

RACIONALIDADES E INSTITUCIONES MÉDICAS:

Aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el
pensamiento en salud colectiva

Coordinación:

Madel Theresinha Luz





Editora Rede UNIDA ofrece una colección digital de **acceso abierto** de más de 200 obras. Estas publicaciones son relevantes para el trabajo en educación y salud. Hay autores clásicos y nuevos, con acceso libre a las publicaciones. Los costes de mantenimiento son cubiertos conjuntamente por socios y donaciones.

Para la sostenibilidad de la **Editorial Rede UNIDA**, necesitamos donativos. ¡Ayude a mantener la editorial! Participa en la campaña de crowdfunding "**e-Libro, e-Libre**".

Visita la página y haz tu donativo
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>

Con su colaboración, seguiremos compartiendo conocimientos y lanzando nuevos autores para fortalecer la educación y el trabajo en el **SUS**, y defender la vida de todos. Acceda a la Biblioteca Digital de la Editorial Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

Y recuerde: comparta los enlaces a las publicaciones, no los archivos. Actualizamos la colección con versiones corregidas y actualizadas y nuestro contador de accesos es el marcador de impacto de la editorial. Ayuda a correr la voz.

editora.redeunida.org.br



COORDINACIÓN
Madel Theresinha Luz

Serie Salud & Centroamérica

Racionalidades e instituciones médicas: Aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva

1ª Edição
Porto Alegre /Brasil; Managua/Nicaragua



Editora Rede Unida, Brasil; UNICA, Nicaragua.



Coordinador general de la Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordinación Editorial

Editor jefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores asociados: **Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Silva, Ricardo Burg Ceccim.**

Consejo Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bóer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luíza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comité Ejecutivo Editorial

Alana Santos de Souza, Jaqueline Miotto Guarnieri, Camila Fontana Roman

Tradución

Cindys Castillo, David Ernesto, Isamara Alemán, Laura Rivera.

Diagramación

Lucia Pouchain

Arte de la Capilla

Márcio Mariath Belloc

La Serie Editorial “Salud & Centroamérica”, del Editora Rede Unida es una colección que publica libros en formato aural o colecciones temáticas con producciones técnico-científicas, predominantemente provenientes de reflexiones, análisis e investigaciones sobre sistemas y redes de salud, políticas públicas y la educación en salud, que tienen gran capacidad de representar la perspectiva de los actores de la vida cotidiana de los sistemas locales de salud y educación. Esta iniciativa tiene como objetivo central compartir las reflexiones realizadas por los diferentes actores de la vida cotidiana que, al mismo tiempo, busca estimular la producción de análisis desde la micropolítica del trabajo con personas experimentadas en la investigación y la docencia y de nueva autoría, desde personas vinculadas a los sistemas y servicios de salud y educación, desde la cooperación técnica y las redes de colaboración realizadas con participación centroamericana.

La tradición de la Editora Rede Unida de divulgación científica desde las redes de cooperación territorial se expresa, una vez más, en la creación de una serie que busca ampliar el diálogo en el territorio centroamericano que, como en la historia de la salud pública y la organización de las redes de cooperación en salud y educación, tiene una producción relevante. La expresión Centroamérica tiene aquí menos la pretensión de precisión geográfica y más la dimensión cultural y las redes de cooperación que se originan en el territorio.

La Serie Editorial Salud & Centroamérica surge como parte del fortalecimiento de competencias y capacidades institucionales, técnicas y académicas, en consonancia con la Resolución CD56/10 de la OPS/OMS sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018–2023, que impulsa la articulación con el sector educativo para responder a las transformaciones de los sistemas de salud. Esta red multiactor se alinea con los principios de la Política de Centros Cooperantes de BIREME, promoviendo la producción científica, el acceso abierto y la visibilidad de experiencias relevantes para la salud pública en los diferentes países de la Región de las Américas.

La coordinación editorial de la serie será ejercida por: • **Alcindo Antônio Ferla**, Editora Rede Unida; • **Alexandre Ramos-Florêncio**, Assessor Sistema e Serviços de Saúde – OPAS; • **Carlos Arroyo**, Pró-reitor de Pós-Graduação da Universidade Católica da Nicarágua; • **Francisco Hiram Otero Pravia** (decano de la Facultad de Medicina de la UNICA); • **Károl Veiga Cabral**, Professora da Universidade Federal do Pará; • **Lisiane Boer Possa**, Professora e Pesquisadora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); • **Miguel Orozco Valladares**, coordenador do núcleo Centro-americano da Rede Unida.

Las opiniones, análisis y conclusiones expresadas en este material son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las políticas, criterios o posiciones oficiales de la OPS/OMS y demás instituciones involucradas.

R121

Racionalidades e instituições médicas: Aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva/
Organizadora: Madel Therezinha Luz – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: UNICA, 2023.

253 p. (Série Salud & Centroamérica, v.2).

E-book: 3.40 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-057-4

DOI: 10.18310/9786554620574

1. Saúde Pública. 2. Política de Saúde. 3. Estudos de Avaliação como Assunto. I. Título. II. Assunto.
III. Organizadores.

NLM WA 31

CDU 614.2

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

Las ciencias sociales y humanas en diálogo fructífero con las ciencias de la salud: aportaciones epistémicas y metodológicas de Madel Luz al campo de la salud colectiva 9

Alcindo Antônio Ferla, Alexandre Ramos-Florencio, Júlio Cesar Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc, Ricardo Burg Ceccim

Parte 1 | ¿Qué salud colectiva? la episteme y sus desdoblamientos en el centro del debate 19

Complejidad del campo de la salud colectiva: conocimiento y práctica de la multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad – un análisis sociohistórico de la trayectoria paradigmática 20

Madel Therezinha Luz

Especificidad de la contribución de los conocimientos y prácticas de las ciencias sociales y humanas a la salud 31

Madel Therezinha Luz

Prometeo encadenado: análisis sociológico de la categoría de productividad y las condiciones actuales de la vida académica 45

Madel Therezinha Luz

El futuro del libro en la evaluación de los programas de postgrado: ¿Una cultura del libro sería necesaria? 60

Madel Therezinha Luz

Cultura contemporánea y medicinas alternativas: Nuevos paradigmas de la salud al final del Siglo XX 68

Madel Therezinha Luz

La categoría racionalidad médica y una nueva epistemología en salud 95

Marilene Cabral do Nascimento, Nelson Filice de Barros, Maria Inês Nogueira, Madel Therezinha Luz

Contribución al estudio del imaginario social contemporáneo: retórica e imágenes de las biociencias en las revistas de divulgación científica 112

Madel Therezinha Luz, Cesar Sabino, Rafael da Silva Mattos, Alcindo Antonio Ferla, Barbara Andres, Rafael Dall Alba, Richard Assimos, Anderson dos Santos Machado

Parte 2 | Aportaciones teóricas y metodológicas a la investigación y el pensamiento en salud colectiva..... 128

La retórica en la difusión científica del imaginario de la vida y la salud: una propuesta metodológica de análisis 129

Madel Therezinha Luz, Alcindo Antonio Ferla, Anderson dos Santos Machado, Rafael Dall Alba

Forma del dolor y dolor de la forma: significado y función del dolor físico entre practicantes de musculación en gimnasios en Río de Janeiro 151

Cesar Sabino, Madel Therezinha Luz

Metáforas del poder en una institución de salud pública..... 171

Cesar Sabino, Madel Therezinha Luz

El ambulatorio en el discurso de médicos residentes: reproducción y dinámica del campo médico..... 186

Cesar Sabino, Madel Therezinha Luz

El gordo en agenda: representaciones de ser gordo en revistas semanales 203

Nara Sudo, Madel Therezinha Luz

Tatuaje, género y lógica de la diferencia 217

Cesar Sabino, Madel Therezinha Luz

Posfacio | Vida e cuidado: ideas para nuevos caminos..... 235

Comentarios y consideraciones sobre la actualidad del tema Prácticas Integrativas Complementarias (o “PICS”) a los Sistemas Médicos de Salud 236

Madel Therezinha Luz

Vida, salud, prácticas integrativas y cuidado en salud - temas para discusión en un contexto sanitario crítico. Algunos puntos de definición para la acción del cuidado centrado en la percepción de Salud 244

Madel Therezinha Luz

Sobre los autores y autoras 249

Las ciencias sociales y humanas en diálogo fructífero con las ciencias de la salud: aportaciones epistémicas y metodológicas de Madel Luz al campo de la salud colectiva

Alcindo Antônio Ferla
Alexandre Ramos-Florencio
Júlio Cesar Schweickardt
Károl Veiga Cabral
Márcio Mariath Belloc
Ricardo Burg Ceccim

Introducción

La asignación de los coordinadores de la serie **Salud & Centroamérica** para presentar esta colección de textos nos dejó felices y honrados. Los textos aquí reunidos tienen como característica común la autoría intelectual de la Profa. Madel Therezinha Luz, producidos individualmente o en conjunto con sus alumnos de maestría y doctorado, y sintetizan contribuciones relevantes que ella asignó y viene asignando al campo de la salud colectiva. Muchas de esas contribuciones, inclusive, tuvieron importancia fundamental para constituir la salud colectiva como campo reconocido de conocimientos y prácticas y que inciden sobre el pensamiento que toma los fenómenos de la salud en su dimensión colectiva. Madel Luz es base del pensamiento que nos constituye como sanitaristas y, además, una autora cuya contribución es imprescindible para comprender la amplitud y profundidad de lo que aprendemos a denominar pensamiento social en salud, que se inclina sobre la historia para pensar sobre el presente. No hay forma de producir un presente sin visitar el pasado, es solo este ir y venir que esboza el futuro.

En la producción de la Profa. Madel, como en otros pensadores contemporáneos, la perspectiva histórica sobre la producción de la salud tiene configuración interdisciplinaria, pero con una base relevante en la producción marxista, en la filosofía y, en especial, en la filosofía crítica francesa, en la que se destaca Michel Foucault. Así, la producción de Madel contribuyó a impulsar una fase del desarrollo del campo de la salud colectiva en que el naturalismo biomédico fue puesto en cuestión y, de esa tensión, se recuperó en el plano del pensamiento y de los análisis la idea de la salud como proceso histórico y social. Romper el

naturalismo, movimiento fuerte de la salud colectiva en las décadas de 1970 y 1980, supuso romper con una concepción lineal y acumulativa de la historia, analizando también los contextos locales, que se continúan en líneas de fuerza translocales. Es decir, en el momento marcado por crisis de diferentes naturalezas, el desafío al pensamiento para nuevos platós de respuesta incluyó buscar el recurso a la explicación histórica y algunos autores tuvieron contribución muy relevante. Esa también es una contribución actual del diálogo que queremos ver establecido con las producciones sistematizadas en el libro, que fueron desarrolladas y publicadas entre las décadas de 1980 y 2010. Bucear en los textos y entrar en contacto con los conceptos/ ideas permite al lector atestiguar el vigor y la actualidad del pensamiento de Madel.

El libro, como los demás que están siendo lanzados en la serie editorial, dialoga muy bien con la idea de compartir pensamientos, conceptos e iniciativas que fortalezcan la salud y la educación en salud, produciendo una red de personas e instituciones que desborda fronteras y enlaza nuestros países. La Serie Editorial nació con la idea de constituir la “**Red Internacional de Enseñanza e Investigación sobre Educación y Trabajo en Sistemas y Servicios de Salud (RED SALUD UNICA)**”, involucrando a la Universidad Católica Redemptoris Mater, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Associação Rede Unida, sobre todo el núcleo centroamericano de la Red, así como un enorme conjunto de puntos de conexión en varios países y continentes. La Red empieza a apoyar y generar iniciativas regionales e internacionales de desarrollo del trabajo, formación de trabajadores, educación en la salud, análisis comparado de sistemas, servicios y redes y tantas ideas e iniciativas que puedan dar fuerza a sistemas universales de salud, a la integralidad en la salud, a la emancipación de los pueblos y a nuevos patrones de civilidad necesarios para la transición del ciclo que nos encontramos. Así como ya lo hacemos en los Cursos de Maestría y Doctorado en Salud Pública desarrollados de forma colaborativa en la UNICA y que obtienen soporte en redes internacionales y, al mismo tiempo, las fomentan.

Por ello, consideramos de fundamental importancia recuperar y volver a poner en circulación la producción de la Profa. Madel Luz, inclusive algunos artículos y capítulos ya publicados hace algunos años, que nos permiten activar el pensamiento y basar iniciativas para nuevos platós de comprensión del momento actual de la salud, sea en relación a las complejas dimensiones envueltas en su producción en cada territorio, o en relación con la organización de las respuestas en términos de políticas públicas. La recopilación no pretende predominantemente un lugar de homenaje, más que merecido por el conjunto de la producción, sino más bien permitir que, en ese momento en que diferentes crisis atraviesan los sistemas sanitarios en el período

posterior a la fase aguda de la pandemia de covid-19, nuestros pensamientos sean, otra vez, activados por las ideas ya diseminadas por la Profa. Madel Luz. Además, a pesar de toda la contribución que hizo al campo de saberes y prácticas de la salud colectiva, de las ciencias sociales y humanas, además de la organización de sistemas de salud y prácticas de cuidado, la Profa. Madel nos presentó textos inéditos para este libro, que apuntan nuevos caminos al pensamiento y nuevos diálogos con el campo de la salud, de las políticas públicas, de la ciencia & tecnología y de la vida, de forma más amplia.

Un recorrido interdisciplinario para una mirada más profunda a la salud

La profesora e investigadora Madel Therezinha Luz tiene enormes contribuciones a la configuración del campo de saberes y prácticas de la salud colectiva y, en los últimos cincuenta años, se constituyó en una de las principales referencias de la contribución que las ciencias sociales y humanas han asignado al campo. Se graduó en Filosofía por la Universidad Federal de Río de Janeiro (1962), máster en Sociología por la Université Catholique de Louvain (1969) y doctorado en Ciencia Política por la Universidad de São Paulo (1978). Su carrera profesional incluyó la actuación como profesora titular en la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ) y de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), actualmente jubilada en ambos vínculos. Fue profesora colaboradora del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) y del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Universidad Federal Fluminense (UFF). Es investigadora-líder del Grupo de Investigaciones del Consejo Nacional de Investigación y Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) “Racionalidades en Salud: Sistemas Médicos Complejos y Prácticas Complementarias e Integrativas” con grandes contribuciones teóricas y metodológicas al pensamiento y a los saberes y prácticas en Salud Colectiva.

El máster en sociología, realizado en la Université Catholique de Louvain (UCL, Bélgica), en el período de 1965 - 1969, dirigido por el sociólogo Prof. Pierre de Bie, tuvo como título “Fondements Idéologiques de la Méthode Structurelle-Fonctionnelle”, fue realizado en período de exilio, en que el período dictatorial militar obligó su producción en territorio internacional. Los estudios de este período tienen influencia relevante en la producción posterior, orientando el pensamiento analítico y metodológico. Representa no sólo un tiempo de acumulación de aporte teórico, sino de producción de relaciones que siguieron activando el pensamiento y actualizando intercambios a lo largo de su fructífera producción.

En la presentación del libro “Las Instituciones Médicas en Brasil” (Luz, 2014), agradece las discusiones formales e informales, los debates académicos, la producción de bibliografías y la amistad de profesores e investigadores con los que mantuvo contacto en el período de exilio y en las sucesivas misiones académicas realizadas posteriormente, a autores como David Harvey, Jean Pierre Dupuy y Michel Foucault, todos con producciones relevantes entre las décadas de 1960 y 1980.

Entre las producciones de la Profa. Madel con gran repercusión en el campo de conocimientos y prácticas de la salud colectiva, merece destaque su producción del curso de doctorado, realizado en el programa de Ciencia Política de la Universidad de São Paulo (USP, Brasil), que fue desarrollado bajo la dirección del Prof. José Augusto Guilhon Albuquerque¹, teniendo como título “Institución y Estrategia de Hegemonía: Las Instituciones Médicas en Brasil”. *Instituciones médicas* se ha convertido en una categoría teórica para el campo de pensamiento de la salud colectiva, expandido el concepto de “instituciones” de uso frecuente en el estudio de sistemas y redes de atención por la perspectiva disciplinaria de la salud pública, y que ha tenido potencia seminal para la comprensión de fuerzas que actúan en el interior de los servicios y redes, incluyendo las instituciones gubernamentales.

Ferla (2014), en el prefacio de la segunda edición del libro en portugués (Luz, 2014), describe la contribución de la tesis doctoral, transformado en libro, de la siguiente manera:

Esa es una de las obras seminales del campo; es, por así decir, terreno fértil y semilla para el surgimiento de la práctica interdisciplinaria de investigación y de la cobertura de lo que llamamos Salud Colectiva en los días actuales. El rigor teórico y metodológico de su producción se suma a una gran creatividad académica, mostrando un objeto de investigación instigando al investigador –un grupo, en este caso, como registra la autora, pero un grupo coordinado, orientado y dirigido por la misma, que confiere la autoría adicional– a producir rutas investigativas que no empobrecen el objeto y la investigación; al contrario, le dan la grandeza y la complejidad que la investigación cualitativa permite y exige, mezclando conocimientos preciosamente elegidos de diversas disciplinas, especialmente en el campo de las ciencias sociales y humanas. (p. 09).

La contribución de la categoría teórica instituciones médicas formulada para los análisis de la salud no tiene solo el marco histórico como parámetro. Hay gran potencia actual, en período que las crisis políticas y sanitarias atraviesan diferentes países y son particularmente visibles en el enfrentamiento a la pandemia de covid-19. Así, la evidencia fuerte de la perspectiva de regulación corporativa del trabajo en la

¹ La producción del Profesor Guilhon de Albuquerque, él también una referencia relevante para el pensamiento social en la salud, se puede acceder por medio del currículo oficial disponible en: <http://lattes.cnpq.br/5715809379990291>.

salud, sobre todo del trabajo médico, incluso en los sistemas públicos de salud, muestra una articulación de tipo privatista donde, muchas veces, la regulación pública se agota en la definición de los procesos de trabajo y el interés de la población queda secundado. Hay potencia analítica y metodológica de la producción de Profa. Madel en investigaciones actuales sobre sistemas y servicios de salud:

Las políticas que el Estado desarrolla para la salud de la población, por cierto, mantiene la tradición apuntada en la investigación de constituirse como discurso-saber de la medicina, pero hay una pequeña distensión en el momento presente en que ese discurso no abarca, naturalmente, los intereses grupales y de clase relativos a la organización del trabajo que estuvieron, durante el período histórico que fue analizado en la investigación, prácticamente yuxtapuestas en el discurso audible en las políticas de salud: el discurso de las políticas de salud, a partir del período 1964-1968, se limita al interior cerrado de las instituciones médicas, nos dice Madel. Esa distensión, en el momento presente, hace muy actual el análisis bajo la perspectiva de lo que la investigación destacaba como los rasgos característicos principales de la articulación del saber médico y aparato del estado: la integración del discurso médico al discurso del desarrollo económico, buscando constituir una base para imprimir atributos de racionalidad a la planificación y a la gestión; la centralización de órganos e instituciones, por medio de la articulación de instituciones e instancias de decisión, pero también de la evidencia de ciertos campos de interés; el control estratégico de los recursos institucionales, por medio de una burocracia institucional jerárquica; la generalización de la medicina como estrategia de una hegemonía de clase, por medio de un discurso medicalizante de las condiciones de vida y de salud como solución a los problemas de salud de la población. Las Instituciones Médicas, nos dice Madel, se han convertido en “un santo remedio para los males de la salud del pueblo.” ¿Cómo podría liberarse discursos y prácticas sobre otras salud de ese marco? Esa parece ser una pregunta que retoma la actualidad. (Ferla, 2014, pp. 10-11).

Como la categoría “Instituciones médicas”, también tiene gran relevancia para la Salud Colectiva la categoría teórica desarrollada posteriormente, con publicación en 1993 (Luz, 2003), de “**Racionalidades médicas**”. La categoría teórica, que es del tipo weberiano, incluye cinco dimensiones analíticas concebidas a partir de modelos teóricos, simbólicos o prácticos, que permiten clasificar diferentes modelos de cuidado en salud: (1) una morfología humana; (2) una dinámica vital humana; (3) una doctrina médica; (4) un sistema de diagnóstico; y (5) un sistema terapéutico. Todas las dimensiones estarían insertadas en una cosmología, orientadas por raíces filosóficas, simbólicas y culturales. El estudio original se realizó a partir de la comparación entre la medicina occidental moderna (biomedicina), la medicina tradicional china, el Ayurveda y la homeopatía. Un análisis de la contribución de la categoría teórica (Nascimento et al., 2013) compone esa coetánea de textos.

Con base en el análisis de las racionalidades médicas, se inicia una provechosa vertiente de perspectivas analíticas que se ocupa de sistemas de salud complejos contemporáneos, pero también aumenta la visibilidad de prácticas integrales y complementarias dentro de los sistemas de salud y de prácticas oficiales dentro de los servicios.

Pero el registro de las contribuciones autorales al pensamiento sobre la salud no hace justicia a la trayectoria de la Profa. Madel y su contribución epistémica y política. La producción que resumimos comenzó a ocurrir en un período muy singular de la historia de la salud de Brasil y de diversos países latinoamericanos, en que se produjo una alquimia muy favorable entre el desgaste provocado por las crisis sanitaria y política, el desarrollo del pensamiento crítico en salud y la inserción de algunas de estas ideas en el contexto de las transformaciones. Madel tuvo una contribución muy relevante en el origen del campo de la salud colectiva, que es distinto de la salud pública, incluso para hacerlo posible. Es decir, no fue, si utilizamos la contribución foucaultiana para la historia, una producción que es consistente sólo desde el punto de vista arqueológico, que adensó los sedimentos de la historia del pensamiento social en la salud en el período de los años 1960 a 1980, si queremos tomar una parte significativa de la fase inicial de ese pensamiento. Es aún mayor la contribución a la genealogía de la salud colectiva, donde se identifican las fuerzas que produjeron grandes movimientos, a tal punto que permitieron la explosión del pensamiento en otra meseta, distinto de la comprensión individual x poblacional de la salud. Madel fue precursora del pensamiento de la salud colectiva. Está en el grupo de autores que permitió viabilidad a la emergencia del campo, principalmente por una producción intensa que ampliaba la comprensión sobre la salud y sus articulaciones con el contexto histórico y social, comprometida con la democracia y la equidad en una sociedad autoritaria y desigual (Marques et al., 2018).

