenta, y en el marco de la restauración democrática en el país, se promovieron y desarrollaron múltiples experiencias de participación social en salud,

¹² En este estudio se demostró que el campesinado, los obreros, los empleados (subdivididos según su pertenencia a empresas privadas y públicas) y los docentes de escuelas secundarias poseían distintas concepciones de salud, vinculadas con las necesidades de la vida cotidiana, así como diferentes perspectivas de resolución.

organizadas desde el ámbito del Estado y desde la sociedad civil. A la población se la instaba a participar en programas y proyectos radicados en los ámbitos locales. Algunas experiencias lograron avanzar en el desarrollo de reflexiones, investigaciones y acciones de significativo impacto, tal el caso de jornadas y encuentros con nutrida participación de representantes de las comunidades y de organizaciones de profesionales de la salud. Menéndez (2006) analiza estas experiencias y observa críticamente que la exclusión de la dimensión histórica del saber médico y de los saberes y prácticas de los conjuntos sociales, también adquiere características especiales si la referimos a la participación social en salud (en adelante, PS) y a las prácticas médicas. En su opinión, la mayoría de las reflexiones, investigaciones y acciones desarrolladas en el campo de la salud que involucran a la población, tienen una tendencia a actuar en el vacío histórico, lo que conduce a desconocer la existencia de formas de participación previas en las comunidades, grupos y sujetos. Esto explicaría muchos obstáculos –y en oportunidades, fracasos– de las propuestas participativas.

Otro enfoque elabora y ejecuta sus propuestas desde un “situacionismo” que se funda en la consideración de que los conjuntos sociales “reinventan” los procesos participativos a partir de la “situacionalidad” de los actores.

Un tercer enfoque es el de quienes se hacen cargo de los procesos de ruptura y continuidad de grupos e instituciones; de allí la importancia de la recuperación de experiencias participativas, aunque –como alerta Menéndez (2006: 55)–, “esta concepción evidencia frecuentemente una tendencia a venerar arqueológicamente el pasado en sí que frecuentemente ignora las resignificaciones y problemas del presente”.

La mayoría de los proyectos de PS centrados en lo político, colectivo y transformador entraron en crisis en las décadas de 1970 y 1980. Su fracaso e inviabilidad llevaron a la expresión paradójica de una mayor presencia de PS como control en la toma de decisiones o en términos de “empoderamiento”. La caída de los grandes relatos condujo a tendencias hacia la atomización, indiferencia y escepticismo por lo colectivo. Se afinaron particularidades específicas: mujer, diversidad sexual, salud mental, etnia. Así, se fueron prefigurando sujetos dependientes, con pérdida de autonomía, que delegaban sus actividades –incluso su identidad– a una multiplicidad de instancias e instituciones.

Modelos teóricos aplicados al consumo de sustancias psicoactivas

“Las sustancias psicoactivas se encuentran entramadas en las culturas en relaciones simbólicas múltiples, las que con frecuencia se vinculan a un *control social*; intervienen, a su vez, en los intercambios sociales y económicos y contienen rituales ligados a cosmogonías de la tierra y de la trascendencia”. Así da cuenta de la relación milenaria del hombre con las sustancias que alteran la conciencia un informe socio-jurídico (Bialokowsky y Catani, 2001), en el que se señala que la práctica social del consumo indicaba en la antigüedad clásica y en la andina el acto de consumo colectivo. Por el contrario, en la cultura occidental la droga se mimetiza, como mercancía, y asume las reglas de circulación del mercado legal e ilegal.

Bialakovsky y Catani se refieren al uso social de la droga, recortado de las drogas en general. En la raíz griega, remite a una sustancia que es a la vez remedio y veneno. En la modernidad tardía, señala un campo restringido de las sustancias psicoactivas ilegalizadas internacionalmente. El constructo cultural “drogas”, en especial en el mundo occidental, se sustrae de la generalidad de sus significados históricos y se reduce a connotar y construir anormalidad de determinados consumos, pero utilizando una denominación genérica. Se produce el doble juego de denuncia social y velación de consumos igualmente nocivos pero despenalizados.

Frente al consumo de sustancias psicoactivas, la sociedad en su conjunto –y ciertos actores sociales en particular– se ha manejado en base a diferentes modelos teóricos que condicionan fuertemente las prácticas. Algunos de estos modelos hacen énfasis exclusivamente en la sustancia; otros en el individuo que consume; existen también los que toman en cuenta el contexto social en que se produce el fenómeno; así como modelos totalmente descontextualizados. Dichos paradigmas serán analizados a continuación.

1. Modelo ético-jurídico

Se centra fundamentalmente en la sustancia, otorgándole el carácter de agente activo. El individuo que la consume es visto como una “víctima” no informada de los riesgos, que debe ser protegida mediante medidas legislativas que restrinjan o limiten su disponibilidad (Nowlis, 1975). Este enfoque hace hincapié en las características de la oferta y el grado de peligrosidad de la sustancia, sin profundizar en los determinantes psicosociales que condicionan su consumo.

2. Modelo de la medicina y psicología clínica

Gira en torno al diagnóstico del individuo y al tratamiento posterior de aquellos considerados con trastornos biopsicopatológicos a consecuencia del consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Este modelo, vigente todavía en los ámbitos académicos y terapéuticos, no sólo desconoce las fuerzas sociales, económicas y culturales del consumo sobre los estilos de vida, sino que tiene en cuenta exclusivamente a aquellas personas que presentan signos adictivos o de dependencia extrema de la sustancia. Deja afuera, así, a un gran espectro de consumidores que lo hacen en forma abusiva, pero que no necesariamente tienen síntomas de dependencia.

3. La mirada desde la Salud Colectiva

A los modelos descriptos se opone el enfoque de Salud Colectiva, que incorpora en el análisis del consumo de sustancias los determinantes y condicionantes de procesos de diverso orden ya que, desde este modelo, el proceso de salud/enfermedad es el producto de:

“un movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos que juegan y se determinan mutuamente. La ciencia contemporánea reconoce que las contingencias personales y el albedrío individual generan o recrean condiciones particulares, que pasan a socializarse en el orden de lo macro, el cual a su vez reproduce las condiciones para el devenir de los fenómenos de orden micro social” (Breilh, 2003: 51).

Los procesos particulares de tolerancia y aceptación familiar, las pautas de consumo entre pares legitimadas desde la cultura grupal, los determinantes más estructurales derivados de las políticas públicas, el sistema legal, las estrategias de mercado de las

empresas productoras y distribuidoras de las sustancias; en definitiva, el llamado “contexto social”, se consolida como un entramado dinámico y complejo de fuerzas operando conjuntamente con la subjetividad de los individuos. Las influencias interpersonales –en especial, familiares y de pares– en el marco de un contexto histórico y social determinado y compartido, se constituyen en variables que permiten analizar el consumo abusivo de alcohol y drogas.

En síntesis, la Salud Colectiva propone un modelo que contemple la subjetividad y la agenda social de los actores individuales y colectivos, así como las condiciones estructurales y los procesos más generales de nivel económico, político y cultural con las mediaciones de género, familiar, etcétera.

Proceso de alcoholización y uso indebido de drogas y medicamentos

El uso abusivo del alcohol en busca de sus propiedades “remediales” sobre el estado de ánimo o el comportamiento, es una manifestación de la farmacologización de la vida cotidiana frente a diferentes situaciones de exigencia o trastorno social. Esta utilización, promovida como vía para resolver emociones y comportamientos poco funcionales, se extiende a otras sustancias psicoactivas (menos toleradas que el alcohol), al modelizar una forma de respuesta frente a situaciones conflictivas como el tedio, cansancio, angustia, miedo o cualquier otro malestar (Míguez, 2005).

El incremento del consumo de alcohol y, probablemente, de otras sustancias psicoactivas, puede comprenderse a partir del aumento de la disponibilidad y del acceso a éstos, aun en el caso de los grupos sociablemente más vulnerables. El concepto de disponibilidad, tal como fuera utilizado por Míguez, está referido a la convivencia no buscada, amplia en su distribución y constante en el tiempo. En algunas regiones de nuestro país (especialmente en las zonas urbanas), se ha observado una penetración de los espacios comunitarios debido a la venta de sustancias, mantenimiento de bajos costos de algunos tipos (la cerveza entre las bebidas alcohólicas, la pasta base y otras presentaciones) y una agresiva campaña de difusión masiva en el caso de la promoción de la cerveza entre los jóvenes. La oferta de algunas de ellas se ha desarrollado en nuestro país mediante estrategias de bajo precio y normas de comercialización y expendio que facilitan su acceso.

En el aumento de este consumo, los actores sociales predominantes no han sido los profesionales del equipo de salud, sino otros vinculados con las empresas de producción y comercialización del alcohol.

Ya se ha expresado en este informe que durante el siglo XX cada vez más situaciones, que antes no eran definidas como “problemas médicos”, ingresaron en esa jurisdicción. Se configura, así, un proceso de medicalización de la vida, con importantes consecuencias en las formas de definir, interpretar y tratar el uso y abuso de drogas.

Un informe de Graciela Touzé (2001) estudia la medicalización de la anormalidad, es decir, la definición de anormalidad como problema médico, que obliga a dar alguna respuesta de tratamiento. Dos categorías provenientes del acervo sociológico –construcción social de la enfermedad y relación entre enfermedad y anormalidad– son requerimientos del análisis del concepto de medicalización.

Al otorgar significado médico a la conducta desviada, se dice que la rehabilitación reemplazó al castigo, pero a veces el tratamiento médico se convierte en una nueva forma de castigo y control social. Este último se ejecuta a través de los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas; dicho en términos de conducta desviada, el control social se ocupa de minimizar, eliminar o normalizar dicha conducta. Hay controles de carácter formal e informal.

Para que el proceso de medicalización se produzca, deben configurarse una serie de condiciones: el comportamiento anormal debe ser socialmente definido y configurar un problema; las formas previas de control del citado comportamiento deben haberse mostrado insuficientes; la institución médica debe estar de alguna manera preparada para hacerse cargo; la fuente del problema debe remitir a algún dato orgánico y, por último, el/la profesional médico/a debe aceptar que el comportamiento anormal es de su incumbencia.

La medicalización de la anormalidad tiene una serie de consecuencias, entre las que se señalan: a) Expansión de la jurisdicción de la medicina. b) Implantación del lenguaje tecnológico-científico de la medicina solapando al orden moral. c) Profesionalización de problemas humanos con asignación de profesionales expertos para tratarlos. d) Despolitización del problema. e) Individualización de las dificultades humanas y minimización de su naturaleza social.

La práctica de consumo de sustancias psicoactivas se ofrece como ejemplo del proceso de medicalización.

De esta manera, se va perfilando –según Touzé– una clara hegemonía del aparato médico. La construcción social de los procesos de salud, enfermedad y atención se realiza por un sistema de condicionamientos recíprocos entre las representaciones y las prácticas, desarrolladas tanto por los especialistas como por los conjuntos sociales. Los centros de atención de usuarios de drogas, en nuestro país, aportan a una concepción de uso de drogas como problema psiquiátrico-toxicológico confiado a profesionales médicos. En un avance, se lo resignifica como problema psicosocial, para lo cual se requiere de otros profesionales y más adelante de ex-adictos.

Touzé menciona los diversos enfoques en la conceptualización de la enfermedad: el del positivismo, que define a la enfermedad como proceso biológico; la posición cultural relativista, para la cual una condición es enfermedad si así es reconocida por la cultura; y la mirada construccionista, que concibe a las enfermedades como juicios que los seres humanos emiten en relación a condiciones que existen en el mundo natural. La construcción social de la enfermedad implica procesos sociales subjetivos y categorizaciones cognitivas y normativas.

Se advierte la presencia de un circuito perverso que parte de la definición de desviación como pecado, controlado por la Iglesia; recategoriza ciertas prácticas como delito, pasando a ser controlado por el Derecho; luego como patología, sobre la que tiene autoridad la medicina. Se pasa de la noción de intencionalidad/culpabilidad a la de no intencionalidad/inimputabilidad, con un cambio de paradigma de lo punitivo a lo rehabilitador. La autora atribuye este proceso a las modificaciones, en el devenir histórico, de las prácticas de control y de las agencias encargadas de ejercerlo.

Coexisten en la actualidad dos paradigmas para el abordaje del problema del uso y abuso de drogas: el abstencionismo (claramente instituido) y el de reducción de daños, con importantes desarrollos en investigación e intervenciones y que funciona aún como instituyente, convocando tanto a la comunidad científica como a las organizaciones sociales e interpelando al Estado y a las políticas públicas.

El primer paradigma reconoce al usuario como enfermo y la condición de la cura es dejar el consumo. Se trata de una situación paradójal, ya que el usuario acude a un servicio

con el fin de dejar de consumir, pero debe hacerlo antes de comenzar el tratamiento. A este paradigma adhieren propuestas psiquiátricas y religiosas; psicoanálisis y comunidades terapéuticas apuntan todas al objetivo de la abstinencia.

Dentro del paradigma de reducción de daños se enmarcan una multiplicidad de programas con diverso tipo de intervenciones, lo que da cuenta, entre otras cosas, de las diferencias de los contextos culturales en que se desarrollan. Su estrategia configura una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas, más que de prevención del uso de drogas en sí mismo. Esta estrategia puede involucrar una amplia variedad de tácticas: buscar una modificación en las sanciones legales asociadas al uso de drogas, mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento, tender a cambios de conducta de los usuarios por medio de la educación, así como modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios (Touzé, 2006: 40-41).

Las estrategias de reducción de daños se han ido abriendo paso con intervenciones eficaces, en la medida en que los tratamientos basados en la abstinencia para usuarios de drogas lícitas e ilícitas no ofrecieron los resultados esperados; además, los usuarios rehúsan concurrir a cualquier servicio terapéutico y, cuando así lo hacen, no todos están dispuestos a discontinuar el uso de drogas. Se confunde la incapacidad o falta de motivación para la abstinencia en un determinado momento con la imposibilidad de reducir los daños derivados de ese consumo (Touzé, 2006).

En la bibliografía consultada (fundamentalmente proveniente de especialistas del área de salud mental) se observa una reflexión crítica respecto de la respuesta del sector salud a la atención de la problemática de los usuarios de drogas y otras sustancias adictivas. Se sostiene que es escasa y atravesada por dificultades fundadas en distintas razones, entre ellas, la carencia de una teoría de la clínica de los espacios institucionales, ya que la clínica institucional conocida discrimina entre cura y tratamiento; sin embargo, en el caso de los usuarios de drogas, “curarse no significa que alguien solamente deje de consumir y entre en abstinencia de una droga, sino que la droga ‘caiga’ –para situarlo de algún modo– del lugar que tenía en la economía del goce de ese sujeto particular” (Kameniecki, 2001: 33). Otra dificultad recurrente para los equipos de atención es la tendencia a “terapeutizar” los espacios grupales y a imponer normas de admisión.

Los especialistas –sean éstos psicólogos, médicos, sanitaristas o pedagogos– apuntan a recortar el segmento de población al que destinarán sus atenciones, para movilizar después una serie de recursos económicos o simbólicos con los que intentarán paliar sus desventuras, las desventuras de los asistidos y las de los profesionales. Se alimenta de este modo una interminable lista de dispositivos, donde circula una cantidad mucho mayor de profesionales que se especializan y se corresponden con la patología que les toca reparar en función de una supuesta vocación de servicio (Volnovich, 2008: 16).

Ante la comprobada resistencia de los usuarios de drogas a ser clasificados como asistidos, Volnovich (2008: 19) propone que, “antes de pensar en qué hacer con los usuarios de drogas, antes de tomarlos como objeto de estudio y de asistencia, antes de considerarlos como un síntoma expresión de un sistema injusto de dominación, deberíamos pensarlos como un analizador de nuestra cultura”. En el mismo sentido, Galende (2008: 31) sostiene que “cada vez más el malestar social tiende a medicalizarse y a ser convertido en patologías” y que el problema de las drogas no puede resolverse ni con represión e ilegalidad ni constituyéndolo en una enfermedad a la que se responde con tratamientos individuales. “Las drogas en el mundo actual son un dato más de la vida moderna” (Galende, 2008: 33).

A manera de cierre

El caudal de información y publicaciones acerca de estudios, investigaciones e intervenciones en torno de la problemática de la medicalización es muy amplio y ha convocado a diversas disciplinas. En el presente informe se ha sintetizado una revisión crítica de algunas perspectivas teóricas que condicionan las prácticas relacionadas con el proceso salud/enfermedad/atención/cuidado, vinculando al mismo con la medicalización de la vida cotidiana. Se los ha tratado como objetos complejos y los conceptos que los definen han sido analizados desde la perspectiva socio-histórica que permite identificar paradigmas e intereses de los distintos actores sociales implicados en su producción.

La medicalización puede ser comprendida como un proceso de apropiación creciente por parte de determinados actores sociales (equipos de salud, empresas químico-farmacológicas, empresas de electromedicina) de las decisiones de los sujetos y las colectividades respecto de su salud, sus padecimientos y otros aspectos de la vida cotidiana,

a los fines de imponer sus propios criterios y defender sus intereses corporativos. Otro enfoque permite visualizarla integrando las representaciones sociales en salud/enfermedad de diversos conjuntos sociales que adoptan acríticamente concepciones y prácticas construidas por grupos hegemónicos que nada tienen que ver con sus propias necesidades y valores. En definitiva, el proceso de medicalización es un problema estructural que se manifiesta en toda su magnitud como respuesta al malestar social y cultural de la sociedad.

Referencias bibliográficas

ALMA-ATA-DECLARACIÓN: *Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, Edición de la Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires, Septiembre 1987.

BELMARTINO, S.: “Modelo Médico Hegemónico”, *Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, Edición de la Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires, Abril 1987, pp. 197-200.

BIALAKOWSKY, A. y CATANI, H.: “Conflicto de Paradigmas”, en “Drogas Ilegales. Hipocresía y Consumo”, *Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires*, N° 8, 2001.

BOURDIEU, P. y WACQUANT, L.: *Una invitación a la sociología reflexiva*. Argentina, Siglo XXI Editores, 2005.

BREILH, J.: *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*. Buenos Aires, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1997.

_____: *Epidemiología crítica. Ciencia Emancipadora e intercultural*. Buenos Aires, Lugar, 2003.

CHODOFF, P.: “The Medicalization of the Human Condition”, *Psychiatric Services*, N° 53, 2002, pp. 627-628.

CONRAD, P.: “The Shifting Engines of Medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*, Volumen 46, N° 1, Marzo 2005, pp. 3-14.

DIEZ ROUX, A.: “Genes, individuos, sociedad y epidemiología”, en SPINELLI, H. (comp.): *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires, Lugar, 2004, pp. 71-81.

ESCARDÓ, F.: *Carta Abierta a los pacientes*. Buenos Aires, Emecé Editores S.A., 1ª edición 1972, 2ª impresión 1980.

ESCUADERO, J. C.: “Ante una segunda independencia latinoamericana: posibilidades y dificultades en salud y nutrición humanas”, en BIAGINI, H. y ROIG, A. (eds.): *América Latina hacia su segunda independencia. Memoria y autoafirmación*, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Puertas del Bicentenario, 2007.

FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, O.: “Weber y Foucault. Reflexiones”, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, 2002, documento electrónico: http://reflexiones.fcs.ucr.ac.cr/documentos/81_2/weber.pdf

GALENDE, E.: “Una mirada al tema drogas desde la complejidad del campo de la Salud Mental. Visiones y actores del debate”, *III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Editorial Intercambios, 2008, pp. 27-34.

GUTIÉRREZ, A.: *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1994.

HERZLICH, C. y PIERRET, J.: “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”, *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 43, Marzo 1988, pp. 21-29.

HOUMEDES, N. y AGULEDO, A.: “De científicos a mercaderes. Últimos 30 a 40 años de investigación y producción farmacéutica en Estados Unidos”. Conferencia dictada en UNLA-Salud Colectiva- AMMAT, 16 de Mayo, 2008.

KAMENIECKI, M.: “Iluminados Abstenerse”, en “Drogas Ilegales. Hipocresía y Consumo”, *Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires*, N° 8, 2001, pp. 26-35.

MENÉNDEZ, E.: “Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención”, *Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Ediciones de la Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires, Abril 1987, pp. 213-230.

_____ : “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Ponencia realizada en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Abril-Mayo 1988, pp. 451-464.

_____ : “Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en SPINELLI, H. (comp.): *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires, Lugar, 2004, pp. 11-47.

_____ : “Las múltiples trayectorias de la Participación Social”, en MENÉNDEZ, E. y SPINELLI, H. (comps.): *Participación Social. ¿Para qué?*. Buenos Aires, Lugar, 2006.

MÍGUEZ, H.: “El Espejo de Erised: Determinaciones Sociales del Abuso epidémico de bebidas alcohólicas”, *Publicaciones del Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica*, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Año XVI, N° 5, 2005.

NOWLIS, H.: *La verdad sobre la droga. La droga y la educación*. Paris, UNESCO, 1975.

ROVERE, M.: *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. Washington, PALTEX/OPS Editor, 1993.

SAUTÚ, R.: *Todo es Teoría. Objetivo y métodos de investigación*. Buenos Aires, Lumiere, 2003.

SORÍN, M.: *Iatrogenia. Problemática General*. Buenos Aires, El Ateneo, 1975.

SOUZA MINAYO, M. C.: *El Desafío del Conocimiento*. Buenos Aires, Lugar, 1995.

TOUZÉ, G.: “De la Medicalización a la Ciudadanía”, en “Drogas Ilegales. Hipocresía y Consumo”, *Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires*, N° 8, 2001, pp. 66-71.

_____ : *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.

VOLNOVICH, J. C.: “Las drogas como analizador de una cultura de consumo. Visiones y actores del debate”, *III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Editorial Intercambios, 2008, pp.15-19.

Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos

María Epele

Introducción

Desde sus primeras definiciones en la década de 1970, la noción de medicalización conmovió las perspectivas críticas de las ciencias sociales y antropología sobre los procesos de salud/enfermedad (Conrad, 1975; Conrad y Schneider, 1980; Illich, 1975). El reconocimiento de la progresiva extensión de la biomedicina a problemas de la vida cotidiana antes gobernados por otras instituciones y tradiciones, puso de relieve que dichas perspectivas debían reformularse para incluir en los análisis de los padecimientos las características y consecuencias de este proceso. Desde entonces, y al tiempo que la medicalización iba asumiendo nuevas estrategias y tácticas, el tipo de problemas subsumidos por la biomedicina y la llamada teoría de la medicalización han sufrido modificaciones significativas.

La medicalización del consumo de drogas, es decir, hacer del uso de drogas una “enfermedad” que se corresponde con un saber y un tratamiento médico, fue categorizado como uno de los casos paradigmáticos de control social a través de la biomedicina (Conrad y Schneider, 1980; Appleton, 1995). Sin desconocer la dimensión del control, los estudios contemporáneos sobre el consumo de drogas incluyen el análisis de la medicalización dentro y en relación a un conjunto más amplio y complejo de procesos, saberes, prácticas y políticas (Aureano, 2003; Bourgois, 2000; Epele, 2003). Concretamente, incluyen no sólo la criminalización del consumo de drogas, sino también las características que asume desde

el capitalismo neoliberal y sus consecuencias para aquellas poblaciones vulnerables que se convierten en objeto privilegiado de estos saberes, prácticas y políticas.

Partiendo de las perspectivas críticas que en antropología investigan el uso de drogas a través de los procesos de desigualdad y marginación del capitalismo contemporáneo (Singer, 1994; Bourgois, 1995; Carlson, 1994; Connors, 1996; Epele, 2002), el objetivo de este trabajo consiste en analizar la medicalización del consumo de drogas, sus articulaciones con el proceso de criminalización y sus consecuencias para el ejercicio del derecho a la salud de los usuarios/as de poblaciones vulnerables.

Diversos autores han señalado los modos en que la tensión, conflicto y superposición entre “enfermedad” y “delito” en el consumo de drogas se entrelazan con la desigualdad, la pobreza y la marginación social, produciendo condiciones de fragilidad corporal, emocional, vincular y de ciudadanía (Bourgois, 2000; Kleinman, 1995; Baer *et al.*, 1997; Koester, 1994). El consumo de drogas y sus consecuencias para el bienestar, la salud y la supervivencia en estos contextos sociales no pueden dissociarse, entonces, de la mala calidad de las sustancias, las fragilidades corporales relacionadas con la cronificación de la pobreza, las características de la criminalización y represión del consumo, los tipos de tratamientos disponibles, los modos de participación directa e indirecta de los usuarios/as en actividades ilegales y los procesos y lógicas de violencia a las que se ven sujetos (Bourgois, 2005; Epele, 2003).

Teniendo en cuenta el amplio espectro de daños sociales, subjetivos y corporales experimentados por los usuarios/as de drogas de estos conjuntos sociales, el análisis de la medicalización del uso de drogas requiere despejar, a su vez, el problema del derecho a la salud de los usuarios/as. Mientras que la medicalización implica la individuación, causación biológica y/o psíquica y el tratamiento del consumo como patología, el derecho a la salud refiere a la accesibilidad, disponibilidad de saber experto e intervenciones adecuadas para el alivio de los malestares y padecimientos, relacionados o no con el uso de drogas (UN, 2000; CELS, 1999; Goodale, 2006; Rossi *et al.*, 2007).

A través del examen de un caso documentado en la investigación etnográfica de consumo de drogas llevada a cabo con redes sociales en el sur del Gran Buenos Aires, examino las consecuencias de la confusión estratégica de la medicalización y el derecho a la salud, resultado de la conformación del *dispositivo policial-judicial-sanitario* en esta área

geográfica en la década de 1990 (Epele, 2007). Específicamente, analizo los modos en que este dispositivo ha multiplicado las barreras de acceso al sistema de salud y ha descentrado el alivio de los malestares y dolencias en el acto terapéutico. Desdibujando el derecho a la salud, las complejas relaciones entre medicalización y criminalización han profundizado la vulnerabilidad de salud y los peligros para los usuarios/as de estas poblaciones.

Economías, políticas y drogas: Una mirada antropológica

Las investigaciones contemporáneas sobre el uso y abuso de drogas incluyen diversas perspectivas, orientaciones y metodologías. La biomedicina, epidemiología, psicología, salud pública, ciencias sociales y antropología son las principales disciplinas científicas que integran estas investigaciones.

Con algunos antecedentes en el curso del siglo XX, la progresiva constitución de un campo de estudios actuales sobre el uso de drogas en ciencias sociales –y antropología en particular– ha resultado de la confluencia y articulación de dos orientaciones de análisis. En primer lugar, el desarrollo de estos estudios estuvo estrechamente asociado con la emergencia y rápida expansión de la epidemia del VIH-SIDA (Singer, 1994; Epele, 2002, 2003). Debido a la estrecha relación entre diseminación del virus del VIH y uso inyectable de drogas, esta práctica de consumo –al igual que las características de las redes sociales en que la inyección de drogas está incluida– ha concentrado gran número de investigaciones (Koester, 1994; Bourgois y Bruneau, 2000; Connors, 1996; Des Jarlais *et al.*, 1995; Lurie, 1995; Parker *et al.*, 2000). La ineficacia de los programas preventivos basados en la información y la torsión ideológica de la perspectiva culturalista sobre el comportamiento, hicieron necesario integrar la relación entre consumo de drogas e infección del VIH-SIDA al marco de los procesos económicos y políticos del capitalismo neoliberal. A medida que el VIH-SIDA fue fluyendo a través de las grietas y fracturas sociales trazadas por las etnias, los géneros, las clases sociales, la territorialización de los espacios y la diferenciación entre países, esta epidemia fue señalando nuevos mapas y zonas de concentración de vulnerabilidad social y de salud generadas por el capitalismo globalizado. En estas zonas de alta vulnerabilidad, se volvió imperativo entender los modos en que el consumo de drogas participa en la producción de malestares, enfermedades, sufrimientos, muerte joven y hasta nuevos órdenes de marginación y vulnerabilidad.

La segunda orientación incluye aquellas investigaciones cuyo objetivo consiste en esclarecer las nuevas formas de la pobreza, exclusión y vulnerabilidad social, así como los movimientos y organizaciones de resistencia y protesta vinculados a las consecuencias del capitalismo neoliberal. Todos ellos encontraron en las drogas, directa o indirectamente, un problema difícil de eludir (Bourgois, 1995; Isla, 2005; Kessler, 2002; Auyero, 2003; Svampa, 2000). Esto se debe a que la conjunción de drogas y pobreza define uno entre tantos núcleos contradictorios que el capitalismo neoliberal impuso en las poblaciones marginalizadas: la rápida expansión del consumo –en este caso de drogas– en un contexto de profundización acelerada de la precariedad de las condiciones de vida (Epele, 2002). La introducción de las drogas en el análisis ha aportado al entendimiento de los modos en que las reformas estructurales han promovido el desarrollo de nuevas zonas de abandono y desamparo social, en las que se concentran formas inéditas de vulnerabilidad social, nuevas economías informales e ilegales, redefiniciones de las identidades locales y políticas de criminalización y represión (Epele, 2007).

El fundamento teórico de este trabajo es el resultado de la conjunción de estas dos líneas argumentales: por un lado, la perspectiva crítica que en antropología aborda el uso de drogas en contextos de pobreza y marginación social. Desde este enfoque, los patrones de vulnerabilidad social y en salud entre usuarios/as de drogas de poblaciones marginalizadas se articulan con los procesos de desigualdad social vinculados a las economías y políticas estructurales. Es decir, las experiencias y narrativas de los malestares, dolencias y sufrimientos de los usuarios/as de drogas materializan los modos en que no sólo la desigualdad y la pobreza, sino también la criminalización y medicalización, atraviesan las dinámicas locales de poder, las lógicas de violencia, las relaciones de género-sexualidad y los patrones de morbi-mortalidad de estas poblaciones. Por otro lado, al incluir las perspectivas de los actores sociales, esta aproximación privilegia –tanto en la documentación como en el análisis– la voz de los propios sujetos que usan drogas y la mirada que ellos tienen sobre sus propias prácticas y modos de vida.

Frente a los modelos tradicionales de estudio de las adicciones, la presente mirada hace posible elaborar un mapa de las principales dimensiones (económicas, políticas, legales, sociales) que en aquellos micro-contextos de consumo intensivo de drogas

intervienen en la producción de condiciones de fragilidad social, corporal, emocional, social y de ciudadanía.

Dentro de esta orientación, medicalizar las fragilidades y malestares vinculados al consumo de drogas en estas poblaciones no puede dissociarse de la complejidad de dichos procesos, de sus cambios en el tiempo y de la diversidad de estrategias por las que operan regional y localmente. Así, el análisis crítico de la medicalización hace posible esclarecer los modos en que el control, la vigilancia y el disciplinamiento se articulan (por combinación, superposición, tensión y conflicto) con la rehabilitación compulsiva, la persecución, la represión y el encarcelamiento, dependiendo de las políticas de salud, las estrategias de judicialización del consumo de drogas y las economías de marginación que operan en cada región, país y localidad (Epele, 2007; Bourgois, 2000; Tiscornia, 2000). De este modo y en estos contextos sociales, la medicalización del consumo de drogas no sólo no se puede dissociar de las estrategias de criminalización y de represión, sino que además continúa y profundiza la ya antigua tradición de patologización y criminalización de la pobreza.