Como nos recuerda Joel Birmam (2005), la salud pública y la salud colectiva no tienen entre sí superposiciones o continuidades en sus registros histórico y conceptual. Son “campos no homogéneos, en la medida en que se refieren a diferentes modalidades de discurso, con fundamentos epistemológicos diversos y con orígenes históricos particulares” (p. 11). El primero, surge contemporáneamente a la medicina occidental moderna, a finales del siglo XVIII como policía médica, como medicina urbana y como medicina de la fuerza de trabajo, siendo marca de una inversión política en el orden de la vida y del reconocimiento de la dimensión social de las enfermedades. Pero, según Birmam,

Es innegable que sus diferentes discursos se fundan en el naturalismo médico, que, invocando científicidad, legitimó la creciente medicalización del espacio social. Combatir las epidemias y las endemias, escudriñando el espacio urbano con dispositivos sanitarios, se constituyó como estrategia dominante de la salud pública. Las razones del Estado, finalmente, que tomó las condiciones de salud de su población como su mayor riqueza, se constituyeron como el gran soporte para la construcción de los dispositivos de la salud pública (Birman, 2005, p. 12).

Siendo así, el recorrido contemporáneo de la Salud Pública, como área de conocimientos y prácticas, se contaminó fuertemente por el naturalismo universalizante, apoyando la medicalización de la salud y la acción de las instituciones que componen los sistemas de salud occidentales modernos:

La lectura naturalista se impuso como razón triunfante, legitimando con su universalidad las prácticas de medicalización. Finalmente, la Salud Pública encontró definitivamente su suelo fundador en la Biología, perdiendo así cualquier medida que relativizara sus dispositivos y que permitiese considerar la especificidad social de las comunidades sobre las cuales incide (Birman, 2003, p. 12).

La salud colectiva, por otra parte, no nació avalada en la ciencia moderna y en el “discurso naturalista de la medicina”, que “siempre puso entre paréntesis la dimensión política de las prácticas sanitarias” (Birman, 2005, p. 12). En cambio, la Salud Colectiva nace precisamente en la crítica a la naturalización biológica de la producción de salud y a la medicalización de la vida.

La concepción de Salud Colectiva, bien al contrario, se constituyó a través de la crítica sistemática del universalismo naturalista del saber médico. Su postulado fundamental afirma que la problemática de la salud es más amplia y compleja que la lectura realizada por la medicina. A partir de la década de 1920, las Ciencias Humanas comenzaron a introducirse en el territorio de la salud y, de modo cada vez más enfático, pasaron a problematizar categorías como normal, anormal, patológico. En ellas habría valores. Por eso, la institución de esa problemática a través de la medicina ha producido necesariamente una serie de efectos en los planos político y social. El discurso de la Salud Colectiva, en suma, pretende ser una lectura crítica de ese proyecto médico-naturalista, establecido históricamente con el advenimiento de la sociedad industrial. (Traducción de los autores).

No se está afirmando que las ciencias naturales y los conocimientos y tecnologías desarrollados en el ámbito de las biociencias sean poco relevantes para la investigación en salud y para las prácticas sanitarias.

La crítica se refiere a su alcance, ya que los problemas de salud no se limitan al registro biológico. Así, según Birman (2005, p. 14), “la constitución del discurso teórico de la Salud Colectiva, con la introducción de las Ciencias Humanas en el campo de la Salud, reestructura las coordenadas de ese campo, destacando las dimensiones simbólica, ética y política, de forma a relativizar el discurso biológico”.

En la constitución del campo de la salud colectiva en Brasil, en otros países latinoamericanos, pero también en conexiones con producciones europeas, es indiscutible la relevancia que Madel Luz tuvo en el momento de emergencia de este. Pero, para ser verdaderos, también es necesario registrar que la producción de Madel también viene vitalizando nuestros pensamientos y el campo de saberes y prácticas desde entonces, con una potencia y una vitalidad impresionantes, desde entonces. La muestra de textos que están siendo compartidos en este libro es indicativa de ese hecho y, en la finalización del libro, la inclusión de textos inéditos, apuntando cuestiones que, al mismo tiempo, derivan de la maduración conceptual y metodológica de la producción anterior, y demuestran la actualidad de esta. Se trata de una actualización en el sentido epistémico más denso: una flexión sobre sí misma y un salto hacia otra meseta de conexión con nuestro tiempo.

La colectánea y sus contribuciones

El libro fue organizado a partir de trece textos con contribuciones epistémicas y metodológicas a la investigación en salud. Se han agrupado en tres partes: 1) ¿Qué salud colectiva? la episteme y sus desdoblamientos en el centro del debate; 2) Aportaciones teóricas y metodológicas a la investigación y el pensamiento en salud colectiva; y 3) Epílogo: Vida y cuidado: Indicaciones para Nuevos Caminos.

Los cinco primeros, tienen una fuerte contribución epistémica, al presentar cuestiones teóricas y conceptuales a la constitución de la salud colectiva, desde la crítica a la articulación entre la salud y la ciencia moderna, hasta sobre las políticas de ciencia y tecnología, sobre todo al sistema de evaluación del posgrado en Brasil. El contexto concreto, de Brasil en los años finales del siglo pasado, es poco relevante aquí, que interesa más los modos como son articulados el contexto y la crítica epistémica. Los textos son bastante representativos de las contribuciones de la Profa. Madel Luz y de su capacidad creativa en el plano del pensamiento y de la organización de las investigaciones sobre distintos aspectos de la salud, que rebaten en los modos de vida de la población y en la organización de políticas públicas y sociales, de todos modos, en la acción del Estado.

Los seis textos siguientes presentan estudios empíricos, sin menor rigor epistémico en su construcción, que fueron frutos de investigaciones en diferentes contextos, bajo orientación y coordinación de la Profa. Madel. Con una estética propia de artículos de revistas, los textos presentan una artesanía muy expresiva de una ciencia creativa, comprometida con la expresión de la vida, buscando comprensiones más densas de los modos de engendrar la vida y la salud de personas y colectividades, siempre con una perspectiva crítica a las homogeneizaciones y disciplinamientos sobre la vida y, también, sobre el pensamiento de la salud. El aporte de Madel agudiza el pensamiento, perturba certezas cristalizadas y empuja a crear más allá de lo establecido.

Finalmente, como prólogo, dos textos que fueron producidos “en caliente”, en el momento de finalización del libro, actualizando la producción en el sentido de reforzar y lapidar teorías y prácticas que fueron siendo desarrolladas a lo largo de los últimos años, pero también dialogando con cuestiones muy actuales, relativas a la expresión compleja de la vida y de la salud en el período pandémico, en el que el enfrentamiento a covid-19 interfirió profundamente en el vivir la vida en el planeta y, también, explicitó crisis que estaban a nuestro alrededor; y, paradójicamente, a la reanudación de la vertiente de las prácticas integrativas y complementarias, cuando todo parece imponernos aún más la medicalización de la salud.

Definitivamente, esa no es una colección de textos que se vuelve a recuperar la producción de la Profa. ¡Madel para actualizar la memoria! Mucho más que eso, es una activación del pensamiento para las cuestiones de nuestro cotidiano cuando pensamos sobre la producción de la salud en la contemporaneidad. ¡Es una conmemoración de la existencia creativa, rigurosa y amorosa de la Profa. Madel en nuestro tiempo! Homenaje y apuesta en los nuevos tiempos, en los nuevos textos, en las nuevas ideas, que la artesanía del pensamiento y el compromiso ético de la profesora Madel Therezinha Luz nos lastran a creer que aún tendremos por mucho tiempo. ¡Como en el brindis de cumpleaños o de fechas conmemorativas, aquí el “salud” es, también, la conmemoración de su existencia!

Referencias

- Birman, J. (2005). A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]., 15(suppl), 11-16. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002>.
- Ferla, A. A. (2014). Apresentação. Em: Luz, Madel Therezinha. **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 9-12. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva). Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>.

- Luz, M. T. (1988). **Natural, Racional, Social**. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. 1ª Edição. São Paulo: Editora Campus. [NT: versión em castellano: Luz M.. (1997). **Natural, racional, social**: razón médica y racionalidad científica moderna. Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997.]
- Luz, M. T. (1993). **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (UERJ). (Série Estudos em Saúde Coletiva nº 62). Recuperado de <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2017/05/SESC-062.pdf>
- Luz, M. T. (2014). **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva). Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>
- Marques, M. C. da C. *et al.* (2018). A importância da perspectiva histórica para o pensamento social em saúde: a contribuição de Madel Luz e Emerson Merhy. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online], 25(2), 353-369. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000200004>.
- Nascimento, M. C., Barros, N. F., Nogueira, M. I., & Luz, M. T (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18 (12), 3595-3604. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.

Parte 1

**¿Qué salud colectiva? la episteme y sus desdoblamientos
en el centro del debate**

Complejidad del campo de la salud colectiva: conocimiento y práctica de la multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad – un análisis sociohistórico de la trayectoria paradigmática²

Madel T. Luz

Introducción

La discusión sobre la especificidad paradigmática del campo de la Salud Colectiva: si es multidisciplinario, interdisciplinario o, en una versión emergente, transdisciplinario, ha sido una preocupación continua del área en los últimos diez años, destacando como ejemplos los trabajos de Paim y Almeida Filho (2000, 1998), Almeida Filho (2001, 2005), Nunes (2001, 2005), Campos (2000), Ayres (2001), Luz (2000, 2001, 2003), Canesqui (2000), Castiel (2001), así como estudios pioneros, media década antes (Nunes, 1995, Canesqui, 1997, Luz, 1997, & Stotz, 1997), que revisaron el campo tanto desde el punto de vista de sus contenidos, metodologías y conocimientos disciplinares, como de las prácticas que lo componen. Cuestionaron lo que podría caracterizarla como núcleo epistemológico, teórico y práctico, distinguiéndola (pero al mismo tiempo acercándola), en términos paradigmáticos, de las ciencias humanas, de la medicina, de la epidemiología clásica, así como de la planificación, gestión y evaluación de las políticas de salud, institucionalizadas en programas y servicios del Sistema Único de Salud (SUS).

Esta discusión adopta a veces un tono analítico conceptual, tematizando la positividad de la salud como elemento conceptual nuclear del campo (Almeida Filho, 2001, Luz 2001, 2000), frente a la visión de la teoría de las enfermedades, hegemónica en las especialidades de la medicina o de la salud como ausencia de enfermedad, o de la salud vista como positividad. La visión “negativa” de la salud está presente no sólo en la medicina preventiva, donde es dominante, sino también en las ciencias humanas (Almeida Filho, 2001). La discusión también puede adoptar un tono de revisión sociohistórica, al analizar la evolución de los paradigmas en el campo a través de sus cambios históricos, de la Salud Pública a la Medicina Social, de la Medicina

2 Texto publicado originalmente em português em la revista Saúde Soc. (Luz, 2009).

Social a la Salud Colectiva (Paim, & Almeida Filho, 2000, Nunes, 2000, 2005, 2006). También puede adoptar un tono interrogativo sobre el carácter colectivo del campo, indagando sobre la naturaleza del sujeto como singularidad irreductible a lo poblacional, y sobre lo que se pretende con la salud colectiva, vista desde el ángulo de los modelos de normatividad e intervención en poblaciones, grupos sociales e individuos (Castiel, 2001). En cualquier caso, y bajo cualquier tono que adopten, los debates destinados a poner en cuestión lo que puede caracterizar, de hecho y de derecho, a la Salud Colectiva como campo multidisciplinario en términos de discursos (conocimientos disciplinarios) y prácticas (formas de intervención).

En este trabajo, proponemos una discusión sintética de lo que se suele llamar paradigmas o “modelos” multidisciplinarios, interdisciplinarios y, más recientemente, transdisciplinarios (un término ciertamente poco dinámico para caracterizar las actuales estructuras abiertas de pensamiento científico y de la intervención política, siempre en evolución e interacción con el tiempo). Estos paradigmas o modelos conviven desde hace al menos tres décadas en el campo, redefiniendo su conocimiento disciplinar y su lógica de aplicación política o de intervención médico-social en el orden de la vida colectiva. Al mismo tiempo, buscamos establecer posibles vínculos entre estos “modelos” y los diferentes paradigmas, término utilizado aquí en el sentido de propuestas teóricas disciplinarias asumidas como parámetros discursivos y de intervención, desarrollados a lo largo de la historia de la salud pública en los últimos dos siglos; mencionar las prácticas tecno-científicas y políticas asociadas a los diferentes paradigmas presentes en el campo, tipificándolos e ilustrándolos con figuras, sin por ello establecer conexiones causales entre ellos.

La complejidad actual del campo de la salud colectiva permea tanto sus prácticas como sus discursos disciplinarios y sus formas de expresión académica, dando lugar a un conjunto de mediaciones no sólo teóricas (entre las disciplinas que conforman el campo), sino también políticas, sociales y culturales, si consideramos la escala jerárquica de los agentes que intervienen en las prácticas y en la producción de este conocimiento disciplinar y si consideramos también las diferencias de formación e inserción en la cultura de estos agentes institucionales: docentes, investigadores, gestores, profesionales asistenciales, emisores de discursos y normas etc. En secuencia, el campo maneja dos lógicas de “régimen de producción de verdades”, parafraseando a Foucault (1966), que deben ser claramente percibidas y diferenciadas, ya que se refieren a la naturaleza híbrida (teórica/práctica) de la Salud Colectiva: (a) la lógica epistemológica teórica de producción de conocimiento, ya sea interpretativa o explicativa, según el área disciplinar en la que se origine, y (b) la lógica operativa y pragmática de la eficacia, derivada de la intervención normativa

en el orden de la vida, hacia la erradicación o control de la enfermedad colectiva. Esta doble complejidad impide, en nuestra opinión, la adopción de explicaciones teóricas monocausales en este campo, al menos en el sentido de la causalidad mecánica, todavía ampliamente dominante en el campo de las biociencias.

Es también esta complejidad la que nos lleva a adoptar como herramienta conceptual básica de análisis la noción de campo, de Pierre Bourdieu (1989), para comprender la cuestión de la coexistencia de la multidisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en el ámbito de la Salud Pública.

Adoptando el concepto de campo como una guía analítica, resulta menos difícil comprender la multiplicidad y la coexistencia (a veces conflictiva) de conocimientos y prácticas en la salud pública. Esta categoría nos permite ver cómo un dominio específico de conocimientos y prácticas distribuye jerárquicamente sus discursos y los actores/agentes que los emiten en un conjunto semiestructurado en un proceso continuo, en el que la disputa por los “espacios discursivos” genera conflictos, ya que la búsqueda del poder simbólico (Bourdieu, 1989) está presente en los campos de las ciencias y las artes. Evidentemente, esta distribución del poder simbólico no está desvinculada del contexto cultural y social en el que se inserta, es decir, de las fuerzas sociales que actúan en un momento concreto de la construcción histórica social, así como de los imperativos éticos de acción que cada momento plantea a la sociedad, así como a sus instituciones, conocimientos y prácticas normativas (Bourdieu, 1989).

En el caso de la Salud Colectiva, su evolución o transformación, debido a su continuo cambio a lo largo de los dos últimos siglos, de un modelo sanitario multidisciplinario a una estructura discursiva semiabierta, con continua inclusión de disciplinas de diferentes campos científicos, así como su complejización en cuanto a las prácticas y formas de intervención social que se han ido incorporando al campo en las últimas décadas, nos llevan a reflexionar sobre la irreversibilidad de esta complejidad y su irreductibilidad a un paradigma monodisciplinar, ya sea que provenga del campo biológico, del campo de las ciencias humanas y sociales, de los avances tecnológicos en el área de las ciencias de la salud aplicadas, o de la planificación y gestión gubernamental en el área, es decir, de la “policía médica”, para usar el término clásico de Rosen (1980).

En otras palabras: el campo de la Salud Colectiva puede caracterizarse por su irreductibilidad tanto discursivo como práctico y expresivo de su producción a un “modelo o paradigma único”. Por lo tanto, en el campo coexisten tres modelos discursivos, de forma integrada o paralela, tanto en relación con el conocimiento disciplinario, como con las prácticas de intervención y las formas de expresión científica (artículos, libros, capítulos, proyectos y programas de intervención y evaluación).

Se trata, pues, de un *campo de* conocimientos, prácticas y agentes complejamente jerarquizado, que se puede ilustrarse brevemente en la siguiente figura:

Figura 1. Salud colectiva: campo transdisciplinar de conocimiento y práctica



En el campo hay una jerarquía cambiante de conocimientos y prácticas en función de las transformaciones internas y externas (culturales, económicas, sociopolíticas), con los consiguientes cambios en la posición de los agentes en la jerarquía.

En cuanto al conocimiento disciplinario o científico, el modelo pluri o polidisciplinar, característico de la Salud Pública clásica, originado en el siglo XIX, incorporó progresivamente las conquistas de la microbiología, asociándolas a la epidemiología, “superando” el modelo social sanitarista de la primera mitad del siglo (Luz, 2000), y girando, en cuanto a la intervención, hacia el modelo planificado centralizado de contención y control de las enfermedades colectivas (*campanhismo*), en detrimento del anterior, más centrado en las condiciones de vida y la determinación social de la enfermedad, procedente de una “disciplina madre” del siglo XIX, la epidemiología social. Las disciplinas especializadas que fundamentarían, a partir de entonces, el campo de la salud, serían principalmente del subcampo llamado área básica, especialmente la medicina (tropical) y las biociencias, pero incluirían áreas técnicas y ambientales como la ingeniería sanitaria.

Los científicos y técnicos formados en estas disciplinas trabajarían, desde entonces, a partir de sus conocimientos específicos, construyendo objetos de investigación e intervención especializados, aunque centrados en el tema común de la teorización de la Salud Pública (Paim y Almeida Filho, 2000). Este modelo clásico de investigación en salud pública persiste en las principales organizaciones internacionales de Salud Pública hasta el presente, siendo dominante en algunos momentos coyunturales de crisis sanitaria,

y proporciona la base teórica para el modelo sanitario de lucha contra las grandes endemias y epidemias según las figuras 2 y 3 siguientes:

Figura 2. Ejemplo de investigación aplicada en el ámbito de la salud mental

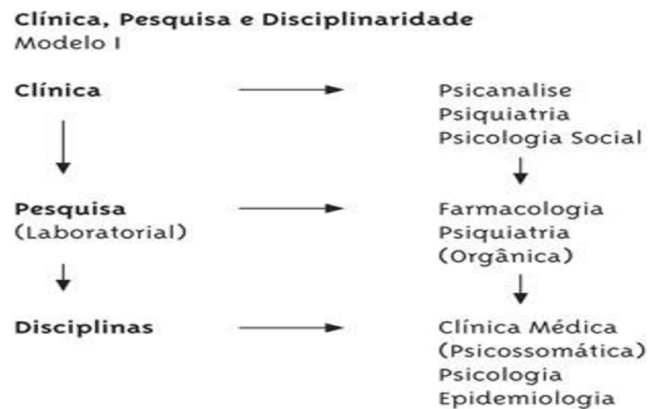
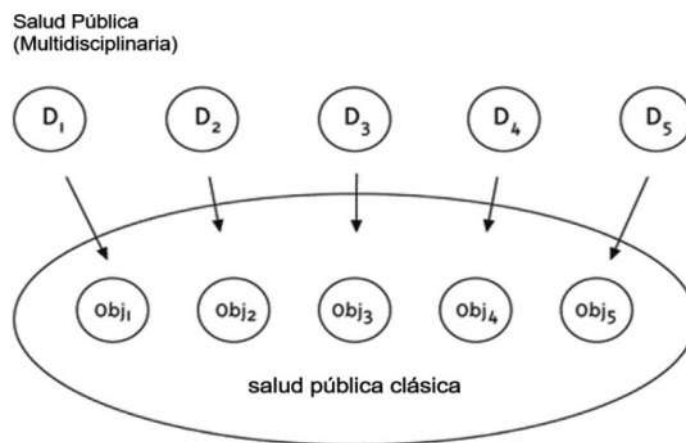


Figura 3. Salud pública clásica - El paradigma de la multidisciplinariedad



El objeto Salud Pública es el resultado de una suma de “miradas” y métodos aportados por profesionales de diferentes disciplinas o prácticas (normativas, discursivas).

Durante el siglo XX, a medida que el *epis-teme* de la modernidad hizo surgir, a partir del avance tecnológico del último tercio del siglo XIX, nuevas especialidades originadas en las “disciplinas madre”, surgió un conjunto de subdisciplinas especializadas en el ámbito científico, entre las que se encuentran las relacionadas con la vida humana, especialmente en el ámbito médico (Luz,1988). En la segunda mitad del siglo pasado, el gran desarrollo de este modelo de producción de conocimiento científico condujo, paradójicamente, a la búsqueda de lo que se puede definirse como “síntesis parciales” en el conocimiento científico, generando un nuevo modo de producción discursiva en el campo de las ciencias, que puede denominarse *interdisciplinariedad*, caracterizado por la aparición de subdisciplinas conceptualmente densas, especializadas en nuevos objetos, con nuevos métodos de investigación y nuevas perspectivas teóricas, fruto de la intersección de “disciplinas madre”.

En el ámbito de la Salud Pública, este nuevo modelo condujo a la existencia *del paradigma de la interdisciplinariedad*, en el que determinadas subdisciplinas, procedentes de las ciencias humanas y de la vida, constituirían nuevas disciplinas o subdisciplinas, con métodos y contenidos teóricos propios, teniendo como núcleo discursivo común la salud pública, con el estudio de poblaciones específicas y su exposición al riesgo de enfermedad. La producción teórica en este modelo supone, sin embargo, la continuidad de la construcción de objetos específicos por parte de las nuevas disciplinas en cuestión. Una de ellas es la epidemiología social. El modelo o paradigma interdisciplinario es muy activo en el campo, dando lugar a numerosos estudios interdisciplinares, tematizando los objetos estratégicos, en términos de vida humana, fomentando la incorporación de disciplinas sociales como la Antropología, la Sociología, la Geografía y la Historia en el campo de la Salud Pública en los últimos cincuenta años, para comprender e interpretar el origen y la persistencia de las enfermedades endémicas o epidémicas en determinados grupos de población. Trata de las actitudes y los comportamientos, las condiciones y los estilos de vida, la cultura y el papel de estos aspectos sociales en la determinación o “exposición al riesgo” de las enfermedades colectivas. Favorece los llamados estudios cualitativos, o estilos de investigación en los que se combina la metodología cuantitativa con la cualitativa, procedentes de las ciencias humanas. El paradigma de la enfermedad y su control es, con categorías de riesgo y vulnerabilidad, dominantes en este modelo, aunque la base de la producción de conocimiento no está, como en el modelo anterior, en

la investigación experimental, de laboratorio, y “básica”, sino que en diversas investigaciones y estudios comúnmente llamados “cualicuantitativos”. Esto se puede ilustrar doblemente en las siguientes figuras:

Figura 4. Paradigma de la interdisciplinariedad - El modelo moderno de generación de subdisciplinas, propio del conocimiento disciplinar

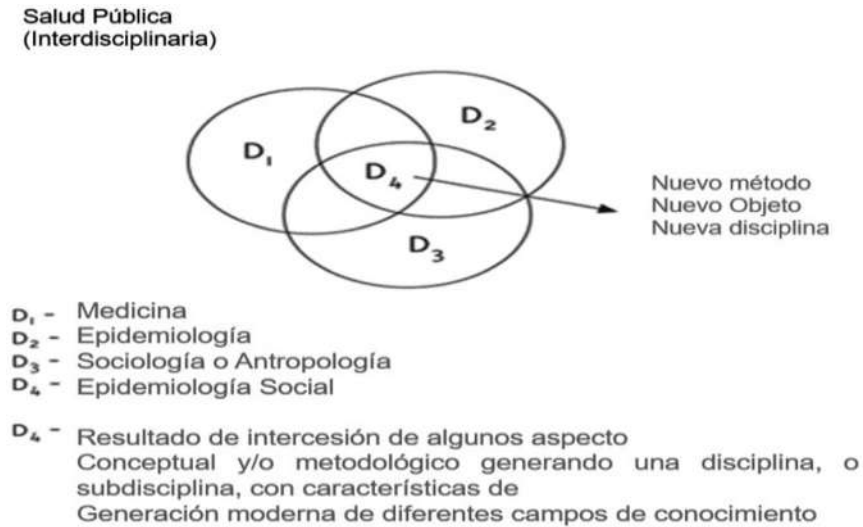


Figura 5. Paradigma de investigación interdisciplinar aplicado a la salud clínica y colectiva (ejemplo de investigación en salud mental)



Por lo último, para concluir las ideas principales de este texto, en el último tercio del siglo que acaba de terminar, con la “crisis de crecimiento” del conocimiento científico, que tiene su momento específico en el campo de las ciencias humanas en la década de 1980, el paradigma determinista moderno, que asume la causalidad como explicación universal de la conexión entre los fenómenos y define el universo como un conjunto finito de leyes que hay que descubrir y describir en un lenguaje formal, han surgido nuevas formas de descripción e interpretación de los fenómenos, con nuevos paradigmas interpretativos, como el de la complejidad, y la supresión de la producción de conocimiento científico sólo por la “disciplinariedad” (disciplinas especializadas que producen conocimiento sobre objetos específicos con una metodología específica).

En este nuevo contexto *epistémico* (Foucault, 1966), emerge la producción discursiva comunicativa horizontal (no jerárquica, en términos metodológicos y teóricos) entre los saberes disciplinarios, a través de la propuesta de transdisciplinariedad. La producción discursiva tiende a ser cooperativa entre los diferentes saberes, que toman un tema estratégico para la vida humana y social como propuesta de investigación (por ejemplo: la violencia, el SIDA, las enfermedades relacionadas con el trabajo, la subjetividad, la sexualidad y el género, las nuevas epidemias o el recrudecimiento de ciertas enfermedades crónicas), y a partir de ahí, construyen un objeto de investigación en este proceso de intercomunicación. El objeto no se construye *a priori*, como en los casos anteriores; se construye *a posteriori*, a lo largo del desarrollo del tema de investigación.

La diferencia interesante en relación con este “modelo” de producción de conocimiento, o paradigma científico, es que el conocimiento así producido puede integrar no sólo la producción generada a partir de la investigación experimental, sino también de la investigación cuantitativa (epidemiológica, demográfica), cualitativa y aplicada, como en la planificación. También puede integrar los conocimientos generados a partir de la práctica experimentada por las poblaciones o los usuarios de los servicios (o pacientes), superando así la división del sentido común $\times$ ciencia, propia de la modernidad. Este tercer modelo o paradigma es muy reciente, pero está activo y en alza en el ámbito de la Salud Pública, considerada la explosiva situación sanitaria actual de las poblaciones y los diversos “temas candentes”, cuyos ejemplos citados anteriormente son sólo los más evidentes en este momento.

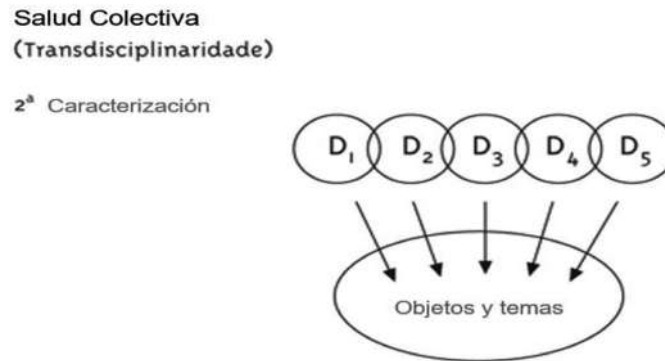
Creemos que en un futuro cercano este modelo puede ganar dominio en el campo, considerando precisamente la complejidad de la Salud Pública. Sin embargo, es seguro que los tres modelos o paradigmas presentados aquí se desarrollarán de forma simultánea durante mucho tiempo. Esta convivencia paradigmática, en que la transdisciplinariedad opera como paradigma sintético de las anteriores, es, desde

nuestro punto de vista, parte fundamental de la cultura contemporánea, fragmentaria a nivel de modelos, y multifacética, a nivel explicativo o interpretativo: de esta cultura llamada *posmoderna* por algunos autores.

Esta situación puede retratarse doblemente: en términos del paradigma transdisciplinario y en términos de práctica investigativa. Ver doble ilustración a continuación, en las figuras 6 y 7.

Figura 6. Transdisciplinariedad en salud pública

– La coexistencia de diferentes paradigmas en la práctica investigativa



Distintas disciplinas o subáreas disciplinarias tematizan un mismo objeto en salud: la generación posmoderna de nuevos campos del saber.

Figura 7. Paradigma transdisciplinario - Ejemplo aplicado a la investigación clínica o epidemiológica en salud pública



Volvemos, así, al inicio de este texto, cuando afirmamos la necesidad de preservar la complejidad paradigmática del área, complejidad que demuestra su avance en términos epistemológicos, y la enorme riqueza discursiva y práctica que encierra, como se ilustra en la figura 1. El campo de la Salud Colectiva es actualmente uno de los más fértiles y avanzados en el árbol del saber disciplinar. Esta fecundidad proviene de su complejidad, tanto en términos discursivos como en términos de prácticas tecnológicas y “estilos de expresión” de los productos de sus saberes y prácticas. Reducir esta complejidad a un paradigma monodisciplinario o a una forma monolítica de producción expresiva (artículos, por ejemplo) es negar la complejidad y decretar, en el mediano y largo plazo, el empobrecimiento y muerte consecutiva del campo de la Salud Pública.

Referencias

- Almeida Filho, N. (2001). For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4), 753-70, jul./ago.
- Almeida Filho, N. (2005). Transdisciplinariedade e o paradigma pós-disciplinas em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 14(3), 30-50, set./dez.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito, interdisciplinaridade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1), 63-71.
- Bourdieu, P. (1989). **O poder simbólico**. Porto: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 5(2), 219-30.
- Canesqui, A. M. (1997). Os novos rumos das ciências sociais e saúde . In: Canesqui, *et al.* (org.) **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997, 11-28.
- Canesqui, A. M. (org.). (1997). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 11-28.
- Canesqui, A. M. (org.). (2000). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/ Fapesp.
- Canesqui, A. M. (2002). Ciências sociais e saúde no ensino médico. In: Canesqui, AM. (org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/ Fapesp, 25-46.
- Castiel, L. D. (2001). To be necessarily precise...or precisely necessary? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4), 773-776, ago.
- Foucault, M. (1997). Les mots et les choses. Paris: Gallimard, 1966. LUZ, M. T. A produção científica em saúde coletiva (1994-1995). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2(1/2), 117-41.

- Luz, M. T. (2000). A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 1-19.
- Luz, M. T. (2001). Debate on the paper by Naomar de Almeida Filho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4), 779-81, jul./ago.
- Luz, M. T. (2003). Sobre as relações entre Estado e sociedade civil: transformações no campo da Saúde a partir do referencial das Ciências Sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 8(1), 24-6.
- Luz, M. T. (2004). **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2 ed. rev. São Paulo: Hucitec. [NT: versión em castellano: Luz M. (1997). **Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna**. Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997.]
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade** [online], 18(2), 304-311. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>.
- Nunes, E. D. (1995). A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: Canesqui, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 95-114.
- Nunes, E. D. (2000). Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(2), 251-64.
- Nunes, E. D. (2006). Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto, In: Campos, G. W. S. *et al.* (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 295-315.
- Nunes, E. D. (2005). Pós-graduação em saúde coletiva no brasil: histórico e perspectivas: **Physis**, 15(1), 13-38.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Salud colectiva: ¿una “nueva salud pública” o un campo abierto a nuevos paradigmas? **Revista de salud pública**, São Paulo, 32(4), 299- 316.
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (2000) **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Saúde.
- Rosen, G. (1980). **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal.
- Stotz, E. N. (1997). A Saúde coletiva como projeto científico: teorias, problemas e valores na crise da modernidade. In: Canesqui, A. M. (org.) **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 273-84.

Especificidad de la contribución de los conocimientos y prácticas de las ciencias sociales y humanas a la salud³

Madel Therezinha Luz

Las ciencias sociales en la atención sanitaria: ¿por qué y para qué?

La búsqueda del “cuidado de la salud”, es decir, la demanda social de atención médica y de programas de prevención y promoción de la salud para individuos, grupos y comunidades, crece continuamente en la sociedad contemporánea. Esta búsqueda puede ser vista como una respuesta cultural al aumento exponencial, en las últimas dos décadas, del sufrimiento y la enfermedad humana, como resultado de las condiciones sociales adversas a la vida (daños evitables, derivados del modo de vida social, al medio ambiente, a los seres humanos de todas las edades en su trayectoria vital y a los seres vivos en general) propias del mundo urbano actual (Luz, 2005a).

Además de las conocidas enfermedades crónico-degenerativas –antiguas y nuevas– en constante progresión en una población mundial que tiende a envejecer, se suma el retorno de viejas endemias, o epidemias consideradas prácticamente extintas por los organismos internacionales de salud, como la tuberculosis, la sífilis, la malaria, e incluso el sarampión y la rubeola, entre otras muchas que reaparecen en el escenario de la salud pública. Es innegable la degradación de las condiciones de vida, con el crecimiento de la pobreza en el mundo capitalista en crisis. Esta degradación es generada, en gran parte, por el orden social del trabajo vigente en el sistema productivo globalizado (Luz, 2003, 2004, 2005a, 2005b, 2005c, 2007).

A los problemas derivados de los procesos patológicos, ya sean crónicos o agudos, se suman los generados por la violencia y el propio entorno laboral, como la inestabilidad laboral, la supresión de derechos laborales históricos y la consiguiente generalización de la inseguridad social (Castel, 1995, 2003). Estos problemas tienen claras repercusiones en la vida cotidiana y en la salud de las personas, tanto a nivel colectivo como individual. Suelen analizarse, en el ámbito de las ciencias sociales, como “macrosociales”, denominándose, en el ámbito de la salud pública, “determinantes sociales de la salud”.

³ Texto basado en la presentación en el II Encuentro Paulista de Ciencias Sociales y Humanidades en Salud, junio de 2009. Publicada originalmente em português en la Revista Saúde Soc. (Luz, 2011).

Expresan, es cierto, la exclusión de segmentos crecientes de la población del núcleo del sistema económico, pero también expresan la presencia abrumadora, en todas las formas de interacción social, de los valores mortales (antipersonales y antisociales) predominantes en nuestra sociedad: El individualismo como imperativo social, el estilo diferenciado de consumo como forma de atribuir *estatus* y prestigio social, la competencia, desprovista de parámetros éticos, que implica a las personas en un proceso continuo de autofagia simbólica (exclusión o muerte del otro) en todos los ámbitos de la vida, quizás inédito en la historia de la humanidad, salvo una hipotética fase de la evolución humana, no probada en términos históricos, etnológicos o arqueológicos, de la llamada "horda antropofágica".

En las teorías sociales evolucionistas del siglo XIX, tanto las anglosajonas, tipificadas por Arnold Toynbee, como las marxistas, ejemplificadas por Engels, se concebían fases de evolución de la sociedad humana, en las que la "horda primitiva" sería un momento pre civilizatorio, del que acabaría formando parte la práctica del canibalismo. De hecho, esta práctica, con importantes fines simbólicos culturales y rituales, existió en varios momentos de la historia de la humanidad, en diversas sociedades y culturas, con distintos grados de complejidad civilizatoria, completamente diferentes a la sociedad en la que vivimos.

El nivel no sólo constante, sino ascendente, en las últimas décadas, del estrés resultante de las condiciones socioeconómicas y culturales sobre los agentes encargados del trabajo intelectual, principalmente el universitario –especialmente en el área de la salud, nuestro universo de interés e investigación desde hace algunos años–, y la influencia de este estrés en la manifestación de diversas formas de enfermedad de los profesionales del área, tanto los enfocados en el área asistencial como los de docencia e investigación, tienden a expresarse en términos de síntomas de las enfermedades crónicas ya mencionadas. Volvamos a las principales: las enfermedades cardiovasculares (cuyo síntoma más constante es la hipertensión arterial), la diabetes, los reumatismos y los cánceres. Pero también estallan en episodios agudos de enfermedades orgánicas, como infartos de miocardio, accidentes cardiovasculares, tendinitis, enfermedades caracterizadas por el dolor prolongado y la dificultad de movimiento, como las enfermedades del sistema musculoesquelético: RSI, fibromialgia (síndrome caracterizado por el dolor generalizado y la debilidad muscular), las vinculadas al sistema digestivo (enfermedades de reflujo gastroesquelético, enfermedades del tracto gastrointestinal, dolores musculares etc.), y las vinculadas al sistema nervioso (trastornos gastroesqueléticos). También hay que mencionar el aumento de los trastornos psicológicos,

como la depresión crónica, las fobias, las sociopatías crecientes, los procesos caracterizados por ansiedades, vistos en la infancia como actividades “hiper” o “hipo” (muy tempranamente controladas con fármacos), los síndromes de pánico, los síndromes metabólicos o digestivos, con todo su arsenal de somatizaciones. Casi todas estas formas de enfermedad están presentes en estos profesionales. Las encuestas epidemiológicas de población, así como los estudios clínicos publicados por la prensa y la televisión, los mencionan sin cesar.

Se puede argumentar, no sin razón, que estos profesionales no son diferentes de los demás, ya que la situación de estrés como condición para enfermar es una característica universal, común a todos los trabajadores, especialmente a los de “actividades inmateriales”, actualmente dominantes en la producción (Porchman, 2008). El proceso que hace que casi todas las actividades laborales sean “no físicas” es el resultado de la aceleración técnica de la producción, consecuencia de la automatización (e informatización) del proceso de trabajo, teniendo un papel relevante en el aumento de la productividad. Productividad exigida a cada trabajador que ejerce actividades, ya sean “materiales” (físicas) o “inmateriales” (técnicas) (Porchman, 2008).

Incluso se puede argumentar, con fundamento empírico, que la fuerza de trabajo –y el organismo humano que la conforma y sostiene– no estaba preparada para la revolución tecnológica que implicaban las nuevas formas de desarrollo de las actividades, o la transmisión y difusión virtual de la información, cuyo fruto principal era exigir a los hombres que produjeran más y mejor en menos tiempo, con una marcada aceleración de su ritmo de actividades, pero sin la remuneración correspondiente a la producción agregada, ni la consideración del descanso o la seguridad del trabajo realizado al nuevo ritmo (Luz, 2004, 2005b).

Lo que nos interesa aquí, desde una perspectiva sociológica, es que el sufrimiento y la enfermedad causados por esta situación, tan compleja y dramática para la vida humana, individual y social, más que equipararse y resolverse mediante políticas sociales de trabajo sostenidas o formas civiles estables de organización del trabajo, no es un problema que pueda resolverse a largo plazo, manifestada en movimientos sociales, o en una búsqueda colectiva, aunque puntual, de soluciones solitarias, incluso provisionales, han buscado anclaje en el campo de las ciencias de la salud, en todas sus áreas (sobre todo en la medicina), especialmente concentradas en el área de la Salud Colectiva.

En consecuencia, todo el malestar social que genera la sociedad contemporánea se formula en términos de “salud” y, en gran medida, en términos de “salud colectiva”. No es el propósito de este texto discutir la problemática de la “medicalización social” o la política de la “heteronomía social”, que se ha

desarrollado desde los años 70 con autores como Illich, Dupuy y Foucault, ya comentados en trabajos anteriores (Luz, 2007, 2008). Tal vez lo que debamos considerar son las consecuencias sociales del actual desarrollo del proceso.

En consecuencia, desde nuestro punto de vista, hay un proceso social en marcha que tiende a reunir en un conjunto de instituciones específicas los “nudos gordianos” sociales, es decir, los irresolubles, de la formación social actual, o al menos los que aún no han sido resueltos en términos sociales. Y aquí reside un gran reto para las ciencias sociales y las humanidades. Corresponde a un conjunto de disciplinas de este ámbito: sociología, antropología, política, historia, psicología y filosofía, por citar las principales, abordar la “cuestión de la salud y la enfermedad” en la vida social contemporánea. De hecho, corresponde a estas disciplinas, con sus propios objetos y métodos de investigación, trabajar sobre cuestiones relacionadas con la vida humana en su aspecto relacional grupal, comunitario y colectivo. Las disciplinas sanitarias tradicionales están vinculadas umbilicalmente a la biología, cuando no a la física clásica. Creemos que, debido a su visión puramente natural y técnica de la vida, tanto desde el punto de vista metodológico como epistemológico, estas disciplinas son incapaces de abarcar la totalidad del fenómeno de la vida humana, especialmente en lo que respecta a los aspectos mencionados anteriormente (Luz, 2005a, 2008).

Por estas razones, entre otras mencionadas, a las ciencias humanas y sociales se les pide cada vez más que trabajen en cooperación interdisciplinaria en el campo de la salud, especialmente en esta área llamada salud colectiva. El VIII Congreso Brasileño de Epidemiología de la ABRASCO, por ejemplo, celebrado en Porto Alegre en el año de 2008, abordó en mesas redondas, paneles y comunicaciones orales, la colaboración interdisciplinaria con las ciencias humanas y sociales, siendo testigo de esta tendencia.

La innegable expansión actual de la “visión humana y social” en las biociencias y la medicina, incluso en las áreas clínicas y quirúrgicas, es una clara demostración de la utilidad y los beneficios que las ciencias sociales y humanas en general ofrecen a la salud como área de conocimiento y práctica profesional. Pero también es innegable el beneficio de la ampliación de las fronteras epistemológicas y metodológicas que representan los científicos sociales al centrarse en disciplinas tradicionalmente vinculadas a la vida y la salud humanas.

Ciencias humanas y cultura de la salud en el mundo contemporáneo

Hay que destacar el período creciente, aunque reciente, de tematización y preocupación, en términos de investigación, desde las ciencias sociales y humanas, que involucran la vida, la salud y la

enfermedad en nuestra sociedad, especialmente en la cultura contemporánea. Es cierto que disciplinas como la demografía, la geografía humana y la historia han contribuido en gran medida al nacimiento de otras disciplinas del ámbito sanitario, como la epidemiología social y la medicina del trabajo, y que las narraciones de naturalistas y escritores fueron útiles para la medicina clínica y social de los siglos XVII al XIX. Pero disciplinas como la sociología y la antropología, así como la filosofía, no se ocuparon de las cuestiones de la vida, la salud y la enfermedad hasta el siglo XX, y más concretamente después de la Segunda Guerra Mundial (Herzlich, 2004; 2005), con escuelas de pensamiento, como la funcionalista americana, que empieza a tematizar las instituciones médicas, vistas como “sistema social”, como el hospital, a analizar los roles sociales del médico y del paciente en la consulta etc.

Quizás sea más acertado situar el auge de estas preocupaciones en la sociología y (posteriormente) en la antropología a finales de los años 60, no ajeno al movimiento contracultural que recorrió el mundo occidental a finales de la década, un movimiento con un fuerte contenido antitecnológico y naturalista, en el que la medicina se percibía como una estrategia de tecnificación de la vida humana y heteronomización de la salud. Filósofos, como Foucault e Illich, así como sociólogos y antropólogos, como Jean Pierre Dupuy y Luc Boltanski, que se han hecho muy conocidos entre nosotros, destacaron con fuerza, en los años 70, el proceso de dominación de la vida por parte de las instituciones vinculadas al saber y a la práctica médica, en el transcurso del siglo XX.

En el ámbito de la antropología de la enfermedad se abrió en esta época un gran campo de trabajo, sobre todo en Francia, pero también en la antropología anglosajona. La antropología ocupará, a partir de entonces, esta zona con gran empeño. Pero el área disciplinaria de las ciencias sociales centrada en las enfermedades no es necesariamente un área centrada en la vida o en la salud. En este mismo periodo, la psiquiatría social, por ejemplo, participó en el movimiento de reforma institucional en Europa (y en Estados Unidos, a través de algunos autores) y en la transformación del conocimiento psiquiátrico (teoría y práctica). La enfermedad mental sería pensada de manera diferente a la psiquiatría clásica, e incluso al psicoanálisis, quitando al paciente el carácter estigmatizante de la locura, abriendo el camino a los conocimientos y prácticas de la salud mental.

Mientras tanto, la sociología siguió ocupándose del estudio de las instituciones médicas, de las relaciones entre médicos y pacientes como actores sociales, de las formas en que las personas y las colectividades enferman en la sociedad actual (o en la historia de la sociedad moderna), de las descripciones

o narrativas de estos procesos y de su subjetivación, así como de las políticas sanitarias, es decir, de las formas en que el Estado aborda la cuestión de la enfermedad colectiva.