Esta perspectiva socio-antropológica sobre el consumo de drogas requiere la inclusión de un último elemento de análisis. Estoy haciendo referencia al problema de la ciudadanía y del derecho a la salud que padecen los usuarios/as de drogas (Farmer, 2003; Goodale, 2006; Speed, 2006; UN, 2000; CELS, 1999, 2005). La adopción de esta perspectiva es particularmente pertinente para el abordaje de la problemática en las sociedades latinoamericanas y argentina en particular. Con la dualización de las sociedades, las reformas estructurales neoliberales modificaron las condiciones de legalidad, de justicia y de ejercicio de derechos para sectores mayoritarios de la población (Reguillo, 2005). En estos sectores, el problema de la ciudadanía para los usuarios/as de drogas se presenta en relación a las siguientes dimensiones: la legitimidad de la intervención del Estado en el dominio de la soberanía de prácticas auto-referenciales relativas al propio cuerpo; la legitimidad y eficacia de la rehabilitación compulsiva; las consecuencias sociales de la judicialización de la tenencia de sustancias; las características diferenciales de la criminalización en relación a la clase social, identidad étnica, género y edad; los abusos en la represión policial respecto del uso de drogas y las políticas de la reducción de daños

(Aureano, 2003; Rossi *et al.*, 2007; Touzé, 2006; Epele y Pecheny, 2007; Flom *et al.*, 2006; Friedman *et al.*, 2007).

Sin embargo, el derecho a la salud –es decir, el derecho al acceso y a la asistencia de malestares y padecimientos vinculados directa o indirectamente al uso de drogas– queda desdibujado en la tensión y coordinación entre la criminalización y la medicalización del uso de drogas. Por esta razón, al incluir el derecho de la salud en la agenda, el análisis de la medicalización del consumo de drogas tiene como desafío esclarecer los modos por los que este proceso, en vez de promover el bienestar y la salud, termina profundizando y multiplicando los daños, dolencias y peligros para la supervivencia de los usuarios/as.

Medicalización y consumo de drogas

Desde sus primeras definiciones en la década de 1960, la noción de medicalización identifica un proceso por medio del cual problemas, experiencias y áreas de actividad no médicas son progresivamente conceptualizados en términos de enfermedad o de desórdenes, y/o incluidos en la jurisdicción de los saberes y prácticas de la biomedicina (Zola, 1972; Illich, 1975; Conrad, 1975, 1992, 2007).

El supuesto general de esta perspectiva consiste en que no toda entidad que es tratada como una enfermedad es un problema médico. Ya sea conceptualizada como tesis o como teoría, la medicalización como proceso pasó a integrar las perspectivas críticas que en ciencias sociales en general y en antropología en particular abordaban el proceso de salud/enfermedad (Ballard, 2005; Conrad, 2007; Williams y Calnan, 1996).

En sus diferentes acepciones, la noción de medicalización incluye dimensiones y procesos que desde un marco analítico crítico estudian el capitalismo contemporáneo: imperialismo, alienación, control social, desigualdad, hegemonía, mercantilización, reificación, objetivación, exclusión y vulnerabilidad, entre los principales (Illich, 1975; Menéndez, 1990; Foucault, 1990).

Al ritmo que el capitalismo contemporáneo iba adoptando nuevas formas, dinámicas y escalas, el proceso de medicalización ha variado sus prácticas, saberes y estrategias, así como las clases y cantidad de problemas que incorpora. Por lo tanto, la medicalización es en plural, ya que ha presentado variaciones no sólo en su campo semántico y conceptual y en las características de los procesos, políticas, técnicas y saberes por las que se lleva a cabo, sino también en sus consecuencias respecto de la salud, bienestar y supervivencia para los sujetos y las comunidades.

En su análisis sobre los cambios que la medicalización y los estudios sobre este proceso han experimentado en las últimas cuatro décadas, Conrad (2007) señala las transformaciones históricas desde los primeros estudios sobre la desviación hasta las investigaciones actuales sobre las industrias farmacéuticas. El rol de diferentes actores e instituciones sociales (médicos, academias, movimientos sociales y organizaciones de pacientes, industria farmacéutica) ha cambiado, como también los problemas que han sido subsumidos al lenguaje y lógica de la biomedicina (alcoholismo, desórdenes mentales, adicciones, diferencias sexuales de género, problemas de aprendizaje, abuso infantil, vejez, muerte) (Halpern, 1990; Lock, 2001; Irving, 1995; Scott, 1990; Barsky y Boros, 1995).

Dentro de la amplia gama de problemas que han sido incluidos en el paradigma médico, el consumo de sustancias psicoactivas pone en evidencia particularidades que pueden quedar oscurecidas en otros casos. En primer lugar, la historia de la medicalización del uso de drogas deja expuesta claramente la ausencia de una relación “necesaria” entre biomedicina y consumo de sustancias psicoactivas (Conrad y Schneider, 1980). Más aún, es posible reconocer la alternancia y superposición de las categorías de “enfermedad” y “delito” para el uso de determinadas sustancias. Esta historia señala, a su vez, la inicial y creciente participación de la industria farmacéutica en la producción de sustancias consideradas “drogas” (morfina, cocaína, heroína, metadona, psicotrópicos, etcétera), algunas de ellas incluso diseñadas para la “cura” de la adicción provocada por otras (Bourgeois, 2000). Crónicas históricas de determinadas sustancias, por ejemplo la cocaína, tienen trayectorias complejas: desde el uso medicinal y las prácticas informales de reducción de daños por parte de los propios usuarios/as, hasta su inclusión progresiva o abrupta en el dominio de la ilegalidad.

Sin embargo, la dependencia –es decir, el reconocimiento de la experiencia de ciertos malestares para algunos o muchos usuarios/as que suspendían el consumo de ciertas sustancias– promovió y legitimó el desarrollo de complejas estrategias de medicalización. Así, la medicalización de la dependencia, de la adicción y su “cura”, no sólo busca el control de las prácticas de consumo, sino que también está articulada –a través de la criminalización– a la penalización, dependiendo de la región, de la distribución, tenencia y consumo de diversos tipos de sustancias (Epele, 2002).

Por esta razón, la medicalización del consumo de drogas fue considerada desde los inicios de las investigaciones acerca de este proceso como el modelo paradigmático de la medicalización de la “desviación”, es decir, como un ejemplo en el que la medicina es pivote estratégico del control social (Conrad y Schneider, 1980; Zola, 1972; Menéndez, 1980). En la medicalización del consumo de drogas hacen pie tecnologías políticas de control que se han vuelto dominantes en el capitalismo neoliberal (Foucault, 1987, 1989, 1990). Estas tecnologías acusan, culpan, persiguen, reprimen, encierran, disciplinan, sujetan, medican el consumo, pero ni lo “curan”, ni dan respuesta a los malestares sociales que en contextos de opresión hacen –frecuentemente– del uso de drogas, un dominio más en que las dependencias y abusos son experimentados.

Usos y abusos de la medicalización entre usuarios/as de poblaciones vulnerables

Para analizar las “adicciones” como un asunto de la medicina, se hace necesario interrogar las características de estos saberes y prácticas. En lugar de hablar de medicina, vamos a hablar de biomedicina. Agregar el prefijo *bio* implica incluir, además de la práctica y la institución médica, un saber, la biología. La biología como ciencia ofrece la garantía de facticidad de lo normal y lo patológico, es decir, otorga la legitimidad del conocimiento “objetivo” acerca de la realidad del cuerpo, al mismo tiempo individual y universal (Good, 1994).

De acuerdo a la medicina (sus variantes y derivaciones), los trastornos relativos al consumo de drogas que son susceptibles de ser integrados en su dominio son la adicción y el abuso sistemático de sustancias, no el uso de drogas en general, ocasional y recreativo. En la actualidad, el término “adicciones” define un campo de estudios que incluye la bioquímica y fisiología de las sustancias, la epidemiología, la psiquiatría, la perspectiva

psico-social y de salud pública, entre las principales (Menéndez, 1992). Aun reconociendo la multiplicación de nociones (tolerancia, dependencia, adicción, abstinencia, mal uso, etcétera), así como la progresiva identificación de procesos y mecanismos de funcionamiento y de las propiedades de las sustancias, estos desarrollos no han arribado a un conocimiento preciso basado en los criterios científicos acerca de las causas de la adicción y de modelos de “tratamiento” y “rehabilitación” con resultados garantizados. El encierro institucional, la comunidad terapéutica, los psicofármacos, la terapia psicológica o psicoanalítica, narcóticos anónimos, laborterapia, tratamientos ambulatorios, incluso la conversión religiosa, conforman un conjunto heteróclito de saberes, prácticas e intervenciones sobre el comportamiento, la subjetividad y la autonomía de los usuarios/as de drogas (Epele, 2007). Es decir, el análisis de los saberes sobre las adicciones no puede llevarse a cabo en abstracto. Estos saberes se materializan en intervenciones que toman a ciertas poblaciones como objeto privilegiado de aplicación.

En aquellas sociedades, como la argentina, en que la tenencia de drogas para consumo está penalizada, la diferenciación entre uso, abuso, dependencia y adicción –o incluso su posibilidad– en usuarios/as de conjuntos sociales vulnerables, es llevada a cabo, generalmente, vía judicialización (Epele, 2007; Rossi *et al.*, 2007). Es decir, la penalización de la tenencia de drogas y/o la evidencia de vínculos con drogas u otras actividades ilegales, se convierte en la instancia previa a la evaluación del tipo de consumo y, de forma consiguiente, del tipo de intervención requerida. En este contexto, la categorización de “enfermedad” y/o “delito”, la rehabilitación compulsiva, el encierro en el penal, la sujeción a las reglas de las comunidades terapéuticas y la medicación de la abstinencia se convierten en técnicas *biopolíticas* (Dreyfus y Rabinow, 1990).

De forma aislada o conjunta, medicalización y criminalización regulan tanto los usos y controles sobre los cuerpos individuales y sociales, como la legitimidad, autonomía y legalidad de las prácticas que con ellos se lleva a cabo. Asimismo, regulan los saberes y las instituciones que participan en la construcción del “adicto” como problema y la dispersión de los usuarios/as en el espacio urbano y nacional.

Sin embargo, cuando incluimos los procesos de desigualdad y marginación, las economías de marginación, las coordenadas de las poblaciones sobre las que estas políticas están principalmente dirigidas –es decir, aquellos usuarios/as que viven en condiciones de

pobreza y vulnerabilidad social–, el análisis pone al descubierto una de las técnicas por las que la medicalización trabaja en las sociedades contemporáneas. Aunque generalmente considerado “más benigno” y en las perspectivas críticas “el mal menor”, el proceso de convertir el uso de drogas en un problema médico, psiquiátrico y psicológico no es ajeno, se vincula y en ocasiones es subsidiario de las políticas públicas que criminalizan el consumo de drogas (Bourgois, 2000).

Diversos estudios en antropología y sociología sobre el uso de drogas en estas poblaciones han señalado la amplia gama de malestares, dolencias, enfermedades, riesgos y peligros para la supervivencia que experimentan la mayoría de los usuarios/as de drogas (Baer *et al.*, 1997; Bourgois, 1998; Epele, 2003). Lejos de negar los daños y fragilidades corporales, emocionales y vinculares que el consumo de drogas provoca en contextos de pobreza y marginación, estas investigaciones muestran cómo la vulnerabilidad social de los usuarios/as se transforma en vulnerabilidad en salud y peligros para la supervivencia. En este sentido, el problema del consumo de drogas en dichas poblaciones queda entramado en un complejo de múltiples procesos. Desde la mala calidad de las sustancias accesibles “para pobres”, la precariedad de las condiciones en las que se lleva el consumo, el incremento de los peligros que para la supervivencia impone la persecución y represión frecuentemente abusiva por parte de los aparatos policiales, la participación directa o indirecta de los usuarios/as en actividades de las economías ilegales, la discriminación, estigma y criminalización de los usuarios/as como barreras de acceso al sistema de salud y la mayor exposición de los usuarios/as a enfermedades infecciosas, hasta la mayor o menor participación en complejos circuitos y escaladas de violencia familiar, entre bandas locales y barriales: dentro de este entramado se hace difícil diferenciar los malestares y dolencias que son producto del consumo de drogas de aquéllos que son consecuencia de las dinámicas sociales, económicas y políticas. En el caso de sobredosis, por ejemplo, la combinación entre la calidad de las “drogas para pobres”, la mezcla de sustancias en ocasiones desconocidas y la precariedad de los contextos de consumo, hace imposible desvincular este típico problema –relacionado directamente con el consumo de drogas– de las dinámicas sociales en las que tiene lugar. Además, y como ha sido particularmente evidente en las investigaciones acerca de la epidemia del VIH-SIDA y uso de drogas en estos conjuntos sociales, las políticas de sesgo prohibicionista, aun aquellas basadas en la

categorización del consumo de drogas como “enfermedad”, participaron en la diseminación del VIH-SIDA entre usuarios/as de drogas a través de la multiplicación de obstáculos y distancias en el acceso al sistema de salud y, por lo tanto, en la generalización de muerte por SIDA entre los jóvenes usuarios/as de drogas.

Partiendo de esta perspectiva, la medicalización del consumo de drogas, con sus diversos modos de articulación con la criminalización, categoriza, regula y transforma problemas, malestares y diversos daños relacionados con la cronificación de la desigualdad y la marginación social en los que el consumo de drogas está incluido. Es decir, la tensión manifiesta entre “enfermedad” y “delito” logra, a cierto nivel, encubrir el carácter solidario que no sólo la criminalización sino la medicalización del consumo en contextos de pobreza y marginación social tiene con la producción de nuevas barreras, obstáculos y desigualdades que cuestionan fuertemente el derecho a la salud.

Entre la medicalización y el derecho a la salud

“Hacía tiempo que no la veía en el barrio. Cuando me encontré con Juliana, noté de inmediato que estaba mucho más delgada que unos meses atrás. Al preguntarle cómo andaba, me dijo:

–Me agarré otra vez neumonía, estuve en el hospital, tantas veces me la agarré.

–¿Y qué pasó?

–Estaba para atrás, mal. Bueno, entonces me fui, me llevaron, al Hospital Ramiro González, ahí al servicio... Llego, así, re mal, y el médico me empezó a preguntar, ¿te estás picando?, y yo no sabía qué decirle, entonces no le decía nada., pero el tipo insistía, y dale y dale, y entonces le dije no, que no. Entonces medio sacado, empezó con ‘decime la verdad’...

–¿Y vos?

–Yo no, dale que no, me tenía que internar, por la neumonía, si le decía que me estaba picando, entonces me iba a mandar a tratamiento, y tengo los pibes, tengo que estar en casa.

–¿Y qué pasó?

–Me agarró, me levantó las mangas, y empezó a mirar las marcas que tenía, y viste cómo tengo los brazos, llenos de cicatrices, hechos mierda. Y medio que se aceleró y me decía, ‘¡éstas son recientes, éstas te las hiciste ahora, ayer! Y re acelerado.

–¿Y vos?

–Y yo no, no, no....

–¿Y?

–Se pudrió, y se fue.”

No era la primera vez que Juliana iba al hospital. En su historia de trece años de consumo, principalmente de cocaína, había ido o había sido llevada a guardias de los servicios públicos de salud en numerosas oportunidades y por diversas razones. A veces, cuando tenía abscesos, era inevitable que el consumo de drogas quedara totalmente expuesto a la mirada de los médicos. Otras veces, como en la nota de campo, se llegaba al tema del consumo de drogas por el tratamiento del VIH-SIDA o por revelar a los profesionales que convivía con el virus del VIH, antes que una práctica o intervención le fuera realizada.

Como en la mayoría de los casos documentados durante el trabajo de campo con usuarios/as de drogas, las experiencias de Juliana en los diferentes niveles del sistema de atención de salud (Centro de Atención Primaria, servicios especializados de hospitales, internaciones, dentro del servicio penitenciario, etcétera) incluyen un amplio espectro de situaciones. Las narraciones sobre estas experiencias hablan de ciertos nudos problemáticos y contradictorios entre sí: la ceguera de los profesionales respecto de la evidencia del consumo; la negación sistemática de los usuarios/as a revelar el uso de drogas; el desarrollo de discursos y prácticas abusivas por parte de los médicos; la inclusión de los usuarios/as en un sistema de protección, soporte y cuidado; el abierto o encubierto rechazo a dar atención; e incluso el trabajo de los médicos bajo coerción o amenaza de los propios usuarios/as. Sin embargo, la característica que impregna y atraviesa el proceso de atención de salud es la amenaza ante la posible “denuncia” por parte de los profesionales, derivada del reconocimiento de los “pacientes” como consumidores de drogas.

Esta diversidad de experiencias no es aleatoria. En todo caso, esta aleatoriedad no es espontánea; por el contrario, viene siendo la regla desde años y décadas atrás. Es decir que el caos, la aleatoriedad y –en lenguaje nativo– “la suerte” que definen, en apariencia, el tipo de experiencia y el curso del alivio dentro del sistema de atención de salud de los malestares y padecimientos de los usuarios/as, son el resultado de diversos factores. Son producto o solución de compromiso en términos de micro-dinámicas de las relaciones interpersonales y de vínculos complejos entre, por un lado, los procesos económicos que

han modelado las prácticas de consumo de drogas en poblaciones vulnerables y, por el otro, aquellos cambios y reformas en las políticas de salud y de drogas llevadas a cabo en la Argentina bajo el signo del neoliberalismo (Svampa, 2000; Epele, 2008).

El carácter sistemático de esta aleatoriedad, el tener que contar con aquella “suerte” para dar con profesionales “adecuados” para usuarios/as, se manifiesta en el hecho de que las personas que consumen drogas en determinados barrios y áreas geográficas han desarrollado un saber sobre sus relaciones con el sistema de salud. Este saber tiene una historia, es decir, es el resultado de las experiencias vividas por ellos desde tiempo atrás. Una de las situaciones típicas narradas por los entrevistados, que refiere a los primeros tiempos en que se estabilizó el consumo de drogas, era la demanda de atención y cuidado de abscesos producidos por la inyección intensiva y/o el uso de material de inyección en condiciones no higiénicas o inadecuadas. Los dolores y peligros de estos procesos infecciosos hacían necesaria y urgente la atención médica. De acuerdo a los usuarios/as y ex usuarios/as, sin embargo, las prácticas curativas adoptaban, frecuentemente, características no sólo discriminatorias sino claramente abusivas. De modo semejante a los casos de aborto, en ocasiones se llevaban a cabo curaciones sin anestesia y con comentarios que culpabilizaban a los pacientes por los orígenes de las infecciones.

Así, la mayoría de las experiencias de los usuarios/as se integran en el patrón que describe el caso de Juliana. Este patrón se caracteriza por un desarreglo en sus objetivos. Al mismo tiempo que se asiste un problema de salud específico, el eje del proceso de atención está definido por el fantasma del consumo de drogas. El temor y desconfianza del “paciente” respecto a las acciones eventuales que el profesional pueda llevar a cabo, se corresponde con cierto avasallamiento subjetivo y con una noción de “avanzada sobre el cuerpo”, tanto en el interrogatorio como en el desarrollo de prácticas e intervenciones.

Si bien sólo determinados profesionales, en determinados servicios y guardias, llevaban a cabo estas prácticas abusivas, la circulación de estas experiencias entre los mismos usuarios/as trazó una brecha entre ellos y las instituciones de salud. Del mismo modo, se comenzó a identificar a ciertos profesionales, servicios y centros –generalmente uno pocos– como aquéllos a los que se podía recurrir frente a una emergencia, sin la incertidumbre de la amenaza y/o el desarrollo de maltrato. Este saber, que se ha ido construyendo en el boca a boca, se manifiesta en el reconocimiento actual de ciertos

servicios y profesionales como “buenos para usuarios/as de drogas”. Es decir, frente a la aparente y abierta disponibilidad universal de diversos servicios de salud, este saber va dibujando una suerte de mapa que señala aquellos lugares que es necesario evitar y aquellos que hay que elegir para ser “bien”, o como mínimo “ser” atendido/a. Este patrón, que combina diversidad y aleatoriedad de las experiencias con tensiones y conflictos en áreas de prácticas (decir, aceptar, expulsar, tocar, cuidar, incluir, aliviar, amenazar) viene atravesando el proceso de atención de salud de los usuarios/as.

Los inicios en el consumo de cocaína por parte de Juliana coinciden con la rápida generalización y fácil accesibilidad de esta sustancia en los barrios del sur del Gran Buenos Aires en los finales de la década de 1980. Sin embargo, las estadísticas oficiales respecto de estos procesos son escasas, incompletas y, en ocasiones, inconsistentes entre sí. En la Argentina, sólo recientemente se han comenzado a llevar a cabo estudios nacionales sobre las características y la extensión del uso de drogas. Desde la década de 1980, las estimaciones del número de usuarios son un problema en sí mismo: se presentan con definiciones inexactas o contradictorias de uso, abuso, frecuencia y tipo de sustancias (Aureano, 2003). Los pocos estudios desarrollados muestran a la cocaína y la marihuana como las principales sustancias ilegales, y mientras que el uso de la heroína y del crack es casi insignificante, no ocurre lo mismo con el éxtasis y sustancias asociadas (Sedronar, 1999, 2004; Rossi y Rangugni, 2004; Jorrat, Kornblit *et al.*, 2004). El uso de drogas inyectables incluye principalmente a la cocaína y en menor medida a las benzodiazepinas, anfetaminas y alcohol. El estudio etnográfico que he llevado a cabo en barrios marginalizados del Gran Buenos Aires muestra cambios en la forma de consumo de cocaína (pasan de inyectarse a inhalarla), el descenso en la calidad y el aumento de los precios, el incremento del uso de psicotrópicos (clonazepam, benzodiazepinas) y el uso extendido del residuo de pasta base de cocaína, comúnmente llamado “paco” (Epele, 2003, 2007).

Entre los ochenta y los noventa, mientras el consumo de drogas ilegales crecía rápidamente, las políticas de drogas de fundamento abstencionista adoptaron estrategias más extendidas a nivel territorial y más represivas a nivel local. La acelerada propagación de la cocaína que acompañó las reformas económicas a principios de los noventa en los barrios pobres del sur del Gran Buenos Aires, implicó cambios en las características de las

sustancias, del acceso y de las prácticas de consumo de drogas. Esta situación no sólo facilitó la accesibilidad y la propagación del consumo, sino que la cocaína accesible “para pobres” progresivamente vio reducida su pureza, haciendo imprevisible su grado de toxicidad y, por lo tanto, los problemas de salud asociados. Fue con la aparición de los primeros casos de VIH-SIDA entre usuarios de drogas por vía inyectable, de sus parejas e hijos, cuando el grado de extensión del consumo de drogas quedó en evidencia para los profesionales, centros de salud y políticas públicas encargados de responder a la emergencia instalada por la epidemia.

Conjuntamente con la expansión de la infección y muerte por SIDA entre los usuarios/as de drogas, este “encuentro forzado” entre instituciones de salud y aquellos usuarios/as de drogas –“pobres y excluidos”– adoptaría ya un patrón particular. De acuerdo a las narrativas de los propios usuarios y ex usuarios sobrevivientes de aquella época, la muerte –en cadena– de la mayoría de los usuarios/as de drogas por vía inyectable que vivían en barrios pobres del sur del Gran Buenos Aires les hizo conocer las consecuencias de la epidemia del VIH-SIDA a través de enfermar y morir, con la ausencia completa de programas e intervenciones preventivas en los vecindarios más vulnerables. Este modo de presentación de la epidemia produjo no sólo una estrecha asociación entre inyección y SIDA, sino un cambio progresivo, entre los usuarios/as más jóvenes, desde la inyección hacia la inhalación. Aun considerando la falta de información y de programas preventivos *in situ* en los primeros momentos de la epidemia, las crónicas de las condiciones en que la infección y la muerte por SIDA afectaron a los usuarios de drogas de poblaciones ya vulnerables no pueden dissociarse de la criminalización, e incluso de la represión policial que ya venían afectando a estos conjuntos sociales.

Políticas de drogas, pobreza y derecho a la salud

De la mano de la sanción de la Ley de Estupefacientes en 1989 y la rápida expansión de la cocaína en barrios y asentamientos del Gran Buenos Aires, se fue conformando un complejo dispositivo judicial-policial-sanitario (Epele, 2007) que impone la rehabilitación compulsiva con internación cuando la persona acusada de tenencia de estupefacientes para consumo personal muestra indicios de dependencia física y prefiere la abstinencia a las drogas antes que el encarcelamiento. Por medio de este dispositivo, no sólo proliferaron los

servicios estatales de atención terapéutica, organizaciones no gubernamentales para el tratamiento y clínicas privadas, sino también un sistema de subvención estatal de becas para la internación de aquellos/as jóvenes cuyo estado de salud lo requiriera. En este sentido, los profesionales de salud mental, psiquiatras y psicólogos, se convirtieron en responsables de los tratamientos de rehabilitación, así como debieron ejercer la función de peritos judiciales, de confirmar o no la intención, el compromiso y el logro de la rehabilitación de la adicción o de su incumplimiento.

La llegada de los usuarios/as a este tipo de tratamientos se da, generalmente, por vía policial y judicial. Por eso, en los mismos barrios en que he realizado el trabajo de campo, los comentarios y las actitudes de los jóvenes y adolescentes usuarios definían a algunas de estas comunidades y centros de tratamiento como un “gran negocio”, lugares donde se aprendía a combinar drogas y sustituir sustancias (por ejemplo, la cocaína por clonazepam) que luego, en el barrio, se propagaban a otros usuarios/as como nuevas prácticas de consumo de drogas. La desconfianza generalizada respecto de la policía en estos barrios – debido a las frecuentes prácticas abusivas e ilegales (Tiscornia, 2000; CELS, 2005)– profundizaba, a su vez, el distanciamiento y rechazo en relación a los procedimientos de “internación” (Rossi *et al.*, 2007). Sin embargo, familiares, amigos y hasta los mismos usuarios/as que buscan la internación, específicamente cuando están en un estado de profundo deterioro de salud, admiten que han robado o producido agresiones a familiares, amigos y/o vecinos. Bajo estas circunstancias de emergencia, se presentan diversos obstáculos para poder ingresar al sistema de internaciones –al menos con la rapidez que la situación lo requiere– con lo que, en ocasiones, los jóvenes quedan “depositados” en comisarías o en guardias de hospitales psiquiátricos.

En la dinámica de funcionamiento de este dispositivo, los tratamientos de rehabilitación se transformaron en componentes de un engranaje que, por la combinación entre criminalización del uso de drogas y de la pobreza, termina produciendo un conjunto de jóvenes “pobres y adictos institucionalizados”. Desde la perspectiva de los propios usuarios/as, entonces, la estrategia de protección a desarrollar es la distancia, el ocultamiento y el retiro de cualquier contacto con representantes de las

instituciones de la sociedad dominante, a menos que el conflicto con algunos de ellos –la policía o la Justicia– promueva la negociación con otros, específicamente aquellos de las intervenciones terapéuticas.

Sin embargo, el crecimiento y la expansión de la epidemia del VIH-SIDA, para fines de la década de 1990, impuso la necesidad de redefinir el paradigma abstencionista y revisar la efectividad de las políticas puestas en marcha. Esto abrió la posibilidad de incluir la perspectiva de la reducción de daños, cuyas propuestas y programas variaron desde dar acceso a jeringas estériles y otros elementos de prevención del VIH-SIDA hasta llegar, más recientemente, a promover la despenalización del uso de drogas (Rossi y Touzé, 1997; Inchaurreaga, 2003). En algunos centros urbanos, los programas de reducción de daños llevados a cabo por ONGs demostraron ser eficaces para ubicar a los UDIs en aquellos conjuntos sociales pobres y vulnerables a los que difícilmente llegaban los servicios médicos y sociales. De este modo, y como un elemento importante de sus políticas contra el SIDA, las secretarías de Salud Pública en ciudades como Buenos Aires y Rosario empezaron gradualmente a incluir los programas de reducción de daños. Finalmente, en 2003, el propio ministerio de Salud de la Nación lanzó un programa de reducción de daños y prevención del SIDA.

La política de reducción de daños es la única que incluye la perspectiva de los derechos de la salud de los usuarios/as como un “bien social y jurídico” a ser cuidado y respetado de forma independiente del desarrollo o no del consumo de drogas. Sin embargo, a pesar de que hay varios proyectos en marcha en distintos barrios y asentamientos, la cobertura es aún extremadamente baja en relación a la cantidad potencial de usuarios/as; todavía no se han desarrollado programas en centros de detención, y las políticas represivas y abstencionistas siguen siendo hegemónicas.

Las tensiones y conflictos producidos por la hegemonía abstencionista atraviesan el acceso a los diversos centros y sistemas de atención de salud. La inclusión de “lo sanitario” en el dispositivo criminalizador, hace que los profesionales e instituciones públicas de salud queden para los usuarios/as “bajo sospecha” de intervenir directa o indirectamente en aquel dispositivo. Entonces, la medicalización del uso de drogas como “enfermedad a ser tratada” termina contaminando todo el sistema sanitario y el proceso de atención de salud, a la vez

que multiplica las distancias, las barreras y las dificultades en el acceso para aquellos malestares y enfermedades diferentes de la “adicción” y relacionados o no con el uso de drogas. Desde la perspectiva de los usuarios/as, la evaluación y control de “la adicción”, la rehabilitación obligada y el miedo a la denuncia están presentes –real o virtualmente– en el proceso de atención de salud. Ya sea por visibilidad ineludible o por ocultamiento deliberado por parte de los usuarios/as, la dinámica del dispositivo hace del consumo de drogas el centro del proceso de atención de salud. Esta centralidad produce, en primer lugar, fallas sistemáticas de los profesionales en el reconocimiento tanto de la importancia como de la legitimidad del padecimiento de los usuarios/as. La postergación de la consulta, la evitación de los centros de salud, la minimización de la importancia de los malestares y el desarrollo de prácticas informales de cuidado de la salud, son para los usuarios/as algunas de las respuestas más frecuentes frente a la sospecha y desconfianza respecto a las instituciones estatales.

Por lo tanto, el análisis de las barreras de acceso al sistema de salud para usuarios intensivos de drogas de poblaciones pobres y marginalizadas sólo puede llevarse a cabo en relación con el proceso de criminalización del consumo y de las lógicas de opresión político-económicas que estos conjuntos sociales padecen en su vida cotidiana. En este sentido, los obstáculos, dificultades y distancias sociales no se pueden considerar ya como factores externos o contextuales que “afectan” a los procesos de acceso y de atención de salud de los usuarios/as. Por el contrario, el dispositivo medicalizador-criminalizador del consumo de drogas en contextos de pobreza y marginación social, deviene en propiedades de los vínculos sociales mismos, es decir, modula las características de las relaciones entre profesionales y usuarios/as de drogas. Las sospechas, temores, desconfianza y amenazas vinculadas a estas instituciones –resultado de reiteradas experiencias de discriminación, estigmatización y maltrato– promueven nuevas barreras y multiplican las distancias respecto al sistema de salud. Esta complejidad es el resultado de los modos particulares en que el consumo de drogas se articula y entra en conflicto con diferentes procesos como la desigualdad social, la medicalización y la criminalización.

En aquella experiencia citada al inicio de esta sección, Juliana no tuvo opción. Fue ingresada por un familiar. Sin embargo, en su narración describe los modos en que la micro-dinámica de prácticas verbales y corporales en el proceso de atención de la salud está

atravesada por la ilegalidad del consumo, la culpabilización, la desconfianza y el miedo, la búsqueda de cuidado, de bienestar y alivio, e incluso el avasallamiento subjetivo a través del cruce de las fronteras corporales.