Al mismo tiempo, desde finales de los años 70, en América Latina y Europa, se observa el fuerte movimiento teórico, social y profesional de la salud colectiva. Un nuevo campo interdisciplinario de conocimiento y práctica (en la década siguiente también transdisciplinario) inició su camino, yendo más allá de la Salud Pública al abordar no sólo las enfermedades colectivas, sino también las políticas públicas y las formas innovadoras de atención a las personas y grupos, como los modos de comportamiento, las representaciones sociales y las subjetividades de los pacientes; sobre todo, el significado que pueden tener para los sujetos de las políticas médicas: *la salud y la vida*.

Las ciencias sociales y su intervención en el orden de la vida: retos del contexto contemporáneo

Las ciencias sociales y las humanidades han desempeñado y siguen desempeñando un papel importante en el contexto de este desarrollo, tanto metodológica como conceptualmente, especialmente desde los años ochenta. Disciplinas como la política, la sociología, la antropología, la psicología y la filosofía han hecho una gran aportación a las áreas temáticas que empezaron a expandirse en los años 80 y que no han dejado de crecer desde entonces: las políticas y los servicios sanitarios; la sexualidad, el género y la reproducción humana; la violencia doméstica y social; las epidemias en las que están fuertemente implicados los comportamientos y las representaciones sociales, como el SIDA; las enfermedades de transmisión sexual, el consumo de drogas; la intervención biotecnológica en los cuerpos, las prácticas de salud corporal, la búsqueda de las llamadas medicinas o terapias alternativas; los síndromes actuales que implican la corporalidad etc.

Las ciencias sociales han contribuido, en estudios de estos ejes temáticos, no sólo con la metodología de investigación (“técnicas cualitativas”). Desde nuestro punto de vista, es principalmente en la visión disciplinar de estas ciencias, centrada en la comprensión e interpretación de los fenómenos socioculturales vinculados a la salud y la enfermedad, es decir, en sus planteamientos conceptuales y metodológicos, donde radica su mayor aportación a la vida humana contemporánea.

Abordando cuestiones de la vida colectiva, que en la sociedad actual han adquirido un papel dramático, donde la supervivencia de la especie parece a menudo amenazada por cuestiones como el

hambre, la guerra, la violencia generalizada, la exclusión, el sufrimiento colectivo y la enfermedad generada por el trabajo, las ciencias humanas han asumido el papel que les corresponde en relación con la salud y la vida, retomando el pensamiento clásico del siglo XVIII, en el que las cuestiones relativas a la población y la vida humanas se analizaban como temas profundamente entrelazados en los escritos de los teóricos, tanto en el ámbito de la filosofía social como en el de la economía política.

Pero quizá sea tan importante como la contribución específicamente académica ha sido la mutación de la “mirada disciplinaria” que las ciencias humanas y sociales han provocado en la praxis del campo de las profesiones de la salud, es decir, en las acciones cotidianas de los profesionales del área. De hecho, la incorporación, en la práctica de estos profesionales, de instrumentos de aprehensión e interpretación de las cuestiones planteadas por la atención sanitaria y por el surgimiento cotidiano de problemas institucionales relacionados con el campo, que las disciplinas originales de formación no logran equiparar ni resolver, ha puesto en relevancia un aporte de “tecnología social” en esta acción, aunque todavía sin el correspondiente reconocimiento institucional del campo sanitario.

Así, las ciencias sociales han tenido un relevante papel para instrumentar conceptualmente políticas de salud innovadoras, que tengan en cuenta la participación, como actores, de los pacientes y grupos de usuarios, incorporando categorías de las ciencias humanas, como la de sujeto, sufrimiento y cuidado, en la atención sanitaria de los pacientes, o las de democratización, participación, sociedad civil y control social en las políticas de Estado por parte de la población. También han desempeñado un papel importante como indicadores de los problemas más evidentes de estas políticas, originando directa o indirectamente políticas alternativas. En cuanto a la metodología, han venido ofreciendo herramientas de investigación, como las etnografías, por ejemplo, a un campo hasta ahora cerrado a los estudios cuantitativos empíricos, operativos o meramente descriptivos (“agregación de datos”), desprovistos de las necesarias interpretaciones en términos sociales y culturales.

Especificidad de la producción de conocimiento de las ciencias sociales y las humanidades en la salud colectiva:

El difícil proceso histórico de reconocimiento institucional de la zona, una cuestión frecuentemente planteada por los científicos sociales de la salud colectiva en relación con las herramientas teóricas y metodológicas incorporadas por el campo de la salud colectiva es el uso inadecuado de las categorías de

análisis o los instrumentos metodológicos se reformularían. Las categorías de análisis o los instrumentos metodológicos se reformularían, es decir, se transformarían en “verdades” políticas o (aparentemente) teóricas, con el fin de justificar proyectos innovadores o formas específicas de intervención profesional que normalmente no tendrían paso político o técnico frente a los programas o servicios sanitarios tradicionales. También en las tesinas o tesis de doctorado del ámbito de la Salud Colectiva, según los profesores directores del área de ciencias humanas, aparecen estas mismas distorsiones teóricas o metodológicas, que sustancializan conceptos o métodos, transformándolos así en sentido común aprendido o ideología.

Los científicos sociales y humanos “estrictos”, es decir, los que no pertenecen al ámbito de la salud, tienden a no considerar la producción procedente de la zona como efectivamente perteneciente a su campo, tratándola como “nativa”; y con relativa frecuencia la ignoran en su bibliografía cuando realizan investigaciones sobre el tema de la salud. Esto es más frecuente en ciencias políticas, pero también es habitual en sociología y antropología de la salud. Los científicos sociales que trabajan en el área de la salud sufren, así, una doble depreciación en relación con su producción científica. En primer lugar, porque las ciencias sociales del ámbito sanitario son vistas, aunque no lo sean, como un “ámbito aplicado” a la salud y sus instituciones. Pero las ciencias sociales son, en este caso, un subcampo de la salud colectiva, con una actividad de investigación interdisciplinaria, en la que las metodologías, los enfoques conceptuales y la mirada interpretativa son las herramientas teóricas y metodológicas del trabajo de las ciencias humanas en la construcción de objetos en este campo. En segundo lugar, porque sus trabajos no encajan, en términos de lenguaje y metodología, en el área “dura” de las ciencias biomédicas, son vistos como “poco rigurosos”, es decir, reducibles a la subjetividad, a lo no medible, por lo tanto, a lo no objetivo, respetando las concepciones y sinonimia del área biomédica entre términos como objetividad, naturalidad, mensurabilidad y precisión.

La producción de las ciencias sociales se hace en el sentido de comprender e interpretar los fenómenos de la vida, la enfermedad y la muerte humanas en su relación con la cultura, la sociedad y los otros (los seres humanos): con el otro, en definitiva, su paradigma no incluye, en modo alguno, la eficacia, que supone la intervención, propia del pragmatismo de las ciencias relacionadas con la vida, es decir, con su conservación, o su recuperación, como es el caso de la medicina (o los medicamentos, para ser más rigurosos). Y este paradigma se expresa científicamente, en un lenguaje específico, también diferente del lenguaje objetivista de las ciencias de la vida, en el sentido biológico del término. Tiene

una escritura (estructura discursiva) adecuada a su epistemología y formas de expresión y difusión de productos científicos diferentes a las del área biomédica.

Entre los productos específicos de la producción del área, cabe destacar el libro, por su importancia y valor secular en la expresión de las ciencias humanas. Ya sea el libro “de autor”, en el que un investigador narra los resultados de su investigación, teórica o empírica, o la colección de capítulos, en la que varios autores narran su experiencia sobre un tema de investigación común. Estos son los dos productos fundamentales en la expresión de las ciencias sociales (sin faltar al artículo, producto tradicional y en gran crecimiento en el área) y generalmente son considerados menores en el campo de las ciencias de la salud, cuando no son descartados como producción científica. Por otro lado, el gran árbol del conocimiento relacionado con la vida, que incluye no sólo las llamadas disciplinas básicas (microbiología y fisiología, por ejemplo) sino también las especialidades médicas, prioriza como producto noble de sus actividades de investigación, de acuerdo con las disciplinas “exactas” o “duras”, el artículo (individual o colectivo) publicado en publicaciones periódicas indexadas en bases de datos de alto nivel (“cualificadas”), puntuadas a partir de complejos cálculos estadísticos sobre la difusión del vehículo y su impacto (aceptación) en la comunidad de investigadores de una determinada disciplina. A la vista de estos criterios, el libro, en el límite, puede no ser considerado una producción científica, expresando, de este modo, la actual hegemonía de un tipo específico de expresión discursiva sobre el conjunto de expresiones de las disciplinas que componen el “árbol de las ciencias”.

No obstante, cabe destacar que actualmente se está llevando a cabo un proceso de transformación de estos criterios; la evaluación del libro como un producto del mismo valor científico que los artículos originales, incluso en las disciplinas duras, está en proceso, por afirmaciones de investigadores y coordinadores de programas de posgrado y por iniciativa de CAPES [NT: órgano del Ministerio de Educación brasileño que evalúa los programas de posgrado en el país].

En otras palabras, sigue existiendo la hegemonía del lenguaje de un conjunto de disciplinas en un campo específico del conocimiento (“físico” o “exacto”) sobre los demás en otro campo (“humano”). Aunque esta cuestión viene planteándose desde finales del siglo XIX, es en el transcurso del siglo XX, con el avance de las ciencias “duras”, su progresiva implicación con la tecnología y el lenguaje esotérico especializado que las caracteriza, cuando se consolida el dominio de un lenguaje técnico (o incluso formal) de los documentos sobre el lenguaje de las ciencias humanas, expresado en los libros. A su vez, el

lenguaje de los libros ha pasado a identificarse con el “arte”, con todas las consecuencias epistemológicas y político –institucionales que ello implica-. Porque el arte, en la sociedad científica de la modernidad, no produce conocimiento (verdades): sólo produce belleza, para ser apreciada (subjetivamente) por sujetos individuales o grupos de individuos (Luz, 1988, 2008).

A pesar de tantos obstáculos, las ciencias sociales han generado, con su intervención, más productos que el artículo, el libro o el capítulo de la colección, como resultado de su diversificación metodológica. El método de investigación-acción, por poner un ejemplo, o el de los grupos focales, han tenido como fruto posible la modificación de situaciones institucionales o socio-relacionales, a través de técnicas de investigación que son al mismo tiempo modos de indagación y formas de participación/intervención en situaciones concretas. Por último, algunos proyectos de programas o políticas de atención surgen de prácticas de investigación innovadoras y no convencionales, que son, sin embargo, técnicas de investigación de las ciencias sociales.

Esta verdadera tecnología social, originada por las ciencias humanas, rara vez se menciona como un producto técnico/científico. Es necesario empezar a hacerlo, ya que ha generado conocimientos innovadores en el ámbito de la Salud Colectiva. No podemos olvidar que, en la cultura contemporánea, ciencia, tecnología e innovación son prácticamente sinónimos, y la innovación se asocia a resultados concretos de la intervención de la investigación en situaciones concretas, generalmente de social, aunque se expresen en términos de vida/salud, enfermedad/muerte. Creemos que cuando se ignoran los avances producidos en el campo de la salud debido a estas intervenciones, también se ignora la contribución de las ciencias humanas al avance del campo de la salud. Esto retrasa el proceso de reconocimiento institucional de las ciencias humanas en el campo. Es como si, a semejanza del suplicio de Sísifo, el área tuviera que volver siempre para “demostrar” que sus conocimientos y productos son realmente científicos.

Institucionalización de las Ciencias Humanas y Sociales en el ámbito de la salud: el papel de la Asociación Brasileña de Estudios de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO)

ABRASCO, con el apoyo financiero del CNPq, realizó entre 2008 y 2010 una investigación evaluativa sobre la expansión y el desempeño, en la última década, de la Salud Colectiva como campo de conocimiento científico y de intervención tecnológica y social en salud, coordinada por Maria Cecília Minayo. Ya se había realizado una evaluación de la década anterior, coordinada por la misma investigadora.

El crecimiento específico del área de ciencias sociales y humanidades tuvo su papel evaluado en la visible expansión cuantitativa y cualitativa del campo.

No es el propósito de este texto recorrer el itinerario de las ciencias sociales y su avance en la Asociación Brasileña de Postgrado en Salud Colectiva, fundada hace tres décadas. Desde su momento inaugural, el área estuvo presente en este ámbito, a través de un núcleo poli-institucional de científicos sociales que se esforzaron por hacer valer los créditos de las ciencias sociales en el ámbito de la Salud, especialmente los relacionados con la docencia y la investigación en las facultades de medicina, departamentos de medicina preventiva, escuelas de salud pública etc.

Es difícil nombrar el núcleo inicial de científicos sociales en el campo de la Salud Colectiva sin dejar injustas brechas. Sin embargo, vale la pena arriesgarse a mencionar nombres que siguen vigentes en el campo, como: Amélia Cohn, Ana Canesqui, Eduardo Stotz, Everardo Duarte Nunes, Marcos de Souza Queiroz, Maria Andréa Loyola, Maria Cecília de Souza Minayo, Maria Augusta Olivo, Paulette Goldemberg, Regina Marsiglia, Rubens Adorno, Solange L'Abbate, Sonia Fleury. No podemos olvidar la inspiradora presencia de la socióloga Cecília Donnangelo, que, incluso antes de que existiera la ABRASCO, en los años 70, ya contribuía a la presencia de la sociología en el área de la salud, habiendo formado una generación de pensadores e investigadores en el campo de la salud colectiva. También sería injusto ignorar la eficaz contribución al crecimiento del área de las ciencias humanas y sociales de la salud que durante más de dos décadas han dado algunos “médicos preventivos”, llamémosles así. Entre los principales, destaquemos los más conocidos: Naomar de Almeida Filho, Jairnilson da Silva Paim, Lilia Blima Schraiber y José Ricardo Ayres. Es cierto que hay una nueva generación de investigadores que sigue este camino con el mismo esfuerzo y brillantez, pero nos referimos aquí al núcleo de este subcampo.

También en relación con las políticas e instituciones de salud, junto con otros colegas, fuimos parte de los momentos inaugurales y de su evolución, con la organización de eventos, tales como: Encuentros, Seminarios, Congresos etc., que implican la legitimación del área de las ciencias humanas en el campo de la Salud Colectiva, tanto en Brasil como en América Latina.

Además de los eventos nacionales y regionales brasileños, ABRASCO participó en la producción, organización académica y patrocinio de encuentros latinoamericanos sobre Ciencias Sociales y Salud. Como ejemplo, cabe citar el compacto y completo trabajo organizado por Minayo y Coimbra (2005), fruto del VII Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y de la Salud, publicado por FIOCRUZ [NT:

Fundação Oswaldo Cruz, órgano de investigación & desarrollo tecnológico vinculado al Ministerio de la Salud brasileño], reuniendo el principal de la producción en lo continente.

Parte de este esfuerzo de la Asociación fue narrado en una publicación editada en colaboración por FIOCRUZ y ABRASCO (Lima; Santana, 2006), lanzada en el último Congreso brasileño de la Asociación, celebrado en Río de Janeiro en 2006. El evento alcanzó carácter y repercusión mundial al reunir a las Asociaciones de Salud Pública congregadas en la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (FMAP). Gran énfasis de la publicación se atribuyó a la trayectoria histórica del área en su conjunto, su participación en las políticas de salud y su legitimación institucional por su presencia en la realidad sanitaria del país.

Es necesario destacar, sin embargo, que la institucionalización específica del subcampo de las ciencias sociales en la gran área de la salud fue posible, sobre todo, por el esfuerzo desarrollado por la ABRASCO, a través de su creciente y persistente núcleo de militantes, hasta convertirse en una de sus Comisiones estables, con la característica de subárea disciplinar de Salud Colectiva, junto con la de Epidemiología y la Comisión de Política y Gestión Sanitaria (esta última, un área con una trayectoria académica aún por desarrollar en el campo, en parte por su lógica predominantemente normativa y de intervención institucional, diferente a las dos anteriores).

El subcampo (o subárea, si preferimos una denominación institucional) de las Ciencias Sociales, actualmente denominado Ciencias Sociales y Humanas de la Salud, ha celebrado, desde 1991, cuatro congresos nacionales, así como diversos eventos regionales, como seminarios, reuniones, encuentros etc. Cabe destacar la creciente diversificación de los ejes temáticos de investigación, que dieron origen a varios GT de ABRASCO, predominantemente vinculados a la investigación de las Ciencias Sociales y Humanidades, a través de conceptos, teorías y métodos.

Sólo en el último Congreso Brasileño de Ciencias Sociales y Humanas en Salud, el tercer congreso nacional del área de ABRASCO, realizado en Florianópolis en 2005, se presentaron aproximadamente 3 mil trabajos, con más de 2 mil participantes, entre invitados, investigadores, estudiantes y profesionales de la salud. La calidad de las obras, así como la diversidad de temas, y la presencia masiva y persistente de los participantes fueron notables en el evento, mostrando el vigor de la zona.

En su cuarto Congreso brasileño, celebrado en Salvador en 2007, el área adquirió un carácter internacional, al celebrarse conjuntamente con el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina

Social y la Asociación Internacional de Política Sanitaria. Asistieron más de 4 mil personas y se presentaron más de 3 mil trabajos, entre pósteres, comunicaciones, foros, conferencias, paneles y mesas.

En el ámbito de la difusión de la producción de conocimiento en el área, la revista *Ciência e Saúde Coletiva*, editada por la ABRASCO, además de otras publicaciones periódicas, es una señal de patrocinio del subcampo y de su legitimación, teniendo en cuenta la explosiva oferta de trabajos sometidos a evaluación para su publicación. Con esta misma perspectiva, en la última década han aparecido varias publicaciones periódicas que incorporan contenidos, áreas temáticas, enfoques conceptuales y metodologías del ámbito de las Ciencias Sociales al campo de la Salud Colectiva. Casi todos ellos están indexados en bases de primera línea, con inserción internacional, como SciELO. También hay revistas multidisciplinarias, como *Interface: Educação, Saúde, Comunicação o História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, que vienen beneficiando a los estudios de ciencias sociales en el ámbito de la Salud. Todas estas revistas tienden a legitimar el área de las ciencias sociales y las humanidades en el ámbito de la salud y cuentan con ABRASCO como centro de referencia y apoyo institucional.

Lo que queremos decir con esto, para concluir este texto, es que esta asociación, a través del conjunto de actividades, eventos y publicaciones que fomenta y patrocina, ha conferido una legitimidad institucional efectiva al campo de las ciencias sociales y las humanidades en el área de salud.

Lo contrario, es decir, la legitimación del área de la salud en el campo de las ciencias sociales, como tema y como objeto de investigación, ha sido otra cuestión, mucho más complicada de llevar a cabo, tanto a nivel académico como institucional. Esto es lo que hemos intentado poner al principio de este artículo. Esta legitimación puede hacerse, como señalamos páginas atrás, sin que se asegure el reconocimiento de la producción de los científicos sociales en el área de la salud. Por lo tanto, nos corresponde a nosotros, científicos sociales que investigamos y enseñamos en el complejo campo de la salud, seguir desarrollando estrategias para que se produzca este doble reconocimiento científico: en el campo de las ciencias de la vida y en el de las ciencias sociales y humanas.

No ha sido una tarea fácil.

Referencias

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 490. (Col. L'espace politique).

- Castel, R. (2003). **L'insécurité sociale** – Qu'est-ce qu'elle protège?. Paris: Seuil. 95 p.
- Herzlich, C. (2004) Saúde e doença no início do Século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14(2), 383-394.
- Herzlich, C. (2005). “Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde”. Conferência ao III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde da ABRASCO. In: **Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde da ABRASCO**, 3., 2005. Florianópolis. Anais... Florianópolis: ABRASCO, 2005. (1CD Rom).
- Lima, N. T.; Santana, J. P. (Orgs.) (2006). **Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO. 227 p.
- Luz, M. T. (2003). **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC. 174 p.
- Luz, M. T. (1988). **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus.
- Luz, M. T. (2004). **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 209 p.
- Luz, M. T. (2004). Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 9-20.
- Luz, M. T. (2005a) Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 15(suplemento), 145-176.
- Luz, M. T. (2005b) .Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria de produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis: revista de Saúde Coletiva**, 15(1), 39-58.
- Luz, M. T. (2005c). Novas práticas em Saúde Coletiva. In: Minayo, M.C.S.; Coimbra, C. E. A. (Orgs.). **Críticas e atuantes – Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 33-46.
- Luz, M. T. (2007). Perda de ética no trabalho acadêmico: geração de sofrimento e doença entre trabalhadores universitários a partir do produtivismo como valor-fim entre pesquisadores docentes. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/ UERJ-ABRASCO, 357-367.
- Luz, M. T. (2008). Notas sobre a política de produtividade em pesquisa no Brasil: consequências para a vida acadêmica, a ética no trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Política & Sociedade: revista de sociologia política**, 7(13), 205-228.
- Luz, M. T. (2011). Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade** [online], 20(1), 22-31. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100004>.
- Minayo, M. C. S., & Coimbra, C. E. A. (Orgs.) (2005). **Críticas e atuantes – Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 706 p.
- Porchmann, M. (2008). Brasil, encruzilhadas do desenvolvimento: os retrocessos do atual modelo. **Le Monde Diplomatique** (Brasil), São Paulo, p. 4-5.

Prometeo encadenado: análisis sociológico de la categoría de productividad y las condiciones actuales de la vida académica⁴

Madel T. Luz

¡Insulta ahora a los dioses desde aquí, oh Prometeo! ¡Les roba los honores divinos, para dárselos a seres que no vivirán más de un día! ¿Podrán los mortales disminuir tu tormento? ¡En vano te dieron los dioses el nombre de Prometeo («el providente, el predictor»)! ¡Tú haces!
¡Necesitas un Prometeo para liberarte!
Prometeu Acorrentado. Tragedia de Ésquilo).

Nota introductoria: ¿Por qué “Prometeo atado”?

Una pequeña nota introductoria antes de empezar: ¿por qué poner el título de “Prometeo atado” a la obra? Recordemos que este titán de la mitología griega fue castigado por haber robado a los dioses el fuego sagrado del conocimiento y dárselo a los hombres. Fuertemente atado con cadenas de hierro a una roca inaccesible junto al mar, tuvo su hígado devorado durante el día por un buitre enviado por Júpiter (Zeus) para atormentarlo indefinidamente (ya que el hígado se reparaba solo durante la noche), recordándole al mismo tiempo, su impotencia ante el poder invencible de los dioses, y su arrogancia al haber concedido a seres inferiores y frívolos (la humanidad) el poder de crear e inventar indefinidamente su vida, prerrogativa considerada divina.