Palabras finales

Desde los primeros estudios, la medicalización del consumo de drogas ha sido categorizada como uno de los ejemplos paradigmáticos del control social de la desviación. Sin embargo, las profundas modificaciones en las prácticas de consumo de drogas que acompañaron al desarrollo del capitalismo neoliberal y globalizado en las últimas décadas del siglo XX han complejizado las perspectivas de análisis, así como el lugar y las características del proceso de medicalización en general y del uso de drogas en particular.

Integrada a la perspectiva crítica que en antropología investiga el uso de drogas en aquellas poblaciones más afectadas por las consecuencias del capitalismo contemporáneo, la medicalización del consumo de drogas no se puede estudiar de forma independiente de otros procesos. Considerando las variaciones regionales y locales, la medicalización del consumo de drogas y sus relaciones con la vulnerabilidad social y de salud en estas poblaciones no puede disociarse de las economías de la marginación, las políticas de salud y las estrategias de criminalización.

En países como la Argentina, en que las reformas neoliberales han implicado una dualización y fragmentación social, la medicalización del consumo de drogas y sus diversos modos de articulación con la criminalización, al mismo tiempo que regula y transforma problemas, malestares y daños relacionados con la cronificación de la pobreza y la desigualdad, compromete el ejercicio del derecho a la salud y de la ciudadanía por parte de los usuarios/as.

Al incluir el problema del derecho a la salud en el análisis, es posible esclarecer los modos en que la medicalización del uso de drogas promueve para los usuarios/as de estas poblaciones nuevos peligros para la supervivencia. Tanto en el acceso al sistema de salud como en el proceso mismo de atención de usuarios/as de drogas de poblaciones marginalizadas, las acciones, saberes y prácticas –lejos de conformar un todo orgánico– expresan tensiones, faltas de correspondencias, superposiciones y avasallamientos. La tensión manifiesta entre “enfermedad” y “delito” logra, a cierto nivel, encubrir el carácter

solidario que no sólo la criminalización sino la medicalización del consumo en contextos de pobreza y marginación social, tiene con la producción de nuevas barreras, obstáculos y desigualdades que ponen el derecho a la salud entre comillas.

Referencias bibliográficas

AGAR, M.: "Ethnography: an overview", *Substance Abuse & Misuse*, N° 32(9), 1997, pp. 1115-1173.

APPLETON, L.: "Rethinking Medicalization. Alcoholism and Anomalies", en BEST, J., (ed.): *Images of Issues*. New York, Aldine de Gruyter, 1995, pp. 59-80.

AUREANO, G.: "Uso recreativo de drogas ilícitas. Una visión política", en CACERES, C. et al. (eds.): *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, UPCH, 2003, pp. 45-58.

AUYERO, J.: *Contentious Lives: Two Argentine Women, Two Protests, and the Quest for Recognition*. Duke, Duke University Press, 2003.

BALLARD, K. y ELSTON, M.: "Medicalization. A Multi-dimensional concept", *Social Theory and Health*, N° 3, 2005, pp. 228-241.

BARSKY, A. y BOROS, J.: "Somatization and Medicalization in the era of Managed Care", *Journal of the American Medical Association*, N° 274, 1995, pp. 1931-1934.

BASTOS, F., CAIAFFA, W. et al.: "The Children of Mama Coca: Coca, Cocaine and the Fate of Harm Reduction in South America", *The International Journal of Drug Policy*, Volume 18, Issue 2, 2007, pp. 99-106.

BAER, H., SINGER, M. y SUSSER, I.: "Illicit Drugs: Self Medicating the Hidden Injuries of Oppression", *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*. Westport, Bergin and Garvey, 1997, pp. 125-158.

BOURGOIS, P.: *In search of respect. Selling Crack in el Barrio*. Cambridge University Press, 1995.

_____ : "Disciplining Addictions: The Bio-Politics of Methadone and Heroin in the United States", *Culture, Medicine and Psychiatry*, N° 24, 2000, pp. 165-195.

_____ : "El poder de la violencia en la guerra y la paz", *Apuntes de Investigación*, Año VI, N° 8, 2005, pp. 73-98.

BOURGOIS, P. y BRUNEAU, J.: "Needle Exchange, HIV infection, and the Politics of Science: Confronting Canada's Cocaine Injection Epidemic with Participant Observation", *Medical Anthropology*, N° 18, 2000, pp. 325-330.

CARLSON, R., SIEGAL, H. y FALK, R.: *Ethnography, Epidemiology and Public Policy: needle use practices and HIV risk reduction among injecting drug users in the Midwest*, Human Organization, 1994.

CELS: *La justicibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales: Un desafío impostergable*. Argentina, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), 1999.

_____: *Informe Anual: Violencia institucional y exclusión. Límites para el proceso democrático*. Buenos Aires, 2005.

CONNORS, M.: "Sex, Drugs and Structural Violence", in FARMER, P., CONNORS, M. and SIMMONS, J., (eds.): *Women, Poverty and AIDS*. Monroe, Common Courage Press, 1996, pp. 91-123.

CONRAD, P.: "The Discovery of Hyperkinesis. Notes on Medicalization of Deviant Behavior", *Social Problems*, N° 23, pp. 12-21

_____: "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, N° 18, 1992, pp. 209-232.

_____: *The Medicalization of Society. On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, The John Hopkins University Press, 2007.

DES JARLAIS, D., FRIEDMAN, S., FRIEDMANN, P. *et al.*: "HIV/AIDS-related behavior change among Injecting drug users in different national settings", *AIDS*, N° 9, 1995, pp. 611-617.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS VITALES: *Estadísticas vitales 2004*. Buenos Aires, 2005.

DREYFUS, H. y RABINOW, P.: *Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago, University of Chicago Press.

EPELE, M.: "Gender, Violence and HIV. Women Survival in the streets", *Culture, Medicine and Psychiatry*, N° 26(1), 2002, pp. 33-54.

_____ : “Changing cocaine consuming practices. Neo-liberalism, HIV-AIDS and Death in an Argentine Shantytown”, *Substance Use & Misuse*, N° 38(9), 2003, pp. 1181-1207.

_____ : “La Lógica de la Sospecha. Sobre Criminalización del Uso de Drogas, Complots y Barreras de Acceso al Sistema de Salud”, en *Cuadernos de Antropología Social*, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, N° 25, Julio 2007, pp. 151-168.

_____ : “Survival, Drugs and Social Suffering during Argentine Neoliberal Collapse”, *Human Organization*, Volume 67(3), 2008, en prensa.

EPELE, M. y PECHENY, M.: “Harm Reduction Policies in Argentina. A Critical Review”, *Journal of Global Public Health*, N° 2(4), 2007, pp. 342-359.

FARMER, P.: *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press, 2003.

FLOM, P. y DES JARLAIS, D.: “Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas”, *AIDS*, N° 20, 2006, pp. 93-99.

FOUCAULT, M.: *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la Mirada Médica*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1987.

_____ : “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Historia de la Medicalización”, en *La vida de los Hombres Infames*. Buenos Aires, La Piqueta, 1990, pp. 93-152.

_____ : *Vigilar y Castigar. El Nacimiento de la Prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI, 1989.

FRIEDMAN, S.R., DE JONG, W., ROSSI, D. *et al.*: “Harm reduction theory: Users culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self organization and outside-organizing of users’ groups”, *The International Journal of Drug Policy*, Volume 18, Issue 2, 2007, pp. 107-117.

GOOD, B.: *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge University Press, 1994.

GOODALE, M.: Introduction to “Anthropology and Human Rights in a New Key”, *American Anthropologist*, N° 108(1), 2006, pp. 1-8.

HALPERN, S.: "Medicalization as a Professional Process: Postwar Trends in Pediatrics", *Journal of Health and Social Behavior*, N° 31, 1990, pp. 28-42.

ILLICH, I.: *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral, 1975.

INCHAURRAGA, S. (ed.): *Las drogas: entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización*. Rosario, CEAD-UNR/ARDA, 2003.

IRVING, J.: "Regulated Passions: The invention of inhibited sexual Desire and sexual Adiction", en TERRY, J. y URLA, J., (eds.): *Deviant Bodies*. Bloomington, Indiana University Press, 1995.

ISLA, A. (ed.): Introducción: "Violencia Delictiva y Transformaciones Sociales en los noventa", en *Heridas Urbanas*. Buenos Aires, Ed. de las Ciencias, 2003.

JORRAT, J. y KORNBLIT, A.: *Informe para el establecimiento de la línea de base en usuarios de drogas por vía endovenosa*. Buenos Aires, Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2004.

KESSLER, G.: "Entre fronteras desvanecidas: Lógicas de articulación de actividades legales e ilegales en los jóvenes", en GAYOL, J. y KESSLER, G., (eds.): *Violencias, Delitos y Justicias en la Argentina*. Buenos Aires, Manantial, 2002, pp. 339-354.

KLEINMAN, A.: "Violence, Culture and the Politics of Trauma", en *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley, University of California Press, 1995.

KOESTER, S.: "Copping, Running and Paraphernalia Laws: contextual variables and needle risk behavior among injection drug users in Denver", *Human Organization*, N° 53(3), 1994, pp. 287-295.

KORNBLIT, A. (coord.): *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires, Biblos, 2004.

LOCK, M.: *Encountering with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley, University of California Press, 2001.

LURIE, P., HINTZEN, P. y LOWE, R.: "Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the roles of the International Monetary Fund and the World Bank", *AIDS*, N° 9(6), Junio 1995, pp. 539-46.

MAZZEO, V.: “La mortalidad por SIDA en la ciudad de Buenos Aires en el último quinquenio”, *Infosida*, N° 5, 2006, pp. 11-14.

MENÉNDEZ, E.: *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. México, Alianza, 1992.

MÍGUEZ, H.: *Estudio de consumo de pasta base en una villa de emergencia del conurbano bonaerense*. Buenos Aires, SADA, 2006.

NACIONES UNIDAS (CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL): *El Derecho al disfrute al nivel más alto de Salud*. United Nations Human Rights Website, 2000.

PARKER, R., EASTON, D. y KLEIN, C.: “Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research”, *AIDS*, N° 14, Suppl. 1, 2000, S22-S32.

PECHENY, M.: “Argentina: Developing Quality HIV Treatment for Injection Drug Users”, en *Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users*. New York, Open Society Institute, 2004, pp. 66-79.

PROGRAMA NACIONAL DE SIDA: *Boletín de SIDA sobre la Argentina*. 2005.

RANGUGNI, V., ROSSI, D., CORDA, A. et al.: *El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el sur*. Transnational Institute, Serie Drogas y Conflicto, Documentos de Debate N° 14, 2006.

ROSSI, D., PAWLOWICZ, M. P. y ZUNINO SINGH, D.: *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil, 2007.

SCOTT, W.: “PTSD in DSM III: A Case of the Politics of Diagnosis and Disease”, *Social Problems*, N° 37, 1990, pp. 294-310.

SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO (SEDRONAR): *Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas*. Buenos Aires, 1999, 2004.

SINGER, M.: “Aids and the Health Crisis of the U.S. Urban Poor; The Perspective of Critical Medical Anthropology”, *Social Science & Medicine*, N° 39(7), 1994, pp. 931-948.

SPEED, S.: “At the Crossroads of Human Rights and Anthropology: Toward a Critically Engaged Activists Research”, *American Anthropologist*, N° 108(1), 2006, pp. 66-76.

SVAMPA, M. (ed.): *Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales*. Buenos Aires, Biblos, 2000.

TISCORNIA, S.: “Violencia Policial, derechos humanos y reformas policiales”, *Delito y Sociedad*, N° 14, 2000, pp. 9-20.

TOUZÉ, G.: *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.

WILLIAMS, S. y CALNAN, M.: “The Limits of Medicalization: Moderne Medicine and Lay Populance in Late Modernity”, *Social Science & Medicine*, N° 42, 1996, pp. 1609-1620.

ZEBALLOS, J.: *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 2003.

ZOLA, I.: “Medicine an Institution of Social Control”, en CONRAD, P. (ed.): *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York, Worth, 1972, pp. 404-414.

La medicalización de la infancia

Beatriz Janin[♦]

Introducción

En este capítulo nos referiremos a un fenómeno muy extendido en los últimos años: la administración de psicofármacos a los niños para paliar problemas de conducta o de aprendizaje.

Pensar la niñez está indisolublemente ligado a pensar la estructuración subjetiva en un contexto. Un niño es un sujeto en crecimiento, en proceso de cambio, de transformación. Es alguien que está armando su historia y la niñez es un momento particular, en el que tanto las lógicas de pensamiento como las pasiones que predominan son diferentes a las de los adultos. La niñez tiene entonces características que le son propias, que implican tiempos diferenciados, progresiones y regresiones.

Por otro lado, la idea de niñez varía en los diferentes tiempos y espacios sociales, y la producción de subjetividad es distinta en cada momento y en cada contexto.

Teniendo esto en cuenta, intentaremos desplegar las causas y modos en que se medicaliza la infancia. Tomaremos como eje el llamado Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA y TDAH; ADD y ADHD en sus siglas en inglés), en tanto es el diagnóstico más extendido en esta época en niños de edad escolar y nos permite ubicar el modo en que una diversidad de funcionamientos quedan agrupados en una sigla-diagnóstico, lo que deriva en tratamiento farmacológico.

El Comité de Expertos del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos, en noviembre de 1998, realizó un informe sobre este tema planteando que las anfetaminas y estimulantes similares fueron introducidos para tratar el ADHD en 1950, pero que la frecuencia de este diagnóstico y el uso de estimulantes se ha acelerado en los últimos años.

[♦] Licenciada en Psicología en la UBA. Directora de la revista *Cuestiones de Infancia* y autora del libro *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas sobre el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (ADD/ADHD)*. Directora de las Carreras de Especialización en Psicoanálisis con Niños y en Psicoanálisis con Adolescentes de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales y de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. Ha publicado trabajos en Argentina, Francia, Italia y España. Dicta seminarios en universidades, instituciones académicas y hospitales de Argentina y España.

Se ha testimoniado que 2,5 millones de niños toman psicoestimulantes para el ADHD, estando medicados aproximadamente el 10 por ciento de los niños menores de diez años en ese país. El Comité concluyó que no hay datos que indiquen un mal funcionamiento cerebral relacionado con el cuadro.

En abril de 2006, en la revista *New England Journal*, el cardiólogo Nissen (2006: 1445-1448) retoma estos datos para alertar sobre los riesgos cardíacos de todas las drogas que se utilizan para el ADHD, por el aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial que producen. Se han descrito casos de infarto de miocardio y *stroke* en niños y adultos que toman estos estimulantes. La Organización Mundial de la Salud registró 28 muertes súbitas por consumo de estimulantes para el tratamiento del ADHD. Esto ha llevado al Comité Asesor de Manejo de Riesgos y Seguridad de Medicamentos de la Administración de Drogas y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA: *Food and Drug Administration*) a recomendar que dichos medicamentos llevaran una fuerte advertencia, recuadrada en negro, en sus envases.

La Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes, en un informe del año 2002, alerta sobre el aumento del uso de medicamentos estimulantes (*AACAP Practice Parameters*, 2002). Y un artículo del *New England Journal* de 1995 afirma que entre 1990 y 1993 el diagnóstico de hiperactividad en atención primaria pasó de 1,6 millones a 4,2 millones de niños; de ellos, el 90 por ciento fue medicado y el 71 por ciento recibió metilfenidato (Swanson, Lerner y Williams, 1995). En el mismo período, casi se triplicó la fabricación de este producto (de 1784 kg/año a 5110 kg/año). Sólo en 1996 se prescribieron 10 millones de recetas de metilfenidato (Vitiello y Jensen, 1997).

En nuestro país no hay estudios epidemiológicos sobre este tema, pero según información de la ANMAT (Agencia Nacional de Control de Medicamentos), en 2003 los laboratorios importaron 23,7 kg de metilfenidato; en 2004 importaron 40,4 kg y en 2005, 49,5 kg (Carvajal, 2007: 239).

¿Qué implica medicar a un niño por molestar en clase, no copiar lo que se escribe en el pizarrón o estar distraído? ¿Qué le transmitimos cuando le planteamos que toma una pastilla para quedarse quieto, atender al docente, hacer tareas que no le gustan? Los niños traducen: “tomo una pastilla para portarme bien”. Lógica que se podría replicar después, durante la adolescencia, en: “tomo una pastilla para poder bailar durante diez horas seguidas o para adelgazar”. Idea de cuerpo-máquina que debe

recorrer a un estimulante externo para mantener un funcionamiento “adecuado” a lo socialmente esperable. Se resuelve así un problema a través de la ingesta de sustancias, sin cuestionamientos.

Esto ocurre en un momento en que se suele utilizar, como novedoso, el viejo esquema lesión orgánica/cuadro psicopatológico/tratamiento. La respuesta terapéutica es la medicación en tanto el problema se considera, desde el vamos, de origen orgánico.

Se refleja así la idea del ser humano como una mónada cerrada que se liga a otras mónadas cerradas, concepción opuesta a la del sujeto constituido en una historia, con vínculos con otros y desplegándose en un entorno familiar y social.

Consideramos que todo niño se desarrolla en un contexto, en el que las primeras vivencias van dejando marcas. Marcas de placeres y dolores que se van complejizando a lo largo de su crecimiento y que pueden ser reorganizadas por experiencias posteriores.

El psiquismo es, desde nuestra perspectiva, una estructura abierta al mundo. Y el mundo es para un niño, en gran medida, los otros que lo rodean, marcados a su vez por una sociedad y una cultura. Otros que son sostén y fuente de satisfacción y placer, pero también portadores de angustias y dolores.

Además, toda sociedad sostiene ideales en relación a cómo debe ser un niño y esto es transmitido tempranamente. Se podría decir que todo sujeto firma cuando nace, mucho antes de tener conciencia de ello, un contrato con el grupo social al que pertenece. Contrato en el que se compromete a cumplir con determinadas pautas para ser considerado parte del grupo y obtener el reconocimiento del mismo.¹³

Es decir, la tolerancia de una sociedad al funcionamiento de los niños se funda sobre criterios educativos variables y sobre una representación de la infancia que depende de ese momento histórico y de la imagen que tiene de sí mismo ese grupo social.

Por consiguiente, pensar la psicopatología infantil lleva ineludiblemente a reflexionar sobre las condiciones socio-culturales en las que se gesta dicha patología y sobre qué es considerado patológico en cada época.

En la actualidad, una sociedad en la que se idealiza el éxito fácil, la competencia, el individualismo, la imagen, en la que los mandatos son del tipo “sólo hazlo”, en la que hay

¹³ El tema del contrato narcisista es desarrollado por Piera Aulagnier (2001: 162-167).

un exceso de información, los ritmos son vertiginosos y lo temido es la exclusión, ¿qué ocurre con los niños?

Los niños que no responden a las exigencias del momento son diagnosticados como deficitarios, medicados, expulsados de las escuelas. Ya no se “portan mal”, sino que tienen un déficit; no son inquietos, sino que sufren de un trastorno; no se distraen, sino que tienen una enfermedad...

El fantasma de la exclusión tiñe el modo en que se piensa todo. Padres y maestros que temen ser excluidos del sistema suponen que un niño que tiene tiempos diferentes, u otros intereses, fracasará en la vida.

En tanto la institucionalización de los niños se realiza en tiempos muy tempranos, la comparación con los logros de los otros también se hace prematuramente. Desde los dos años, un niño tiene que cumplir con pautas generales y si no lo hace, puede ser considerado “discapacitado”. Esto lleva a que muchas variaciones que podrían ser transitorias –por tiempos diferentes en la adquisición de las potencialidades– se vivan como permanentes, signando a alguien para siempre.

De este modo, se supone que el rendimiento de un sujeto durante los primeros años de su vida determina su futuro, desmintiendo que todo niño, como sujeto en crecimiento, está sujeto a cambios. Desmentida que lleva a coagular un proceso, dificultando el desarrollo.

A la vez, los niños son considerados consumidores privilegiados, no sólo en relación a los juguetes y la ropa, sino en todas las áreas. Así, el mercado tiene un peso decisivo a la hora de decidir tratamientos.

Es notorio que la práctica clínica misma, la elección del tratamiento, el modo de realizar los diagnósticos, están atravesados por la interferencia de factores e intereses sociales, económicos y político-ideológicos. Alberto Lasa, psiquiatra español, afirma que:

“Al haberse generalizado, en salud y en psiquiatría, los criterios de gestión y evaluación de la industria privada, el profesional que tarda ‘demasiado’ en establecer un diagnóstico será ‘menos productivo’; la duración de las hospitalizaciones, siempre muy breves, también se calcula estadísticamente conforme a la ‘duración media normal correspondiente’ a cada diagnóstico; el psiquiatra que ‘prolonga excesivamente’ su relación terapéutica con un paciente es ‘excesivamente costoso’. En resumen, el diagnóstico rápido es obligatorio y determina un protocolo homogéneo y uniforme de

intervenciones terapéuticas muy mensurables, y con facturación y coste idénticos para todos los pacientes ‘de iguales características’” (Lasa Zulueta, 2001: 14).

Es decir que también lo económico tiene incidencia en este tema y lleva a reducir la complejidad de la vida humana y del devenir psíquico infantil a números y el tratamiento de las dificultades de los niños a la aplicación de un fármaco.

La medicación ha sido incorporada como algo que resuelve problemas de conducta y de aprendizaje, como lo que soluciona en forma rápida las dificultades que un niño puede tener en su adaptación al ritmo escolar. Y la escuela es vivida como la puerta de entrada al mundo laboral, que a su vez alberga sólo a unos pocos. Así, por la primacía de los temores a la exclusión, el desempeño en la escuela de un niño desde el jardín de infantes se considera premonitorio de su desempeño futuro. El placer en la adquisición de conocimientos tiene poco lugar. El tema es adquirir esos saberes necesarios para competir en el mercado laboral.

Así, Charles Coutel (2006: 35) advierte: “La Caja de Ahorro reemplazó la esperanza utópica; los intereses reemplazaron al interés. Taine y Renan acompañan la expansión capitalista: se trata de acumular los saberes y los hechos como amontonamos el oro”.

Es habitual, entonces, que antes de preguntarse por las condiciones de aprendizaje en esa escuela y por la historia de aprendizajes de ese niño, se lo ubique rápidamente como alguien que “debe” acomodarse a lo ya dado en el menor tiempo posible. Esto genera que los niños considerados “deficitarios” representen un alto porcentaje de la población.

Así, ya en 1997 se administraban psicoestimulantes a dos millones de niños en Estados Unidos y otro tanto en Canadá. Esta cifra se ha ido incrementando a partir de ese momento; pese a que el 30 por ciento de los niños no responde al tratamiento o no lo tolera por sus efectos secundarios (Daley, 2004).

En un trabajo publicado en el *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, en agosto de 2000, se afirma que en una comunidad de Carolina del Norte más de la mitad de los niños que recibían medicación no reunían los criterios diagnósticos básicos. Los autores concluyeron que los padres suponen que la medicación mejorará el rendimiento escolar de sus hijos y por eso se la administran (*National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement*, 2000: 182-193).

En Brasil, por otro lado, se diagnosticó que el 17,1 por ciento de los niños de una escuela elemental tenían ADHD. De 403 alumnos, 108 dieron resultados positivos (Vasconcelos, Werner *et al.*, 2003: 67-73). Y en una escuela de Bogotá, los maestros ubicaron al 31 por ciento de los niños como teniendo problemas de atención (Talero Gutiérrez *et al.*, 2005: 212-218).

Esto muestra cómo la idea de hiperactividad se confunde con la de infancia y cómo la mirada de los adultos puede catalogar a los niños de hoy como ADHD. Pero también habla de las pautas culturales, de los modos de educar y criar, que hacen que los niños tengan diferentes comportamientos en diferentes grupos sociales. De igual manera, pone de manifiesto la incidencia de la escuela misma en la desatención e hiperactividad de los niños (no es casual que en algunas escuelas el porcentaje sea mucho más alto que en otras).

Niños inquietos, niños fantasiosos, niños tristes o en proceso de duelo, niños que han sido violentados, niños que necesitan más espacios de juego, niños que se retraen, niños que no respetan las normas... todos ellos son ubicados como si fueran idénticos.

La complejidad en juego

Es evidente que los niños de hoy están desatentos en la escuela, se mueven más de lo que desearían los adultos y suelen no respetar las reglas. Pero parece que nos enfrentamos aquí con un problema altamente complejo que debería generarnos dudas e interrogantes.

Si tomamos los desarrollos de E. Morin, podemos reflexionar sobre este tema pensando que estamos frente a un entramado desordenado, intrincado, del que no conocemos todos los componentes.

“Finalmente, se hizo evidente que la vida no es una sustancia, sino un fenómeno de auto-eco-organización extraordinariamente complejo que produce la autonomía. Desde entonces es evidente que los fenómenos antro-po-sociales no podrían obedecer a principios de inteligibilidad menos complejos que los requeridos para los fenómenos naturales. Nos hizo falta afrontar la complejidad antro-po-social en vez de disolverla u ocultarla” (Morin, 2003: 33).

Y se pregunta:

“¿Qué es la complejidad? A primera vista la complejidad es un tejido (*complexus*: lo que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple. Al mirar con

más atención, la complejidad es, efectivamente, el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico. Así es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre... De allí la necesidad, para el conocimiento, de poner orden en los fenómenos rechazando el desorden, de descartar lo incierto, es decir, de seleccionar los elementos de orden y certidumbre, de quitar ambigüedad, clarificar, distinguir, jerarquizar... Pero tales operaciones, necesarias para la inteligibilidad, corren el riesgo de producir ceguera si eliminan a los otros caracteres de lo complejo; y, efectivamente, como ya lo he indicado, nos han vuelto ciegos” (Morin, 2003: 32).

Indudablemente, sostener el pensamiento complejo se hace difícil y tendemos a ordenar, simplificar, reducir a leyes claras y distintas lo intrincado y ambiguo de la vida, que siempre resulta inquietante. Pero esa reducción, cuando están en juego los niños, puede ser peligrosa, porque nos vuelve ciegos –como dice Morin– a la realidad de sus avatares.

En los últimos años se ha generalizado el uso del DSM IV en los consultorios psicológicos y pediátricos; inclusive, en el ámbito escolar es frecuente que los maestros diagnostiquen a los niños con los nombres que éste propone (*American Psychiatric Association*, 1995).

Estos múltiples “diagnósticos” psicopatológicos son principalmente agrupaciones arbitrarias de rasgos, que simplifican las determinaciones a partir de una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y que anulan la complejidad de los procesos subjetivos del ser humano.

En relación a las clasificaciones, S. J. Gould (1995: 77) afirma que:

“Las clasificaciones reflejan y, a la vez, dirigen nuestro pensamiento. El modo en que ordenamos representa el modo en que pensamos. Los cambios históricos en las clasificaciones son los indicadores fosilizados de revoluciones conceptuales”.

Y continúa:

“Como argumenta también Foucault, los temas que deja uno fuera de sus taxonomías son tan significativos como los que se incluyen” (Gould, 1995: 81).

Si bien el Trastorno por Déficit de Atención es el más difundido, hay otras denominaciones que denotan también un modo de diagnosticar en el que se toma algún elemento como un todo que define al sujeto. Así, en lugar de decir que un niño tiene tics, se suele hablar del Trastorno de Gilles de La Tourette; en lugar de un niño que está triste, se

menciona el Trastorno Bipolar (y ya se está discutiendo si darles o no a los niños antidepresivos) y un niño que no habla es rápidamente catalogado dentro del Trastorno Generalizado del Desarrollo. Es decir, todas las conductas que podrían generar preguntas llevan a nominar como respuesta.

Estas denominaciones son nombres-sigla que implican un sello y se entienden como una definición del otro. Posición que refleja la idea de que catalogar y definir cuadros supone un avance en la resolución del problema. Así, se rotula, reduciendo la complejidad de la vida psíquica infantil a un paradigma simplificador. En lugar de un psiquismo en estructuración, en crecimiento continuo, en el que el conflicto es fundante y en el que todo efecto es complejo, se supone, exclusivamente, un “déficit” neurológico.

Pero reducir toda conducta a causas neurológicas borra tanto a la sociedad como productora de subjetividades como a cada sujeto como tal. Al respecto, Alfredo Jerusalinsky (2005: 77-93) plantea que:

“La función nominativa tiene, para los humanos, un efecto tranquilizador (...) En los últimos 30 años ha habido un desplazamiento de las categorías nosográficas al terreno de los datos (...) Es así como los problemas dejan de ser problemas para ser trastornos. Ésta es una transformación epistemológica importante y no una mera transformación terminológica. Un problema es algo a ser descifrado, a ser interpretado, a ser resuelto; un trastorno es algo a ser eliminado, suprimido, porque molesta. Los nombres de las categorías no son inocentes y esta transformación responde a que el orden del discurso ha tomado al hombre en esta posición de objeto sacrificial, objeto descartable, y por eso no hay nada para preguntarle: es un número o un dato a registrar”.

Hay otro elemento en juego: este modo de diagnosticar, en el que se pasa de una descripción de síntomas a determinar una patología, DSM IV mediante, desmiente la historia del niño y anula el futuro como diferencia. Y esto es crucial, porque si alguien fue así desde siempre (es decir, sus modos de hacer y de decir no se constituyeron en una historia) y va a ser así toda la vida... sólo queda paliar un déficit. Así, el modo mismo en que se diagnostica implica una operación desubjetivante, en la que el niño queda anulado para decir lo que le pasa.

En el caso de la hiperactividad, es un síntoma que molesta a los demás. Son niños que convocan la mirada del otro. Sin embargo, en lugar de leer esto como una señal de que lo

vincular está en juego, que son niños que tratan de despertar a los que los rodean, que están diciendo algo con sus movimientos o con su desatención, se supone una falla orgánica.

Es curioso que en un momento en que se sostiene la complejidad de todos los fenómenos, se cuestionan las certidumbres y se desarrolla la investigación en neurociencias planteando la plasticidad neurológica durante los primeros años de vida, se reduzca la psicopatología infantil a las categorías del DSM IV y se tienda a considerar toda manifestación como producto de un problema neurológico.

M. Terzaghi (2008: 16) sostiene que:

“Nos encontramos entonces con la paradoja de que en momentos en que la ciencia se cuestiona a sí misma, proponiendo y proponiéndose nuevos paradigmas (teoría del caos, modelos de autoorganización, indeterminación de los sistemas disipativos, enfoque de la complejidad, cuestionamiento de las certidumbres) y en especial adquiere un notable desarrollo la investigación en torno a la neuroplasticidad, aparece en el campo de la infancia el uso tan extendido del modelo psicopatológico propuesto por el DSM IV. (...) A pesar de lo contradictorio que pudiera parecer, son precisamente las neurociencias las invocadas como pretendido fundamento científico de validación, produciéndose con ese supuesto ‘sustento neurobiológico’ el efecto colateral de la transformación de una ‘nomenclatura’ en una ‘condición natural’. Excediendo posiblemente las intenciones de algunos de los que intervinieron en la creación de la propia nomenclatura”.

Lo que se intenta con estas clasificaciones es encuadrar el sufrimiento de un niño, ubicándolo en una categoría diagnóstica unificadora. Lo llamativo es que cada uno de estos cuadros psicopatológicos se vuelve cada vez más abarcativo, por lo que mayor número de sujetos podrían entrar en la clasificación. Esto lleva, por ejemplo, a que se considere tan amplio el “espectro autista”, que muchos niños con alguna dificultad en los vínculos pueden caer bajo esa caracterización, de lo que se concluye que el porcentaje de niños autistas ha aumentado enormemente en los últimos años.

El pediatra norteamericano Lawrence Diller (2001: 138) afirma que desde los años setenta la psiquiatría en los Estados Unidos adhirió al modelo biológico-genético-médico de explicación de los problemas de comportamiento y que, en los ochenta, con la inclusión del Prozac, se banalizó el uso de medicación psiquiátrica en casos leves. El paso siguiente parece haber sido extender este criterio a los niños.

Bernard Touati (2003: 22), por su parte, sostiene que “la puesta en juego de una acción directa correctiva al nivel biológico es otra cosa que el reconocimiento de las influencias recíprocas y las correspondencias en las traducciones sintomáticas entre los sistemas neurobiológico y psíquico”. Al ofrecer la biología respuestas operativas y modificar muchas veces el síntoma, queda como verdad última y definitiva, relegando a un segundo plano los otros modos de comprensión del problema y de su sentido. Así, no se tiene en cuenta si un niño medicado está más triste, o si comienza con terrores, o si escucha y comprende o solamente está quieto. Se supone que si el síntoma desapareció o disminuyó, queda demostrada la verdad del diagnóstico y la eficacia del tratamiento. Y que si aparecen otros síntomas, responderán a otras causas orgánicas. Se vuelve a una idea lineal y unívoca de las determinaciones, donde queda anulado el entrecruzamiento de condiciones en las que un fenómeno se da. De este modo, la dimensión psicoterapéutica puede ser reducida al rango de simple ayudante, de sostén, como un modo de tener en cuenta lo que serían “las repercusiones psicológicas del problema” (problema que se supone biológico). No se busca, por lo tanto, realizar ninguna modificación en el medio familiar, escolar ni social.

El niño, entonces, modifica de algún modo su conducta por la droga y eso se considera prueba del acierto del diagnóstico realizado y del tratamiento elegido. Habitualmente, ese niño no mejora su aprendizaje pero permanece más tiempo quieto, lo que es leído por los otros como que está atento y que, por consiguiente, la dificultad está resuelta. Si se modifica algo del entorno, es para “adecuar” las conductas de padres y maestros a las dificultades del niño, en tanto se considera que los otros no tienen incidencia en la generación de esas conductas. Además, se piensa a los adultos como personas que actúan de un modo exclusivamente conciente, desconociendo las determinaciones inconcientes de todo comportamiento humano.

Le Fever, Arcona y Antonuccio (2003) afirman que el incremento del 700 por ciento en el uso de psicoestimulantes, ocurrido durante los años noventa, justifica la preocupación respecto de la posibilidad de sobrediagnóstico. Y agregan que la modificación de las conductas del niño a través de la medicación lleva a que la sociedad esté poco dispuesta a gastar recursos en diseñar ambientes que incentiven el desarrollo y que respondan a las necesidades de niños conductualmente demandantes. Si se puede solucionar con una pastilla, la ecuación costo-beneficio –en términos económicos– parece ser mejor que tener

que preguntarse por lo que ocurre y realizar modificaciones más amplias con relación a la educación.

Muy claramente, un artículo sobre ADHD y divorcio, aparecido en *Pediatrics* en 2001, plantea la frecuencia de esta patología en hijos de padres con divorcios altamente conflictivos, dando un ejemplo en el que una niña queda en medio de una pelea entre sus padres, pelea que se reproduce en relación al tratamiento que se debería realizar. Uno de los especialistas convocados para hablar del caso, L. Diller, concluye que si se lograsen aminorar las tensiones y las diferencias entre los padres, seguramente habría una mejoría suficiente en el comportamiento de la niña como para obviar la necesidad de la medicación (Stein, Diller y Resnikoff, 2001: 867-872).

Otro dato a tener en cuenta es la frecuencia de este diagnóstico en niños que han sufrido adopciones tardías, sin tener en cuenta la historia de ese niño y los sucesivos cambios a los que fue sometido.

Es habitual que se confunda la importancia de detectar las dificultades tempranamente, para ayudar a resolverlas, con rotular al niño con diagnósticos psicopatológicos en los primeros años, recurriendo a escalas y a cuestionarios (en general, contruidos en otros países). Estos procedimientos suelen implicar poco registro del sufrimiento infantil y de la incidencia que el mismo hecho de ubicarlo como objeto de observación tiene sobre el niño y, por consiguiente, sobre los resultados. Incidencia que se potencia cuando se les da a los padres algún diagnóstico invalidante, que suele tener un efecto traumático en ellos, produciendo una distancia considerable en relación a su hijo. Es decir, los diagnósticos formulados tempranamente en términos de deficiencias de por vida (y no de problemas que pueden ser transitorios) suelen operar como obstáculos para el establecimiento del vínculo de los padres con ese niño, en tanto lo ubican como “extraño”, “diferente”, “enfermo”. Se pierde la idea de que es el destinatario de un proyecto identificador, en quien se pueden albergar ilusiones y proyectos. A partir del diagnóstico, ese niño no será aquel que pueda cumplir los sueños irrealizados de los padres. Dejará de ser un “sucesor”, un heredero. Para paliar el “déficit” cualquier recurso es válido; y si hay algo que lo haga en forma rápida, mejor. Así, la medicación aparece como la tabla de salvación frente a la caída de las aspiraciones de los padres.

Si suponemos que las primeras vivencias dejan marcas en el aparato neuronal y que a la vez el funcionamiento cerebral tiene plasticidad durante los primeros años de la vida, sería imposible desestimar la incidencia de la historia vivencial, reconocida aún por muchos defensores del modelo biológico.¹⁴ Sin embargo, es diferente pensar que alguien tiene una patología desencadenada por factores ambientales, a sostener que la patología misma tiene que ver con elementos epocales, en conjunción con la historia individual y familiar de ese niño, con las conflictivas psíquicas de sus padres y con las exigencias escolares.

Si hay un 10 por ciento de niños desatentos e hiperactivos, ¿habrá una “epidemia” de un supuesto déficit neurológico cuyas consecuencias son tan graves que llevan a que los niños sean medicados con drogas que implican riesgo de muerte súbita, posibilidades de retardo en el crecimiento, de anorexia e insomnio, que está contraindicado en los niños con tics y con sintomatología psicótica? ¿O habría que pensar que es un “diagnóstico-comodín” y que un niño con alguna conflictiva psíquica o con un contexto conflictivo puede manifestarlo a través de desatención y/o hiperactividad?

Tomando las palabras de Roger Misès (2007: XI),

“este trastorno está fundado sobre una colección de síntomas superficiales, invoca una etiopatogenia reductora que apoya un modelo psicofisiológico, lleva a la utilización dominante o exclusiva de metilfenidato, la presencia de una co-morbilidad es reconocida en casi los dos tercios de casos, pero no se examina la influencia que los problemas asociados pueden ejercer sobre el determinismo y las expresiones clínicas del síndrome. Finalmente, los modos de implicación del entorno familiar, escolar y social no son ubicados más que como respuestas a las manifestaciones del niño (nunca como implicados en su producción)”.

Podemos agregar: a pesar de todas las investigaciones que demuestran lo contrario, esto es, la enorme incidencia que tiene el medio en que un niño “preste atención” y permanezca quieto. En este sentido, Thomas Armstrong (2000: 21) afirma que:

“Las investigaciones sugieren que los chicos con diagnóstico de ADD/ADHD se comportan de un modo más normal en situaciones como las siguientes :

- en relaciones uno a uno (Barkley, 1990: 56-57)

¹⁴ “A pesar de ser genético, los factores ambientales incrementan el riesgo del trastorno” (Banerjee, Middleton y Faraone, 2007: 1269-1274).

- en situaciones en las que se les paga para que realicen una tarea (McGuinness, 1985)
- en ambientes que incluyen algo novedoso o altamente estimulante (Zentall, 1980)
- en contextos en los que ellos pueden controlar el ritmo de la experiencia de aprendizaje (Sykes, Douglas y Morgenstern, 1973)
- en los momentos en que interactúan con una figura de autoridad masculina, en vez de una figura femenina (Sleator y Ullman, 1981).

En consecuencia, los síntomas de este trastorno parecen depender mucho del contexto”.

Dos paradigmas

Las dos posiciones en relación a la desatención y la hiperactividad pueden resumirse de la siguiente manera:

1) Desatención, impulsividad e hiperactividad son tres aspectos que señalan la existencia de una patología determinada de etiología orgánica en la que el ambiente es sólo el facilitador, pero no el promotor. El tratamiento es farmacológico y de aprendizaje de conductas, tanto por parte del niño como de sus padres.

2) Desatención, impulsividad e hiperactividad son conductas que pueden ser entendidas como signos, señales de conflictivas que muchas veces exceden al niño mismo. La etiología de estos signos o síntomas es compleja –no puede reducirse a un solo elemento– y la prevalencia actual de estas conductas se debe a cuestiones socio-culturales, educativas, etcétera. El tratamiento variará según cuáles sean las determinaciones en juego, que generalmente abarcan el funcionamiento psíquico del niño y el entorno familiar y escolar.

No es lo mismo describir y objetivar síntomas cuantificables, que delimitarán un “cuadro”, a darnos tiempo para investigar y comprender algo de lo que le ocurre a ese niño. Es decir, podremos cerrar la situación dando un diagnóstico rápido o abrir preguntas. Es distinto afirmar: “si se mueve mucho y no atiende en clase, es ADHD” a preguntarse por qué ese niño, en esas condiciones y con esa historia, se mueve mucho y no atiende en clase.

Es desde estas dos lógicas diferentes que serán diferentes también los tipos de diagnóstico a que se arribe: por un lado, un diagnóstico de conflictivas intra e intersubjetivas y, por el otro, un diagnóstico sintomático (según el DSM IV).

En relación a las otras manifestaciones que aparecen en los niños desatentos (las llamadas “co-morbilidades”), existen dos posiciones. La primera considera que cada síntoma es, de acuerdo al modelo médico, un proceso “mórbido”, con una etiopatogenia diferenciada y por tanto independiente. Entonces, lo que se daría es una sumatoria de síntomas (por eso se habla de co-morbilidad), con su consecuente sumatoria de mecanismos biológicos subyacentes. La segunda, en cambio, sostiene que existe una producción compleja de todos los fenómenos, que suelen estar ligados entre sí.

Así, en un caso se considera que si un niño es hiperactivo y desatento, pero además está triste, es porque en él, el ADHD está asociado al Trastorno Bipolar; si tiene tics, al Trastorno de Gilles de La Tourette; si desafía, al Trastorno Opositor Desafiante. Es decir, se suman patologías. Con el otro criterio, se supone que es un sujeto con deseos, identificaciones y prohibiciones internas, ligado a otros sujetos, que manifiesta sus conflictos y angustias de diferentes modos y que no es una sumatoria de trastornos sino que la tristeza, o los tics, así como el movimiento desordenado o la desatención, son efectos de conflictos.

La hipótesis biológica: El ADHD como categoría diagnóstica con etiología orgánica

El ADHD es considerado la patología más frecuente en los niños de edad escolar, aunque el comienzo es siempre anterior a los siete años. Muchos trabajos, por eso, tienden a plantear que habría que detectarlo en los primeros años de vida. Hay intentos de diagnosticar este “trastorno” desde los tres años, suponiendo que existen indicios muy tempranos de este síndrome (Greenhill, Posner *et al.*, 2008: 347-366).

Se priorizan los datos estadísticos, en trabajos epidemiológicos en los que no se tienen en cuenta la historia individual ni la narración de vivencias subjetivas, sino que buscan posibilitar una medicina “basada en la evidencia”.

Estos estudios entienden que se trata de un problema genético, aunque no hay acuerdo en cuál es la causa orgánica. Así, algunos dicen que es por mutación de genes y tiene que ver con la dopamina (Migdalska, Nawara *et al.*, 2006: 343-354). Otros, hablan de

alteraciones de la corteza prefrontal (Arnsten, 2006: 7-12). También están los que plantean que los resultados de las imágenes cerebrales no son definitivas por la discrepancia de lo observado en las diferentes investigaciones (Díaz-Heijtz, Mulas y Forssberg, 2006: 19-23). Hay discusión en relación a cuáles serían las zonas del cerebro afectadas en estos niños (Seidman, Valera y Makris, 2005: 1263-1272).

Ciertos autores sostienen que no hay un gen que cause el ADHD (Shastry, 2004: 469-474) y que la evidencia sobre la implicancia de los genes en este síndrome es insuficiente (Yeh, Morley y Hall, 2004).

Otros afirman que la etiología del ADHD no ha sido claramente identificada. Complicaciones en el embarazo y el parto, que la madre fume durante el embarazo y un entorno familiar desfavorable son considerados factores de riesgo importantes para el ADHD (Biederman, 2004: 1215-1220).

Y hay quienes consideran que el ADD y el ADHD son desórdenes diferentes, con diferentes causas (Diamond, 2005: 807-825).

Sin embargo, existe bastante acuerdo en toda la bibliografía respecto de que el diagnóstico es difícil, porque no hay marcas biológicas (Jamdar y Sathyamoorthy, 2007: 360-366). Entonces, este diagnóstico se realiza a partir de la clínica, centrándose en las conductas, tal como hemos desarrollado en el apartado anterior.

La secuencia sería: 1) descripción de conductas; 2) a partir de esa descripción, diagnóstico de “trastorno por déficit de...” que se supone de por vida; 3) a partir del diagnóstico, todas sus manifestaciones se considerarán consecuencias de ese trastorno. El resultado lógico es la medicación, aunque ésta traiga efectos colaterales nocivos para el niño.

Es interesante señalar que, en el caso del ADHD, la medicación no es tanto para paliar el sufrimiento del niño sino para aliviar al entorno (familia y escuela). Un estudio del *Center for Community Child Health and Ambulatory Paediatrics* del *Royal Children Hospital* (Australia, junio de 1998) plantea que, tomando 102 sujetos a los que se les administró metilfenidato o desanfetamina, hubo un desacuerdo importante entre los padres y los niños en cuanto a los resultados de la medicación. Mientras que muchos niños afirmaban sentirse peor que antes de la medicación, por los efectos colaterales, los adultos sostenían las ventajas de la misma (Efron, Jarman y Barker, 1998).

Es sabido que los instrumentos que utilizamos en toda investigación van a ser acordes con lo que buscamos y que a la vez determinarán lo que encontremos. Así, el diagnóstico de ADHD se hace habitualmente a través de cuestionarios. Se suele usar el *Conners' Parents Rating Escalas* (CPRS) o alguna forma abreviada del mismo. El CPRS consta de 48 preguntas que deben ser contestadas por padres y maestros y las respuestas son: nunca - un poco - bastante - mucho. Es decir que se intenta hacer una evaluación cuantitativa, aunque “bastante” o “un poco” son apreciaciones valorativas que van a depender en gran medida del estado anímico de quien llena el cuestionario, por lo que este tipo de cuestionarios omiten que quien responde lo hace desde su propia subjetividad. Por otra parte, las preguntas mismas tienen un carácter tal que resulta inevitable que entre en juego la apreciación personal. Por ejemplo: “excitable, impulsivo, actúa sin pensar”, “altanero, mandón, provoca a los demás” o “busca pelea” son preguntas que pueden tener diferente respuesta según quién conteste. En algunas de las adaptaciones para las escuelas, se encuentran preguntas como: “hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros”, “habla en forma excesiva” (cuestionario de la SNAP IV) o “se comporta con arrogancia, es irrespetuoso” y “no se lleva bien con la mayoría de sus compañeros” (adaptación de la Escala de Conners por Farré y Carbona, 1997); como si alguien pudiera medir la arrogancia y el “llevarse bien”, o como si el “exceso” en el hablar pudiera ser tabulado (y no dependiera del interlocutor la sensación de “exceso”). En numerosas ocasiones, los padres y maestros bajan de Internet los cuestionarios, o reciben la información a través de los medios masivos y realizan por cuenta propia el diagnóstico del niño.

El tratamiento suele ser medicación y tratamiento cognitivo-conductual, como modo de adecuar a ese niño al ambiente. En relación a la medicación, las drogas utilizadas en la Argentina son el metilfenidato y la atomoxetina. Ambas tienen efectos colaterales complejos, como falta de apetito. Aun cuando los medios científicos hablan de las contraindicaciones de las diferentes medicaciones que se aplican en estos casos (Carey, 1998; 1999: 664-666; 2000: 863-864; 2001; Diller, 2003), llama la atención la insistencia con la que los medios publicitan el consumo de medicación como indicación terapéutica privilegiada frente a la aparición de estas manifestaciones (Diario *Clarín*, 12/04/2004; Diario *La Nación*, 22/06/2004; Safer, Zito y Fine, 1996: 1084-1088).

Todas las drogas que se utilizan en el tratamiento de los niños con dificultades para concentrarse o que se mueven más de lo que el medio tolera, tienen contraindicaciones y efectos secundarios importantes.

En diferentes trabajos, respecto al metilfenidato, se plantea que:

- No se puede administrar a niños menores de seis años.
- Se desaconseja en caso de niños con tics (Síndrome de Gilles de La Tourette).
- Es riesgoso en niños psicóticos, porque incrementa la sintomatología.
- Deriva con el tiempo en retardo del crecimiento.
- Puede provocar insomnio y anorexia.
- Puede bajar el umbral convulsivo en pacientes con historia de convulsiones o con

EEG anormal sin ataques (Benasayag, 2002; Goodman y Gilman's, 1995; *Vademécum Vallory*, 1999: 661-662; Cramer *et al.*, 2002; Schachter *et al.*, 2001: 1475-1488; Breggin, 1999: 3-35).

Respecto a las anfetaminas en general, éstas han sido prohibidas en algunos países, como Canadá, además de ser conocida la potencialidad adictiva de las mismas (CADRMP, 2005).

Respecto a la atomoxetina, se ha llegado a la conclusión de que produce (en forma estadísticamente significativa):

- Aumento de la frecuencia cardíaca.
- Pérdida de peso, pudiendo derivar en retardo del crecimiento.
- Síndromes gripales.
- Efectos sobre la presión arterial.
- Vómitos y disminución del apetito.
- No existe seguimiento a largo plazo (*Vademécum Vallory*).

A esto se añaden dos efectos riesgosos: el daño hepático y la ideación suicida (Bignone, Serrate y Diez, 2007; Morrison, 2008).

Breggin plantea que las razones por las que se opone al uso de estimulantes para el tratamiento del ADHD van más allá de la ausencia de una base biológica. Sostiene que: 1) las drogas estimulantes son peligrosas; 2) un estudio prospectivo mostró que la prescripción de estimulantes en los niños predispone a éstos al abuso de cocaína en la juventud; 3) otro estudio planteó que el 9 por ciento de los niños diagnosticados como ADHD tenían riesgo

de desarrollar síntomas psicóticos cuando eran tratados con estimulantes. Y agrega que, en su propia revisión, encontró que los estimulantes podían producir retardo en el crecimiento, depresión y un desorden del tipo obsesivo-compulsivo (Breggin y Bauchman, 2001: 595).

La ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica),¹⁵ en abril de 2007, resolvió:

“Que recientes resultados de ensayos clínicos sobre datos de seguridad en drogas que se utilizan para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD en su sigla en inglés), han demostrado que los efectos adversos pueden estar asociados con cambios y agravamiento de síntomas tales como hipertensión arterial, hipertiroidismo, patologías cardíacas preexistentes, resultando mayores a los encontrados con placebo.

Que tanto el metilfenidato y la atomoxetina son drogas utilizadas en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Que agencias regulatorias sanitarias, como las de Canadá y Estados Unidos, han efectuado recomendaciones, aconsejando realizar un monitoreo cuidadoso y cercano de los pacientes cuando se indiquen medicamentos de tales grupos terapéuticos, recomendando asimismo la incorporación en sus respectivos prospectos de nuevas advertencias generales.

Que en nuestro país se encuentran en comercialización varias especialidades medicinales conteniendo entre sus principios activos las drogas metilfenidato y atomoxetina, por lo que resulta necesario evaluar el contenido de los prospectos, a efectos de armonizar su texto incluyendo las nuevas advertencias”.

Un dato importante es que se trata de una medicación que no cura sino que aminora síntomas (se la administra de acuerdo a la situación, por ejemplo, para ir a la escuela) y que en muchos casos disimula sintomatología grave, la que hace eclosión *a posteriori* o encubre deterioros que se profundizan a lo largo de la vida. En otros casos, ejerce una pseudo-regulación de la conducta, dejando a su vez librado al niño a posteriores impulsiones adolescentes en razón de que no ejerce modificaciones de fondo sobre las motivaciones que podrían regularlas, dado que tanto la medicación como la “modificación conductual” tienden a acallar los síntomas, sin preguntarse qué es lo que los determina ni en qué contexto se dan (Bleichmar, 1998; Gaillard, 2004; Lasa Zulueta, 2001: 5-81).

¹⁵ Se trata de una dependencia técnica del Ministerio de Salud que evalúa las solicitudes de los fabricantes para comercializar medicamentos.

La hipótesis psico-social

Si pensamos el psiquismo como estructura abierta, en relación con el entorno, y a un niño como un psiquismo en estructuración, la incidencia tanto del contexto como de las lógicas infantiles, de los modos de simbolización propios de la infancia, deberá ser considerada para pensar cualquier dificultad.

Sabemos que, cuando nace, todo niño está desvalido. Una cuestión fundamental es que haya otros que puedan hacerse cargo de él para que no quede expuesto a sus propias urgencias pulsionales, para ayudarlo a satisfacer tanto sus necesidades como sus deseos. Es decir que son los otros, en tanto protectores y continentes, los que permiten transformar el desvalimiento inicial en posibilidad de futuro. Pero esos otros están a su vez marcados por la sociedad en la que viven, que tiene ciertas características.

Como dice C. Castoriadis (1992: 134), “la madre es la primera, y masiva, representante de la sociedad al lado del recién nacido; y como esta sociedad, cualquiera que sea, participa de una infinidad de maneras de la historia humana, la madre es frente al recién nacido el portavoz actuante de miles de generaciones pasadas”.

Así, los otros son fuente de satisfacción y de sostén, modelos identificatorios y transmisores de normas e ideales. Son los que pueden procesar aquello que el niño vive como insostenible, ayudándolo a esperar, a tolerar lo displacentero, a postergar la descarga motriz.

Pero cuando los adultos han perdido redes identificatorias y prevalecen en ellos las sensaciones de indefensión e impotencia, la situación suele invertirse. Tienden a arrojar sobre niños y niñas las angustias no metabolizadas, ubicándolos como “los que lo pueden todo”, en una especie de inversión de lugares, de desmentida brutal del desamparo infantil.

Así, la psique del infante se encuentra con un conjunto de estímulos no mediatizados por la palabra, con angustias, decepciones, incertidumbres y temores de otros que son registrados como un desborde, incualificable, proveniente de un adentro-afuera que lo deja a merced de un dolor psíquico que no puede diferenciar como ajeno, al mismo tiempo que se le exige un altísimo nivel de producción (debería “ser perfecto”).

“Ser maravilloso” o “ser un desastre” es una disyuntiva que denuncia la omnipotencia que los adultos le atribuyen al niño frente a la propia impotencia. Y que obtura la construcción de la potencia posible.

Dijimos antes que cada sociedad supone una representación de cómo debe ser un niño. Pero entre la representación fantaseada y la realidad siempre hay diferencias. A la vez, esa representación produce efectos en la estructuración psíquica de los sujetos. En nuestra época, la idea de eficiencia ha llevado a que, cuando los niños no cumplen con lo esperado, se intente rápidamente modificar esta situación, apelando muchas veces a la medicación. Y se ubica al niño como siendo un trastorno portador de un déficit.

El lugar del niño en la actualidad es contradictorio: por un lado, se lo concibe como sujeto de derechos y su palabra es mucho más tenida en cuenta que en otras épocas, pero a la vez se espera de él que satisfaga el narcisismo parental, que sea exitoso para hacer sentir exitosos a sus padres, ubicando la infancia como un tiempo de “producción”, de exhibición de saberes, más que de desarrollo y crecimiento. El juego, como actividad fundamental del niño, queda relegado a un segundo plano o considerado algo que también hay que pautar y dirigir (en “grupos” de juego coordinados por un adulto).

Otra de las novedades de esta época es la irrupción del mundo a través de los medios de comunicación, lo que lleva a que los niños reciban información de las pantallas, muchas veces sin que otro humano lo ayude en el metabolismo de contenidos difíciles de procesar por sí mismo. Esto, a su vez, se da en una sociedad en la que los estímulos a los que está sometido el niño desde pequeño son muy veloces, generalmente visuales, y en la que es habitual el contacto con máquinas que a veces suplantán el contacto humano.

En definitiva: quiebre de redes identificatorias, sentimientos de impotencia, bombardeo de los medios de comunicación, pérdida del valor de la palabra... ése es el mundo en el que debemos pensar a los niños.

Una de las cuestiones a tener en cuenta es que los adultos tienden a promover el movimiento y la dispersión, excitando a los niños, idealizando la infancia, ofreciéndoles estímulos fuertes desde bebés, mientras que ellos se retraen. Por ejemplo, se sustituye con frecuencia el vínculo humano por el televisor o se lo hace “jugar” con juguetes que se mueven solos (frente a los que el niño queda pasivo). Después, esos mismos adultos no pueden tolerar el movimiento infantil, necesario para apoderarse de su cuerpo y del mundo.

Entonces, es fundamental pensar en los niños y en sus avatares como efecto de un entramado en el que van a estar en juego sus propias posibilidades de elaboración, sus defensas, los funcionamientos psíquicos de madre y padre (y de otros significativos como

hermanos y abuelos) y aquello que se ha ido transmitiendo a través de las generaciones, todo en un marco social determinado.

Así, hablar de que un niño tiene dificultades para tolerar el ritmo escolar, para acatar normas o para completar la tarea, no supone saber qué es lo que le pasa. Cuando decimos: “Daniel no puede quedarse quieto”, “Juan desafía todo el tiempo” o “Martín no presta atención a lo que se le dice”, lo único que hacemos es describir una conducta que tiene seguramente ciertos matices. Por ejemplo, cuando un niño “no presta atención”, ¿qué pasa cuando la maestra se dirige directamente a él? ¿Hay alguien a quien sí preste atención? ¿Está atento a los otros chicos y de ellos sí escucha lo que le dicen? ¿O puede seguir los ritmos en la clase de música y se lo ve allí totalmente concentrado? Y cuando decimos que otro niño desafía, ¿siempre?, ¿a todos? Cada niño tiene sus peculiaridades, está dentro de un grupo con características específicas y el vínculo que ha establecido con los docentes es singular.

Otra cuestión a tener en cuenta es el estado psíquico que predomina en los adultos en esta época. Ya hemos dicho que, para el niño, la realidad psíquica de los otros humanos que lo rodean es “su” mundo externo, la realidad por excelencia. En las épocas de crisis, cuando los padres están inmersos en una suerte de “terremoto social” y suelen estar angustiados, deprimidos y desbordados por situaciones que los exceden, hay poco espacio psíquico para contener a los niños, tramitar con ellos situaciones dolorosas, acompañarlos en situaciones lúdicas. A todo niño se le hace muy difícil soportar la desconexión de los adultos, y puede moverse o gritar para convocar su atención.

Los niños suelen sentirse exigidos a satisfacer a los adultos, a sostenerlos, a sacarlos de la depresión. Y se angustian y paralizan frente a esta demanda o invierten los lugares y desmienten toda dependencia. Son frecuentes las consultas por niños que no quieren crecer ni aprender y se refugian en la identificación con un personaje omnipotente, desmintiendo toda ignorancia (“yo ya lo sé”), mientras los adultos plantean el futuro como temible. Ésta es una característica importante de la época: no se les dice que cuando sean grandes van a poder tal o cual cosa, sino que el crecimiento se transmite como algo amenazante; pero, a la vez, se los ubica como pudiendo ya lo que no pueden, con lo que se los torna impotentes.

Las manifestaciones de los niños son entonces efecto del psiquismo infantil, pero también del de sus padres, abuelos, hermanos y otras personas de su entorno. También las

situaciones sociales tienen efecto. Así, durante la crisis de 2001/2002 en la Argentina, los maestros notaban que sus alumnos estaban desconcentrados, abúlicos, ensimismados, desatentos y mucho más ansiosos. “Los maestros afirman que los niños están tristes y desatentos” fue, por ejemplo, una nota de tapa del diario *La Nación* de marzo de 2002.

Últimamente, se considera que los niños rebeldes, a los que se denomina opositoristas, pueden ser tratados con psicofármacos. De este modo, no se cuestiona cómo se transmiten las normas en la actualidad, ni cuál es el lugar de los adultos frente a los niños. Podríamos pensar que la inseguridad de los adultos en relación a su lugar en el mundo los deja tambaleantes a la hora de dictar reglas en el ámbito familiar. O que los niños han obtenido un falso poder que los deja desamparados frente a la ausencia de normas claras. Pero, si la pastilla modifica la conducta, toda pregunta queda obturada. Se supone que se ha encontrado la solución del problema y, tal como lo dicta la época, se lo ha hecho de un modo rápido y eficaz.

Esta misma forma de operar es la que da lugar a algunas de las características que se toman como patológicas en los niños, como la dificultad para pensar antes de actuar o la de no poder esperar y exigir que todo se resuelva con urgencia. Como en un espejo, el mismo modo en que actúan los niños se reproduce en la manera en que los adultos intentan resolver la situación. Pero, ¿quién se espeja en quién? ¿Serán los niños los que reproducen los modos de funcionamiento de los adultos?

En esta línea, hay aportes de diferentes autores:

Thomas Armstrong, psicólogo y educador, plantea que el paradigma del ADD/ADHD es “cuestionable como instrumento conceptual para dar cuenta de la conducta hiperactiva, desatenta o impulsiva de los niños en edad escolar” (Armstrong, 2000: 35). Y considera que es un fenómeno producto de ciertos cambios sociales: a) la revolución cognitiva en el campo de la psicología, con lo que esto implicó en el tema de investigación de facultades (entre ellas, la atención); b) la revolución psico-biológica en el campo de la psiquiatría, con la concomitante aparición de drogas contra la hiperactividad; c) la movilización de los padres y el respaldo legislativo (en los Estados Unidos) para que fuese considerado una enfermedad; d) el auge en el mercado de objetos de consumo; y e) el papel de los medios de comunicación. También afirma que muchos niños creativos son catalogados como ADHD,

así como otros que deben su desatención e hiperactividad al hecho de que son expuestos a métodos educativos que no corresponden con su nivel de desarrollo.

El filósofo italiano Franco Berardi (2003: 18-19) atribuye a la hiperexpresividad, a una sociedad en la que el problema es la hipervisión, el exceso de visibilidad, la explosión de la infósfera y la sobrecarga de estímulos info-nerviosos, los problemas de atención en la infancia. La rapidez de los estímulos a los que los niños están sujetos los deja sin posibilidades de procesarlos, así como carentes de elementos para elaborar sus propios pensamientos despertados por esos estímulos. Considera que la constante excitación de la mente por parte de flujos neuroestimulantes lleva a una saturación patológica, que desemboca en dificultades para atender a un estímulo durante más de unos segundos:

“La aceleración de los intercambios informativos ha producido y está produciendo un efecto patológico en la mente humana individual y, con mayor razón, en la colectiva. Los individuos no están en condiciones de elaborar conscientemente la inmensa y creciente masa de información que entra en sus ordenadores, en sus teléfonos portátiles, en sus pantallas de televisión, en sus agendas electrónicas y en sus cabezas. Sin embargo, parece que es indispensable seguir, conocer, valorar, asimilar y elaborar toda esta información si se quiere ser eficiente, competitivo, ganador. La práctica del *multitasking*, la apertura de ventanas de atención hipertextuales o el paso de un contexto a otro para la valoración global de los procesos tienden a deformar las modalidades secuenciales de la elaboración mental” (Berardi, 2003: 22).