Las interpretaciones clásicas de la mitología asimilan el “fuego sagrado” robado a la ciencia, o más generalmente al conocimiento, y su capacidad de transformar continuamente la naturaleza y la vida humana. En este artículo se hace una identificación metafórica entre Prometeo y los científicos o, más modestamente, nosotros, modestos investigadores que enseñamos en las estructuras universitarias actuales. Se hace una analogía entre las condiciones actuales de la producción académica, o del trabajo científico, y la trágica situación del titán audaz. En cuanto a Zeus, o su cruel buitre, dejo que los lectores identifiquen quién cumple realmente las funciones de quién. Solo un recordatorio que vale la pena tener como “pista” (o diké, si queremos ser mitológicos hasta el final): la evaluación de tal producción actualmente la realizan

4 Publicada originalmente en portugués en la revista *Physis: Rev. Saúde Coletiva* (Luz, 2005).

mayoritariamente “pares”, es decir, nosotros mismos investigadores. Volveremos sobre esta cuestión al final de estas páginas...

El trabajo que desarrollaremos en las siguientes páginas es, así, como su título lo indica, un intento de análisis sociológico de las condiciones en que se desarrolla, en una sociedad capitalista globalizada, con Brasil como referencia, el trabajo intelectual universitario. Más concretamente, sobre lo que institucionalmente se denomina la producción científica. La intención es establecer un debate, o al menos traer a discusión en la comunidad científica, especialmente en el área de la Salud Pública, un conjunto de reflexiones resultantes de la docencia, la investigación y la participación en comités de evaluación de las agencias financiadoras de la investigación en las últimas tres décadas, además de la observación empírica, aunque no sistematizada en forma de proyecto, sobre los cambios que se han venido produciendo en las condiciones del trabajo universitario. El artículo es continuación del capítulo “Fragilidad social y la búsqueda de cuidados en la sociedad civil contemporánea” de la colección Cuidado: las fronteras de la Integralidad (Pinheiro y Mattos, 2004), pero tiene sus raíces en otro capítulo: “El futuro de la enseñanza de las ciencias sociales –por una ética pedagógica” de 1991, de la colección titulado Como las llamadas ciencias sociales (Bohmení & Birman, 1991).

En estos capítulos tomamos como objeto de análisis algunas condiciones sociales del trabajo, especialmente del trabajo académico, y sus repercusiones en el acto de producir. En el capítulo de 2004, consideramos importante para el análisis la continua generación de estrés, sufrimiento y enfermedad de los actores, a partir de la aceleración del ritmo de las actividades, la inestabilidad en el trabajo y el aumento de las exigencias de “productividad”, sin las correspondientes exigencias estatutarias o reglamentarias. Valorización económica, que afectan en la sociedad contemporánea la situación de miles de profesionales con formación superior, especialmente en la Universidad y en el área de la Salud, vista como una situación institucional de inserción en el mundo del trabajo.

Aunque adopta un tono pesimista, la obra tiene la esperanza (al fin y al cabo, junto al fuego del saber, Prometeo lega a los hombres la esperanza divina) de que las reflexiones expuestas puedan ayudarnos a ver con mayor claridad las condiciones laborales actuales, en especial la universitaria, en el sentido de buscar alternativas a la forma en que se ha venido procesando la producción académica en los últimos quince años. Ayúdanos, sobre todo, a buscar cambiar el ritmo y los valores con los que se han venido procesando, considerando el daño que tales valores y ritmo han venido ocasionando a la salud física y

mental de docentes e investigadores. También se debe enfatizar que tales daños también afectan la salud de los estudiantes y asesores de tesis, disertaciones y monografías, ya que el estrés continuado de los docentes y asesores termina parcialmente “colapsado” en los estudiantes, como los de médicos, enfermeras y auxiliares, sobre pacientes.

En definitiva, consideramos elevado el daño que esta situación suele causar en la actividad docente e investigadora de todos los actores involucrados, incluidos los vinculados al apoyo técnico y administrativo.

Investigación, Ciencia, Producción de Conocimiento, Productividad: emblemas de la creación discursiva legitimada de la modernidad

Desde hace más de dos siglos legitimadas en las Academias como fines básicos de la vida universitaria, la actividad investigadora se define por la invención, resultado de la creatividad individual o colectiva (“innovación” en la jerga institucional), por la producción de proposiciones verificables por la experiencia controlada (ciencia), y por la capacidad de intervenir y transformar el orden de la vida, o naturaleza (tecnología) que estos pueden tener proposiciones.

Nuestro principal propósito aquí es demostrar, aunque sea de manera hipotética y provisional, que el modo de producción de conocimiento instaurado hace tres siglos con la racionalidad moderna, aún vigente (Luz, 2004b), tiende, en cuanto a la organización institucional de la producción se refiere, así como las relaciones sociales involucradas en esta producción, y el ritmo al que se procesa dicha producción, cuya medida cuantitativa se conoce en la jerga institucional como productividad, provocando daños en la salud de quienes se encuentran sometidos a tal régimen, o el orden social de producción. Además, tiende, a largo plazo, a herir el corazón mismo (núcleo duro) o la fuente seminal de todo este sistema de producción de conocimiento, que es la creatividad, el origen de la innovación. La producción continua de proposiciones innovadoras, que se renuevan sin cesar, expresión del progreso científico, el movimiento perpetuo de la ciencia moderna sólo es posible cuando existe cierta libertad en la producción que posibilita el surgimiento de lo nuevo, con la creación, que está en el origen de la innovación científica, así como en el arte. Y esta libertad presupone su propio ritmo de operación, de elaboración, de avances y pausas durante el desarrollo de las principales actividades de investigación, que varía según las distintas ramas del “árbol del conocimiento”, pero muy diferente al de las máquinas, al que se ha asimilado la categoría de productividad (Luz, 2004a). Los investigadores, a pesar de todo el esfuerzo que ponen en ser “productivos”, no son

máquinas. Sobre todo, no son máquinas que compitan por reducir costes en la fabricación de productos renovables en intervalos de tiempo cada vez más cortos. El desconocimiento de este hecho puede generar (y ha generado) consecuencias desastrosas para la salud de toda esta categoría profesional. Celosos de la necesidad de cumplir con los requisitos institucionales vigentes, obsesivos por cumplir con las normas de “productividad”, que van en aumento, de hecho, en calidad y cantidad, los valientes guerreros de la ciencia se esfuerzan por cumplir hasta el agotamiento sus tareas, sacrificando el descanso, ocio y vacaciones a favor del trabajo (Luz, 2004a).

Queremos aclarar, sin embargo, que no se trata de escribir un ensayo destinado a elogiar el avance de la productividad de los investigadores brasileños –bastante expresivo, en números absolutos y relativos, durante la década de 1990, según encuestas y estudios producidos por los principales financiadores (CNPq y CAPES)– o clamar por la injusticia del deterioro de los salarios y del empleo (tan real como el aumento de su productividad) del que son víctimas desde hace más de una década. Y esto, en primer lugar, porque pensamos que investigar es función principal del investigador, por muy tautológica que parezca tal afirmación. En segundo lugar, porque también creemos que corresponde a los sindicatos y colegios profesionales a los que estamos afiliados, y en los que militamos, el papel de quejas y reclamaciones sobre las malas condiciones laborales y la baja remuneración de sus afiliados. Rol que bien o mal (a veces más mal que bien, considerando algunas estrategias que sistemáticamente terminan en fracaso) han ido cumpliendo.

Aquí haremos “denuncias”, sí, pero de otros aspectos relacionados con la producción académica. Es necesario enunciarlos enseguida, para que no quede duda sobre los objetivos de estas reflexiones: queremos referirnos principalmente a la cuestión de los efectos separadores sobre la actividad científica que generan los aspectos sociales de las políticas educativas y de ciencia y tecnología, dominante desde principios de los años 90, es decir, desde el gobierno de Fernando Henrique Cardoso. Tales políticas se centran en gran medida en la categoría de productividad (del agente investigador, o del programa institucional de investigación en el que se inserta).

La categoría es generalmente entendida como un cuanto, de producción intelectual, principalmente bibliográfica, desarrollada en un período de tiempo específico, aumentando de acuerdo con la calificación académica (“título”) del profesor/investigador. Esta cantidad básica es necesaria para mantener a los investigadores en su posición estatutaria en su campo científico. El campo de la categoría analítica, aquí utilizado, es asimilado del análisis de los trabajadores de la ciencia y de su producción, realizado

por el sociólogo Pierre Bourdieu (1989, 1998). La cantidad de producción actualmente está estipulada, en casi todos los campos disciplinarios, en términos de artículos publicados en revistas nacionales o internacionales, cuya calidad de difusión (base de calidad) se establece por cada área de conocimiento.

La categoría productividad, internalizada desde las actividades económicas al trabajo intelectual (Luz, 2004a), puede actuar positiva o negativamente sobre las características de innovación, originalidad y acumulatividad (entendida aquí en términos de producción sostenida), marcas seculares del trabajo académico, según con las normas que establece y con el grado de formalidad que se aplica a la producción de los agentes.

Desde nuestro punto de vista, esta categoría ha actuado más negativamente que positivamente sobre los productores, al tomar en cuenta a los agentes que producen y la sobrecarga de trabajo que se ejerce sobre ellos, y no a los beneficiarios directos e indirectos de su producción: esto es, el Estado, empresas, el orden político y social. En definitiva, la propia sociedad civil.

Invertidas por el Estado, a través de organismos de financiación, las actividades de investigación se concentran actualmente en los programas de posgrado de las instituciones universitarias públicas, siendo los principales actores del proceso los profesores, transformados de maestros docentes en agentes productores de ciencia. A través de avisos públicos, el poder público ha determinado en gran medida la oferta de subsidios a una actividad encarecida por la sofisticación tecnológica involucrada. Conduce (o induce, para usar el término institucional), según los intereses variables de la política gubernamental, no sólo los ejes temáticos de investigación (qué investigar), sino también el guión metodológico a seguir por los investigadores (cómo investigar), y la lista de “productos” que deben resultar del proceso de investigación (los resultados). El investigador es evaluado por la cantidad de productos que es capaz de extraer de sus proyectos. Cuantos más productos, mayor será su “productividad”.

De más está recalcar que los académicos que pueden tener otros temas para investigar, independientemente de su potencial innovador, están prácticamente excluidos de la posibilidad de investigar, compitiendo con miles de otros investigadores por unos subsidios, a la llamada demanda extrabursátil. Llamamos aquí la atención sobre el intenso estrés que genera esta situación, y sus consecuencias en la salud de los agentes de investigación. La progresiva burocratización de la ciencia, efecto colateral del llamado proceso inductivo, se ha convertido en una cadena de hierro para una producción verdaderamente creativa e innovadora. Los dioses del Olimpo estatal mantienen el mismo control que el mítico buitre sobre el nuevo Prometeo colectivo de la ciencia, mordiéndole continuamente el hígado, a través de la exigencia de constantes

informes parciales y finales, de evaluaciones periódicas en períodos de tiempo cada vez más cortos, de consultas de cuentas pendientes, a veces referidas a unas cuantas monedas gastadas imprudentemente en algún almuerzo colectivo, o en boletos nacionales necesarios para el desarrollo del proyecto, o la visita imprevista de otro investigador, o casos similares. La vigilancia es permanente: ninguna ofensa a las arcas públicas debe ser cometida por estos agentes, considerados política y simbólicamente como héroes del saber, pero tratados burocráticamente como servidores públicos responsables de cada centavo que reciben, como si lo que hicieran no fuera en beneficio de la comunidad. Los mecenas modernos tempranos fueron más generosos con sus filósofos y científicos que el estado contemporáneo. Los investigadores de hoy terminan convirtiéndose en los gladiadores, considerando la disputa “a muerte” entre ellos por los subsidios anunciados en los avisos públicos, siempre insuficientes ante la creciente demanda.

Situamos en la década del 70 el marco inicial de esta concepción y política del posgrado como un nicho institucional legítimo y privilegiado para la investigación en el país, generando así un trágico error pedagógico para la nación. Esta concepción está en el origen de la elección de concentrar la actividad investigadora en la cúspide del sistema educativo y en la jerarquía de los “productores”.

Las políticas públicas en ciencia y tecnología comenzaron a estructurarse como tales en la década de 1950, fundamentalmente a través de las grandes agencias de financiación de la investigación, que siguen siendo las mismas hoy (CNPq y CAPES). Actualmente, están vinculados tanto al Ministerio de Educación como al Ministerio de Ciencia y Tecnología, las Agencias Regionales de Ciencia y Tecnología, como las Fundaciones Estatales de Apoyo a la Investigación (FAP). Sin embargo, se han implementado desde sus inicios, y continúan implementándose, principalmente en las universidades públicas, especialmente a través de las prorroctorías de docencia e investigación, transmitiéndose así verticalmente como “correas de transmisión” desde el poder central del Estado hacia las instituciones académicas.

Desde este punto de vista, también queremos analizar, en estas páginas, ciertas relaciones sociales recientes entre las políticas e instituciones del Estado, y sus efectos sobre sujetos individuales o actores institucionales en el campo de la producción de conocimiento científico y tecnológico. En este análisis no nos ubicamos desde el punto de vista del planificador, el administrador o el evaluador de políticas. Nuestro lugar de discurso es el del sujeto de investigación y, principalmente, el del sociólogo que analiza críticamente las relaciones sociales entre actores, instituciones y políticas, especialmente en relación con la producción de ciencia, en línea con nuestra tradición de investigación en esta área temática (Luz, 1979, 1982, 1991, 2000, 2003, 2004a y 2004b).

En esta perspectiva, no pretendemos aislar, en el análisis, los efectos de las políticas científicas sobre la producción académica de los agentes, del cambio de valores en curso en la sociedad capitalista, globalizada ya en la década de 1980, ni del avance del individualismo y la competencia compulsiva que tal cambio generó entre sujetos individuales y colectivos en todos los sectores de la vida, especialmente en el trabajo. Menos aún de los cambios en la organización y relaciones laborales impuestos por el régimen de producción internacionalizado que están en el origen de la transformación, o incluso de la pérdida de ciertos valores culturales y éticos (Luz, 2003 y 2004b). Incluso creemos que sólo un análisis sintetizado de estos tres aspectos estructurales: el de las políticas sociales restrictivas financieramente y sus efectos sobre la actividad científica, el de los valores individualistas hegemónicos en la cultura contemporánea, y el de la reestructuración del trabajo resultante de la economía globalizada, con la precariedad del empleo y las relaciones laborales, la inversión de derechos y situaciones jurídicas que se han garantizado durante décadas (Luz, 1997 y 2004b) pueden ayudarnos a comprender e interpretar la situación de casi imposibilidad en la que se encuentra la producción académica potencial y auténticamente productiva.

Queremos describir con este término una producción libre, innovadora, acumulativa, comprometida con la realidad social y tecnológica del país y, al mismo tiempo, con posibilidad real de socializar sus resultados, a través de una difusión amplia y democrática, sin la “marcada tarjetas” de los vehículos Qualis⁵, que son, casi en su totalidad, bases de datos de catálogos de publicaciones periódicas, generalmente privadas, que no dicen nada o nos permiten ver la calidad de los productos publicados en ellas⁶. Estos simplemente afirman la “excelencia” (estipulada por la tasa de citación/impacto de los productos en un campo disciplinario específico) del vehículo en el que la producción se transmite a su comunidad de pares. Tales bases se han convertido, en ciertas áreas disciplinares, en el dogma sobre el que descansa la clasificación jerárquica de la producción de los investigadores y sus programas.

Sin considerar el mérito real o la relevancia de sus “productos”, la clasificación resultante del dogma termina teniendo profundas repercusiones políticas y consecuencias de carácter psicosocial sobre los actores y sus nichos de inserción académica, pues muchas veces resulta en la descalificación de investigadores y

5 [NT] Sistema de clasificación de los periódicos científicos, los libros y los eventos académicos para fines de la evaluación en el sistema de pos-graduación brasileño. Los estratos clasificatorios equivalen a estándares de la evaluación y los programas, docentes y estudiantes deben alcanzar y superar los menores padrones establecidos para el país, para las áreas de conocimiento y regiones.

6 Este es un tema crucial, a nuestro juicio, que nunca es tenido en cuenta por las agencias de financiación de la investigación: la calidad del propio producto, es decir, su contribución real al avance del conocimiento o la innovación tecnológica de la que es capaz. En general, el argumento que escuchamos en los comités de evaluación de la productividad de la investigación y los programas es simple: “es Prometeu Acorrentado: Análise Sociológica da Categoria Produtividade ...productos imposibles de evaluar” (porque serían miles, ¿y quién garantizaría su calidad?). Es necesario empezar a pensar seriamente en la creación de instrumentos para evaluar los productos resultantes de las actividades de investigación...

programas de posgrado –Graduado universitario. Es inútil reafirmar aquí el grado de estrés en el trabajo y el sufrimiento psicológico que implica este proceso, tanto para los profesores investigadores como para los directores de programa. Pero es muy importante subrayar el movimiento de competencia desenfadada por un “ascenso de concepto” que desata el proceso a nivel individual e institucional, con evidentes consecuencias para la salud de todos los involucrados, visibles en somatizaciones de todo tipo, dada el empeoramiento del ambiente de aislamiento y hostilidad en el trabajo provocado por valores individualistas (Luz, 2004b).

Un entorno que en modo alguno facilita el intercambio, la puesta en común de información y la socialización de métodos y resultados que, en principio, caracterizarían las reglas de juego de la producción científica.

Instituciones de Investigación y Políticas Científicas y Tecnológicas Recientes: sus repercusiones en el quehacer académico

Como se dijo anteriormente, la política de ciencia y tecnología de la década de 1970, bajo un régimen autoritario, inició la concepción y práctica de los estudios de posgrado como un nicho institucional para la investigación en el país, generando así, desde nuestro punto de vista, una historia trágica de error para el proyecto educativo brasileño. Por un lado, se creó el erróneo binomio institucional docencia/investigación, de hecho, una brecha entre ambas actividades que nunca ha sido superada, ni siquiera en los estudios de posgrado. Por otro lado, el sistema universitario (pregrado/posgrado) fue jerarquizado en forma de pirámide, concentrando en su cúspide una práctica que debe, por el contrario, generalizarse para lograr un amplio y extenso nivel de desarrollo de la ciencia. Actividad (una gran “meseta” científica), si se deseaba, como proclamaba el discurso oficial, que la nación alcanzara un nivel internacional –“excelente”– de inserción tecnológica con miras al crecimiento económico, y consecuente superación del subdesarrollo.

No es el papel de este artículo discutir tal concepción, en sí misma una concepción mecánica y, en nuestra opinión, errónea del desarrollo económico (sinónimo de crecimiento asociado con el desarrollo y adquisición de tecnologías avanzadas), que sigue la historia de los últimas seis décadas de la República. Grandes maestros de la economía política brasileña, como Celso Furtado, y estudiosos “brasileños”⁷, lo

⁷ Celso Furtado defendió, desde sus primeros trabajos en la década del 50, la idea de que el desarrollo económico de un país no puede pensarse independientemente de un proyecto de desarrollo social, en el que la educación se destaca como política estratégica prioritaria. Para este economista, no habría posibilidad de superar la etapa de “subdesarrollo” y “dependencia” de las naciones latinoamericanas sin una transformación estructural que implique la accesibilidad universal a la educación como forma de sustentar el crecimiento económico y el avance tecnológico necesario para acceder a la educación. Una economía capitalista madura. La noción de desarrollo difiere claramente, en este pensamiento, de la de crecimiento económico, aunque no existe separación entre ambas. Entre los brasileñistas, Thomas Skidmore, quizás su pionero, reafirma la necesidad de este proyecto en declaraciones recientes a Folha de São Paulo (20/03/05, ¡Caderno MAIS!, p. 3), subrayando la necesidad urgente de volverse hacia el desarrollo del paradigma, centrado en la educación.

hacen sin ser escuchados desde hace casi medio siglo (Furtado, 1974, 1984, Skidmore, 1975). Baste señalar que esta concepción inmutable está en la base de la elección de concentrar la actividad investigadora en la cúspide del sistema educativo público⁸.

Pero como toda jerarquía institucional acaba teniendo un efecto social, en cuanto ella misma es un proceso social, la referida elección resultó en el aislamiento de la actividad científica en la cúspide de la pirámide educativa, es decir, en los programas de posgrado en sentido estricto que se iniciaron irrumpiendo en todas las áreas del saber a partir de la década de 1980, generando una elitización irreversible de la práctica de la investigación, y la desvalorización de una docencia históricamente inédita, incluyendo la base estrecha de esta producción hasta la década de 1960.

Es cierto que, debido a su reducida proporción en el conjunto de la actividad docente, la práctica sistemática de la investigación se concentró, hasta la década de 1960, en algunos institutos y en determinadas disciplinas científicas “duras”, como la Física, las Matemáticas y la Astronomía, y las disciplinas biomédicas con sede en el Instituto Oswaldo Cruz, con sus homólogos en otros estados del país. La formación universitaria siguió en gran medida un patrón canónico clásico, de transmisión informativa del conocimiento acumulado en las disciplinas, no siempre actualizado, y de reproducción del conocimiento consagrado por el “paradigma normal” de la ciencia, en el mejor de los casos. La actividad investigadora, minoritaria en este modelo canónico, se centró en las figuras carismáticas, los profesores, y sus asociados y seguidores, ordenados en una estricta jerarquía.

Sin embargo, esta actividad se llevó a cabo durante el curso de pregrado. Muchos “monitores”, que en la actualidad corresponderían en gran parte a becarios de iniciación científica, se dedicaban no sólo a transmitir, o incluso a impartir, las clases de un profesor o su ayudante, sino también a participar en el equipo del máster. En este sentido, la tutoría fue un elemento institucional importante que formó al futuro docente/investigador, al futuro maestro, en las décadas del 50, 60 e incluso 70 del siglo recién concluido.