Podemos deducir de sus ideas que el niño queda solo frente a un exceso de estímulos que no puede metabolizar y que, en lugar de ir construyendo un funcionamiento deseante, lo deja en un estado de excitación permanente. Excitación que tenderá a descargar vía la motricidad, al mismo tiempo que ese ejercicio choca contra la dificultad del mundo adulto para tolerar el movimiento infantil. Así, la misma motricidad que le procuraría alivio, en la medida en que expresaría un mayor dominio del mundo y de sus propios movimientos, se transforma en pura descarga de excitación y es sancionada como disruptiva de la paz que los otros esperan. El movimiento se torna de este modo una descarga insatisfactoria, que le acarrea el rechazo del mundo.

También hay que tener en cuenta que el niño está expuesto, desde pequeño, a estímulos audiovisuales, llamativos y veloces, mientras que en la escuela debe atender a la voz del docente, sin luces ni colores.

El psicoanalista Fabien Joly (2008: 132) afirma que muchas veces se psiquiatriza todo, patologizando comportamientos que son efectos de falta de contención y de límites. Este autor plantea que, en muchos casos, se consideran patológicos algunos efectos de ciertos modos de crianza imperantes: la prevalencia de un niño-rey con su otra cara, la fragilidad identitaria narcisista generalizada; los niños confundidos en un intercambio o una mezcla de lugares entre niños y adultos; la incapacidad de los adultos para decir no –con su reverso, es decir, la incapacidad del niño para soportar la menor frustración–; el tiempo del *zapping* de la imagen, de lo virtual y de la aceleración de los estímulos; la dificultad para otorgarle atención y tiempo al niño, los niños rendidos de fatiga y luchando con la excitación para sostener la atención de interlocutores apurados; aquellos que hiperexcitados se duermen todas las noches en la cama de los padres; los niños estresados y la ausencia de tiempo y de espacio para crecer en el paraíso del pragmatismo, de la rentabilidad y de la velocidad. Todo esto hace pensar en los modelos socio-educativos actuales...

En síntesis, algunas características de la época, que inciden en la construcción de la subjetividad y que pueden derivar en dificultades para sostener la atención, son:

- La idealización de la infancia, con la desmentida generalizada de la indefensión infantil, lo que lleva a suponer a los niños como poderosos, confundiendo la fantaseada omnipotencia infantil con la realidad.
- La intolerancia frente al sufrimiento y la carencia de espacios para procesar el dolor.
- La rapidez de la información y la urgencia en la resolución de problemas: el “ya-ahora”.
- El consumo desenfrenado, se pueda o no consumir, aparece como parte del ideal cultural, con la tendencia a llenar todos los vacíos con objetos. De este modo, los vínculos quedan en segundo plano, no hay tiempo para desear o los deseos son imperativos y cambiantes, obturando así el armado de fantasías. Lo que importa es la posesión del objeto, más que lo que se pueda hacer con él.
- La desvalorización del juego. No se favorece el “jugar solo” bajo la mirada del adulto (como desarrolla Winnicott, 1971) ni se comparten sus juegos. Se lo llena de juguetes que se mueven solos, frente a los que el niño queda como espectador y con los que no puede construir el pasaje pasivo-activo.

- La prevalencia de la imagen como representación privilegiada por sobre la palabra (las imágenes se pueden superponer, mezclar, etcétera).

¿No produciremos, como sociedad, niños a los que no podemos contener, a los que no toleramos, que nos molestan?

Si pensamos en algunas de las características que llevan a que estos niños sean rechazados por la institución escolar y aparezcan como insoportables para las familias, podríamos sintetizar: son niños que buscan ser mirados, quieren que el otro esté atento a ellos y, a la vez, no establecen un lazo duradero con ese otro. Necesitan al adulto para conseguir lo que quieren y para sentirse vivos en tanto son mirados, pero pasan rápidamente de una actividad a otra, de un deseo a otro y quieren “todo ya”, sin tiempo de espera.

Curiosamente, estas características –bastante comunes en los niños pequeños– son muchas veces promovidas por la sociedad actual. El otro suele ser considerado un medio para la obtención de algo; la mirada de ese otro es vivida como sostén, con la idea de que se existe si se es mirado por otros (si es por la televisión, mejor). Y la idea de consumo desenfrenado se considera una garantía de ser. Es decir, aquello que aparece como demanda permanente en estos niños es casi una caricatura del funcionamiento promovido socialmente (ejemplificado en los avisos de la televisión en los que se dice “llame ya” para comprar algo).

En este contexto, podríamos preguntarnos, con Pierre Fourtenet (2008: 43): “¿No resulta sorprendente que el modelo que la sociedad propone a nuestros niños implique como virtud cardinal el ‘actuar’ y a la vez esa misma sociedad se muestra cada vez menos dispuesta a tolerar y a encuadrar sus desbordes motrices?” Algo semejante plantea Bernard Golse (2003) al afirmar que en una sociedad hiperkinética no se tolera el movimiento infantil. Y lo mismo sostiene Franco Berardi (2007), cuando dice que lo que se transmite como mandato es *just do it*.

Podemos concluir que, al no sentirse contenidos por los adultos, sujetos a mandatos contradictorios, los niños no pueden representar su propia existencia y prevalecen en ellos sensaciones de vacío, tanto en relación a los sentimientos como a la capacidad de pensar. Así, intentan llenar el vacío con cosas (en una sociedad en la que el “tener” ciertos objetos

ha pasado a ser fundamental y la competencia se ha desplazado de las habilidades a las posesiones) o con desbordes motrices (hiperactividad, gritos).

Y si el intento es fallido y el vacío lo inunda todo, nos encontramos con niños abúlicos, apáticos, profundamente aburridos, que muestran la contracara de la imagen de la niñez como vitalidad y creación.

La influencia de los laboratorios, que publicitan la medicación “anti-ADD” como píldoras milagrosas que hacen que un niño sea buen alumno y responda a las normas escolares en una sociedad signada por el temor a la exclusión, incide en el auge de la medicación. Si a esto le sumamos la idea de la urgencia en la resolución de los problemas, tenemos como resultado “la pastilla milagrosa”. (Así, por ejemplo, en la publicidad de un laboratorio sobre la medicación para el ADHD, se dice que “los pacientes no tratados corren mayor riesgo de abuso de sustancias”; que las niñas a las que se considera tímidas y soñadoras pueden ser una variante ADD y que, aunque no tengan impulsividad e hiperactividad, requieren el mismo tratamiento; asimismo, que “el bajo rendimiento académico y las dificultades en el aprendizaje pueden ser mejoradas con el tratamiento adecuado”).

Sin embargo, las investigaciones vienen demostrando que la medicación no previene actos antisociales (Weiss *et al.*, 1975: 159-165; 1985: 211-220). En relación al aprendizaje, el profesor Cesare Cornoldi (2001: 188), de la cátedra de Psicología de la Universidad de Padova, afirma: “La terapia con estos productos farmacéuticos no mejora el rendimiento escolar de los niños, en tanto que los procedimientos vinculados con el aprendizaje suponen algo mucho más complejo que el simple ‘prestar atención’”.

Nos detendremos en algunas determinaciones psíquicas de la desatención, la impulsividad y la hiperactividad.

La atención y el aprendizaje escolar

Consideramos que hay algunas cuestiones clave para pensar las dificultades escolares de los niños:

1) El aprendizaje escolar es un acto complejo, efecto de una historia de aprendizajes. Un niño tuvo que haber constituido el deseo de saber y dirigirlo hacia cuestiones aceptadas y valoradas por la cultura. También tiene que poder atender a aquello que se le pide, tolerar

frustraciones, sujetarse a reglas, organizar sus pensamientos, frenar sus impulsos, dominar su motricidad fina, comprender lo que escucha, ligándolo a otros saberes y comunicar a los otros los conocimientos adquiridos, entre otras cosas.

2) Para aprender es necesario atender, pero no sólo eso. Hay que incorporar lo que el otro transmite, elaborar lo incorporado y poder aplicarlo a nuevas situaciones. Y no es lo mismo atender que comprender, ni comprender que poder utilizar los conocimientos.

3) La atención sostenida y selectiva (que es el tipo de atención requerida en la escuela) se construye en los primeros años de la vida. Así, ningún niño pequeño atiende a un estímulo durante un tiempo prolongado.

Desde el psicoanálisis, para que un niño aprenda, tiene que estar movido por el deseo de aprender, por la curiosidad, y marcado a su vez por el registro doloroso de que hay conocimientos que no posee y que otros tienen (Freud, 1979).

Un tema no menor a tomar en cuenta es que los problemas de aprendizaje han sido expuestos muchas veces por los padres y docentes como “no atiende en clase”, suponiendo que un niño que “presta atención”, aprende. Esto implica desconocer los múltiples motivos por los que se puede dar una dificultad de aprendizaje. También implica suponer que la “atención” es unívoca.

El aprendizaje escolar es resultado de un largo proceso en el que están involucrados la familia, la escuela, la sociedad en su conjunto y el niño mismo.

En la sociedad actual, ¿qué lugar ocupa el conocimiento? ¿Qué valorización se hace del saber académico?

En este sentido, Coutel se pregunta: “¿El hombre moderno ha devenido incurioso de su propia incuriosidad mientras que el hombre del Renacimiento o de las Luces fue curioso de su propia curiosidad?” (Coutel, 2006: 30). Y define a la sociedad actual como “una sociedad en la que la pregunta por el aprender está recubierta por las dos preguntas: ¿cómo aprender? (reducción pragmática) y ¿qué hay que aprender? (reducción comunicacional e informativa)” (Coutel, 2006: 9). Pragmatismo y afán por la información que suele prevalecer en la transmisión de conocimientos en la escuela y que obtura la curiosidad infantil, el sostenimiento de preguntas.

A su vez, la escuela ha dejado de ser el lugar privilegiado en el que se accede a los conocimientos. Los medios de comunicación e Internet son fuentes de transmisión. Y los

niños suelen estar acostumbrados a estímulos fuertes, con predominio visual. Así, el aprendizaje escolar, con predominio de palabras, suele no convocarlos. Y cada familia valora diferentes tipos de aprendizaje y diferentes modos de incorporación de saberes.

Por otra parte, muchos conflictos infantiles se expresan a través de problemas en el aprendizaje.

Es indudable que muchos niños tienen dificultades para aprender, pero reducir esto a una única causa, es vedar la posibilidad de resolverlo. Hay niños que no lograron constituir el deseo de saber y que por consiguiente no curiosean; que fueron curiosos en la primera infancia y anularon esa posibilidad, por represión (Freud, 1979: 53-127); que no soportan depender de otro para adquirir conocimientos y se sienten más cómodos buscando por su cuenta, pero fracasan en el aprendizaje escolar; que incorporan conocimientos sólo si vienen de otro investido libidinalmente, por quien se suponen amado, y aprenden con algunos docentes y no con otros; o que pueden incorporar nuevos aprendizajes pero no logran ligarlos con los anteriores, no pueden recordarlos ni aplicarlos. En definitiva, es un tema complejo, con múltiples aristas, en el que el niño es sólo un actor de un vasto elenco.

La confusión habitual entre dificultades de aprendizaje y déficit de atención merece que reflexionemos. Ya la idea de déficit denota una carencia. Es decir, se supone que un niño tiene que estar atento en la escuela a lo que el docente enseña. Sin embargo, un niño puede no estar atento a eso pero sí a otras cosas y no ser deficitario.

Lewcovicz y Corea (2004: 127) reflexionan:

“En la familia, en la escuela, lo que detiene la interrogación sobre el estatuto del pensamiento es la suposición de saber; si algo se sabe, el pensamiento es sólo un mecanismo para llegar a eso que se sabe; y si el pensamiento anda por caminos que no se orientan a eso que se sabe, no es pensamiento sino problema de conducta, enfermedad mental, trastornos de aprendizaje. Y si el pensamiento transcurre por otros caminos, hay desórdenes de la atención porque no se atiende a lo que se tiene que atender”.

Desatención e impulsividad pueden estar ligados porque la atención resta eficiencia a las acciones automáticas, poniendo freno a la impulsividad. Pero se puede prestar atención a otras cuestiones, como situaciones familiares, un proyecto o el vínculo con los otros y, en estos casos, la atención puede operar como freno al devenir pulsional.

Atender implica investir el mundo. Si la atención es investidura, podemos pensar que hay diferentes tipos de atenciones y de desatenciones. Y nos podríamos preguntar si hay alguien que “no atiende” en absoluto.

En el *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (Houzel, Emmanuelli y Moggio, 2000: 72), se define la atención como:

“Un estado en el cual la tensión interior está dirigida hacia un objeto exterior. Es un mecanismo importante en el funcionamiento mental de un individuo, que le permite no quedar sometido pasivamente a las incitaciones del contexto. Ella permite al sistema nervioso no ser sobrepasado por el número de informaciones sensoriales que le llegan a cada instante y por consiguiente, al ser vivo adaptar su comportamiento. También se puede definir la atención en relación con la conciencia: la atención es la selección de un acontecimiento, o de un pensamiento, y su mantenimiento en la conciencia”.

Entonces, la atención es un proceso activo, que protege al sujeto del caos del mundo externo y de sus propias sensaciones, permitiéndole privilegiar un elemento sobre los otros. En tanto ligada a la conciencia, es como un foco que ilumina una parte del universo.

Los autores diferencian dos tipos de atención: la atención constante o sostenida, como estado de alerta, y la atención selectiva, dirigida hacia un objeto. Mientras la primera corresponde al estado de vigilia (y se opone al estado de desconexión, de sopor), la segunda presupone la selección de un elemento a la vez que deja de lado al resto. O sea, implica un paso más: no sólo estar despierto sino investir privilegiadamente un elemento por sobre los otros.

Lo que se le pide a un niño en la escuela es que mantenga la atención selectiva, que invista (y sostenga la investidura) a cuestiones impuestas por otros. Tiene que deponer sus intereses momentáneos, seleccionar de todo el cúmulo de estímulos internos y externos aquéllos en los que otros le piden que se centre y concentrarse durante un tiempo prolongado en ellos. Es una atención selectiva que, en este caso, se rige habitualmente más por la obediencia a normas que por los propios deseos.

La atención es fundamental, tanto para satisfacer el deseo, como para frenar un displacer tan masivo que deje al psiquismo anonadado; pero el pensar ligado a la atención secundaria puede ser dificultado por recuerdos penosos (que llevarían a desviar la atención del camino propuesto) y el afecto puede impedir pensar (Freud, 1976).

Sabemos que el mundo no es investido automáticamente, o que lo que se inviste casi automáticamente son las sensaciones. Mas, para que haya registro de cualidades, de matices, se debe diferenciar estímulo y pulsión, para lo cual los estímulos externos no deben ser continuos, sino con intervalos. Así, si un niño recibiese permanentemente estímulos (como una madre que le da el pecho todo el tiempo), no podría diferenciar lo que siente de lo que viene desde afuera.

Del mismo modo, si se lo deja en un estado de privación permanente, tampoco podrá hacerlo. La diferencia estímulo-pulsión se instaura porque el estímulo es intermitente, mientras que la pulsión es constante. Del estímulo se puede huir, mientras que de la pulsión, no.

Éste sería el primer paso para dirigir la atención hacia el mundo: diferenciar adentro y afuera. Aquí tenemos un elemento que nos va a permitir ligar la desatención a la hiperactividad: la confusión entre interno y externo lleva tanto a no sostener la atención por confusión como a responder a todo estímulo como si la fuga fuera posible.

En segundo lugar, la investidura del mundo se logra por identificación con un otro que va libidinizando a ese mundo y otorgándole sentido. Cuando la mamá le muestra al hijo el sonajero, lo hace sonar, escucha con él el ruido que hace, o le muestra un juguete, una planta o un alimento, está atrayendo la atención del bebé hacia ese objeto. De todo el universo sensorial posible, la madre recorta algo y se lo señala al niño como algo a ser investido. Las miradas del niño y de la madre confluyen en un punto. Y las sensaciones múltiples y confusas, el pensamiento errático, van dando lugar en el niño a momentos en los que puede “enfocar” determinados contenidos.

La atención supone focalizar la mirada, protegiendo al sujeto de la irrupción de los múltiples estímulos posibles. Ahora bien, si la atención implica “dirigir la mirada hacia”, los niños que no atienden en clase, ¿dirigen su mirada hacia otras cuestiones?

A partir de una investigación en curso sobre este tema, podemos afirmar que los niños supuestamente desatentos pueden estar muy atentos a diferentes cuestiones.¹⁶

Así, hay niños que atienden a sensaciones, del tipo frío-calor, o tienen hambre o sed y no pueden dirigirse hacia estímulos externos. Hay otros que están atentos a los intercambios

¹⁶ Investigación que dirijo sobre “La desatención y la hiperactividad en los niños como efecto de múltiples determinaciones psíquicas”, realizada por docentes y alumnos de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, desde el año 2005.

afectivos, que registran los tonos de voz del docente, sus miradas, sus amores y odios, sin escuchar el contenido de las clases. Están pendientes del otro, pero no de sus palabras. Buscan una mirada amorosa que los haga sentirse existiendo; sin embargo, cuando se mueven para conseguirlo, desencadenan la hostilidad del adulto y quedan desubicados, sin lugar, por lo que suelen moverse más.

También hay niños que pueden atender mientras aquello que se les transmite les resulta fácil o conocido, pero que dejan de escuchar en el momento en que sienten que pueden fracasar. Quienes sufrieron situaciones de violencia suelen estar atentos a todo, temerosos de un ataque que podría llegar de cualquier lado; mientras que quienes están atravesando un proceso de duelo se retraen.

Y nos preguntamos: ¿un niño que está atento a la mirada de la maestra, podrá mirar lo que ella escribe en el pizarrón? U otro que está pendiente de que los otros chicos jueguen con él, ¿podrá ocuparse de “copiar” en clase? Y los niños que suponen que van a ser atacados y están en “estado de alerta”, o los que están en situación de duelo, ¿podrán concentrarse en la situación escolar?

Pero también hay niños fantasiosos, que suelen armar espacios lúdicos en clase, que caen bajo la categoría de ADHD, cuando –como dice Armstrong (2000: 47)– podrían ser ubicados como “individuos primordialmente creativos”. Algunos se repliegan en la fantasía, frente a un mundo que sienten displacentero, pero otros imaginan historias, o arman proyectos afines a sus intereses.

Entonces, desde niños que fantasean hasta niños en proceso de duelo, niños que han sufrido situaciones de violencia, niños buscadores de afecto y niños que tienen serios problemas en la estructuración psíquica, todos son ubicados bajo un mismo rótulo y tratados del mismo modo. Así, hay niños graves que quedan sin el tratamiento que les correspondería, algunos que son medicados sin que nadie escuche sus padeceres y otros a los que se ubica como patológicos sólo por ser niños.

Hiperactividad e impulsividad

El dominio del propio cuerpo y la capacidad de frenar los impulsos, así como la atención sostenida y selectiva, se construyen a lo largo de la vida.

Hay niños que son inquietos, vitales, que realizan múltiples actividades. Considerarlos hiperactivos sería confundir características de la infancia con patología.

La escuela exige habitualmente un comportamiento pasivo, puramente receptor, de un niño que debe quedarse sentado muchas horas escuchando a la maestra. Un niño activo (y no por eso enfermo) puede no tolerar esto. También muchos padres, agobiados por exigencias laborales, pueden pretender que la casa sea un remanso de paz y tranquilidad y viven la actividad de un niño como excesiva. Es decir, es frecuente que sean sancionados por aquello que es justamente una de las características de la infancia: la vitalidad, el movimiento, el salto de un tema a otro, de un juego a otro, el llamar la atención de los adultos, el hacer ruido...

Pero hay niños que sufren y lo manifiestan con un movimiento desordenado. Intentan evacuar la angustia o satisfacer a través del despliegue motriz lo que no pueden satisfacer de otro modo.

Se considera hiperactividad cuando un niño se mueve sin metas y sin rumbo. No termina lo que comienza, suele ser torpe y carente de freno interno. En él, el movimiento – en lugar de funcionar como acción específica, produciendo placer y descarga de tensión– genera mayor excitación. Estrictamente, sus actos no son acciones, sino manifestaciones de angustia, de desesperación, de estallido interno. Por este motivo, es un “decir” muy particular, intraducible para el adulto, y diferente al del niño que cuenta a través de palabras, acciones, juegos o gestos.

Jean Bergès (1990, IV: 66) define así la inestabilidad motora o hiperactividad:

“La agitación, a veces extrema, aparece, ya sea como una irrupción en un contexto de contención insoportable (así como en los estados tensionales) o bien como una demanda incesante de límites, de fronteras, el cuerpo en acción vivido como muy problemático o imposible de integrar como tal (en los estados de dehiscencia). Pero la inestabilidad motora no se define tan sólo por la agitación: resulta lícito hacer hincapié en la participación de la voz, de la envoltura cutánea y de lo que podríamos llamar la provocación”.

Este autor habla de la contención y de la provocación a otro, con lo que caracteriza a esta patología como produciéndose en un vínculo. Y pone el énfasis en la demanda de contención por parte del otro, en la búsqueda de una envoltura, en tanto no han podido armar una “piel” unificadora (Anzieu, Houzel, Missenard *et al.*, 1990).

Algo que suelen tener en común estos niños es que convocan al semejante, “chocan” con el mundo, “llaman” a que se les dé alguna respuesta, quieren estar bajo la mirada del adulto y a la vez andan por los bordes de esa mirada.

Pero, tal como ocurre con la desatención, las determinaciones que hacen que se muevan sin rumbo son muchas y variadas. Para los niños la quietud es, en sus fantasías y sus juegos, equivalente a la muerte. Así, pueden moverse para constatar que están vivos, y en estos casos la orden de permanecer quietos puede suscitar mucho más movimiento. También pueden moverse para despertar a una madre o a un padre en estado de depresión, en retracción narcisista. A través de su actividad, mantienen al otro activo y en estado de alerta, funcionando como un estimulante. También pueden responder al deseo de evacuar su angustia a través del movimiento, así como tratar de adueñarse de sí mismos y del otro, saliendo de la pasividad, pero fracasando en el pasaje a la actividad.

Ciertos niños intentan tolerar sensaciones insoportables, neutralizándolas a través de un movimiento compulsivo. Así, a través de procedimientos “autocalmantes” buscan mantener la excitación en el nivel más bajo posible, aunque sin éxito. En otros casos, sólo pueden pensar con movimientos y sus fantasías no se sostienen como anticipatorias de la acción sino que se confunden con la acción misma. Es así que dicen a través de su motricidad, pero en un lenguaje incomprensible para los otros, que los deja a ellos mismos confundidos entre fantasía y realidad.

Seguramente, es posible pensar muchas otras determinaciones. En relación a la impulsividad, suele ir de la mano con el movimiento excesivo y desordenado.

Un niño va construyendo la posibilidad de mediatizar sus impulsos, de esperar, a partir de ligar sus mociones pulsionales eróticas y destructivas gracias al amor del otro, con quien se identifica. Lo que va construyendo es una red de pensamientos, de recorridos representacionales complejos que pueden frenar el pasaje directo del impulso a la acción. W. R. Bion (1991: 39), retomando a Freud, afirma que “si el pensamiento no fuera posible, el individuo iría directamente de un impulso a una acción sin ningún pensamiento intermedio. Frente a lo desconocido, el ser humano lo destruiría”.

Pero, para que un niño sostenga pensamientos, tuvo que haber sido pensado por otros, tuvo que haber sido sostenido no sólo por los brazos de otros sino también por sus

pensamientos. Ser pensado implica recibir un baño de pensamientos y es posibilitador del armado de pensamientos propios (Anzieu, Haag, Tisseron *et al.*, 1998).

El niño va armando sus redes representacionales, va constituyendo sus circuitos de pensamiento, en relación a los otros que lo rodean; fundamentalmente, en relación al funcionamiento psíquico de esos otros. Si los adultos pueden metabolizar sus pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. En este sentido, el otro humano es condición de la posibilidad de discernir, es sobre él que el niño aprende a diferenciar bueno y malo, fantasía y realidad, y a construir vías alternativas a la descarga directa e inmediata de la excitación.

Si lo pensamos en términos de Bion (1991), podemos decir que, para construir el aparato para pensar los pensamientos, el niño tiene que encontrarse con un otro que lo piense, que frente a sus irrupciones, las elabore y responda dándose y dando palabras a las eyectadas del niño.

En la medida en que se va pensando a sí mismo como alguien, en que puede ir armando una representación de sí, a partir de la imagen que le dan los otros, esta organización representacional va a actuar inhibiendo la descarga directa, la tendencia a la alucinación o a la expulsión del recuerdo.

El vínculo con otros, que son quienes van a facilitar la constitución de circuitos cada vez más complejos, es condición de los primeros juicios. Esta actividad pensante realizada con juicios, en lugar de complejos perceptivos desordenados, significa una considerable economía al aparato psíquico.

Los niños que no pueden dejar de reaccionar inmediatamente frente al menor estímulo, pueden haber fracasado, por diferentes motivos, en esta construcción de representaciones. Se podría afirmar que el movimiento, en estos casos, es un sustituto fallido de la actividad ligadora y mediatizadora de las representaciones. Y, por consiguiente, desatención, hiperactividad e impulsividad son diferentes caras de un mismo funcionamiento.

Los problemas de “conducta”

Muchos niños que son englobados en la categoría ADHD tienen como rasgo característico el desafío a la autoridad. Sus movimientos tienen metas claras, pero no

respetan las normas y transgreden las reglas que los adultos les exigen que cumplan. Es decir, son niños rebeldes, desafiantes, contestadores, que ni se callan ni se quedan quietos cuando se les pide que lo hagan. Y esto se pone en evidencia, como primer espacio social, en la institución escolar.

Habitualmente, se dice: “no acata las consignas”, “es desafiante”.

Según Jean Ménéchal (2005: 105-110), la irritación que provocan estos niños en el entorno, donde se los califica de “insoportables” y hasta “diabólicos”, muestra la inscripción de estas dificultades en la dimensión profundamente intersubjetiva de las patologías del vínculo. Son niños que atacan los lazos, que colisionan con el entorno, que excluyen a los otros como potenciales actores. Es decir, son niños que movilizan el mundo que los rodea.

Con frecuencia se sienten frágiles y expuestos. Suponen que la red que los sostiene en un equilibrio inestable se hunde inexorablemente y que tienen que modificar el mundo para que éste responda a sus necesidades. Quizás el único modo en que puedan enfrentar lo que el contexto les pide es abroquelándose en una posición narcisista, desafiante, opositora, con la que sienten que pueden saber quiénes son, al modo de los niños de dos años cuando dicen que “no” aun a lo que quieren. Es como si se pusieran el disfraz de Superman para no mostrar al bebé desvalido que no sabe dónde ubicarse.

Muchos niños, refiriéndose a la medicación, dicen que toman “la pastilla para portarse bien”. ¿Qué quiere decir esto? ¿Hablan ahí de una “conducta” de la que no son responsables, que depende de una pastilla? ¿No se refuerza de este modo la idea de un niño que debe ser aplacado y sometido a toda costa, a pesar de sí mismo? ¿Y esto no lo deja en un estado de mayor dependencia y más enojado por esa misma dependencia? ¿Qué aprendizaje se le propone en relación a la incorporación de normas?

Ya en los ítems de los cuestionarios que se utilizan para diagnosticar, aparecen cuestiones como: “hace cosas en forma deliberada para fastidiar o molestar a otros” o “es negativo, desafiante, desobediente u hostil hacia las personas de autoridad”. Lo que se tiene en cuenta, entonces, para hacer el diagnóstico de ADD/ADHD, es la oposición a las normas.

¿Qué es lo que lleva a un niño a desafiar a los adultos y a oponerse a las normas sistemáticamente?

Suelen ser niños que muestran sus dificultades, sus conflictos, a través de una conducta desajustada al medio. Muchas veces, suponen que si aceptan las normas escolares, van a quedar atrapados en la voluntad omnímoda de otro que no lo piensa como sujeto. La autoridad es asimilada a un poder absoluto, irracional y arbitrario. Por eso, es habitual que sean detectores de injusticias. Cuando esto se corrobora, cuando la realidad les muestra la arbitrariedad del mundo adulto, ¿en quién confiar?, ¿cómo someterse a otro que varía las normas a su arbitrio o que sostiene mandatos imposibles de cumplir?

Y si, ubicado en ese lugar, lo que recibe es una representación de sí del estilo de: “siempre igual”, “un desastre” o “es ADD”, son los adultos quienes obturan los cambios posibles, dejándolo sin salida. Por eso, es frecuente que cuando se los sanciona sin darles alternativas para solucionar lo ocurrido, insistan en la misma actitud transgresora. Es como si reafirmasen el “acá estoy”, “mírenme” (porque es el único modo en el que logro ser mirado), “yo soy éste” (porque no tengo otro lugar posible).

Una de las dificultades con la que nos encontramos es que, frente al desafío del niño, el adulto se siente anulado como tal, se siente sin lugar. Esto se agrava cuando espera el reconocimiento del niño para sostenerse como autoridad, situación bastante habitual, en tanto los adultos mismos tambalean en un mundo de urgencias y exigencias desmedidas.

Por eso resulta fundamental que los adultos expresen normas claras y que se muestren como transmisores de una legalidad que va más allá de sí mismos y que se aplica de igual modo a todos. Esto es importantísimo porque estos niños suponen, justamente, que tienen que lidiar con reglas arbitrarias, sin fundamento.

Otro dato significativo es que el porcentaje de varones diagnosticados como ADHD varía entre 2,5 a 1, mientras que en relación a las mujeres dicho porcentaje se reduce de 9 a 1 (Marsha y Rappley, 2005: 165-173). Según Cantwell (1996: 978-987), el predominio del sexo masculino es de 9 a 1 en muestras de poblaciones clínicas y de 4 a 1 en trabajos epidemiológicos. Rápidamente, se atribuye esta diferencia a cuestiones genéticas. ¿No habría que considerar las diferencias de género entre hombres y mujeres, los lugares asignados? Es frecuente que los varones, en edad escolar, supongan que obedecer a otro –y, sobre todo, quedar pasivo frente a otro– es un equivalente de feminización frente a alguien poderoso, activo. Los varones suelen tener dificultades para adaptarse a un ritmo escolar en el que el docente es el dueño de la actividad y la palabra. Así, muchos niños que son

diagnosticados como ADHD son sujetos en pelea por un lugar de hombres, desesperados frente a exigencias que, suponen, implican renunciar a la posición masculina (Janin, 2004). Si le sumamos que socialmente se espera que los varones sean agresivos, arriesgados, etcétera, podemos pensar que hay otras determinaciones que nada tienen que ver con la biología, que generan esta menor adaptación de los varones al régimen escolar.

La patologización como modo de discriminar

Hay evidencias de que niños de grupos culturales diferentes pueden ser sobreidentificados como teniendo ADHD (Pierce y Reid, 2004: 233-240; Stapp, 2007).

En Estados Unidos se considera que los niños de hogares desfavorecidos económicamente –sobre todo afroamericanos y latinos– son más propensos a sufrir ADHD. Así, pasa a ser una herramienta de exclusión social, porque esos niños van a escuelas especiales. En nuestro país, en cambio, este trastorno es más diagnosticado en hogares de alto poder adquisitivo (que pueden pagar la medicación).

La Asociación Médica Nacional, un grupo de unos 20000 médicos africano-americanos, indica que los problemas de hiperactividad son diagnosticados en exceso (en demasía) en la comunidad afroamericana, lo que aumenta la concentración de niños de ese grupo en las clases de educación especial. El artículo afirma que los niños afroamericanos son fuertemente sobre-representados en la mayoría de los sistemas como niños de riesgo. Las clases superpobladas crean una situación en la que los docentes tienen más urgencia por controlar a los niños y no son capaces de responder a sus necesidades individuales. El informe anual de 1998 de los Programas de Educación Especial del *Bureau Federal* menciona que, entre 1980 y 1990, los niños afroamericanos han sido derivados a Educación Especial en una proporción dos veces superior a los norteamericanos; así, mientras que los afroamericanos constituyen el 12 por ciento de la población, representan el 28 por ciento de los alumnos en educación especial. La situación de los hispanos es todavía peor, con un aumento del 53 por ciento en relación al 6 por ciento para los norteamericanos. El artículo plantea que hay un prejuicio, ligado al temor hacia los hombres afroamericanos, que lleva a que los docentes interpreten de un modo particular el comportamiento de estos niños. Y que los dos tercios de los niños que están en educación especial son varones.

Esto pone sobre el tapete varias cuestiones, como la dificultad para ubicarse frente a las diferencias, que aparecen como peligrosas, el modo en que se determina “discapacidad” como discriminación y el uso del poder en ciertos modos de “diagnosticar”.

Y subrayo: se trata de niños a los que se teme y a los que, por consiguiente, se mira de un modo especial, teniendo que silenciarlos rápidamente.

Algo semejante ocurre en Francia con los niños inmigrantes. Un proyecto de Ley titulado “Sobre la prevención de la delincuencia”, redactado por el diputado Alain Benisti y basado en un informe del INSERM (2005), pretendió que se estableciera un “diagnóstico precoz” de las conductas delictivas ya en el jardín de infantes, pidiendo que se inscriban los antecedentes educacionales en una ficha y que los niños que presenten dificultades tengan un “carnet de comportamiento”. El informe insistía en la detección a los 36 meses de los signos siguientes: “falta de docilidad, heteroagresividad, débil control emocional, impulsividad, índice de moralidad baja”, etcétera. Los psiquiatras infantiles debían ser los responsables de diagnosticar el comportamiento de niños y adolescentes y denunciarlos frente a la “policía de la conducta”.

Todos estos rasgos, sin embargo, son frecuentes en niños pequeños y dependerá de la mirada del otro el modo en que se los considere, si como intentos de autonomía, manifestaciones propias del crecimiento o signos patológicos.

El bilingüismo se cuenta entre las causas que, según el “proyecto Benisti”, hacen que un niño presente conductas “anormales”. En ese caso, el alumno “deberá asimilar el francés antes que cualquier otro idioma”. Añade que matar el tiempo en la calle sin participar en ninguna actividad deportiva o cultural también puede influir en un eventual comportamiento delictivo. Otra de sus recomendaciones es la medicación de los niños hiperactivos. De esta manera, los diferentes servicios sociales del Estado podrían vigilarlos constantemente. Los ataques de cólera y los actos de desobediencia en el jardín de infantes son signos que pueden alertar sobre una futura delincuencia ya que, según los autores, estos comportamientos se convierten en “anormales” si perduran más allá de los cuatro años.

Psiquiatras, pediatras, psicólogos, psicoanalistas, docentes, jueces y padres, alarmados por el proyecto de Ley, elaboraron una respuesta, conocida como *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans*. En ella se preguntan:

“¿Será necesario detectar desde la cuna a ladrones de cubos y a charlatanes mitómanos? (...) Frente a estos síntomas, los niños detectados serían sometidos a una batería de tests elaborados sobre la base de teorías de neuropsicología del comportamiento que permiten señalar todo desvío a una norma. Con tal abordaje determinista y siguiendo un implacable principio de linealidad, el mínimo gesto, las primeras tonterías de niño corren el riesgo de ser interpretadas como la expresión de una personalidad patológica que convendría neutralizar rápidamente, por una serie de medidas que asocien reeducación y psicoterapia. A partir de los seis años, la administración de medicamentos, psicoestimulantes y tino reguladores, debería permitir llegar al extremo de los más recalcitrantes. ¿La aplicación de estas recomendaciones no engendraría un formato de comportamientos de los niños, no induciría a una forma de toxicomanía infantil, sin hablar de atascamiento de las estructuras de cuidado encargadas de tratar todas las sociopatías? La pericia del Inserm, medicalizando al extremo fenómenos de orden educativo, psicológico y social, mantiene la confusión entre malestar social y sufrimiento psíquico, más enfermedad hereditaria”.

Y concluyen:

“Estigmatizando como patología toda manifestación viva de oposición inherente al desarrollo psíquico del niño, aislando los síntomas de su significación en el recorrido de cada uno, considerándolos como factores que predicen delincuencia, el abordaje del desarrollo singular del ser humano es negado y el pensamiento de cuidado robotizado”.

Los firmantes se oponen al proyecto de derivar las prácticas de cuidado psíquico hacia fines normativos y de control social; así como a la medicalización o la psiquiatrización de toda manifestación de malestar social.

Si ligamos este proyecto de Ley con una resolución aprobada recientemente en Inglaterra, donde se decidió aislar a los niños con problemas de conducta en la escuela, vemos que nos encontramos con una sociedad asustada, que no sabe cómo conducirse frente a quienes denuncian el malestar y que, en lugar de preguntarse sobre los motivos del mismo, busca distintos modos de controlarlo. Así, el movimiento incontrolable de un niño, el que no acate las consignas escolares y el que esté pendiente de cuestiones ajenas a los contenidos educativos, debería ser resuelto con urgencia.

La medicación, tan difundida, parece ser uno de los modos de que algo no se vea, que no se registre y que, finalmente, nada cambie.

Conclusiones

El uso del DSM IV lleva a formular enunciados descriptivos que terminan transformándose en enunciados identificatorios. De esta manera, el niño es catalogado según los síntomas que presenta, perdiendo su identidad.

Problemas de conducta, en el aprendizaje, rebeldías, dificultades para quedarse quieto o para “prestar” atención, momentos de tristeza e intentos de llamar la atención, se definen como “patológicos” y entran a formar parte de categorías médicas.

La niñez pierde entonces su carácter de momento preparatorio, de despliegue lúdico, en el que se es sostenido por otros, para convertirse en momento de detección de síntomas, que podrían ser “para siempre”.

Toda sociedad genera efectos en la estructuración psíquica de los sujetos. Esto significa que la familia, pero también el grupo social al que el niño pertenece y la sociedad en su conjunto, pueden facilitar o favorecer funcionamientos disruptivos, dificultades para concentrarse o un despliegue motriz sin metas.

Pero, en la actualidad, esta situación –promovida por los adultos– es considerada un problema médico. Es habitual, entonces, que se justifique desde la genética aquello que no es más que una expresión bastante generalizada de funcionamientos socio-culturales.

Cuando se hacen diagnósticos tempranos, encasillando y estigmatizando a un niño, se le está negando un futuro abierto e impredecible, posibilidades de transformación y cambio. Y cuando se encuentra patología allí donde un niño quiere decir algo, se está ejerciendo violencia.

Esta violencia sigue determinados pasos:

- El niño queda desbordado por los malestares de los adultos.
- Este malestar produce en él efectos de difícil tramitación.
- No se escucha su sufrimiento, sino que se lo “diagnostica” y sanciona por los trastornos que muestra.
- Se lo estigmatiza.
- No se lo visualiza desde sus posibilidades sino desde los déficits.
- No se le da tiempo para que desarrolle sus potencialidades.
- La presión es la de la “exclusión” para niños, padres y maestros.

Hay, en definitiva, un tipo de violencia en la patologización de la infancia, en el no reconocimiento de sus tiempos, en la urgencia de que se resuelvan todos los conflictos lo más rápido posible, en los diagnósticos “de por vida” y en el reemplazo de la palabra por la pastilla.

Por eso, es fundamental devolverle al niño el carácter de tal, es decir, de un sujeto en crecimiento, enmarcado en un tiempo de transformaciones, con historia y futuro. Y abrir preguntas para ver de qué manera, entre todos, se puede ayudarlo.

Referencias bibliográficas

AAVV: *Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans*, documento electrónico: <http://www.pasde0deconduite.ras.eu.org/appel>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, Masson, 1995.

ANZIEU, D., HAAG, G., TISSERON, S. *et al.*: *Los continentes de pensamiento*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor, 1998.

ANZIEU, D., HOUZEL, D., MISSENERD, A. *et al.*: *Las Envolturas Psíquicas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1990.

ARMSTRONG, T.: *Síndrome del déficit de atención con o sin hiperactividad - ADD/ADHD. Estrategias en el aula*. Buenos Aires, Paidós, 2000.

ARNSTEN, A. F.: “Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways”, *Journal Clinical Psychiatry*, Volumen 67, Suplemento 8, 2006, pp. 7-12.

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE: “Use of stimulant medication”, *Journal American Academy Chile Adolescent Psychiatry*, N° 41, Suplemento 2, 2002.

AULAGNIER, P.: *La violencia de la Interpretación*. Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

BANERJEE, T. D., MIDDLETON, F. y FARAONE, S. V.: “Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder”, *Acta Paediatrica*, Volumen 96, N° 9, 2007, pp. 1269-74.

BENASAYAG, L.: “El Síndrome Disatencional / Hiperkinesia - ADDH vs. Pseudo ADDH - Abuso de Psicodrogas en el niño” (ficha), Buenos Aires, 2002.

BERARDI, F.: *Generaciones post-alfa*. Buenos Aires, Tinta Limón, 2007.

- _____ : *La fábrica de la infelicidad*. Madrid, Traficantes de Sueño, 2003,
- BERGÉS, J.: “Los trastornos psicomotores del niño”, en LEBOVICI, S., DIATKINE, R. y SOULÉ, M.: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, Biblioteca Nueva, Tomo IV, 1990.
- BIEDERMAN, J.: “Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview”, *Biol Psychiatry*, Volumen 57, N° 11, 2004, pp. 1215-1220.
- BIGNONE, I., SERRATE, M. y DIEZ, R.: “Farmacovigilancia de las drogas usadas en niños con diagnóstico ADD/H o ADHD”, en BENASAYAG, L. (comp.): *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?* Buenos Aires, Noveduc, 2007.
- BION, W. R.: *Seminarios de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 1991.
- BLEICHMAR, S.: “Sobre el comportamiento y la acción en los trastornos hiperkinéticos”, *Ensayos y experiencias*, N° 25, Buenos Aires, Novedades Educativas, 1998.
- BREGGIN, P.: “Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action”, *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, N° 12, 1999, pp. 3-35.
- BREGGIN, P., FERED, A. y BAUCHMAN, J.: “Questioning the treatment for ADHD”, *Science*, Volumen 291, 2001.
- CANADIAN ADVERSE DRUG REACTION MONITORING PROGRAM (CADRMP): *Marketed Health Products Directorate*, 2005.
- CANTWELL, D. P.: “Attention Déficit Disorder: A Review of the past 10 years”, *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, Volumen 35, N° 8, 1996, pp. 978-987.
- CAREY, W. B.: “Is ADHD a valid disorder?” Invited paper presented at *NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, Bethesda, MD, 1998.
- _____ : “Problems in Diagnosing Attention and Activit”, *Pediatrics*, Volumen 103, N° 3, 1999, pp. 664-666.

_____ : “What the Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Did and Did Not Say About the Use of Methylphenidate for Attention Deficit”, *Pediatrics*, Volumen 105, N° 4, 2000, pp. 863-864.

_____ : *Remarks to the American Enterprise Institute Panel on Ritalin and ADHD*, Washington, DC, 2001.

CARVAJAL, M.: “ADD y ADHD, una mirada desde el periodismo”, en BENASAYAG, L. (comp.): *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad. ¿Una patología de mercado?* Buenos Aires, Noveduc, 2007.

CASTORIADIS, C.: *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1992.

COMITÉ DE EXPERTOS DEL INSTITUTO DE SALUD MENTAL DE ESTADOS UNIDOS: “Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, *National Institute of Health Consensus Statement Online*, N° 16(2), 1998, pp. 1-37.

CORNOLDI, C.: *Hiperactividad y Autorregulación Cognitiva*, Ericsson, 2001.

COUDEL, C.: *Por qué aprender*, Buenos Aires, Editorial Del Signo, 2006.

CRAMER *et al.*: “Is methylphenidate effective in reducing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in school-aged children?”, *Paediatrics and Child Health*, Volumen 7, N° 10, Canada, December 2002.

DALEY, K. C.: “Update on attention-deficit/hyperactivity disorder”, *Current Opinion in Pediatrics*, Volumen 16, N° 2, 2004, pp. 217-226.

DIAMOND, A: “Attention-deficit disorder (attention-deficit/ hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity)”, *Dev Psychopathol.*, Volumen 17, N° 3, 2005, pp. 807-825.

DIARIO *CLARÍN*: “Alertan sobre el estrés escolar”, Buenos Aires, 12 de Abril 2004.

DIARIO *LA NACIÓN*: “Los maestros afirman que los niños están tristes y desatentos”, Buenos Aires, Marzo 2002.

_____ : “Crean en el laboratorio ratones hiperkinéticos”, Buenos Aires, 22 de Junio 2004.

DÍAZ-HEIJTZ, R., MULAS, F. y FORSSBERG, H.: “Alterations in the pattern of dopaminergic markers in attention-deficit/hyperactivity disorder”, *Rev Neurol.*, Volumen 42, Suplemento 2, 2006, pp.19-23.

DILLER, L.: “What You Should Do When Someone Tells You: ‘Maybe Your Child Has ADD and Needs Ritalin’”, documento electrónico, 2003.

_____ : “L’enfant excité”, *Enfances Psy*, Paris, N° 14, 2001.

EFRON, D., JARMAN, F. C. y BARKER, M. J.: “Child and parent perceptions of stimulant medication treatment in attention deficit hyperactivity disorder”, *Journal Paediatrics-Child-Health*, Royal Children Hospital, Australia, 1998.

FOURNERET, PIERRE: “Considérations historiques et épistemologiques autour du concept d’hyperactivité infantile: plaidoyer pour la complexité”, en JOLY, F. (comp.): *L’enfant hyperactif...*, Montreuil, Francia, Ed. du Papyrus, 2008.

FREUD, S.: “Proyecto de una psicología para neurólogos”, en FREUD, S.: *Obras Completas*. Buenos Aires, Amorrortu, Volumen I, 1976.

_____ : “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci (1910)”, en FREUD; S.: *Obras Completas*. Buenos Aires, Amorrortu, Volumen XI, 1979.

GAILLARD, F. *et al.*: “Más allá de la hiperactividad: Un detallado análisis retrospectivo de 30 casos estudiados en la Clínica de Psicología de la Universidad de Lausanne en Revista Argentina de Neuropsicología”, documento electrónico: <http://revneuropsi.tripod.com.ar>, acceso 16 de Julio de 2004.

GOLSE, B.: “L’hyperactivité de l’enfant: un choix de société”, *Le Carnet Psy*, N° 78, Editions Cazaubon, Febrero 2003.

GOODMAN y GILMAN’S: *The Farmacological Bases of Therapeutics*. New York, Ninth Edition, 1995.

GOULD, S. J.: *Dientes de gallina y dedos de caballo*. Barcelona, Crítica, 1995.

GREENHILL, L.L., POSNER, K. *et al.*: “Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children”, *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, Volumen 17, N° 2, 2008, pp. 347-366.

HOUZEL, EMMANUELLI y MOGGIO: *Dictionnaire Psychopathologie de l’enfant et de l’adolescent*. Paris, PUF, 2000.

INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale): *Alteraciones mentales, diagnóstico precoz y prevención en niños y adolescentes*. Paris, Francia, 2005.

JAMDAR, S. y SATHYAMOORTHY, B. T.: “Management of attention-deficit/hyperactivity disorder”, *British Journal of Hospital Medicine*, London, Volumen 68, Nº 7, 2007, pp. 360-366.

JANIN, B.: *Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires, Novedades Educativas, 2004.

----- “El ADHD y los diagnósticos en la Infancia: la complejidad de las determinaciones”, *Cuestiones de Infancia*, Volumen 11, 2007.

JERUSALINSKY, A.: “Gotitas y comprimidos para niños sin historia. Una pedagogía post-moderna para la infancia”, *Ensayos y Experiencias*, Volumen 60, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas, 2005, pp. 77-93.

JOLY, F.: “Le paradigme instable et la complexité en psychopathologie”, en JOLY, F. (comp.): *L'enfant hyperactif...* Montreuil, Francia, Ed. du Papyrus, 2008.

LASA ZULUETA, A.: “Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad”, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, Nº 31/32, 2001, pp.5-81.

LEFEVER, G. B., ARCONA, A. P. y ANTONUCCIO, D. O.: “ADHD among American Schoolchildren. Evidence of Overdiagnosis and Overuse of Medication”, *The Scientific Review of Mental Health Practice*, Volumen 2, Nº 1, 2003.

LEWCOWICZ, I. y COREA, C.: *Pedagogía del aburrido*. Buenos Aires, Paidós, 2004.

MARSHA D. y RAPPLEY, M. D.: “Attention Deficit-Hyperactivity Disorder”, *New England Journal*, Volumen 352, Nº 2, 2005, pp. 165-173.

MENECHAL, J.: “L'hyperactivité infantile, du ‘faux désir’ au déficit auto-érotique” en MENECHAL, J. (comp.): *L'hyperactivité infantile. Débats et enjeux*, Paris, Dunod, 2004, pp. 105-110.

MIGDALSKA, A., NAWARA, M. *et al.*: “Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Molecular and genetic aspects”, *Med Wieku Rozwoj*, Volumen 10, 2006, pp. 343-354.

MISÈS, R.: "Préface", en MÉNÉCHAL, J. (Comp.): *L'hiperactivité infantile. Débats et enjeux*, París, Dunod, 2004.

MORIN, Edgar: *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Gedisa, 2003.

MORRISON, H., MLIS, B.: "Health Canada Atomoxetine and suicidal behaviour: update", *Canadian Adverse Reaction Newsletter*, Volumen 18, Issue 3, 2008.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT: "Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, N° 39, 2000, pp. 182-193.

NISSEN, S.: "ADHD Drugs and Cardiovascular Risk", *New England Journal*, Volumen 354, N° 14, 2006, pp. 1445-1448.

PIERCE, C. D. y REID, R.: "Attention deficit hyperactivity disorder: assessment and treatment of children from culturally different groups", *Semin Speech Lang*, Volumen 25, N° 3, 2004, pp. 233-240.

SAFER, D. J., ZITO, J. M., FINE, E. M.: "Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s", *Pediatrics*, Vol 98, n°6, 1996, pp. 1084-1088.

SCHACHTER *et al.*: "How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis", *Canadian Medical Association Journal*, Volumen 165, Noviembre 2001, pp. 1475-1488.

SEIDMAN, L.J., VALERA, E.M. y MAKKRIS, N.: "Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder", *Biol Psychiatry*, Volumen 57, N° 11, 2005, pp.1263-1272.

SHASTRY, B.S.: "Molecular genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update", *Neurochem Int.*, Volumen 44, N° 7, 2004, pp.469-474.

STAPP, K.: "Black Children Often Mislabeled as Hyperactive in the United States", documento electrónico: http://www.unesco.org/education/efa/know_sharing/grassroots_stories/usa.shtml, acceso Enero de 2007.

STEIN, M. T., DILLER, L. y RESNIKOFF, R.: "ADHD, Divorce and Parental Disagreement About the Diagnosis and Treatment", *Pediatrics*, N° 107, 2001, pp. 867-872.

SWANSON, J., LERNER, M. y WILLIAMS, L.: "More frequent diagnosis of attention deficit-hyperactivity disorder", *New England Journal Medicine*, 1995, pp. 333-944.

TALERO GUTIÉRREZ, C., ESPINOSA BODE, A. y VÉLEZ VAN MEERBEEKE, A.: "Trastorno de Atención en las Escuelas Públicas de una localidad de Bogotá: percepción de los maestros", *Revista Facultad Medicina*, Bogotá, Volumen 53, N° 4, 2005, pp. 212-218.

TERZAGHI, M. A.: "Los niños y los diagnósticos: certezas y certidumbres", *Dossier científico de la Revista del Colegio de Psicólogos Distrito XI*, Año I, N° 1, 2008.

TOUATI, B.: "Hyperactivité: la fin de l'histoire... de sujet", *Le Carnet Psy*, N° 78, 2003, p. 22.

VASCONCELOS, M. M., WERNER Jr, J., MALHEIROS, A. F. *et al.*: "Attention deficit/hyperactivity disorder prevalence in an inner city elementary school", *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, Volumen 61, N° 1, 2003, pp. 67-73.

VADEMÉCUM VALLORY. Madrid, Medimedia, 30ª Edición, 1999, pp. 661-662.

VITIELLO, B. y JENSEN, J.: "Medication development and testing in children and adolescent", *Arch. Gen. Psychiatry*, N° 54, 1997.

WINNICOTT, D. R.: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires, Hormé, 1971.

WEISS *et al.*: "Effects of long term treatment of hyperactive children with methylphenidate", *Canadian Medical Association Journal*, N° 112, 1975, pp. 159-165.

_____: "Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective fifteenyear follow-up of 63 hyperactive children", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 2, 1985, pp. 211-220.

YEH, M., MORLEY, K. I. y HALL, W. D.: "The policy and ethical implications of genetic research on attention déficit hyperactivity disorder", *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, Volumen 38, 2004.

Las instituciones sanitarias en la Argentina: Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación

Karina Inés Ramacciotti[♦]

Introducción

La renovación historiográfica producida al regreso de la democracia propició una agenda de temas con nuevos intereses. Así, la historia de la salud y de la enfermedad registró un marcado ímpetu. La exploración de la relación entre médicos y Estado, las distancias entre las prescripciones médicas y las prácticas cotidianas, la descripción de las condiciones de vida de los sectores populares, la experiencia de la maternidad y la sexualidad y las diversas realidades provinciales fueron temas de nuevas investigaciones.

El presente trabajo es tributario de esos aportes y pretende repensar los acontecimientos que signaron la historia de la salud pública de la Argentina moderna. Esta contribución tendrá tres apartados. El primero de ellos vinculado a la formación del Estado moderno y la constitución de agencias estatales municipales, nacionales y de carácter benéfico, que tuvieron como fin resolver las acuciantes urgencias sanitarias producidas por los reiterados brotes epidémicos y los elevados índices de mortalidad infantil que hacían peligrar la constitución de una “raza argentina fuerte”. Estas situaciones críticas e inesperadas dieron lugar a que los médicos se fueran convirtiendo en las figuras que en el imaginario simbólico poseían el conocimiento y la autoridad suficiente para mitigar las consecuencias sociales de las variadas problemáticas sanitarias. El segundo apartado se posicionará en los años treinta, para revisar cómo se complejizaron las injerencias del Estado en materia sanitaria a la luz de las nuevas problemáticas sociales, caracterizadas por la indefectible entrada al mundo laboral de las mujeres y el descubrimiento de “enfermedades sociales” cuyo tratamiento y potencial cura requería de un mayor involucramiento del Estado. Luego, nos posicionaremos en los años peronistas, ya que al

[♦] Doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Investigadora Adjunta del CONICET y Docente de la Universidad de Buenos Aires. Compiladora, junto a Adriana Valobra, del libro *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género* (2004) y junto a Carolina Barry y Adriana Valobra, de *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión* (2008). Autora de numerosos artículos publicados en revistas nacionales e internacionales sobre las políticas sanitarias durante el peronismo.

crearse primero la Secretaría de Salud (1946) y luego el Ministerio (1949), se constituyó un espacio de mayor autonomía en la gestión de recursos políticos y materiales. No obstante, estas mayores atribuciones no fueron absolutas: a partir de la década de 1950, con la intervención sanitaria de la Fundación Eva Perón y la consolidación de las obras sociales, el escenario cambiaría.

Vale la pena señalar que intentaremos revisar las líneas de fuga entre lo instituido y lo instituyente, para intentar dar una visión menos encorsetada del concepto de medicalización. Por lo general, predominan las lecturas que visualizan la creciente intervención de la medicina en las diferentes instancias de la vida cotidiana de las personas. De esto se desprende que los médicos, como actores sociales, crean dispositivos de control social que invaden las formas de definir, interpretar y resolver diferentes acontecimientos de la vida humana. Esta interpretación lleva a comprender los efectos negativos e indeseables de este fenómeno. Esperamos que el rescate de la perspectiva histórica logre matizar ciertas lecturas y brinde un panorama más complejo. Si bien la modernidad fue imponiendo a la medicina, como uno de los discursos científicos que colaboró en la legitimación de un orden político y en la sanción de un orden normativo, consideramos que las líneas de fuga entre los enunciados y las prácticas concretas abren un terreno complejo, en el cual –en ciertas ocasiones– el discurso de control social se diluye. Este debilitamiento remite a explicaciones que exceden el campo de la medicina y se vinculan con el turbulento proceso de construcción del Estado y de las políticas públicas.

La salud pública como arena de disputa política

Entre 1850 y 1880, tanto Buenos Aires como las ciudades del litoral sufrieron un conjunto de transformaciones económicas y políticas que dieron lugar, a su vez, a cambios en sus configuraciones sociales. Desde el otro lado del océano Atlántico no sólo llegaron bienes manufacturados, sino también una excepcional cantidad de personas. En 1869, el primer censo nacional arrojó como resultado 1.800.000 habitantes. Veintiséis años más tarde habría cerca de dos millones de personas más, y para el Censo de 1914 la cifra inicial ya se había cuadruplicado (Elizaga, 1973: 795-805).

La llegada de millones de personas y su concentración en las ciudades de Buenos Aires y del litoral trajeron como consecuencia un conjunto de fenómenos políticos y

sociales. Uno de ellos estuvo constituido por la maquinaria de exclusión política promovida por el Partido Autonomista Nacional y su funcionamiento relativamente aceitado por medio del fraude electoral. Esto redundó en cierta estabilidad política para impulsar la inserción de la Argentina dentro de las redes del comercio internacional como exportadora de materias primas. No obstante, dicha exclusión política generó el surgimiento de agrupaciones que promovieron, en algunos casos, reformas políticas graduales y, en otros, la destrucción del sistema (Barrancos, 1996; Suriano, 2001).

Los reclamos sociales de las organizaciones obreras, de los partidos modernos (Partido Radical y Socialista) y del anarquismo, así como los proyectos procedentes de los sectores cercanos a los espacios de decisión política, señalaron la perentoria necesidad de mejorar las condiciones laborales y denunciaron una serie de problemas sociales tales como el hacinamiento, la falta de infraestructura urbana adecuada, los elevados índices de mortalidad infantil y materna y el abandono de criaturas por la imposibilidad que sufrían ciertas familias de sostenerlas económicamente. Estas problemáticas tomaban visos de mayor dramatismo cuando se sucedían períodos de crisis económicas y/o brotes de enfermedades infecciosas que tenían, en muchas ocasiones, carácter epidémico. Los azotes de cólera, peste bubónica, fiebre amarilla, viruela, sarampión y fiebre tifoidea generaban sensación de pánico y obligaban a acelerar los tiempos políticos en función de lograr la ampliación de las obligaciones estatales respecto de las cuestiones relacionadas con la salud. En forma paralela, las epidemias –y las consecuentes medidas de difusión y prevención propulsadas por las elites médicas– fueron un mecanismo por medio del cual obtuvieron prestigio social y recursos materiales, ya que les permitió promover e incorporarse a diferentes áreas de gestión pública.

Así, fueron ocupando un lugar cada vez más protagónico en el aparato burocrático-administrativo. Desde las bancas del Congreso, los foros públicos, la prensa periódica, las cátedras universitarias y los puestos de gestión, los grupos de profesionales bregaron en pos de resolver la problemática generada por la pobreza y por los azotes epidémicos. Los argumentos esgrimidos tenían un marcado sustento económico. Pedro Mallo y Eduardo Wilde expresaban que las epidemias producían enfermos y que éstos, al no poder producir ni consumir, conducían a la ruina de la familia y por consiguiente del Estado (Di Liscia, 2002: 292). Como consecuencia, impulsaron la sanción de normativas, el desarrollo

institucional de organismos de salud y la difusión de campañas preventivas. Como sostiene Menéndez, este desarrollo institucional fue legitimado por sectores sociales hegemónicos y por un conjunto variado de sujetos y grupos sociales que se enfermaban, que demandaban atención médica y que fueron encontrando en la medicina alopática soluciones reales e imaginarias a sus principales padecimientos (Menéndez, 2005: 11).

La retórica de los llamados médicos higienistas –inspirados en el movimiento francés– consistía en la acumulación de medidas preventivas que desplegaban por medio de opiniones, guarismos y estudios de caso. Según sus enunciados, la enfermedad podía ser causada por una variedad de razones. Así, el contacto con la tierra, el aire viciado, el hacinamiento, la ingesta de mate, la falta de espacios al aire libre y/o el agua contaminada podían ser causales potenciales de muerte (Armus, 2007). Es por tal motivo que el “experto” emitía consejos sobre temas tan variados y tan caros para la vida privada de las personas como las conductas sexuales, la maternidad, la educación, el planeamiento urbano. Según Ricardo González Leandri, los higienistas daban una definición de su ciencia que era coextensiva con la realidad misma y que tendía a trascender el tratamiento dado a un paciente individual. El ser humano pasaba a ser estrecho para el accionar de los higienistas preocupados por la luz, el aire, el calor, etcétera (González Leandri, 1999: 62-63).

El higienismo se inclinó por excusar al sujeto enfermo y buscó los gérmenes de su enfermedad en las circunstancias sociales o en las normas culturales. Las culpas de la enfermedad no reposarían tanto en el individuo y recaerían en la sociedad. Así pues, surgieron un conjunto de estrategias urbano-sanitarias que se mantuvieron estables en el siglo XIX y en el despuntar del siglo XX: tapar lodazales, alejar industrias, mercados, mataderos, cementerios u hospitales, emplazar bosques y plazas para oxigenar el aire, se transformaron en las habituales propuestas del higienismo. La higiene ya no será entendida sólo como el conjunto de prácticas destinadas a evitar la expansión de epidemias por medio de la mera vigilancia portuaria y las medidas de cuarentena, sino como un programa sanitario de vasto alcance, abarcativo de todos los aspectos de la salud humana: físicos, mentales y sociales (Paiva, 1996: 26).

Las enfermedades fueron usadas para denunciar aquellas normas sociales consideradas patógenas y para legitimar el reemplazo por otras “más sanas”. Para llevar a

cabo esta empresa, los conceptos biomédicos poseían una fuerza normativa a la que difícilmente escapaba cualquier decisión sobre el valor del comportamiento, las convicciones y el estilo de vida de las personas. De esta manera, los discursos médicos – combinados con los morales– colaborarán en la construcción de normativas de las sociedades modernas (Anz, 2006: 29).