8 De modo que no hay sospecha de alguna ideología nacional se desarrolle en estas afirmaciones, sino una constatación fáctica de un posible fracaso del concepto de desarrollo asociado al crecimiento de la producción tecnológica, podemos leer en la sección económica de Folha de São Paulo, de 9 de abril del presente año declaraciones de economistas, ejecutivos y líderes de investigación de organismos como el IPEA, quienes demuestran que seguimos siendo exportadores de media y baja tecnología e importadores de alta tecnología (“lo que cuenta” en términos de equilibrar la balanza y pasando la fase económica): “Brasil ha perdido el rumbo (del desarrollo de la industria electrónica). Hoy tienes una industria tecnológica que es básicamente de ensamblaje, dice Ivair Rodrigues, gerente de investigación de IDC, una consultora especializada en tecnologías de la información”. Y más adelante: “Para algunos economistas, como Augusto López-Claros, director ejecutivo del Foro Económico Mundial, el proceso de ensamblaje de componentes puede ser solo un paso: ‘muchos países, Corea, por ejemplo, ya pasaron por esta fase’. Pero para que esto sea sólo una etapa transitoria, advirtió, se necesitarán inversiones urgentes en educación en Brasil” (Folha de São Paulo, 09/04/2005, p. B-1, artículo de Maeli Prado y Cíntia Cardoso).

Para ejemplificar: en el momento de la reforma universitaria, durante el período militar, con la creación del ciclo básico de disciplinas, incluyendo posteriormente la “especialización disciplinar” por carreras, al contrario, no se podía deducir a priori que la investigación de pregrado fuera prescindible. Los departamentos tenían sus proyectos de investigación centrados en profesores titulares o adjuntos, incorporando monitores, ayudantes de investigación, ayudantes etc. La actividad era minoritaria en el sistema, pero existía, variando en intensidad y volumen según las instituciones y sus tradiciones, y los diferentes campos disciplinarios.

El primer proyecto de investigación significativo, que logramos coordinar en la Universidad Federal de Paraíba, en 1970, por ejemplo, se realizó en el nivel de pregrado del Departamento de Ciencias Sociales e incorporó a varios estudiantes como becarios o “asistentes de campo”, desempeñaban el mismo papel y realizaban las mismas tareas que los actuales becarios de iniciación, perfeccionamiento, apoyo técnico etc. vinculados a nuestros estudios de posgrado.

La ruptura con la práctica investigativa a nivel de pregrado, generada durante el régimen autoritario, y la decisión de concentrar la investigación científica en programas de posgrado o en institutos superiores de investigación, significó un duro golpe a ese nivel de estudios, perjudicando profundamente su desarrollo posterior, al menos en términos cualitativos.

La desvalorización de este nivel educativo –la graduación– y el consecuente vaciamiento de la demanda de docentes interesados en formarse para la docencia en el tercer grado, se incrementó a partir de la década de 1980, alcanzando auge en la década de 1990. En torno al curso de doctorado se formó un “cono” social competitivo, vaciando progresivamente, a su vez, el nivel muy inicial de los estudios de posgrado orientados a la docencia/investigación, destinados a formar maestrías: el nivel de maestría académica. El cambio en la concentración de las actividades de investigación al nivel de doctorado fue cuestión de tiempo y se produjo en el breve espacio de una década, los años noventa.

Irónicamente, esta elitización ha producido, en la actualidad, su contrario, que es la desvalorización económica del título de doctor. Por un lado, la plétora de egresados en relación al sistema universitario público, considerando el cierre institucional del mismo por concursos amplios desde hace más de una década (contrataciones en “gotas”, generalmente para reponer vacantes por defunciones y jubilaciones) no absorbe a los nuevos doctores en la docencia del ya saturado postgrado. Por otro lado, existe una incapacidad manifiesta del sistema educativo privado, mercantilizado y sin espacio institucional para la

investigación (a excepción de las grandes universidades confesionales y algunas universidades privadas con proyecto pedagógico) para absorber mano de obra calificada, en aumento, costo/hora que representan los médicos, aunque sea de unos pocos reales. Según Renato Mezan, reconocido profesor de la PUC de São Paulo, en su brillante análisis sobre la “doctoralización” de la educación superior:

La ‘discriminación de los médicos’, por razones que bordean el ridículo –otros R\$ 10 por hora de clase– es la mayoría de las veces uno de los escándalos más grotescos que encontramos en este montón de aberraciones que la educación superior en este país se ha convertido. (Mezan, 2005, p. 3).

Se puede ver el constante crecimiento de médicos desempleados en el sistema, ya que están sobrecalificados para los puestos disponibles en el mercado laboral brasileño, ya que nuestras grandes empresas no tienen tradición de invertir en investigación, a diferencia de las naciones centrales del capitalismo, especialmente los Estados Unidos. La tecnología producida en el país en algunos sectores estratégicos de la economía actual, con el objetivo de ser internacionalmente competitivo, cuando lo es, es gracias al conocimiento y la práctica de la investigación académica. Incluso las excepciones, en este caso, aún mantienen, de una forma u otra, un vínculo umbilical con los institutos universitarios de investigación.

Un comentario cauteloso respecto de las normas vigentes, para no dar la impresión, en esta era del conocimiento y la información, de nostalgia por el Antiguo Régimen de la educación superior⁹, debe hacerse en relación con la formación de médicos de los últimos 15 años. A diferencia del proceso pedagógico vigente en las décadas de 1970 y 1980, cuando la formación de un médico, al menos en el área de las Ciencias Sociales, podía tomar casi una década, y una maestría, de cuatro a seis años¹⁰, en el “formato compacto” actual (cuatro y dos años, respectivamente) –una vez más, a nuestro juicio, inseparable de la categoría institucional de productividad– no se forma un médico, sino un especialista en una línea de investigación, normalmente la del supervisor.

9 Conocemos el papel de la investigación científica en la transformación de la vida natural, del medio ambiente y de la propia vida social desde el inicio de la modernidad (Luz, 2004b). Esta colocación se realiza desde las primeras páginas del artículo, y como investigador no nos interesa restarle protagonismo. El objetivo aquí es analizar las condiciones sociales e institucionales en las que se produce la investigación científica y sus daños a la salud.

10 Por supuesto, hay variaciones en la imagen impresionista esbozada aquí. Un ejemplo: por necesidades académicas personales e institucionales (formar médicos para el programa), desarrollamos nuestro doctorado en Ciencias Sociales en la USP en un tiempo récord para la época, 51 meses, entre 1974 y 1978, pero según diferentes áreas disciplinarias, esto podría ser un término promedio. Por otro lado, se conoció de casos –no raros– de profesores del área de Ciencias Humanas que arrastraron sus estudios de doctorado por cerca de una década, sin poder defender sus tesis, hecho que también pudiera ocurrir en la maestría.

En general, este “experto” no sabe, ni tiene voluntad de enseñar¹¹, es decir, de enseñar y orientar, interesándose únicamente en su carrera como investigador. Esto se puede resumir, dependiendo de sus aspiraciones, en la publicación de artículos en revistas de calidad A de su área, la eventual orientación de otros “expertos”, la presentación de trabajos en eventos científicos nacionales e internacionales, así como la realización de posgrados, pasantías estudios de doctorado, generalmente financiados por las agencias de financiamiento de investigación del país¹². Lamentar, en este formato institucional, por falta de espacio y función, la desaparición del maestro, es decir, creador de otros maestros, animador de nuevos investigadores, inventores, innovadores. Evidentemente, también estamos hablando aquí del formador de otros profesores, con características similares a las de su maestro, ante la desvalorización de la función docente en el binomio dicotómico docencia/investigación. Finalmente, desaparece el formador de esos recursos humanos que realmente necesita un país de economía periférica para superar el gran desafío del desarrollo: la reproducción no sólo del productor de nuevos productos (tecnológicos o no), sino de formas innovadoras de pensar, de creadores que cambien el lenguaje de la investigación y su forma de crear productos (tecnológicos, intelectuales), en el sentido de superar la brecha socioeconómica que nos separa del centro del dinamismo capitalista.

Un hecho importante merece ser mencionado aquí, junto con la desvalorización social del profesor, por la reducción de las actividades centrales de la universidad al ejercicio de la investigación: es el no reconocimiento institucional que, si por un lado hay doctores sin vocación ni voluntad de enseñanza, también los hay que tienen una vocación explícita limitada a la transmisión de conocimientos y, a través de esta transmisión, a la formación de nuevos docentes e investigadores. Una vez más, el profesor Mezan aclara y nos ayuda con su reflexión:

Sin querer descalificar el rol de investigador, debemos reconocer que muchos profesores, con o sin título, no tienen vocación de producir nuevos conocimientos, que es lo que significa la palabra ‘investigación’ en el sentido académico. Su talento es transmitir los conocimientos existentes, algo tan necesario como la investigación, sobre todo en los cursos de pregrado, en los que se trata de dotar al estudiante de los conocimientos ya acumulados en esa área de estudio (Mezan, 2005, p. 3).

11 Hemos tenido la oportunidad de participar en juntas examinadoras de profesores de doctorado como puerta de entrada a la formación universitaria de nivel adjunto (como en el caso de las universidades federales): es lamentable la mediocridad de las clases impartidas por algunos de estos candidatos, aprobado gracias a sus CV Lattes [NT: base oficial de los currículos vitae en lo sistema de ciencia, tecnología e innovación en Brasil] y la entrevista, que esconden su incapacidad pedagógica.

12 El proceso postdoctoral en curso de los cursos de posgrado es impresionante. Ya no basta con ser un “simple” médico, es necesario, en beneficio de su currículo, que el profesor/ investigador realice “cursos” postdoctorales que pasan a ser vistos como una licenciatura, y ya no como pasantías, convirtiéndose en diferencial en concursos públicos para la carrera docente.

De hecho, en la actualidad es impensable que un docente se dedique especialmente a la enseñanza (¡por no decir sólo!), especialmente a la canónica, es decir, al conocimiento acumulado en el área. En los estudios de postgrado en sentido estricto, aunque todavía se habla del binomio docencia/ investigación, la actividad central de los programas está completamente centrada en la investigación, que es, desde nuestro punto de vista, una de las razones que explican la especialización de los doctores en líneas de investigación. La formación de médicos se ha convertido, en los últimos años, en una verdadera obsesión de las políticas educativas y de ciencia y tecnología¹³. Desde nuestro punto de vista, es la radicalización del “investigacionismo” como estrategia pedagógica para superar la dependencia tecnológica que mencionábamos páginas atrás, lo que expresaría y explicaría, según esta lógica, nuestra actual situación de “atraso” frente a del avance económico del núcleo de la economía capitalista.

Una vez más, confirmamos nuestro punto de partida reflexivo: esta es una opción trágica en términos de política educativa, porque cuanto más se concentra la práctica de la investigación en la cumbre educativa, más valoramos, elitizando, la actividad investigadora, en detrimento de la calidad de la educación superior como actividad central para la formación de recursos humanos, menor capacidad tendremos para crear una sociedad sostenible en términos de producción, consumo, políticas públicas y convivencia social. Porque la base educativa del país, desde la escuela primaria hasta la graduación universitaria, se va desvaneciendo, perdiendo contenidos de integración e inserción social y económica.

Nuestra escuela primaria, en centros urbanos como Río de Janeiro, comienza a someterse al orden del crimen organizado. El narcotráfico y las iglesias pentecostales integran más que la escuela a las comunidades urbanas más necesitadas. Es imperativo reconocer que nuestra actividad investigadora, especialmente en los estudios de posgrado, aún tiene poco que ver con esta dura realidad. ¿Es realmente este destino social al que aspiramos como educadores?

En este sentido, es muy importante reconocer que la propia comunidad universitaria está dividida en cuanto a la dicotomía docencia/investigación (ni siquiera mencionemos aquí la tercera actividad medular de la universidad, denominada “extensión”, desde nuestro punto de vista, resultado de la distancia

13 A juzgar por el informe del 10/04/2005 de O Globo, titulado “Solo el 38% de las universidades del país tienen doctorado”, (p.12, O País), por la reforma universitaria cuyo proyecto se discute, la existencia de la formación de médicos se convertirá en una condición de supervivencia para las universidades o grupos universitarios privados. El supuesto de política gubernamental es que los cursos de maestría y doctorado demuestren que la universidad o complejo universitario privado apuesta por la investigación, ya que formará doctores, en el corto o mediano plazo. Esta es una suposición temeraria, además de ingenua, considerando las estrategias que pueden desarrollar las universidades o los grupos de educación universitaria privada (algunos ya desarrollan para la simple acreditación de maestrías) para “acreditar” que están realizando investigación. Prometeo atado: análisis sociológico de la Categoría de Productividad.

entre los dos primeros de la realidad Social). Los profesores doctores, que vienen experimentando un gran crecimiento en la formación universitaria desde la década de 1990, sin duda tienden a considerar la actividad investigadora como una prioridad sobre la docencia, especialmente la docencia de grado. Cualquier intento de reconocer como prioridad en la formación de recursos humanos el núcleo de la actividad docente es visto como un intento de subestimar el núcleo de la actividad de investigación, y de transformar la universidad en “escuelas de tercer grado”, tendencia que se manifiesta en universidades o grupos universitarios privados. Como los doctores, por obligación institucional, se ocupan primordialmente de la investigación, buscan mejorar esta actividad y la docencia a través de esta actividad.

Es en esta comunidad donde la productividad, como requisito para la cualificación del investigador –que, de hecho, tiende a volverse progresivamente “dura”– encuentra sus mayores apoyos. Los evaluadores de los comités asesores de las agencias financiadoras son generalmente reclutados entre médicos con más de cinco años de trabajo de posgrado y con producción bibliográfica creciente. No son ni juniors ni seniors: están en ascenso o en el apogeo de sus carreras. Suelen ser competitivos y, en ocasiones, “más realistas que el rey”, es decir, suelen aplicar con rigor los requisitos de las agencias.

Estos son los “pares” que evalúan a sus colegas en sus áreas de competencia, a menudo sus competidores. Es cierto que muchas veces tratan de tener una visión de conjunto de su zona, de modo que se respete el “promedio productivo” de la misma, manteniendo una perspectiva integral de la productividad en su campo. Pero también es cierto que muchas injusticias contra los investigadores/docentes con méritos se cometen por el excesivo rigor de sus pares. Es por ello que consideramos, volviendo al tema introductorio de nuestro trabajo, que el buitre mitológico mencionado en la primera página es representado actualmente por la propia comunidad científica, la cual, ratificando el poder olímpico del Estado, devora continuamente el hígado de los pequeños. Prometeo de la investigación, sin dar cuenta de su actitud autofágica.

Referencias

- Bohmení, H.; Birman, J. (Orgs). (1991). **As assim chamadas ciências sociais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Bourdieu, P. (1989). **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (1998). **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fiori, J. L. (1998). Globalização, hegemonia e império. In: Tavares, M. C., & Fiori, J. L. *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes, 87-147.

- Fiori, J. L. (2001). Sistema mundial: império e pauperização para retomar o pensamento crítico latino-americano. In: Fiori, J. L.; Medeiros, C. Polarização mundial e crescimento. Petrópolis: Vozes, 39-75.
- Êsquilo. (2004). **Prometeu acorrentado**. São Paulo: Martin Claret.
- Furtado, C. (1984). **Cultura e desenvolvimento em época de crise**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Furtado, C. (1974). **O mito do desenvolvimento econômico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.
- Hardt, M., & Negri, A. (1997). Império. São Paulo: Record, 2001. Kurz, R. **Os últimos combatentes**. Petrópolis: Vozes.
- Luz, M. T. (1997). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, 7(1), 13-43.
- Luz, M. T. (1979). **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal.
- Luz, M. T. (1982). **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal.
- Luz, M. T. (1991). O futuro do ensino das ciências sociais: por uma ética pedagógica. In: Bohmeni, H.; Birman, J. (Orgs). **As assim chamadas ciências sociais**. Rio de Janeiro: Relume Dumarã.
- Luz, M. T. (2000). Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 5(2), 293-312.
- Luz, M. T. (2001). Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 17-37.
- Luz, M. T. (2003). **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades Médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 17-37.
- Luz, M. T. (2004). **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2004a). Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 9-20.
- Luz, M. T. (2005). Prometeu acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva [online], 15(1), 39-57. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000100003>.
- Mezan, R. (2005). O escândalo dos doutores. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 mar.2005, Caderno MAIS!, 3.
- Skidmore, T. (1975). **Brasil de Getúlio a Castello**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Tavares, M. C., & Serra, J. (1976). “Além da estagnação: uma discussão sobre o estilo de desenvolvimento recente no Brasil”. In: Serra, J. **América Latina**: ensaios de interpretação econômica. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

El futuro del libro en la evaluación de los programas de postgrado: ¿Una cultura del libro sería necesaria?¹⁴

Madel T. Luz

El libro: ¿una cultura en crisis?

Ciertamente, el cambio tecnológico producido en las últimas décadas del siglo pasado en las formas de comunicación o, en términos más comúnmente utilizados, en la difusión del conocimiento científico o artístico, trajo lo que puede llamarse, desde el siglo XVII, la cultura del libro, una situación problemática, diríamos incluso de crisis.

¿Qué entendemos aquí por la expresión cultura del libro? No nos referimos sólo a una forma específica de difusión sistemática de información y descubrimientos a través de un objeto material con determinadas características –papel, imprenta, tinta gráfica: nos referimos al libro como depósito central, en la cultura moderna, no sólo de transmisión del pensamiento estructurado en forma de filosofía, ciencia o arte, o la difusión de información considerada socialmente importante, pero también la circulación de la imaginación, los comportamientos y los sentimientos humanos. En definitiva: la expresión formal de la cultura en todos sus aspectos. Es lo que aquí denominamos “cultura del libro”. Cabe señalar que esta cultura ha dominado la historia de la educación desde el siglo XVII. Prácticamente toda la pedagogía de los últimos tres siglos se ha basado en el libro como herramienta didáctica básica. De hecho, en última instancia, se podría hablar de una civilización del libro en la modernidad.

Sucede que el libro como instrumento de transmisión cultural se basa en un tipo específico de lengua, la lengua hablada y escrita por las personas, independientemente de la lengua en que se exprese. Se debe hacer una excepción, por supuesto, a las obras científicas escritas en lenguajes muy abstractos –prácticamente codificados–, especialmente matemáticos, o asimilados a él, que, aun así, tienen el desarrollo del razonamiento con sus enunciados mediados por el también llamado lenguaje literario, incluso conciso, en el sentido de mostrarles la lógica en la secuencia del proceso demostrativo/explicativo.

14 Publicado originalmente em português en Interface - Comunic, Saúde, Educ, (Luz, 2005).

El libro es, así, también un lenguaje en sí mismo, un código y un mensaje a la vez, un lenguaje soportado por el lenguaje, materializado en los modismos, cada uno con sus normas sintácticas y gramaticales, requisitos formales para la expresión del contenido, reglas de estilo etc.

En definitiva, es un objeto de comunicación de gran complejidad, diferente de otras formas de material impreso, como los folletos, panfletos, manuales y “calendarios” de todo tipo, todos ellos contemporáneos al libro, por ser el resultado de la misma matriz, la imprenta, e hijos del mismo padre de la modernidad escrita, Gutenberg.

Si al conjunto de requisitos lingüísticos de la producción de un libro sumamos toda la progresiva acumulación histórica de normas de expresión referentes a las diferentes disciplinas que constituyen el árbol del conocimiento humano, tendremos una idea aproximada de la complejidad del objeto libro como transmisor de cultura, ya sea artística o científica. Pues el “estilo”, si nos atrevemos a usar libremente esta expresión en relación al lenguaje de las ciencias –característico de las disciplinas– es bastante específico (especializado sería un término más apropiado hoy en día) en cada una de ellas, no siendo admitida por las respectivas comunidades de autores e investigadores, “importaciones” o “transferencias” de formas de expresión o de contenido –es decir, de lenguaje– de unos a otros sin mayores restricciones de carácter metodológico y epistemológico. El autor, especialmente, el autor científico, es justamente ese agente social que sabe, y sabe hacer bien frente a todos estos requisitos, transgrediéndolos pocas veces, y cuando los transgrede suele ser en el sentido de promover el avance del conocimiento en su disciplina. El autor no es el actor principal del proceso que generó la obra, sino la obra misma, es decir, el libro. En lenguaje teatral se diría: lo que importa es el personaje y no el actor. El personaje es el libro, y el actor es el autor, encargado de “dar a luz” a su personaje del libro. Esto sí, por sus características de fuerza innovadora en términos de lenguaje y contenido, puede provocar cambios importantes en el conocimiento, en la forma de expresarse –lenguaje– o en la conducta humana.

La desvalorización del libro en la cultura contemporánea: ¿fin de un ciclo civilizacional?

Suele producirse un momento de confusión cultural cuando este objeto secular (algunos estudiosos incluso afirman que es milenario, si consideramos los pergaminos y otras formas de “escritura” del libro no impreso, como personajes de civilizaciones antiguas u orientales) pierde su espacio privilegiado de transmisor de conocimiento y arte, como ocurre actualmente. No nos referimos simplemente al objeto material, ya que

actualmente el libro puede adoptar diversas formas, entre las que destaca la virtual, tan de moda en la actualidad, pero sobre todo el objeto simbólico, cuyos contenidos son el centro de transmisión de la cultura.

Otras formas de expresión impresas, abreviadas o codificadas, derivadas del libro (no nos detendremos aquí en el análisis de la explosión contemporánea de lenguajes centrados en la imagen, ni en la mezcla imagen/palabra codificada, dominante en el mundo de lo virtual comunicación que, es seguro, pronto alcanzará difusión científica, y su impacto en el libro), especialmente el artículo, o más simplemente el papel impreso, que designa la publicación de un momento particular de la investigación científica, o su conclusión, tuvo lugar, desde finales del siglo XIX, cada vez más el espacio de difusión de la ciencia, y luego del arte, habiéndose generado jerarquías de valor en la difusión del conocimiento. Estas jerarquías valorativas de las formas de expresión y difusión de la investigación, impulsadas por la autoridad epistemológica de las llamadas ciencias exactas o “duras”, se tornaron progresivamente discriminatorias del libro como expresión de producción de conocimiento. Tales jerarquías, provenientes del propio mundo académico, es decir, básicamente del liderazgo de las grandes universidades e institutos de investigación, tendieron a institucionalizarse en los últimos veinte años en agencias públicas de financiación de la investigación, centrales o estatales, en las que también predominan los líderes de investigación de las ciencias duras, creando un status quo tácito de desvalorización académica de esta forma de transmisión y difusión del conocimiento, científico y artístico, en la mayoría de las ramas del árbol del saber. Incluso en las ciencias humanas, hasta hace quince años centradas en el libro para la difusión de sus actividades, existe una concepción creciente de que el libro es un instrumento “menor” de difusión de los resultados de la investigación o incluso producción innovadora de conocimiento, habiéndose incrementado claramente en la última década la proporción de artículos en el campo, afirmando así la marca de la hegemonía del “estilo” de la comunicación de las ciencias exactas en la difusión del conocimiento científico. Desde nuestro punto de vista, la progresiva pérdida del “estilo” de comunicación de las ciencias humanas en la difusión del conocimiento repercute negativamente en la propia producción del conocimiento.