La combinación entre el miedo producido por los elevados índices de mortalidad causada por los brotes epidémicos –que no distinguían clases– y la autoridad material y simbólica que iban logrando los médicos, impulsó a los sectores de la elite gobernante a incluir dentro de sus agendas una serie de reformas educativas y sanitarias. Así, el Consejo de Higiene fue reemplazado en 1880, durante el gobierno de Julio Argentino Roca, por el Departamento Nacional de Higiene. Tenía jurisdicción exclusivamente sobre la Capital, el territorio federalizado, los puertos, las Fuerzas Armadas y la administración pública, y controlaba el ejercicio legal de la medicina, la farmacia y demás ramas del arte de curar. Poco después se le agregarían actividades vinculadas al estudio de las cuestiones relativas a la higiene y la salud pública, y se convertiría en asesor legal del Poder Ejecutivo. Empero de estas atribuciones, el Departamento Nacional de Higiene seguía a finales de siglo XIX teniendo problemas para realizar su función de controlador médico. La aplicación legal de muchas de sus atribuciones era dificultosa; por ejemplo, Silvia Di Liscia (2002: 303) rastreó los obstáculos para implementar las sanciones contra la práctica de los curanderos, y concluyó que muchos de ellos ejercían su labor sin causar lesiones a sus pacientes, e incluso los curaban.

En Capital Federal, la Asistencia Pública –creada en 1883– tuvo a su cargo una red de hospitales y estaciones sanitarias diseminadas por los barrios y subsidiadas por el gobierno nacional. Hacia 1946 tenía el control de 17 hospitales, con 8.242 camas en total. Luego de la epidemia de cólera de 1886, José Ramos Mejía fue investido con facultades extraordinarias para impulsar tareas de control, higienización y vacunación. Además, se realizaron las primeras obras de salubridad del país, como la instalación de cloacas, conductos pluviales, pavimentación de calles, mejoras en la recolección de residuos y control sanitario de alimentos.

Las escuelas tuvieron un papel destacado en los intentos, no siempre exitosos, de lograr la vacunación entre la infancia. La presencia de médicos en las escuelas generó

ciertas resistencias entre docentes, padres y alumnos. Lilia Ana Bertoni demostró cómo la directora de una escuela pública porteña había escondido a las alumnas de 5° y 6° grado para evitar la vacunación. Si bien las razones pudieron haber estado motivadas por la defensa del pudor de las niñas, la difusión de esta noticia generó miedo entre los padres y redujo la asistencia escolar. Bertoni sostiene que el miedo al contagio epidémico ahuyentaba a los niños y a los padres de las escuelas tanto como el miedo a la vacuna, ya que la idea de sus efectos perniciosos o de secuelas más o menos graves estaba bastante difundida. Al parecer, no era absolutamente inocua: los niños necesitaban alrededor de seis días para reponerse. Las dudas en torno a los aspectos benéficos de la vacunación iban en contra del intento de las autoridades educativas y sanitarias de lograr una asistencia regular y de esta forma coadyuvar para que los niños pudieran incorporar las normas de higiene y aseo impartidas en las escuelas, para luego transmitírselas a sus familias (Bertoni, 2001: 43-53).

A pesar de las situaciones relatadas anteriormente, la escuela fue una institución partícipe en el proceso de medicalización, pues transmitió saberes variados, valores, disciplinas y hábitos cotidianos de aseo personal e higiene hogareña. Muchos de esos mensajes estuvieron cruzados por un halo tremendista, ya que mencionaban que la decadencia física y moral de los argentinos se iniciaba desde la niñez y por lo tanto se tenían que inculcar nociones modernas de cuidado personal para que luego los niños volcaran esos conocimientos en sus familias. Los socialistas, por medio de las conferencias populares, tuvieron un papel importante en la difusión de pautas higiénicas entre la población (Barrancos, 1996).

Estas diferentes estrategias de divulgación lograron que, al cumplirse el Centenario de la Revolución de Mayo, Emilio Coni anunciara que en la Capital Federal la viruela estaba erradicada. No obstante, esta visión triunfalista estaba acotada territorialmente y no significó que en diferentes oportunidades la viruela tuviera brotes esporádicos –en la Capital Federal y más aún en diferentes provincias– por lo menos hasta mediados del siglo XX. La variación del impacto de las campañas de vacunación señalan las dificultades en la organización de las políticas provinciales y nacionales (Ramacciotti, 2006).

Una de las temáticas que desde las últimas décadas del siglo XIX estuvo en la agenda de las preocupaciones de los higienistas fue la necesidad de crear leyes e instituciones para

proteger a las madres y a sus hijos. Las posiciones esgrimidas se centraban en la necesidad de incrementar los índices de crecimiento poblacional local y, por tal motivo, la reducción de la mortalidad infantil tomó un gran protagonismo.

Un conjunto de instituciones privadas y públicas cumplieron un papel destacado en los intentos de educar a las madres en los conceptos básicos del cuidado, higiene y alimentación de los recién nacidos. Estas sugerencias proponían corregir y, en todo caso, penalizar prácticas sociales tan extendidas como el infanticidio, el abandono de niños y la “ilegitimidad” conyugal. Con todo, las medidas más eficaces para revertir este problema demográfico giraron en torno a las mejoras de las condiciones de vida y sanitarias, a fin de evitar las principales causas de defunciones infantiles: las enfermedades infectocontagiosas, la diarrea y la enteritis (Mazzeo, 1993; Nari, 2004: 24-28).

La Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires fue una de las primeras jurisdicciones en incluir en su agenda esta problemática. En la última década del siglo XIX auspició desde la Asistencia Pública la creación del Patronato y Asistencia de la Infancia. A pesar de la acción del Patronato, las autoridades porteñas vieron la necesidad de delinear un plan de asistencia a la niñez y establecer un organismo enteramente público que se ocupara de ella. Surgió así, en 1908, la Dirección de la Primera Infancia, con la triple función de brindar asistencia médica, educativa y social a través de sus Dispensarios de Lactantes, de los Institutos de Puericultura y de los Centros Sanitarios de Internación (Billorou, 2006).

La Asistencia Pública de la Capital era el servicio mejor dotado del país. Otras capitales contaban con prestaciones similares, aunque de menor envergadura: La Plata, Paraná, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Salta, Tucumán y Corrientes. Las provincias de San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Catamarca y La Rioja sólo contaban con atención hospitalaria y en consultorios externos. Empero estas tibias concreciones institucionales, las críticas se hacían oír y apuntaban a la necesidad de que un ente nacional coordinara la labor profiláctica y asistencial. Además, carecían de los primeros auxilios tan elogiados en el ámbito capitalino. La mayoría de las provincias contaban con legislación sanitaria y con algunos emprendimientos encarados por empresarios privados, pero las normas no se condecían con la realidad debido a las magras partidas presupuestarias.

En función de homogenizar las variadas realidades provinciales, durante las primeras décadas del siglo XX se planteó la necesidad de lograr una autoridad sanitaria nacional

centralizada, con mayores atribuciones para impulsar medidas profilácticas de alcance más duradero. Sin embargo, el deseo de centralizar chocaba contra un principio nodal de la Constitución Nacional: el régimen federal. Todo proyecto de realizar una reforma unitaria en materia de salud pública se veía obstaculizado por protestas provenientes de los organismos provinciales, municipales y de las asociaciones filantrópicas, que alertaban sobre el peligro de perder la soberanía y el financiamiento público de sus instituciones.

La centralización cargaba con múltiples significados que daban cuenta de la redefinición del papel del Estado en materia de salud. En el plano del discurso, se conformó una dicotomía entre beneficencia y salud pública. La caridad fue considerada una forma tradicional de exteriorizar el sentimiento de generosidad pública o privada hacia los débiles, los afligidos y los pobres. Por oposición, la activa intervención del Estado por medio de la prestación del servicio médico público gratuito estaba destinada a satisfacer el derecho a la salud de los ciudadanos. Esta construcción discursiva no estuvo exenta de tensiones. La imposibilidad económica de lograr una absoluta centralización y absorción de las instancias hospitalarias y asistenciales dio lugar al surgimiento de ideas en torno al papel subsidiario que debía tener el Estado ante la asistencia privada, mutualista y congregacional.

Ahora bien, si bien el Estado nacional y los entes municipales contaron con instituciones sanitarias, éstos no poseían la exclusividad en la atención. La Sociedad de Beneficencia de la Capital y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales merecen especial atención, ya que ambas desplegaron un accionar significativo respecto de la satisfacción de las demandas de tipo sanitario. Ambas tuvieron diferentes dependencias administrativas. La primera de ellas fue una institución surgida de la sociedad civil, que desde 1908 pasó a depender de la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La legitimación de su accionar provenía del rol casi naturalizado que cumplían los sectores acomodados de la sociedad en cuanto a su función de mitigar las consecuencias de la pobreza; claro está que sus miembros no se preguntaban cuáles eran las razones de ésta ni qué responsabilidades colectivas cabían respecto de dicho fenómeno. Paralelamente a este proceso, inspirado en las doctrinas religiosas, la Sociedad de Beneficencia ocupó el lugar de un “redentor” dentro de la anhelada estructura jerárquica e inmutable de la sociedad. No obstante este discurso –que ensalzaba la buena voluntad individual–, los recursos provinieron de las arcas estatales y permitieron que la institución administrara el sistema de

salud y de bienestar social más denso del territorio nacional. La segunda institución también dependió del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y representó un intento de integrar el territorio nacional por medio de la creación de establecimientos sanitarios donde se trataran las enfermedades mentales y las infectocontagiosas. Su área de influencia fue destacada en la zona central del país.

Sociedad de Beneficencia

Una institución importante para la resolución de problemáticas sociales fue la Sociedad de Beneficencia de la Capital, creada por Bernardino Rivadavia en 1823. A partir de 1880 fue nacionalizada y se la denominó Sociedad Nacional de Beneficencia. En 1908 pasó a depender del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y logró la personería jurídica. La administración fue autónoma y estuvo a cargo de un grupo de mujeres de la elite. Para ellas, éste fue un escenario central en el que la fortuna y el poder eran mostrados sin ningún remordimiento y que, en forma paralela, les permitía encontrar su lugar “natural” dentro de la sociedad: aquel donde podían mostrar su virtud y sus valores religiosos. Sin embargo, como señala Eduardo Ciafardo (1990), hacia fines del siglo XIX, la expansión del sistema de beneficencia obligó a ensanchar la base social y comenzó un reclutamiento de mujeres provenientes de la incipiente clase media y de las capas superiores de los sectores populares. Entre los hospitales que administraban las damas en Capital Federal se encontraban la Casa de Expósitos, el Hospital Nacional de Alienadas, el Hospital Rivadavia, el Hospital Oftalmológico Santa Lucía, el Hospital de Niños, el Instituto de Maternidad y la Maternidad Ramón Sardá.

Como demostró la historiadora Donna Guy (2000: 328), la mayoría de los ingresos para la construcción de sus instituciones provenía de subsidios del gobierno. Desde 1895, por medio de la Ley 3.313, se organizó la Lotería de Beneficencia Nacional y todo el dinero recaudado era derivado al sostenimiento de hospitales y asilos de la Capital Federal. También contaban con un fondo constituido por los impuestos a las bebidas alcohólicas, a perfumes y especias. La Ley 4.953 de 1906 amplió el porcentaje de fondos afectados a la beneficencia pública. Los bienes de la Sociedad de Beneficencia se complementaban con el porcentaje del producto obtenido de las carreras y juegos de azar, las multas, donaciones y legados. Estos últimos alcanzaban en 1915 el 40 por ciento de lo que aportaba la Lotería.

En esta línea, en 1910, la Sociedad cubría con recursos propios no más del 19 por ciento del total de su presupuesto y, en 1935, apenas el 10 por ciento (Armus y Belmartino, 2001: 309).

Esta institución de carácter benéfico amparó a personas de los sectores pobres que por circunstancias fortuitas –enfermedad– o por errores de su vida –inmoralidad– necesitaban ayuda. Constituyó una intervención negativa por medio de la cual se buscó evitar, excluir o impedir situaciones que amenazaran al orden público; que se caracterizó, además, por la sanción ejemplificadora –los premios a la virtud eran entregados anualmente en el Teatro Colón– o la segregación física de las personas discapacitadas o abandonadas. En este marco, la ayuda se definió como un deber del que la otorgaba y administraba, nunca como un derecho de quien la recibía. Los pobres eran considerados como niños a quienes los ricos deberían suministrar una moral y una ética, además de las condiciones de protección social necesarias para el mantenimiento del orden social.

Diversas eran las posturas existentes respecto del accionar de las instituciones de la Sociedad de Beneficencia. Bucear en estas opiniones posibilita, por un lado, comprobar el papel que esta institución desempeñaba en el alivio de problemáticas sociales tales como la desnutrición, el abandono de niños, el cuidado de enfermos y los controles obstétricos a mujeres embarazadas pobres. Por otro lado, perfila cómo el Estado fue involucrándose cada vez más en la solución de dichas cuestiones. Paralelamente, ahondar en ellas permite comprender el entramado de ideas que se conformó para justificar la acción estatal moderna. Esto es, el Estado debería intervenir en la esfera social en función del reconocimiento de los derechos de las personas, y no como un mero acto de caridad que dependiera de la buena voluntad individual.

El principio de discrecionalidad –que se basa en el otorgamiento de un bien, no por la obligación de darlo, sino por la “buena voluntad” del donante– se convirtió en el patrón dominante del asistencialismo del siglo XIX y, a pesar de los cambios ocurridos durante los siglos XX y XXI en torno a la modernización de las políticas sociales, la beneficencia continúa tamizando las intervenciones sociales. Al respecto, Cristian Topalov (2004) sostiene que, si bien hay aspectos del modelo de poder dominante que se modifican, otros rasgos subsisten, y esto se vincula con la idea de que una sociedad es siempre múltiple y

que en su seno se articulan sistemas sociales que parecen pertenecer a épocas diferentes de la historia.

Esta idea merece una reflexión en torno al proceso de diseño y gestión de políticas sociales. Las organizaciones filantrópicas, asociadas al atraso en el período de entreguerras, fueron revalorizadas como íconos de la “eficiencia” luego de la autoproclamada “Revolución Libertadora”¹⁷ y durante los años noventa fueron vistas como un ejemplo activo de la resolución de problemáticas sociales, ya que podían actuar sin las interferencias burocráticas. La transferencia creciente de responsabilidades a las “organizaciones de la sociedad civil” diluyó las responsabilidades públicas, fragmentó la ayuda social, creó bolsones de clientelismo y puso en discusión el concepto de ciudadanía social. Vale la pena preguntarse si no se requeriría de un análisis más detenido, que incorporara la variable histórica de largo plazo, para revisar cómo los argumentos “técnicos” suelen ser funcionales a determinadas lógicas políticas de mayor alcance.

Volviendo a las ideas sobre el asistencialismo durante el período de entreguerras, algunas voces sostenían que era necesario eliminar del sistema benéfico y hospitalario el papel de las “damas” y que, en su reemplazo, el Estado debía suministrar gratuitamente medicina preventiva y curativa a todos sus habitantes.¹⁸ Otros proponían su mantenimiento y refuerzo, dado que la antigüedad de dichas instituciones y su función en el área sanitaria daban respaldo a este tipo de establecimientos.¹⁹

Las diferentes opiniones profesionales tuvieron puntos en común respecto de dos cuestiones. Por un lado, se oponían a la mediación sanitaria de la Sociedad de Beneficencia y, por otro lado, coincidían en la necesidad de que el Estado se inmiscuyera en áreas en las cuales estas agrupaciones habían creado mecanismos de integración para limitar el impacto de las desigualdades sociales. Sus recomendaciones aspiraban a lograr sistemas de administración y de control más eficientes. Para lograr este fin, sugerían la inclusión de

¹⁷ En 1956 se instaló Caritas y con ella se reforzó la idea de que las organizaciones no gubernamentales, sobre todo las ligadas a distintos cultos religiosos, debían hacerse cargo de la asistencia a los más humildes. Asimismo, se restableció la personería jurídica de la Sociedad de Beneficencia (Golbert, 2008: 34).

¹⁸ Un ejemplo de esta postura es la opinión del diputado Horacio Pérez de la Torre en el debate de la Ley 13.012. Véase Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, Reunión N° 31, 5 de septiembre de 1947, p. 177.

¹⁹ Véase la postura del diputado Félix Liceaga en el debate parlamentario de la Ley 13.012 en septiembre de 1947, *op. cit.*, p. 199.

planteles “técnicos”, la conformación de entes centralizadores y el desplazamiento de las “damas” en la gestión de los servicios sanitarios (Pita, 2004).

En síntesis, los proyectos para modificar la intervención efectiva de las sociedades benéficas no se plasmaron en los años treinta ni en los cuarenta, pero abrieron la posibilidad de pensar el papel del Estado en torno a las asociaciones de la sociedad civil e introdujeron discusiones sobre cómo legitimar su acción. Las líneas de discusión siguieron dos recorridos no lineales y en yuxtaposición constante: si el Estado debía intervenir por una mera cuestión de asistencia caritativa a los desvalidos; o si debía hacerlo para reconocer los derechos sociales de los habitantes de un país por su sola condición de ciudadanos. Este último tema abriría otro debate: si este reconocimiento de la ciudadanía social sería financiado con los recursos que brindarían los impuestos, o con los aportes combinados de los obreros y patrones.

En 1906, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, dirigida por el psiquiatra Domingo Cabred, desempeñó un papel relevante en la construcción de establecimientos para pacientes crónicos en diferentes provincias. Dicha Comisión poseía amplias atribuciones para construir hospitales en el interior del país, dado que contaba con el 5 por ciento de los beneficios producidos por la Lotería de Beneficencia Nacional. Esta iniciativa permitió, durante las primeras décadas del siglo XX, la instalación del Hospital Regional de Resistencia, el Asilo de Alienados de Oliva (Córdoba), el de Niños Retardados en Torres (Buenos Aires), el Hospital de Bell Ville (Córdoba), el Sanatorio de Tuberculosos de Cosquín, el Hospital Regional de Allen (Río Negro), el Asilo-Colonia de Olivera (Buenos Aires), el Hospital Común Regional Andino (La Rioja) y el Sanatorio Nacional de Tuberculosos de Santa María (Córdoba). Además, el Hospicio de las Mercedes, que dependía de la municipalidad, fue nacionalizado.

Esta intervención sanitaria del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto generó conflictos con el Ministerio del Interior –que tenía a su cargo la administración del Departamento Nacional de Higiene– y con la Municipalidad de la Capital. La existencia de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales representaba otro núcleo de decisión, administración y gestión de recursos que limitaba de hecho la injerencia del Departamento Nacional de Higiene y sustraía de la administración municipal al Hospicio de las Mercedes.

Varios médicos señalaron como una intromisión la intervención sanitaria del Ministerio de Relaciones Exteriores. En este terreno, lo que se estaba disputando eran las atribuciones simbólicas y materiales otorgadas a otra repartición del aparato gubernamental. En un proceso de ampliación de la intervención social del Estado, definir qué área administrativa controlaría la construcción y el mantenimiento de los hospitales nacionales era un tema político nodal, en tanto estaban en juego partidas presupuestarias, creación de organismos burocráticos y efectivas posibilidades profesionales de vincularse en la delimitación e implementación de políticas públicas.

En el transcurso de la década del veinte surgieron proyectos relacionados con la necesidad de que el poder público penetrara en todo el territorio nacional, materializara estructuras administrativas e instrumentos legales y designara funcionarios idóneos. La vía para concretar esta ampliación de la autoridad estatal sería la constitución de una organización sanitaria centralizada, que promoviera políticas coordinadas en todo el territorio y que contara con el presupuesto adecuado para dar cauce a las obras necesarias.

Las propuestas que apuntaban a la centralización y a la coordinación sanitaria fueron retomadas por Spangenberg, quien presentó al Ministro del Interior su proyecto de creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. La multiplicidad de instancias institucionales fue analizada por los galenos como el indicio de un sistema sanitario desorganizado, por lo que proponían la perentoria constitución de una autoridad capaz de implementar políticas en todo el territorio nacional a fin de evitar duplicaciones y desencuentros en la gestión. En otras palabras, lo que demandaban era el incremento del poder del Estado a partir de la creación de esferas administrativas sanitarias con mayor peso efectivo en el terreno nacional.

Si bien desde fines del siglo XIX ya existían voces que proclamaban que las políticas de Estado debían hacer foco en la problemática sanitaria, existe una diferencia notoria en el despuntar del siglo XX. Las prestaciones sanitarias y sociales decimonónicas estuvieron montadas sobre el peligro potencial que significaba, tanto para el orden público urbano como para el futuro de la “raza” y de la “nación”, la existencia de “focos” de poblaciones pobres y enfermas. Como consecuencia, en las grandes urbes, y casi siempre luego del impacto de alguna epidemia, comenzaron a planificarse y a llevarse adelante prácticas como la recolección de basura y las campañas de vacunación antivariólica; con el objetivo

de ventilar las ciudades, se propició la creación de parques y alamedas y, para evitar focos infecciosos, se construyeron cementerios laicos. Durante el transcurso del siglo XX, esta concepción se fue combinando con el convencimiento de que la mejora en el nivel de vida de la población era un derecho de los ciudadanos, independientemente de sus ingresos. En forma paralela, el Estado tendría que tener mayores atribuciones para integrar a poblaciones dispersas y alejadas de los centros urbanos. De este modo, las enfermedades rurales comenzaron a tener una mayor presencia en las inquietudes de los profesionales y desde allí comenzaron a ser retomadas por las preocupaciones estatales.

Esta concepción iba de la mano con la creencia de que el mayor bienestar sanitario repercutiría en el desarrollo industrial, dada la relevancia que aún tenía el “capital humano” para mantener activas las líneas de producción. No obstante, dichas ideas entrarían en discusión en momentos de crisis económicas, ya que el mayor “bienestar” y el alargamiento de la vida de las personas –consecuencia de los avances tecnológicos– traerían aparejado el dilema de cómo conciliar la inclusión social con la distribución de la renta y el salario.

Los años treinta y las nuevas injerencias sociales del Estado

La depresión económica de 1930 y el influjo político del primer quiebre institucional en la Argentina inauguraron una etapa en la que el Estado tendrá mayores injerencias en el terreno económico y social.

En esta coyuntura, los médicos impulsaron proyectos políticos que auspiciaron la tutela estatal de aspectos antes reservados a la privacidad de los individuos, tales como las conductas reproductivas o el placer sexual. Los mismos estuvieron entrecruzados por el ideario eugenésico, corriente de ideas que había logrado adhesión entre un círculo de profesionales de la salud, ya que permitía bascular entre la creencia de que las condiciones sociales en las que las personas nacían repercutían en la futura mejora racial y la posibilidad de implementar una serie de medidas que podían anticipar a la propia naturaleza e impedían de antemano el nacimiento de los “menos aptos” (Miranda, 2007: 99).

Los años treinta constituyeron un punto de inflexión importante en la medida que, por un lado, la eugenesia sufrió un corrimiento desde ideas cercanas al progresismo o al transformismo social hacia el campo ideológico casi exclusivo de la derecha. Por otro, las predicciones alarmistas respecto del futuro demográfico argentino cobraron fuerza dentro

de la reflexión médica, por sobre aquellas que entendían que –antes que la multiplicación del número de hijos– lo que debía ser prevenido era la mortalidad de los nacidos vivos (Biernat, 2007).

Las visiones decadentistas, mixturadas con el discurso nacionalista, se multiplicaron. El argumento central era que el proyecto modernizador inaugurado en la segunda mitad del siglo XIX había fracasado. Este fracaso se evidenciaba en la multiplicación de conflictos sociales protagonizados por personas portadoras de “ideologías foráneas” que atentaban contra el orden y el progreso nacional. Un reflejo de dicha supervivencia era la falta de integración de los diferentes componentes étnicos y la inexistencia de una “raza argentina” que condensara el “verdadero espíritu nacional”.

En esta coyuntura, los “técnicos” ocuparon un lugar central, ya que eran quienes poseían –supuestamente– herramientas objetivas y neutrales para reformular el papel del Estado y rediseñar la sociedad. La tabulación y el registro de datos personales y hereditarios entre escolares tomaron fuerza con la creación de “fichas bitipológicas”. Las mismas pretendían abarcar a toda la población y convertirse en dispositivos de control y vigilancia exhaustivos, bajo la atenta mirada del médico y del inspector escolar (Palma, 2008: 240-241). No obstante, como sostiene María Silvia Di Liscia, muchos datos no se comunicaban al investigador, porque tenían que ver directamente con situaciones “vergonzantes” (existencia en la familia de sifilíticos, enfermos mentales o criminales). Asimismo, los datos requerían de instrumental médico que con frecuencia estaba ausente en las escuelas y en los centros hospitalarios. En un Estado cuya burocracia carecía de sofisticación, no fue fácil cumplir con los instrumentos técnicos y los registros administrativos y estadísticos de seguimiento individualizado (Di Liscia, 2007: 383).

Cabe señalar que desbrozar las distancias entre las ideas y las prácticas efectivamente efectuadas es un tema que está presente en las discusiones historiográficas de los tiempos recientes. El debate gira en torno a dos posturas. Por un lado, se encuentran aquellas investigaciones que se centran en el registro de las ideas y los discursos, y revisan cómo esto incidió en la enunciación de la política, en la creación de ciertas instituciones y en el control de los cuerpos y las almas (Miranda y Vallejo, 2005; González, 2000; Ciafardo, 1990).

Por otro lado, están los trabajos que –si bien destacan las ideas– revisan y auscultan las prácticas concretas y encuentran un abismo entre las primeras y las segundas. Las

razones de esta distancia las encuentran en las interferencias burocráticas, la superposición de entes administrativos, las confusas concepciones de los empleados sobre cuál era el modo correcto de desplegar sus labores, la falta de presupuesto adecuado o la ausencia de materiales concretos. Esta variedad de interferencias echa por tierra la implementación de numerosas leyes y la operatividad ideal –y a veces idealizada– en la que se sostuvieron muchas instituciones.

De esta última postura se desprende una matización del concepto de control social. De ser visto como un poder omnímodo detentado por el Estado y cuyos brazos ejecutores estarían encarnados en las escuelas, las cárceles, las colonias escolares y los hospitales, se pasa a una interpretación en la que, sin negar el contenido disciplinador, se privilegian los aspectos socializadores y de integración al mundo moderno. En esta línea, Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslasky afirman que la emergencia de la salud pública no puede verse ni como una marcha monolítica a un inevitable progreso ni como una represión totalitaria; las variaciones entre el contexto nacional y las responsabilidades políticas para el desarrollo sanitario son múltiples y ofrecen incluso dimensiones contradictorias.

En consonancia con este plafón de temores, ideas y tímidas concreciones materiales, se sancionaron una serie de leyes que buscaron individualizar a aquellas personas con síntomas o signos físicos de degeneración y que ligaron en gran medida a los médicos a las estructuras estatales debido a sus conocimientos profesionales. Entre los marcos normativos más destacados, podemos mencionar el Seguro de Maternidad (1934), la Ley de Profilaxis Social y la de Maternidad e Infancia (estas dos, sancionadas en 1936). Con el primero, se resguardaba la salud de las trabajadoras en su condición esencial de madres, generando un fondo conformado por los aportes del Estado, los patrones y las propias trabajadoras para promocionar el descanso pre y post parto (Nari, 2004; Lobato, 2007; Ramacciotti, 2005). Con la segunda ley se intentó evitar, a través de la prohibición y control de la prostitución y de la exigencia de un certificado médico prenupcial, la reproducción de elementos considerados “disgénicos”, a aquellos que padecían o eran susceptibles de contraer las llamadas enfermedades “sociales”, como la tuberculosis o la sífilis (Miranda, 2007; Biernat, 2007). Con la tercera, se procuraba la protección sanitaria y social de la madre y el niño desde el diseño de instituciones de tutela nacionales, con el fin de combatir los altos índices de mortalidad infantil en las regiones rurales y la baja fecundidad de las poblaciones

urbanas (Nari; 2004 Biernat y Ramacciotti, 2008). En estas leyes estuvo presente el influjo de las ideas eugenésicas en torno al miedo que producía la difusión de “enfermedades sociales”. Según los eugenistas, éstas constituían no sólo una amenaza para la salud de la población del momento, sino también para su acervo hereditario (Miranda y Vallejo, 2005).

Así pues, en los años treinta el Estado intentó complejizar sus funciones sociales. Para delinear las políticas, los profesionales de la salud y administradores políticos recurrieron a la eugenesia con el fin de esbozar políticas que permitieran encauzar cualitativamente a la población local y así poder “construir” un futuro marcado por el progreso y la moralidad. No obstante estas aspiraciones, para el caso de las enfermedades venéreas, las medidas abolicionistas de la prostitución no cumplieron su rol moralizador; por el contrario, generaron conductas sexuales –vistas a los ojos de los dirigentes– más “perversas”. La implementación de la libreta sanitaria, si bien ayudó a detectar a pacientes enfermos y otorgarles el tratamiento adecuado, no avanzó en la expansión del tratamiento en todo el territorio nacional. Fue recién con la llegada y difusión de la penicilina que se limitaron los efectos regresivos de esta dolencia. (Biernat, 2007).

Más allá de las diferencias en cuanto a los procesos de implementación de estas leyes y la creación de ciertas concreciones materiales (como la creación de cajas de maternidad, la habilitación de centros maternos infantiles y la instalación de centros antivenéreos), pareciera que no llegaron a resolver las diferentes problemáticas regionales que afectaban a la población. Las dificultades que se produjeron durante estos años fueron variadas. En primer lugar, la escasez de presupuesto. En segundo lugar, los problemas para encontrar locales adecuados en el interior del país y para concretar reformas en los locales alquilados. Por último, la falta de idoneidad y preparación especial del médico y de los auxiliares, los sueldos exigüos, la carencia de estadísticas confiables que permitieran tener una cabal idea de las necesidades que se presentaban (Biernat y Ramacciotti, 2008). A estos inconvenientes, vinculados a la implementación de las políticas, se sumó la incertidumbre política inaugurada con el golpe de Estado de 1943.

Los años peronistas

Luego del golpe militar del 4 de junio de 1943, el ministro del Interior, coronel Alberto Gilbert, designó al director general de Sanidad Militar Eugenio Galli como titular

del Departamento Nacional de Higiene. Durante su gestión se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (DNSPAS), bajo la tutela del Ministerio del Interior. Por lo menos en términos enunciativos, este decreto vino a satisfacer una larga demanda proveniente de todo el círculo científico, que había sido enunciada en innumerables congresos nacionales e internacionales. El decreto apuntaba a la coordinación entre los servicios sanitarios y los asistenciales e intentaba romper con el subsidio estatal a las instituciones particulares. Así, las propuestas de reforma parecían ganar densidad política, ya que se dotaba al poder central de ciertos arreglos institucionales para intervenir en todo el territorio.

La DNSPAS controlaría “todos los hospitales de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y todos los organismos médicos que dependen de otros ministerios”.²⁰ En función de respetar el régimen de gobierno federal, quedaban fuera de su jurisdicción los organismos que dependían de las provincias y municipios.²¹

Esta ambición duró sólo diez meses. En efecto, el 16 de agosto de 1944, por Decreto Nº 21.901, se produjo una nueva división –según se adujo– por “serias dificultades para lograr la deseada centralización de los servicios sanitarios con los asistenciales”. A partir de 1944, la Dirección Nacional de Salud Pública entendería sólo en lo relativo a la asistencia hospitalaria, la sanidad y la higiene. Los centros que cambiaron de administración fueron los que dependían del Departamento Nacional de Higiene y los que estaban bajo la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales.

Las sociedades filantrópicas conservaron su autonomía. De hecho, la ausencia en algunas provincias de intervenciones municipales, provinciales o nacionales, otorgaba mayor relevancia a las instituciones benéficas. Tal fue el caso de San Juan y Catamarca, donde la beneficencia tenía el control absoluto de las camas disponibles; en Formosa, por su parte, controlaba más del 65 por ciento de las plazas. El caso de Mendoza es diferente, ya que si bien no había presencia de organismos nacionales, el 88 por ciento de las camas

²⁰ Art. Nº 3 del Decreto 12.311 de 1943, *Secretaría de Salud Pública, Plan Analítico de Salud Pública*, Buenos Aires, 1947, p. 55.