Hasta tal punto que está presente en la comunidad académica una concepción tácita de que el libro, como producción científica singular, constituida por un conjunto de contenidos disciplinares atribuibles a un autor, o incluso a varios, sería objetivamente inapreciable, siendo por ello prácticamente poco fiable como vehículo difusor del conocimiento, ya que el juicio sobre el carácter científico de los contenidos de este único objeto no se basaría en criterios objetivos de evaluación. Este ya no sería el caso del artículo, a ser

publicado en organismos de divulgación calificados, teniendo un conjunto de parámetros de evaluación, entre los cuales se destaca la revisión por pares, es decir, el juicio evaluativo del investigador y su producto por parte de los académicos trabajando en el mismo campo e investigando ejes temáticos similares o cercanos. Además de este criterio de certificación de calidad, existe otro criterio indirecto para establecer la calidad del producto del artículo, que es el número de citas del mismo en trabajos publicados sobre el tema, es decir, su “índice de impacto” en el campo.

Es habitual entender, en este contexto, objetivo como cuantificable, es decir, susceptible de ser evidenciado y reproducido, en términos de contenidos/enunciados, en términos de tablas, curvas o gráficos, pero cuantificable principalmente en cuanto a su número probable de lectores y sobre todo, que no es lo mismo, en cuanto al índice de citación de la obra (piense que un mismo lector puede citar varias veces la misma obra), lo que daría fe, por su “impacto” en el área, su calificación frente a la comunidad científica.

Llegados a este punto, llegamos a una paradoja: el criterio de impacto cuantitativo no garantiza que el artículo producto sea efectivamente innovador u original, es decir, no nos dice nada sobre su calidad efectiva. Si en el origen del proceso de publicación, a juicio de los árbitros del organismo divulgador, existen parcialidad, en contra o a favor del producto, nunca se sabrá si el producto es o no científicamente relevante. El valor del artículo científico en términos de contenido es así, en cierto modo, inefable. Lo que ya no es el caso de un objeto de arte, o incluso un libro, cuya calidad es inmediatamente perceptible. En el caso de la evaluación de artículos, se debe suponer que los árbitros actúan libres de valores y elecciones metodológicas o teóricas previas, es decir, de preconceptos. Se supone que son neutrales.

Para las ciencias sociales no existe neutralidad axiológica en la construcción del conocimiento.

Cuando se considera el reducido número de vehículos de difusión existentes en relación a la oferta de obras, dado el crecimiento de las actividades de investigación en las últimas décadas, la inclusión de un artículo en un vehículo constante de las bases “calidad” antes mencionadas, la lucha por el acceso a estos vehículos transforma dichas bases en una pirámide social jerarquizada para la difusión del conocimiento, y en este caso no sólo de las obras –o de sus autores– sino principalmente de los propios vehículos de difusión. Esta jerarquía suele generar dos distorsiones académicas principales:

1. Un artículo/autor se evalúa como más o menos importante, no en función del posible carácter innovador o creativo de la obra, sino en función del lugar que ocupa el vehículo de difusión en la jerarquía de vehículos en relación con la(s) base(s) de calificación (“Qualis”), existente en el campo en el que se inserta la obra. Ahora bien, tales bases son socialmente generadas, es decir, organizadas con elecciones de criterios de clasificación específicos en el campo en el que se insertan, guiadas en función de estas elecciones de criterios por agentes sociales específicos, individuales o grupales, que también tienen intereses específicos en sus respectivas áreas, en términos de estatus, prestigio y poder en el campo científico en el que operan;
2. Ratificadas académicamente las jerarquías de vehículos, los autores desencadenarán un proceso competitivo desenfrenado para publicar sus obras en estos mismos vehículos, buscando consolidarse de forma permanente como autores de referencia.

Como consecuencia, tiende a formarse una tendencia a la circularidad en las citas de autor, dando lugar a un círculo vicioso ya conocido académicamente (los mismos autores citan siempre las mismas obras/autores).

En resumen: publicar un artículo en una revista de nivel A, no se refiere, en sí mismo, a la creación científica ni a la innovación tecnológica, sino en general a la reproducción del conjunto disciplinario de conocimientos establecidos, que Kuhn denominó “ciencia normal”.

Por otro lado, trabajos originales e innovadores son continuamente publicados por jóvenes investigadores en vehículos de un nivel menos calificado, o incluso, en ocasiones, no incluidos en las bases de datos “calidad”, por lo que no son considerados como producción ni por sus pares ni por las agencias de investigación de promoción de la investigación. Desde nuestro punto de vista, esto tiende a ratificar las bases para calificar los vehículos de radiodifusión como hechos culturales, es decir, como producto de la construcción de agentes que incluyen en esas construcciones intereses específicos en términos de estatus y prestigio social en sus campos, y acciones sociales de acuerdo con esos intereses.

El futuro del libro en los procesos de evaluación de los programas de posgrado de la CAPES: ¿sería necesaria una cultura del libro en Brasil?

En cuanto al libro como un objeto singular perceptible, que “habla por sí mismo” –mención aquí de la idea de “carácter”, hecha páginas atrás– para ser efectivamente evaluado, es decir, sobre si realmente contribuye o no al avance del conocimiento en el campo en que se inserta, en términos de originalidad,

innovación o cambio, ya sea en su contenido sustantivo o en su lenguaje, requiere la construcción de parámetros objetivos específicos de evaluación. Dichos parámetros son, en principio, irreductibles a los cuantitativos ligados a las bases de calificación de vehículos aquí analizadas, ya que los libros deben evaluarse básicamente en función de la calidad de sus contenidos. Las bases de datos “calidad” son generalmente privadas y costosas (recién en esta década comienzan a aparecer las bases de datos públicas para la clasificación/inclusión de vehículos, construidas sobre criterios estrictamente académicos y bibliotecnológicos, con la participación de destacados investigadores de todas las áreas del conocimiento) y pretenden enmarcar los vehículos que difunden trabajos de investigación en ciencias cuantificables, cuya calidad innovadora en términos de producción de conocimiento no puede, como vimos anteriormente, tener una noción exacta, no se aplican a los libros.

Los parámetros de evaluación de los libros están, a su vez, aún en construcción. Diríamos aún más en el debate en este punto. Como investigadores, especialmente de las ciencias humanas y sociales, no sólo debemos esperar la construcción de estos parámetros, sino anticiparnos a ella, participando activamente en ella, buscando comprometernos con los resultados de su construcción. Desvalorizar, en este momento, o aceptar la devaluación del libro como principal instrumento de difusión de la cultura científica y artística, sería demostrar, en Brasil, una concepción atrasada de la difusión del conocimiento en la cultura mundial contemporánea, al mismo tiempo, en una época en la que, en Europa, o al menos en Francia, el libro muestra una gran revitalización como difusor de la ciencia y el arte. En Francia, donde escribimos estas páginas, la cultura del libro, amenazada por la “cultura de la imagen”, es objeto de debates patrocinados tanto por el gobierno como por instituciones sociales y fundaciones privadas, como empresas y editoriales. En las escuelas, universidades y museos –que aquí son centros vivos de transmisión cultural– así como en los medios de comunicación en general, tanto la imagen, la impresa como la hablada, el libro, más que un personaje, es un verdadero actor social. Es tema de debates diarios en canales abiertos de televisión, estaciones de radio, conferencias académicas, exposiciones, incluso en cafés. Evidentemente, allí están siempre presentes los autores, sus críticos, sus interlocutores académicos, representantes de la sociedad civil, de los partidos y del Estado. Finalmente, se puede decir que existe una sólida cultura del libro, a pesar del real choque con la civilización de la imagen que, más que anunciada, ya está instalada en todo el mundo. Pero no causa el daño que ha hecho en países como Brasil, donde el libro como transmisor de conocimiento estaba restringido a una pequeña porción de la población.

En otras palabras, no cabe duda aquí del carácter central del libro en la difusión del conocimiento científico y artístico. Sigue siendo el elemento noble de la producción artística y científica, independientemente de los trabajos científicos publicados en importantes revistas.

Ya no se puede decir lo mismo de Brasil, a pesar de los recientes esfuerzos por reconocer el libro (o el capítulo de un libro de colección) como una producción científica eficaz, vinculada a la actividad investigadora con los órganos centrales de promoción de la investigación, especialmente la CAPES.

La mentalidad que aún prevalece en el mundo académico es la de descalificar el libro como producción de conocimiento de primera magnitud. En nuestros años de experiencia como miembro de CA del área (Salud Colectiva) tanto de la CAPES como del CNPq, y de comités de análisis y creación de parámetros de evaluación del libro ABRASCO (Asociación Brasileña de Estudios de Posgrado en Salud Colectiva) desde finales de la década de 1990, venimos llegando a un consenso en nuestra área de que existen al menos cinco parámetros de evaluación a considerar en el caso de los libros (incluidas las colecciones):

1. La *fuentes editorial*, es decir, el editor, debe contar con la confianza de la comunidad científica/artística del campo en el que actúa (tradición de calidad). No necesita ser, para ello, de titularidad estatal, ni estar vinculada a universidades o institutos de investigación. Su tradición cualitativa debe ser atestiguada no sólo por: a) la calidad de los libros que editó a lo largo de su trayectoria; b) la regularidad con que lo hizo, pero también; c) por la posibilidad de editar obras originales e innovadoras en el campo, ya sean sus destacados autores reconocidos o sus jóvenes talentos. Las casas editoriales universitarias, por su vinculación con los investigadores, tienen la oportunidad de responder mejor a este último ítem, pero algunas en el mercado editorial, especialmente en las ciencias humanas: filosofía, psicoanálisis, sociología, comunicación etc., también lo hacen. No es necesario, por supuesto, que el editor haya producido *bestsellers*, en un país donde un libro producido por una investigación específica generalmente no puede exceder los dos mil ejemplares. Porque el editor de libros que difunde el conocimiento no se guía por la lógica de la gran cantidad de tiradas o ejemplares;
2. La existencia de un cuerpo o consejo editorial respetado en el campo, compuesto por investigadores líderes en el mismo campo o campos, es un requisito importante para calificar al editor. El consejo editorial podrá eventualmente solicitar opiniones a autores que actúan en

el área del libro en cuestión, buscando analizar la calidad del producto/libro, en términos de lenguaje, o contenido, generalmente ambos, con miras a su evaluación;

3. La existencia de series o colecciones relacionadas con las temáticas de las áreas a las que pertenecen las obras, coordinadas por un líder o equipo de autores del área;
4. La calidad de edición y revisión del objeto libro;
5. La persistencia del editor (que no sea la regularidad de la publicación) durante un período de tiempo determinado. Una editorial no puede tener una existencia efímera, como una tienda que vende productos importados, o similares.

En cuanto al producto libro: se debe asegurar, mediante los parámetros de evaluación aquí propuestos, si efectivamente contribuye a su contenido sustantivo, a su idioma o ambos, para el avance del conocimiento científico o artístico en su campo. Lo que quisiéramos dejar claro, al final de estas observaciones sobre el futuro del libro en las evaluaciones de los programas de la CAPES, es que tenemos la posibilidad de evaluar efectivamente el producto libro en su calidad y tener una noción objetiva de su aporte, existente o no, al área/campo de inserción. Este proceso relativo de construcción está en debate y en marcha, como señalamos anteriormente. Lo realmente preocupante es que no habrá futuro para el libro, en cualquier nivel de difusión del conocimiento, si no se construye entre nosotros una cultura del libro. Y en este campo, todo está por construir.

Referência

Luz, M. T. (2005). O futuro do livro na avaliação dos programas de pós-graduação: uma cultura do livro seria necessária?. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação [online], 9(18), 631-636. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300017>.

Cultura contemporánea y medicinas alternativas: Nuevos paradigmas de la salud al final del Siglo XX¹⁵

Madel T. Luz

La crisis de la salud y la crisis de la medicina al final del milenio

Este artículo plantea algunas hipótesis interpretativas sobre el crecimiento, en las sociedades occidentales, de la búsqueda y el uso de los sistemas terapéuticos comúnmente llamados “medicinas alternativas”, entre los que se incluyen no sólo las medicinas tradicionales de las culturas nacionales (o incluso regionales), sino también las medicinas tradicionales procedentes de Oriente, y la medicina homeopática.

El término “medicinas alternativas” no será objeto de discusión aquí. Se aceptará como el término institucional que efectivamente es, ya que fue enunciado originalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1962, definiendo, en singular (medicina alternativa), una práctica tecnológicamente despojada de la medicina, aliada a un conjunto de conocimientos médicos tradicionales. Se propuso como una “alternativa” a la medicina especializada y tecnocientífica contemporánea, con la intención de resolver los problemas de enfermedad de grandes grupos de población privados de atención médica en el mundo.

Más tarde, comenzó a designar prácticas terapéuticas diferentes de la medicina científica, generalmente adversas a ésta. Actualmente, el término es muy polisémico y designa cualquier forma de curación que no sea estrictamente biomédica. Por ello, el término “medicinas alternativas” no se considera aquí un concepto, sino una etiqueta institucional.

El crecimiento de estas “medicinas alternativas” se ha verificado tanto en los países conocidos como pertenecientes al Primer Mundo como en el llamado Tercer Mundo entre los que se encuentran los países de América Latina a partir, básicamente, de la segunda mitad de la década de 1970, alcanzando un pico en la década de 1980.

15 Publicado originalmente en portugués en la revista Phisys: Rev. Saúde Coletiva (Luz, 2005). Este artículo fue presentado como ponencia en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, celebrado en Cocoyoc, México, en junio de 1997. Se han realizado algunas modificaciones y revisiones del texto original. Este trabajo está en deuda con las sugerencias, afirmaciones y observaciones, conceptuales y fácticas, especialmente en lo que se refiere a las medicinas tradicionales indígenas, escritas para el presente trabajo por el profesor Raúl Mideros Morales, de la Universidad Andina Simón Bolívar, de Quito, Ecuador. Varias de sus sugerencias se han incorporado al texto, por lo que éste es en parte fruto de su colaboración.

Los intentos de interpretación que aquí se presentan se basan en la producción bibliográfica de dos proyectos de investigación coordinados por mí, desarrollados en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro desde 1982, el primero sobre la Homeopatía en Brasil (desarrollado entre 1982 y 1990) y el segundo, actualmente en su tercera fase, sobre los sistemas médicos comparados, titulado “Racionalidades médicas” (desde 1991 hasta hoy).

Las hipótesis interpretativas que se presentan, macro analíticas, son principalmente de carácter político-institucional y socioeconómico, aunque los aspectos culturales de la cuestión están bastante presentes y se analizan con cuidado. Sin embargo, en este trabajo no discuto los aspectos socioculturales a nivel micro de análisis, relativos a los actores específicos involucrados en el tema de las “medicinas alternativas”, como médicos, terapeutas, pacientes, religiosos etc., en sus relaciones de encuentro/desencuentro, conflicto/armonía o negociación. La generación de nuevas terapias a partir de individuos o grupos sociales específicos, aunque se considera importante, tampoco serán tematizadas.

Intento tematizar aquí el desarrollo de estas “medicinas” a partir de lo que considero una doble crisis en la sociedad actual: sanitaria y médica, que implica culturalmente las relaciones entre la medicina y la sociedad, en este fin de siglo, como base del éxito de las “medicinas alternativas”. Es cierto que no caracterizo esta “crisis” como un simple efecto de la evolución del capitalismo, en su momento actual de globalización, de transformación de la base productiva, de las relaciones de trabajo, del consumo etc., sino que localizo las raíces socioeconómicas de lo que trato como una crisis de la salud y de la medicina.

Propongo también, como hipótesis complementaria, la cuestión de la propia racionalidad médica en su relación con la cultura contemporánea como uno de los elementos explicativos básicos de la doble crisis que analizo, así como la huida de la clientela en busca de otras racionalidades terapéuticas, que priorizan en su modelo al sujeto enfermo y su cuidado.

Crisis sanitaria

Creo que la aparición de nuevos paradigmas en la medicina está vinculada a varios acontecimientos, situaciones y condicionantes complejos, de carácter socioeconómico, cultural y epidemiológico al mismo tiempo. Entre estos acontecimientos fundamentales, destaca un conjunto de hechos y situaciones que pueden denominarse “crisis de la salud”, característicos del fin de siglo y del milenio.

La crisis sanitaria puede verse, en primer lugar, como el fruto o el efecto del crecimiento de las desigualdades sociales en el mundo, considerando aquí las sociedades del capitalismo avanzado (predominantes en el Primer Mundo), las del llamado capitalismo dependiente (predominantes en el Tercer Mundo), las sociedades surgidas del naufragio del socialismo, y el conjunto de países subdesarrollados del continente africano, a veces llamado Cuarto Mundo. Este conjunto forma un grupo sometido a las leyes de una economía capitalista que ha llegado a una etapa de internacionalización y dominio total del planeta, un proceso que los economistas y politólogos han denominado “globalización”.

Esta crisis se agudiza especialmente en sociedades donde existe una profunda desigualdad social, como en el continente latinoamericano, con la actual alta concentración de la renta que genera graves problemas de carácter sanitario, como la desnutrición, la violencia, las enfermedades infecciosas y contagiosas, las enfermedades crónicas degenerativas, además del resurgimiento de viejas enfermedades que se creían en fase de extinción, como la tuberculosis, la lepra, la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, que se combinan con nuevas epidemias como el SIDA. Todo esto, sin mencionar el consumo de drogas como la cocaína y el *crack*, que ha crecido en mayor proporción entre nosotros que en los países del Primer Mundo.

Todas estas son cuestiones que podrían controlarse, o incluso prevenirse, con políticas sociales adecuadas, si los gobiernos de estos países estuvieran comprometidos con la salud de la población, y no con la actual ola político-ideológica neoliberal, que ha generado políticas económicas y sociales que agravan la situación sanitaria descrita. Esta cuestión, muy discutida por los mismos economistas y politólogos que discuten la globalización como un hecho económico, no es objeto de este trabajo, siendo sólo enunciada aquí como uno de los elementos básicos de la crisis sanitaria, que motivará indirectamente la búsqueda de otra racionalidad en salud por parte de las poblaciones.

Además, debido en gran medida a las condiciones socioeconómicas que dan lugar a la crisis sanitaria, se está desarrollando en el mundo capitalista lo que los sociólogos franceses que se ocupan de la relación entre la salud y la ciudad, entre ellos Michel Joubert, han llamado una “pequeña epidemiología de la mala salud”¹⁶, que afecta a millones de individuos en las poblaciones de casi todos los países en las grandes ciudades, provocando una situación permanente de sufrimiento para

¹⁶ Michel Joubert, del Departamento de Sociología de la Universidad de París 8, desarrolló, junto con otros sociólogos de su equipo, en la asociación de investigación RESSCOM (Recherches et Evaluations Sociologiques sur le Social, la Santé et les Actions Communautaires) un proyecto de investigación aprobado por el Instituto Nacional de Estadística y Estudios de la Población de Francia (INSEE), durante la primera mitad de los años 90, en el que una encuesta sociodemográfica verificó la presencia de un malestar difuso presente en gran parte de la población urbana trabajadora, desempleada o jubilada.

los ciudadanos y la pérdida de muchos millones de dólares al año para las economías de estos países debido a los días de trabajo perdidos.

Creo que este “malestar” colectivo puede verse como un fenómeno de naturaleza tanto sanitaria como cultural, que tiene sus raíces no sólo en las condiciones de trabajo del capitalismo globalizado, sino en la muy reciente transformación de la cultura que es su fruto.

Esta transformación conduce a una pérdida de los valores humanos ancestrales en la ética, la política, la convivencia social e incluso la sexualidad, en favor de la valoración del individualismo, el consumismo, la búsqueda del poder sobre los demás y el placer inmediato a cualquier precio como fuentes privilegiadas de consideración y estatus social.

El abrupto cambio de valores en los campos más importantes de la vida y la acción humana, sugerido o apoyado por poderosos medios de difusión cultural como la televisión, la radio, la prensa escrita en general y, principalmente, la publicidad y la propaganda, que afectan fuertemente a las poblaciones de casi todo el planeta, ha provocado una situación de incertidumbre y aprensión sobre cómo conducirse y qué pensar y sentir en relación con temas básicos como la sexualidad, la familia, la nación, el trabajo, el futuro como fruto de una vida planificada etc.

Además, la unificación mundial de las fuentes de información y difusión cultural ha provocado la ruptura de los patrones de las culturas nacionales e incluso regionales de los países, sustituyendo los antiguos patrones de identidad cultural por patrones homogéneos de cultura de masas. Paradójicamente, esta homogeneización “desde arriba”, es decir, desde el nivel central, ha proporcionado una fragmentación “desde abajo”, es decir, desde el nivel local, con el resurgimiento –o al menos la recuperación, o revalorización– de viejos patrones y formas particulares de expresión de la cultura, entre las que se encuentran las relacionadas con la salud y la medicina. Sin embargo, creo que la experiencia colectiva de esta situación de mutación cultural ha generado un cuadro de malestar y malestar social, con repercusiones concretas en la salud de los ciudadanos de diversas sociedades.

Crisis medica

La crisis médica, que debe distinguirse del panorama general que he esbozado anteriormente como crisis sanitaria, pero que no puede separarse de ella, debe analizarse en varios niveles de gran importancia, tanto en términos socioeconómicos como culturales. Nombraré aquí las principales, sin pretensión de

profundizar, en vista de los grandes objetivos de este trabajo. En primer lugar, destacaría el plan institucional, considerado por muchos como el principal, en la medida en que se traduce en programas de atención médica, especialmente los dirigidos a la población de bajos ingresos. A continuación, destaco el plan ético inmediatamente vinculada a la práctica médica, en la medida en que pone de manifiesto la pérdida o el deterioro actual de la relación médico-paciente, con la cosificación de los pacientes y la mercantilización de las relaciones entre el médico y su paciente, visto actualmente más como un consumidor potencial de bienes médicos que como un sujeto enfermo que debe ser, si no curado, al menos aliviado de su sufrimiento por los cuidados médicos.