²¹ “El Poder Ejecutivo Nacional creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social”, *Clínica del Trabajo*, Año IV, Abril-Mayo 1944, pp. 10-12.

disponibles eran administradas por la Dirección de Salubridad de la Provincia. En Córdoba, las sociedades de beneficencia fueron un factor fundamental en la constitución del sistema sanitario y, en Tucumán, los industriales azucareros montaron dispositivos asistenciales con autonomía del poder estatal.²²

Esta autonomía relativa de la Sociedad de Beneficencia de la Capital y las de ciertas provincias cambió de registro en 1946. En dicho año, el Estado nacional las intervino y dejó de transferirles fondos. Empero muchas de ellas, especialmente las vinculadas con los organismo religiosos, continuaron funcionando con recursos propios. En 1948 se produjo otra modificación importante en materia de asistencia social: se creó la Dirección Nacional de Asistencia Social, que pasó a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión y estuvo a cargo del médico Armando Méndez San Martín. Su función era supervisar la caridad, los orfanatos y la asistencia social. Desde su creación, esta repartición pública comenzó a tener fluidas relaciones con la recientemente creada Fundación de Ayuda Social María Eva Duarte de Perón, luego nombrada Fundación Eva Perón.

La Dirección Nacional de Salud Pública condensó en su matriz administrativa la aspiración de combinar la cura con la prevención de enfermedades en todo el territorio nacional. El desmembramiento del rol de asistencia social del organismo sanitario motivó la renuncia de Eugenio Galli y en su lugar fue designado Manuel Augusto Viera. Esta designación no supuso una discontinuidad doctrinaria, pero sí una aceptación pasiva a la matriz de ideas menos centralizantes y al incondicional apoyo a Perón (Belmartino, Bloch y Persello, 1995: 59). En agosto de ese año reemplazó a Galli y se convirtió en director nacional de Salud Pública. Estas alteraciones, los recambios de personal, los magros presupuestos y el escenario político signado por un alto grado de incertidumbre condujeron a la paralización de las actividades. No obstante, muchas de las obras planificadas durante estos años fueron inauguradas a lo largo de la denominada “Primera Caravana Sanitaria” a mediados de 1947. Esto último introduce en tema interesante en el proceso de implementación de políticas, ya que muchos indicadores de expansión que se presentan en un determinado período son fruto de acciones realizadas en otra gestión de gobierno.

²² Ministerio del Interior, Dirección Nacional de Salud Pública, *Almanaque Sanitario-Rural*, Buenos Aires, 1946, pp. 183-198.

Con la llegada del peronismo se produjo otra modificación administrativa. El 23 de mayo de 1946, un decreto presidencial transformó la Dirección Nacional de Salud Pública en Secretaría de Salud Pública, y quedó bajo la jurisdicción directa de la Presidencia de la Nación. Seis días después, el neurocirujano Dr. Ramón Carrillo fue nombrado secretario, quien fue confirmado el 4 de junio, cuando Perón asumió la Presidencia de la República. La elección de Carrillo estaba a tono con una característica distintiva del gabinete elegido por Perón: la juventud de sus integrantes y su carácter extraño a las élites políticas tradicionales (Devoto y Fausto, 2008: 270).

Luego de más de sesenta años, la salud pública abandonó la filiación con el Ministerio del Interior y comenzó un recorrido en pos de lograr mayores facultades en la administración, en la gestión y en el manejo de las cuentas. Asimismo, esta mudanza de filiación indicó una apuesta realizada en función de intentar resolver las cuestiones sanitarias y, al mismo tiempo, de contribuir a un mayor grado de centralización (Ramacciotti, 2008).

Las áreas de intervención social del Estado tomarán un protagonismo marcado y se llevarán a cabo muchas de las promesas electorales que, en realidad, formaban parte de una tendencia cuyo antecedente eran las propuestas que venían de los años treinta: la centralización en manos del Estado de áreas consideradas clave para satisfacer las necesidades sanitarias del “capital biológico”. De 1947 a 1950, las áreas más dinámicas fueron la construcción hospitalaria, la nacionalización de algunos nosocomios e institutos de investigación, la construcción de centros maternos infantiles, así como la difusión de campañas sanitarias a partir de propagandas y charlas brindadas en fábricas y regimientos militares (Ramacciotti y Valobra, 2004). Las “caravanas sanitarias” y los “trenes sanitarios” atravesaban diferentes partes del territorio dando pautas de medicina preventiva, distribuyendo medicamentos y posicionando al organismo sanitario en un lugar central como proveedor de recursos sanitarios. Debido a la inyección creciente de recursos durante los tres primeros años de la gestión peronista, la nueva agencia estatal contó con una mayor autonomía económica. A pocos meses de asumir su cargo, el presidente Juan Domingo Perón, junto a Carrillo, visitaron el Hospicio de las Mercedes, donde se refirieron a la necesidad de poner en práctica un plan de obras con el fin de atenuar las deficiencias existentes en el alojamiento sanitario. De igual manera, el 16 de septiembre de 1947, en un

acto realizado en el Instituto Municipal de Fisioterapia, Perón –dirigiéndose a Carrillo– afirmó que para la atención pública no había límites en el presupuesto.²³ Estas palabras pueden leerse como un signo de la apuesta política que realizó el gobierno respecto del proyecto sanitario liderado por el neurocirujano.

Indudablemente, el ciclo económico expansivo durante los primeros años del gobierno peronista colaboró con esta intención. La política de sustitución activa de importaciones permitió el incremento del gasto público, ambos financiados por la apropiación estatal de los excedentes de la exportación agropecuaria. La transferencia intersectorial de ingresos fue posible por una coyuntura internacional excepcionalmente favorable y por la creación del Instituto Argentino de Promoción del Intercambio (IAPI), que promovía el comercio exterior y administraba las exportaciones e importaciones a través de tipos de cambio diferenciales (Gerchunoff y Llach, 1998: 189-190)

Este dinamismo tendrá su freno hacia 1949. Las razones deben buscarse tanto en las explicaciones económicas como en las políticas. La crisis económica afectó al sector externo, generando como consecuencia una disminución de las exportaciones agrícolas. La sequía, el desaliento a la producción dado el control de cambio y la acción del IAPI, así como el aumento del consumo interno, colaboraron en la reducción de los saldos exportables y de las divisas necesarias para importar bienes e insumos. A esto debe sumarse la intervención sanitaria que comenzó a realizar la Fundación Eva Perón. Esta institución, creada en 1948 y comandada hasta su muerte en julio de 1952 por Eva Perón, tuvo –como anticipamos– un papel destacado en la satisfacción de demandas sanitarias. Creó policlínicos y brindó atención médica en la Escuela de Enfermeras, en los tres Hogares de Tránsitos, en los torneos infantiles, en el Hogar de la Empleada, en las unidades básicas y en los Hogares de Ancianos. Además, contó con un consultorio en Capital Federal que tenía consultorios clínicos, odontológicos, fisioterapéuticos, así como su propia farmacia. Cabe señalar que la forma de acceder a estos servicios era por medio de una carta o telegrama enviado a la residencia presidencial y dirigido a Eva Perón. Luego de su aceptación, la persona era autorizada a atenderse gratuitamente en los consultorios. Esta relación posicionaba en un lugar jerárquico a la persona que entregaba por sobre el que recibía.²⁴

²³ *La Nación*, 17 de agosto de 1946, p. 4.

²⁴ “La asistencia Médica Integral de la Fundación”, *Mundo Peronista*, 15 de noviembre de 1952.

Claro está que, en un tono diferenciador y rupturista, la Fundación Eva Perón destacaba que su accionar pretendía alcanzar a “todos los descamisados de la patria, no como limosna, sino como una justicia bien ganada y que durante tanto tiempo se les negó”.²⁵

Por otro lado, en el transcurso de la primera década peronista, los sindicatos y sus obras sociales irán cobrando un mayor protagonismo, dada la alianza estratégica con la fórmula política de Perón. En esta alianza, el sindicalismo se consolidaba mediante su sustento en el Estado y el gobierno obtenía legitimidad masiva y adhesión electoral. La dinámica política posterior terminó convirtiendo a la Confederación General de Trabajo y a las organizaciones sindicales en los apoyos exclusivos del gobierno (Andrenacci, Falappa y Lvovich, 2004: 96).

Respecto a las prerrogativas que obtenían los sindicatos para construir sus nosocomios, Germinal Rodríguez, fiel colaborador de Carrillo durante los primeros años de gestión, fue muy crítico: según su perspectiva, estos beneficios alejaban la posibilidad de lograr el seguro de salud en la Argentina. Dichas críticas al poder sindical en el ámbito de la salud lo obligaron a asumir un menor protagonismo en los años cincuenta; fue relegado de la gestión y cuatro años más tarde puesto a jubilación en la universidad, con tan sólo 55 años.

Un eje a señalar durante este período fue el derrotero de la industria farmacéutica. Durante el transcurso de la década de 1940, la industria farmacéutica internacional sufrió alteraciones sin precedentes. Éstas tuvieron como acicate el impacto de las dos guerras mundiales y la necesidad de curar y mitigar el dolor de los combatientes. Pero, luego de finalizadas las contiendas, muchas de las experiencias se trasladaron al ámbito civil impulsando, por medio de las publicidades comerciales, el consumo masivo de medicamentos.

La revolución en materia de producción de insulina y antibióticos (producción en escala de penicilina) provocó la paulatina desaparición del farmacéutico profesional minorista, fenómeno que adquirió relevancia local a principios de la década de 1950. La producción industrial de insulina en la Argentina fue contemporánea a la producción norteamericana. De hecho, se inició en 1924 la intervención de los bioquímicos Alfredo

²⁵ “Discurso de la Sra. María Eva Duarte de Perón”, *Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo: Conclusiones y Trabajos*, Buenos Aires, 1 al 14 de diciembre de 1949, Volumen I, Talleres Gráficos, 1950.

Sordelli y Venancio Deulefeu en la Sección de Sueroterapia del Departamento Nacional de Higiene, quienes obtuvieron las primeras insulinas de fabricación nacional. Se encontraban en plaza cinco insulinas: dos nacionales (Insulina Sordelli y Biol) y tres extranjeras (de origen norteamericano, inglés y alemán).

El abastecimiento nacional de penicilina tuvo caminos diferentes. Durante el gobierno peronista, a través del otorgamiento del monopolio a la firma norteamericana Squibb, en 1947 se avanzó en la producción local. El Decreto-Ley 10.933 le concedió a esta firma la franquicia libre de derechos aduaneros, durante cinco años, para importar penicilina –hasta que la firma estuviera habilitada y en condiciones de producir el referido antibiótico–, equipos, instrumental e insumos necesarios para su elaboración y fraccionamiento. El monopolio estipulado por el contrato se propuso evitar la competencia local sólo hasta que la planta alcanzara la capacidad para producir la totalidad de la sustancia consumida en el país. Por su parte, la empresa se comprometió a emplear un 80 por ciento de argentinos, tanto obreros como técnicos; a sostener un precio de venta que no sobrepasara el de 1946 y a vender todo el antibiótico que solicitaran las reparticiones oficiales a un precio oportunamente fijado en acuerdo entre la Secretaría y la fábrica.

Dicho contrato fue anunciado en un momento en el que Perón se embarcó en una campaña pública que promovió la independencia económica de las empresas extranjeras, de modo que fue muy criticado y originó un pedido de informes en el Congreso por parte de los diputados radicales. En efecto, a partir de 1944, la penicilina fue producida localmente por dos laboratorios nacionales, el Instituto Massone y los laboratorios Roux Ocefa, que abastecieron crecientemente a clínicas y hospitales de Buenos Aires y del interior. El propietario del primero fue un ferviente liberal que formó parte de la Unión Democrática, opositor del intervencionismo estatal y defensor de los intercambios comerciales internacionales. Según se ha sugerido recientemente, a pesar de las declaraciones del Secretario de Salud Pública –quien justificó la medida por la necesidad de producir la penicilina a nivel local y a bajo costo–, el otorgamiento del monopolio a una empresa extranjera pareció explicarse más por razones políticas que tecnológicas. Superados los conflictos, la fábrica Squibb abrió sus puertas en 1949, produciendo 51.000 unidades anuales, casi el doble de la cantidad mínima establecida por el contrato (Pfeiffer y Campins, 2004: 132). Esta empresa norteamericana colaboró económicamente con publicaciones

oficiales, por ejemplo, en la revista quincenal *Mundo Peronista*, Squibb publicitaba en la contratapa sus instalaciones y su colaboración con “El servicio de la profesión Médica”.²⁶

En cuanto a la producción de medicamentos de uso frecuente, se crearon las dependencias llamadas Especialidades Medicinales del Estado y popularizadas bajo la sigla EMESTA. Además, se intensificó y amplió la producción de sueros, vacunas, drogas y medicamentos elaborados por el Instituto Bacteriológico Malbrán en la ciudad de Buenos Aires. Para el caso de las películas radiográficas, pese a que se constituyó una comisión para estudiar la capacidad técnica de elaborarlas en el país, esto no se logró y continuó dependiendo del mercado externo.

El abastecimiento de penicilina fue importante en la medida en que enfermedades como la tuberculosis o las enfermedades venéreas tuvieron cura. Al margen de las discusiones de orden político o moral, la farmacología sorprendía con la posibilidad de curar enfermedades que hasta poco tiempo atrás –debido al desconocimiento acerca de las formas de cura– daban lugar a un arco variado de explicaciones “pseudo científicas” en las que los prejuicios éticos de los profesionales de la salud tenían un peso nada desdeñable. Así pues, el control y reducción de casos gracias a una sola inyección, posicionaba a estos profesionales en un lugar privilegiado, pero no ya sólo a través de la enunciación de recomendaciones morales e higiénicas, sino de su capacidad de recetar y curar la enfermedad. Esta tendencia a la especialización iba unida al descubrimiento de nuevas medicaciones y, en forma paralela, alejaba a muchos de ellos de los lugares que habían obtenido como locutores de las soluciones morales para la salud de la nación. A partir de la segunda mitad del siglo XX, entonces, se producirá un tecnicismo en las explicaciones de las enfermedades y se conformarán discursos más centrados en factores biológicos que tenderán a minimizar la incidencia de los factores sociales. Como sostiene Menéndez, al biologizar todo padecimiento, se excluirán las causales y consecuencias sociales de los mismos, de tal manera que la enfermedad será explicada por ella misma, y la intervención médica sólo tratará la enfermedad en sí (Menéndez, 2005).

Un cambio institucional nodal para el área sanitaria fue la transformación de la Secretaría de Salud Pública en Ministerio de Salud en 1949. Este aparente mayor estatus en el entramado estatal dio lugar a un cambio de nomenclaturas en las dependencias a cargo,

²⁶ *Mundo Peronista*, 1 de agosto de 1955.

pero no tuvo su correlato en un aumento de las partidas presupuestarias ni mayor autonomía en el uso de las mismas. Como anticipamos, en el cambio de década otros actores comenzaron a tener mayor protagonismo en la resolución de las demandas sociales: la Fundación Eva Perón y las obras sociales.

A fines de 1952, frente a la aprobación del Segundo Plan Quinquenal, Carrillo hizo referencia a la falta de un financiamiento apropiado, lo que disminuía la cantidad y la calidad de los servicios:

“las crecientes dificultades afrontadas por el ministerio para aumentar la capacidad instalada y financiar el funcionamiento de la existente (...). Los servicios sanitarios nacionales están insuficientemente financiados, lo que se traduce en pobreza, falta de medios técnicos, mala organización y por ende deficiente servicio” (Carrillo, 1974: 75).

De la misma forma, cobró fuerza el papel subsidiario que debería tener el Estado ante la asistencia médica privada. Si en 1947 el ideal era centralizar la asistencia sanitaria en manos estatales e incorporar paulatinamente tanto los hospitales privados como los dependientes de las sociedades de beneficencia, el escenario se modificó en el cambio de década. Más precisamente en 1949, el recientemente designado primer Ministro de Salud comenzó a mostrar más cautela en torno a la expropiación/ nacionalización de los hospitales de beneficencia y privados. Consideraba que su incorporación y posterior mantenimiento llevarían a paralizar las obras que se tenían planificadas para el futuro (Carrillo, 1948: 212). Además sugería que “cobrar al coste” los servicios a los beneficiarios directos sería una solución “racional”, pero al mismo tiempo reconocía que esto tendría un grave inconveniente: “es impolítico, máximo para un gobierno que avanza con una fuerte política social” (Carrillo, 1974: 76). Estas palabras muestran las dudas existentes en el ministro de salud en torno a la absoluta gratuidad de los servicios sanitarios y al mismo tiempo nos permiten pensar en los antecedentes históricos de las políticas de arancelamiento que cobraron fuerza en los años noventa.²⁷

Más allá de las duras críticas de Carrillo a la reducción presupuestaria, el Ministerio de Salud se sumó a las medidas del Plan Económico de Austeridad de 1952. Por medio de un mensaje radial, el presidente Perón convocó a los argentinos a realizar un “esfuerzo

²⁷ Véase, en este volumen, el artículo de Karina Ramacciotti “Dilemas irresueltos en el sistema sanitario argentino”.

solidario para superar con la participación toda la coyuntura adversa”. Se tornaba imperioso adoptar una política que incrementara la productividad, redujera los consumos innecesarios y creara condiciones favorables para un mayor ahorro. Los objetivos del plan eran acrecentar la producción agropecuaria y otras ramas de la actividad nacional, orientar el comercio exterior hacia una reducción de las importaciones, estimular las exportaciones de aquellos productos con saldos disponibles y promover la austeridad de los consumos para facilitar el incremento del ahorro como factor indispensable en la reanudación de la futura expansión económica. La austeridad en el consumo, señaló Perón, no implicaba sacrificar lo necesario, sino eliminar el derroche, reducir gastos innecesarios, renunciar a lo superfluo y postergar lo prescindible. Con ese reajuste en el consumo se esperaba aumentar las exportaciones y reducir las importaciones. Como sostienen Gerchunoff y Llach (1998), este programa de austeridad centrado en el fomento del ahorro contrastaba, a todas luces, con la política redistributiva de los primeros años.

En sintonía, los gastos de los servicios técnicos administrativos de los ministerios y sus reparticiones debían verse reducidos. En el caso del Ministerio de Salud, estipuló que sus agentes tendrían la obligación de “reducir el consumo de luz y energía eléctrica”, “obtener el mayor rendimiento posible de papel y demás útiles de oficina”, “extremar el cuidado de los elementos de trabajo” y “limitar los gastos de movilidad”.²⁸ Además, se planteó la necesidad de “utilizar en forma plena los ambientes de trabajo” y “racionalizar los planteles”. Estas normativas, que apuntaban a un uso racional del espacio y del personal, entraron en tensión con otras resoluciones ministeriales que cedían parte de los terrenos de los hospitales para usos políticos. Por ejemplo, el Ministerio aceptó el pedido de Ana de Franco, subdelegada censista, para instalar una unidad básica femenina peronista en un hospital en Misiones. Las lógicas políticas no coincidían con las variables de supuesta racionalidad económica.²⁹

Una modificación sustancial fue el impulso a las Delegaciones Regionales, que iba en sintonía con el interés de descentralizar la asistencia sanitaria y delegar en las provincias y municipios tanto el control estadístico como la provisión de los servicios de salud. De esta forma, se pretendía agilizar los trámites, lograr un mejor abastecimiento de los servicios

²⁸ Boletín del Día, N° 527, 13 de marzo de 1952.

²⁹ Boletín del Día, N° 334, 22 de mayo de 1951, p. 924.

hospitalarios y establecer una mayor comunicación entre el Ejecutivo nacional y los Ejecutivos provinciales. Asimismo, el delegado regional sería el representante directo del ministro en la provincia o territorio. No obstante, Lorenzo García, un colaborador de Carrillo durante la segunda Presidencia, señaló que para darles impulso y apoyo a los oficiales sanitarios locales hacían falta “recursos para que puedan canalizar esa acción”. Esta idea de lograr una descentralización en la gestión será una aspiración que se intentará implementar en diferentes períodos luego de la caída de Perón.

A modo de cierre

Las instituciones sanitarias decimonónicas estuvieron montadas sobre el peligro potencial que significaba, para el orden público y para el futuro de la “raza” y de la “nación”, la existencia de “focos” de poblaciones pobres y enfermas. Como consecuencia, en las ciudades más pobladas y, casi siempre luego del impacto de alguna epidemia, surgió una variado abanico de propuestas que señalaban la imperiosa necesidad de constituir agencias sanitarias que tuvieran atribuciones reales para limitar el impacto social de los recurrentes brotes epidémicos. Si bien hubo mejoras urbanas parciales –como el suministro de agua potable y la creación de cementerios y parques públicos–, las atribuciones reales de las instituciones sanitarias fueron más acotadas dada la escasez presupuestaria y las dificultades para concertar un acuerdo político que vehiculizara la integración sanitaria del espacio nacional.

Además, durante el transcurso del siglo XX, cobró fuerza la idea de que el mejoramiento en el nivel de vida de la población era un derecho de los ciudadanos, independientemente de sus ingresos. Así pues, se creía que el mayor bienestar sanitario repercutiría en el futuro desarrollo industrial de los países. No obstante, esta concepción entraría en discusión en momentos de crisis económicas, ya que el mayor “bienestar” y el alargamiento de las expectativas de vida debido a los avances tecnológicos traería el dilema de cómo conciliar la inclusión social con la distribución de la renta y el salario.

En sintonía con esta mutación ideológica, surgió una vasta pluralidad de voces y de propuestas políticas que apuntaron a reestructurar el organismo sanitario argentino, pero fueron el gobierno surgido del golpe militar de 1943 y el posterior gobierno peronista de 1946-1955 los que llevaron adelante un programa de expansión de la organización de los

servicios sanitarios, que logró abarcar gran parte del territorio nacional. Lo que antes sólo había sido una reivindicación, ahora se convertía en realidad o –por lo menos– en una posibilidad concreta, con arreglos institucionales específicos y con el alcance necesario para convertir la salud pública en una política con alcance nacional.

A partir de 1946, la salud pública argentina encaró una serie de modificaciones institucionales que, si bien retomaban antiguas ideas, lo hicieron en un escenario político remozado, donde la planificación tomó un cariz diferente para guiar la acción estatal. Este amplio programa de planificación sanitaria estuvo diseñado por los profesionales de la salud y tuvo como telón de fondo la vocación de un Estado fuerte y centralizado, que pudiera integrar zonas y poblaciones que se encontraban excluidas de la acción sanitaria estatal y eran consideradas importantes para consolidar una “Nueva Argentina”. Así pues, los cambios en las dependencias administrativas debían adaptarse a las cuestiones consideradas problemáticas.

Desde esta perspectiva, el armazón normativo e institucional se convirtió en objeto de análisis para poder explicar los vínculos complementarios o conflictivos entre las administraciones. Entender las transformaciones institucionales no significa una mera enunciación de aspectos normativos, sino un medio para comprender las capacidades, los cambios y los conflictos institucionales que tuvo que enfrentar dicha área. Es importante destacar que, si bien muchos de estos abarcativos y grandilocuentes enunciados no se concretaron, su abordaje permitió delimitar qué fue lo que se pretendía alcanzar y vislumbrar algunas de las trabas para concretarlas.

El llamado “plan Carrillo”, basado en la planificación activa del armazón hospitalario en el territorio nacional, la preparación de personal médico y auxiliares que estuvieran capacitados para atender las problemáticas de “masa” y la creación de un Seguro de Salud, no cumplieron con las ambiciosas expectativas del inicio de la gestión. No obstante, fueron importantes por varias razones. En primer lugar, porque se consolidó una agenda pública de lo que se consideraba importante, para que el Estado interviniera en la resolución de los problemas sanitarios. Es decir que, de ser parte de reclamos de médicos o de tibias concreciones estatales provenientes de la Asistencia Pública de Capital Federal o del Departamento Nacional de Higiene, ciertas cuestiones pasaron a tener una destacada presencia, que fue de la mano de una ampliación material de la capacidad instalada. En

segundo lugar, muchas de las acciones emprendidas durante esos años por el Ministerio de Salud fueron retomadas en otros períodos. En algunas oportunidades destacando las tradiciones previas; en otras, invisibilizando lo que el peronismo había realizado al respecto y destacando las obras como hechos fundacionales y disruptivos.

Este artículo pretendió revisar las modificaciones ideales y efectivas en el terreno de la administración sanitaria durante la primera mitad del siglo XX en la Argentina, teniendo como trasfondo las complejidades de un aparato estatal –que por su propia naturaleza es intrincado, amplio y heterogéneo– dentro del cual la acción de la burocracia se presenta siempre, tal como la conceptualizara Oscar Ozlack (1984: 4-6), como una “arena de conflictos”.

Referencias bibliográficas

ANDRENACCI, L., FALAPPA, F. y LVOVICH, D.: “Acerca del Estado de Bienestar en el Peronismo Clásico (1943-1955)”, en BERTRANOU, J. *et al.* (comps.): *En el país del no me acuerdo*. Buenos Aires, Prometeo, 2004.

ANZ, T.: “Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales”, en ONGERS, W. y OLBRICH, T. (comps.): *Literatura, Cultura, Enfermedad*. Buenos Aires, Paidós, 2006.

ARMUS, D.: *La ciudad impura, 1870-1950*. Buenos Aires, Edhasa, 2007.

ARMUS, D. y BELMARTINO, S.: “Enfermedades, médicos y cultura higiénica”, en CATTARUZZA, A. (director): *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Buenos Aires, Sudamericana, 2001.

BARRANCOS, D.: *La escena iluminada. Ciencias para trabajadores. 1890-1930*. Buenos Aires, Plus Ultra, 1996.

BELMARTINO, S.: *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.

BELMARTINO, S. *et al.*: *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud*. Publicación N° 27, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1991.

BERTONI, L. A.: *Patriotas, cosmopolitas y nacionalistas. La construcción de la nacionalidad argentina a fines del siglo XIX*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2001.

BIERNAT, C.: “Médicos, especialistas, políticos y funcionarios en la organización centralizada de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la Argentina (1930-1954)”, *Anuario de Estudios Americanos*, Volumen 64, N° 1, Enero-Junio 2007, Sevilla, España.

BIERNAT, C. y RAMACCIOTTI, K.: “Las madres y sus hijos en foco”, en BARRY, C., RAMACCIOTTI, K. y VALOBRA, A. (eds.): *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires, Biblos, 2008.

BOHOSLASKY, E. y DI LISCIA, M. S.: “Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros)”, en DI LISCIA, M. S. y BOHOSLAVSKY, E. (eds.): *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*. Buenos Aires, EDULPAM-UNGS-Prometeo Ediciones, en prensa.

CAIMARI, L.: *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955*. Buenos Aires, Siglo XXI.

CARRILLO, R.: “Política sanitaria argentina”, en *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, Volumen IV, N° 3, 1948.

_____: *Plan Esquemático de Salud Pública*. Buenos Aires, Eudeba, Tomo IV, 1974.

CIAFARDO, E.: “Las damas de Beneficencia y la participación social de la mujer en la ciudad de Buenos Aires, 1880-1929”, *Anuario del IEHS*, Tomo V, Tandil, 1990.

DEVOTO, F. y FAUSTO, B.: *Argentina - Brasil 1850-2000. Un ensayo de Historia comparada*. Buenos Aires, Sudamericana, 2008.

DI LISCIA, M. S.: “Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)”, *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, Volumen 9, 2002.

ELIZAGA, J.: “La evolución de la población en la Argentina de los últimos cien años”, *Desarrollo Económico*, N° 12, 1973.

GERCHUNOFF, P. y LLACH, L.: *El ciclo de la ilusión y el desencanto. Un siglo de políticas económicas argentinas*. Buenos Aires, Ariel, 1998.

GOLBERT, L.: “Las políticas sociales antes y después de la Fundación Eva Perón”, en BARRY, C., RAMACCIOTTI, K. y VALOBRA, A. (eds.): *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*. Buenos Aires, Biblos, 2008.

GONZÁLEZ, F.: “Niñez y beneficencia: un acercamiento a los discursos y las estrategias disciplinarias en torno a los niños abandonados en Buenos Aires. de principios del siglo XX”, en MORENO, J. L. (comp.): *La política social antes de la política social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, Siglos XVII a XX)*. Buenos Aires, Trama-Prometeo Libros, 2000.

GONZÁLEZ LEANDRI, R.: *Curar, Persuadir, Gobernar. La Construcción Histórica de la Profesión Médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999.

GUY, D.: “La verdadera historia de la Sociedad de Beneficencia” en MORENO, J. L. (comp.): *La política social antes de la política social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, Siglos XVII a XX)*. Buenos Aires, Trama-Prometeo Libros, 2000.

LOBATO, M. Z.: “El Estado y el trabajo femenino: el Departamento Nacional del Trabajo”, en SURIANO, J. y LVOVICH, D. (comps.): *Las políticas sociales en perspectiva histórica*. Buenos Aires, Prometeo/UNGS, 2006.

MAZZEO, V.: *Mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires (1856-1986)*. Buenos Aires, CEAL, 1993.

MENÉNDEZ, E.: “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud Colectiva* N° 1, La Plata, Enero-Marzo 2005.

MIRANDA, M.: “Doxa, Eugenesia y derecho en la Argentina de posguerra (1949-1957)” en MIRANDA, M. y VALLEJO, G. (comps.): *Políticas del cuerpo*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2007.

MIRANDA, M. y VALLEJO, G. (comps.): *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.

NARI, M.: *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires, Biblos, 2004.

OSZLAK O.: “Notas críticas para un teoría de la burocracia estatal”, en OSZLAK, O. (comp.): *Teoría de la burocracia estatal*. Buenos Aires, Paidós, 1984.

PAIVA, V.: “Entre mismas y microbios: La ciudad bajo la lente del higienismo. Buenos Aires 1850-1890”, *Áreas*, N° 4, Buenos Aires, 1996.

PALMA, H.: “Eugenesia y educación en la Argentina”, en CARBONETTI, A. y GONZÁLEZ LEANDRI, R. (eds.): *Historias de salud y enfermedad en América Latina, Siglo XIX y XX*. Córdoba, CEA, UNC, CONICET, 2008.

PITA, V.: “Damas, locas y médicos. La locura expropiada”, en GIL LOZANO, F., PITA, V. e INI, M. G.: *Historia de las mujeres argentinas. Siglo XX*. Buenos Aires, Taurus, 2000.

RAMACCIOTTI, K. y VALOBRA, A.: *Generando el peronismo. Estudios de Cultura, política y género (1946-1955)*. Buenos Aires, Proyecto Editorial, 2004.

RAMACCIOTTI, K.: “Las trabajadoras en la mira estatal: Propuestas de reforma de la Caja de Maternidad (1934-1955)”, *Revista Trabajos y Comunicaciones*, 2° época, UNLP, 2005.

_____: “Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en Buenos Aires. 1946-1953”, *Asclepio*, Madrid, 2006.

SURIANO, J.: *Anarquistas: cultura y política libertaria en Buenos Aires. 1890-1910*. Buenos Aires, Manantial, 2001.

TOPALOV, C.: “De la cuestión social a los problemas urbanos. Los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo XX”, documento electrónico: <http://www.urbared.ungs.edu.ar/textos/Topalov>.