Inmediatamente después, destaco el plano de la eficiencia institucional médica, en el que hay que destacar la pérdida, por parte de la medicina actual, de su papel terapéutico milenario, es decir, de su función como arte de curar a favor del diagnóstico, con el avance de las ciencias del campo biomédico, a través de la investigación cada vez más sofisticada de las patologías, sin igual consideración por los sujetos enfermos y su curación.

A continuación, quisiera subrayar la grave cuestión de bioética que implica la investigación biomédica, que actualmente se desarrolla en una progresión casi exponencial en el campo microanalítico nunca alcanzado por la ciencia: el nivel genético, una vez más sin una cuidadosa consideración del sujeto humano, directa o indirectamente implicado en ella.

También hay que tener en cuenta para el análisis el nivel corporativo, es decir, el de la profesión médica, que implica no sólo la cuestión de la ética profesional en términos de relaciones intracategoriales (cuestión de las especialidades médicas), sino también las relaciones intercatehólicas en el ámbito de la asistencia sanitaria (relaciones entre médicos/terapeutas, o entre médicos y otras profesiones, como psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales etc.), que han alcanzado en la actualidad un nivel de competencia serio, perceptible en los servicios públicos de salud. En este sentido, hay que destacar también la cuestión de las relaciones entre los profesionales de la medicina y los ciudadanos, especialmente en lo que respecta a la clientela de los servicios públicos, a menudo caracterizada por el conflicto o la hostilidad.

Tampoco se puede olvidar el plan pedagógico, de educación médica (médicos: ¿cómo, para qué y para quién?), y el plan político-institucional, de formación de recursos humanos para actuar en el área biomédica en sus diversos niveles –técnico, administrativo y de planificación–. Cabe destacar aquí la cuestión de la pérdida progresiva de la capacidad de las escuelas o facultades del área de la salud para

formar profesionales capaces de resolver, o incluso equiparar, los problemas de salud/enfermedad de una gran parte de la población, especialmente en países con grandes desigualdades sociales, es decir, los del Tercer y Cuarto Mundo.

Hay que subrayar, sin embargo, que lo que aquí designo como “crisis de la medicina” no significa absolutamente una crisis de su modelo de producción de conocimiento, ni un estancamiento de sus investigaciones. No se trata de una crisis de lo que Foucault designaría como *conocimiento médico*. Por el contrario, en lo que respecta a la “ciencia de las enfermedades”, la medicina lo está haciendo muy bien, revolucionándose constantemente a través de la producción de las ramas disciplinarias de la biociencia que le son más cercanas.

Hasta aquí he analizado la “crisis” mucho más en el plano ético, político, pedagógico y social. También podrían destacarse otros planos para su análisis, como suelen serlo, en la planificación sanitaria: el plano económico, de los costes crecientes de la tecnología médica y sus efectos institucionales y sociales; el plano de la irracionalidad de la organización de la medicina, centrada en un modelo de atención médica hospitalaria, en detrimento de las necesidades de atención primaria de la población, entre otros. No es el propósito de este trabajo analizarlos, aunque son aspectos político-institucionales importantes a tener en cuenta en la “crisis de la medicina” que intento esbozar.

Subrayo, sin embargo, que siempre que se analizan los ingredientes de la cuestión social de la medicina en la sociedad actual, se privilegian estos aspectos en el análisis de los gestores y planificadores, así como de los políticos del sector de la Salud, sin tener en cuenta los aspectos anteriores que he venido mencionando en estas páginas. En este caso, la “irracionalidad de la medicina” se reduce a un problema puramente de gestión o, a lo sumo, de políticas públicas adecuadas que hay que aplicar, controlar y evaluar.

Por último, hay que destacar aquí el plano de lo que llamo Racionalidad Médica¹⁷, en la medida en que el propio paradigma que rige la medicina contemporánea se ha alejado del sujeto humano sufriente como totalidad viva en sus investigaciones diagnósticas, así como en su práctica de intervención. También, en la medida en que este sujeto humano sufriente deja de ser el centro de su objeto (como investigación)

17 La categoría Racionalidad Médica fue construida por mí y mi equipo de investigación en el Instituto de Medicina Social de la UERJ entre 1991 y 1992 para el proyecto “Racionalidades Médicas”, un estudio comparativo de cuatro sistemas médicos complejos: la Medicina Occidental Contemporánea, o Biomedicina, la Medicina Homeopática, la Medicina Tradicional China y la Medicina Ayurvédica. Esta categoría, construida al estilo de un tipo ideal weberiano, establece que toda racionalidad médica supone un sistema complejo, estructurado simbólicamente y empíricamente en cinco dimensiones: una morfología humana (en la medicina occidental definida como anatomía); una dinámica vital (entre nosotros definida como fisiología); una doctrina médica; un sistema de diagnóstico; y un sistema de intervención terapéutica. A medida que la investigación avanzaba, se descubrió una sexta dimensión, que subyace a las anteriores, y que puede designarse como cosmología.

y de su objetivo (como práctica terapéutica). La situación de este doble distanciamiento generó una doble crisis, en la salud de las poblaciones y en la medicina como institución, detectada a partir de la segunda mitad del siglo XX, que parece haberse agudizado en los últimos veinte años. Fue esta doble crisis la que describí brevemente en la introducción de este documento.

Medicina y cultura en el fin del milenio

Tomo la conferencia de Alma Ata, celebrada en la Unión Soviética en 1978, como una marca histórica simbólica de la disociación entre salud, medicina y cultura. En él, el director general de la Organización Mundial de la Salud declaró la incapacidad de la medicina tecnológica y especializada para resolver los problemas de salud de dos tercios de la humanidad, haciendo un llamamiento a los gobiernos de todos los países para que desarrollen formas simplificadas de atención médica para las poblaciones necesitadas de todo el mundo, con el correspondiente esfuerzo en el campo de la formación de recursos humanos, utilizando para ello los modelos médicos vinculados a las medicinas tradicionales. “Salud para todos en el año 2000” fue el lema entonces.

Al parecer, en vísperas del tercer milenio, nunca hemos estado tan lejos de tal propósito, pues ya hay tres cuartas partes de la población mundial que carecen de salud, bien en el sentido más amplio, de condiciones colectivas de existencia adecuadas y saludables, bien en el sentido más estricto, de personas afectadas individualmente en sus funciones orgánicas y sistemas psicobiológicos, generando así un cuadro de crisis sanitaria internacional. Teniendo en cuenta el gran y continuo desarrollo de la tecnología y la ciencia en el campo médico, y su incapacidad para revertir tal cuadro, la búsqueda de otra racionalidad en la salud por parte de los distintos grupos sociales que conforman la clientela de la atención médica, e incluso por parte de los terapeutas profesionales, se convierte en una explicación razonable del éxito de los sistemas terapéuticos regidos por paradigmas diferentes a los de la medicina científica.

Además, por paradójico que pueda parecer a primera vista, la ideología hedonista de valoración del cuerpo, la individualidad, la belleza y la preservación de la juventud, asociada a la fisicultura, dio lugar a la aparición y desarrollo de nuevas representaciones del cuerpo, del individuo, de la persona y de la salubridad, que tienden a oponerse a las representaciones y concepciones de temas clásicamente vinculados a la cultura médica, como las de máquina o autómatas altamente organizados, en el caso del cuerpo; de división dualista cuerpo/mente, en el caso del individuo, y de separación hombre/naturaleza, en el caso de la persona.

Las nuevas representaciones sobre estos temas, apoyadas en la difusión por parte de los medios de comunicación de estándares “naturales” de consumo, belleza y salubridad, tienden a valorar un neonaturalismo ecológico como fuente de salud, y buscan superar la representación hombre/máquina en la cultura contemporánea.

Tales representaciones, por otra parte, encuentran apoyo, aunque en términos de negación, en un conjunto de hechos recientes de carácter medioambiental. Aquí es necesario mencionar el progresivo deterioro del medio ambiente planetario en la segunda mitad del siglo, producido por el desarrollo industrial basado en una tecnología invasiva y depredadora de la naturaleza, con los consabidos efectos de contaminación atmosférica, pluvial y marítima, erosión, colmatación, desertificación y depredación de lugares y nichos insustituibles de la naturaleza, poniendo en riesgo la diversidad biológica y la propia supervivencia de la Humanidad.

A esta “pérdida de la naturaleza” se asocia un gran malestar social, si podemos calificar como tal la preocupación del movimiento ecologista surgido en los últimos veinte años, y que no se limita a la cuestión del medio ambiente, sino también a la de la vida en su conjunto, incluyendo básicamente la cuestión de la salud humana. La recuperación de las categorías de *vida, salud, higiene*, entre otras, está ligada a esta “conciencia ecológica” propia del fin de milenio. Lo que también lleva a buscar otro paradigma en la salud, al menos en las grandes ciudades, o en las regiones más urbanizadas del mundo actual. En este contexto, la medicina tecnológica tiende a representarse como antinatural y antiecológica, y la búsqueda de una medicina “naturalista” gana adeptos entre importantes capas de la población urbana.

Las medicinas alternativas y la cultura sanitaria actual

La aparición de nuevos modelos en la cura y la salud a partir de la segunda mitad del siglo XX, sobre todo con el movimiento social urbano denominado *contracultura*, desencadenado en los años 60 y prolongado durante los 70 en EEUU y Europa, incluyó la importación de modelos y sistemas terapéuticos distintos a los de nuestra racionalidad médica, e incluso opuestos a ella, en una actitud, desde el punto de vista de este trabajo, de rechazo cultural al modelo establecido, por las razones ya señaladas.

Además de la importación de sistemas médicos ancestrales, como la medicina tradicional china y la medicina ayurvédica, la rehabilitación de las medicinas populares o *folclóricas del país* (como el chamanismo o las vinculadas a las religiones afroindígenas) fue un hecho histórico que afectó no sólo a Brasil, sino a

todos los países de América Latina, principalmente durante la década de 1980, fundamentalmente en los grandes centros urbanos.

Este hecho se puede evidenciar, entre otros, por los siguientes signos: el gran desarrollo, en los centros urbanos, de farmacias y tiendas de productos naturistas tradicionales o recientes; la reaparición, en las ferias populares urbanas, del “*erveiro*” (herbolario) como agente curativo, y la aparición, en las noticias de la prensa escrita y de la televisión, de frecuentes reportajes sobre los efectos curativos de las terapias o prácticas terapéuticas no convencionales, lo que denota un aumento de la demanda de las mismas por parte de un número importante de personas.

Este acontecimiento marca también el *auge de las* complejas medicinas tradicionales en la sociedad occidental, que pasaron a llamarse terapias, o medicinas “alternativas”, y comenzaron a disputar espacios no sólo con la clientela liberal o privada, sino también en los servicios de salud, reclamando una legitimación institucional hasta entonces no reconocida ni concebida, y obteniendo paulatinamente espacios de inserción en la red pública. Es necesario, sin embargo, que ahora veamos un poco más de cerca estas “medicinas alternativas”, dada su gran diversidad interna, así como su forma diferenciada de inserción y arraigo en la cultura de los países latinoamericanos.

Podemos distinguir tres grupos de “medicinas alternativas” en América Latina, todas ellas con una importante demanda actual por parte de la población, según los distintos países, de acuerdo con su etapa de mayor o menor desarrollo urbano-industrial, y su historia cultural: la medicina tradicional indígena, que más bien debería escribirse en plural, por su variedad, aunque tenga el mismo paradigma básico; la medicina de origen afroamericano, también plural, aunque más homogénea que la primera; y las medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos de alta complejidad, recientemente introducidas en la cultura urbana de los países occidentales.

En primer lugar, cabe destacar la más antigua y persistente, a pesar de todas las agresiones culturales que ha sufrido, que es la medicina de origen indígena, chamánica o no, originaria de los países que sufrieron la colonización luso-española. Esta medicina tradicional, también identificada como medicina aborígen, primitiva, natural, no formal o simplemente indígena, es realmente la expresión viva de las culturas locales en muchos rincones del continente americano. Incluso podría afirmarse, sin temor a equivocarse, que constituye uno de los aspectos más dinámicos de la reproducción social de los grupos étnicos y su interacción con las sociedades nacionales.

Las prácticas curativas domésticas y públicas de los grupos étnicos y de las poblaciones mestizas con una fuerte ascendencia nativa forman parte inseparable de las formas de vida, las cosmovisiones y los sistemas de valor y significado de las culturas locales. Este tipo de práctica, con sus recursos materiales, generalmente herbolarios, ocasionalmente redescubiertos por la mirada civilizadora de Occidente, forma parte de verdaderos sistemas médicos complejos, cuya racionalidad difiere evidentemente del *logos* ilustrado newtoniano.

Las medicinas tradicionales indígenas, fuertemente arraigadas en las culturas locales de los países sudamericanos, han sobrevivido como han podido a la masacre cultural del período histórico de la colonización y a la modernización que siguió en el siglo XIX. Se caracterizan por ser sistemas de curación en los que la integración o la armonía entre el hombre/naturaleza y la naturaleza/cultura es sinónimo de lo que llamaríamos, en nuestra cultura, equilibrio para los individuos y garantía de salud para la comunidad.

La enfermedad se genera por la desarmonía entre estos elementos fundamentales de la vida, y restablecer la salud, a través de la intervención de chamanes, o brujos, u otros agentes de curación, es restablecer la armonía entre estos términos en los sujetos, siempre vistos como un todo socio-espiritual inserto en la naturaleza.

Allí donde sobreviven las concepciones “tradicionales” sobre la vida, la enfermedad y la muerte, y donde se conservan conocimientos y prácticas médicas autóctonas que reconocen tipos de “enfermedad” que no pueden equipararse a las enfermedades occidentales, existe una forma de pensar diferente que en la antropología clásica se denomina convencionalmente “mágico-religiosa”. Bajo la etiqueta genérica de formas mágico-religiosas, los actos terapéuticos generados dentro de los sistemas médicos indígenas han sido habitualmente reducidos a un estereotipo de tipo chamánico, cuando éste es sólo una de las facetas de la racionalidad médica indígena. Sin embargo, en muchas de las cosmovisiones indígenas, la enfermedad es sólo un aspecto de una categoría más amplia, que también incluye la muerte, la mala suerte, los accidentes, los hechizos, el mal de ojo y otras desgracias.

Ciertamente, la propia naturaleza ofrece los medios para restaurar o curar, a través del recurso terapéutico que la cultura occidental ha denominado fitoterapia. Las hierbas, los minerales y, en no pocas ocasiones, los animales de cada región proporcionan las bases terapéuticas de este sistema de curación, no exclusivamente operado por chamanes. Los “herbolarios” también son agentes curativos muy importantes en el sistema, al igual que los farmacéuticos populares, que trabajan en farmacias de hierbas y productos

naturales. Las “hechiceras” y las comadronas son muchos otros agentes curativos contemporáneos que utilizan formas de intervención terapéutica derivadas de la tradición indígena en América del Sur, especialmente en el inmenso territorio que comprende la selva y los ríos conectados con el Amazonas.

Numerosas etnografías dan cuenta de la existencia actual de una gran variedad de especialistas, oficios y actos terapéuticos en los grupos sociales que habitan las regiones andinas y amazónicas. Las redes de intercambio y los sistemas de apoyo inter e intrarregionales, chamánicos y no chamánicos, se han reactivado y revitalizado, con el apoyo de la modernidad, que ofrece medios de comunicación mayores y más rápidos.

En algunos países sudamericanos, como Colombia, Bolivia, Ecuador e incluso Brasil, aunque prácticamente restringidos al neochamanismo, es impresionante la magia que se atribuye a algunos de los agentes curativos indígenas; su poder se ejerce sobre la vida y la muerte, sobre la buena y la mala suerte y, por supuesto, sobre la envidia y los chismes malintencionados de los “forasteros”. La demanda de medicina tradicional indígena por parte de las poblaciones pobres o marginadas sigue siendo en estas regiones un hecho indiscutible, y en países como Ecuador, entre el 60 y el 70% de la población hace uso de los recursos de esta medicina.

Después de la medicina tradicional indígena, existe una medicina en parte también originalmente chamánica, pero marcadamente más religiosa que la primera, relacionada con la población de origen africano, introducida en los países de América del Sur y Central a través de la esclavitud practicada en el continente por los colonizadores europeos, básicamente a partir del siglo XVII y desarrollada durante los siglos XVIII y XIX con el tráfico de esclavos del continente africano.

Esta medicina tradicional, o más exactamente, este complejo sistema de curación, que se arraigó fuertemente en la cultura de las grandes explotaciones agrícolas y en la de los centros urbanos por la influencia de la mano de obra esclava, tiene también una base terapéutica fuertemente anclada en la fitoterapia. Sin embargo, aunque emplea la naturaleza como recurso básico de intervención curativa, es innegablemente más espiritualista en su aproximación a los fenómenos de la enfermedad individual y grupal, y su agente curativo más importante es normalmente un sacerdote (o sacerdotisa), a través de la figura del *pai de santo* o *mãe de santo*, que opera terapéuticamente intermediando entidades espirituales, divinidades de diversas jerarquías, generalmente en rituales en los que la posesión y el exorcismo pueden jugar un papel importante en la curación.

Perteneciente a una cultura de resistencia, originada en las culturas de las tribus africanas, se transmitió de generación en generación de forma muy socialmente eficiente y tradicional, a través de la enseñanza iniciática y la afiliación de iniciados y devotos laicos a “casas” y líneas de espiritualidad vinculadas a diversas divinidades de origen africano. Sus practicantes, devotos y clientela se encuentran desde hace casi un siglo en los centros urbanos de varios países de América del Sur y Central (en el Caribe) y, en Brasil, a través de la Umbanda y el Candomblé.

Este sistema de curación tiene hoy una enorme penetración en los centros urbanos brasileños, en las clases medias y bajas de la población. Incluso los pacientes tratados por la medicina convencional acuden a menudo a las medicinas espiritualistas de los centros umbanda, candomblé y kardecistas, utilizándolas de forma sincrética como una forma popular de terapia. Las llamadas medicinas populares en Brasil están muy impregnadas de este sistema tradicional¹⁸.

En general, este sistema de curación trata las “enfermedades espirituales” o de origen espiritual (mal de ojo, hechizo etc.), o aquellas para las que la medicina occidental aún no ofrece perspectivas de curación, o cuyo tratamiento se considera excesivamente invasivo, como el cáncer, el sida y diversas enfermedades crónicas. Abarca, así, una enorme gama de enfermedades orgánicas y no orgánicas, empleando como medios terapéuticos, además de los “pases” espirituales, la fitoterapia y la práctica de una homeopatía popular de tradición secular en la sociedad brasileña. Además, exige a los pacientes “en tratamiento” determinadas disposiciones, comportamientos y actitudes, como dietas especiales, formas de sentir y pensar que faciliten la curación, así como ofrendas de oraciones y alimentos, o donaciones materiales a las divinidades (“orixás”, en el caso de Brasil), para propiciar el restablecimiento del paciente.

Por último, existe un grupo de nuevas terapias llamadas “alternativas”, “paralelas” o “complementarias” a la biomedicina, introducidas en los últimos veinte años en la cultura urbana de los países latinoamericanos. Por lo general, son terapias derivadas de sistemas médicos tradicionales complejos que tienen su propia racionalidad, como la medicina tradicional china, la medicina ayurvédica o la homeopatía. Es de estas “medicinas alternativas” de las que me interesa hablar largo y tendido en este trabajo, porque son las que han tenido un gran crecimiento, en términos de consumo, en nuestra sociedad. También son las que tienen más posibilidades, por su “traducibilidad terapéutica”, en términos

¹⁸ Es cierto que existen otras prácticas curativas derivadas de las religiones en las sociedades sudamericanas, sobre todo en Brasil, donde los cultos protestantes se afianzaron a partir de los años 80, con sus curas exorcistas. También hay prácticas neochamánicas, vinculadas a las “sectas vegetales”, procedentes de la Amazonia, que se han desarrollado en grandes centros urbanos como Río de Janeiro y São Paulo desde la última década. No constituyen, sin embargo, sistemas médicos complejos, que en este trabajo designo como “medicinas alternativas”, siendo simplemente prácticas terapéuticas.

de medicina occidental, de ser legitimadas frente a las instituciones científicas y sanitarias. Son el objeto del proyecto “Racionalidades médicas”.

Dichas terapias fueron inicialmente demandadas por poblaciones jóvenes de clase media (20-35 años) de las grandes ciudades, en su mayoría con formación universitaria, en relación con el estilo de “medicina naturista”, que ganó notoriedad en los años 70 con la llegada del movimiento contracultural en América Latina. Además de incluir las grandes medicinas tradicionales de Oriente, como la medicina tradicional china y el ayurveda, generalmente reinterpretadas y reappropriadas culturalmente según los estándares occidentales, también incluyen reinterpretaciones de la homeopatía y la fitoterapia populares, vistas como formas más “naturales” de tratar las enfermedades, sin el “peligro” de los efectos iatrogénicos de la medicina convencional sobre la salud.

En la actualidad, este tercer grupo de “medicinas alternativas” es cada vez más solicitado por todos los sectores de la población, habiéndose extendido desde los más cultos hasta los menos formados. Sistemas médicos como la homeopatía y la medicina tradicional china, más conocidos entre nosotros que el ayurveda, han tendido a institucionalizarse e insertarse en los servicios públicos de salud en Brasil, a pesar de la resistencia del estamento médico.

Los tres grupos de medicinas alternativas descritos anteriormente han actuado en interacción, competencia o complementación en el entorno cultural actual, que presenta una fuerte tendencia al sincretismo terapéutico, tanto por parte del paciente como del terapeuta. También tienden, al menos en Brasil, a un cierto sincretismo institucional en los servicios de salud, con la medicina científica occidental dictando la “función terapéutica” de las llamadas medicinas alternativas. Desde este punto de vista, los complejos sistemas médicos tradicionales, que tienen su racionalidad específica, tienden a “descomponerse” en algunos de sus elementos diagnósticos o (sobre todo) terapéuticos, y a ser utilizados por la clientela según un cierto “sentido común” clasificatorio de sus demandas de atención y tratamiento de las enfermedades.

En este caso, no se tiene en cuenta la racionalidad propia de estos sistemas, cuyo paradigma se centra teóricamente en la terapéutica, se basa empíricamente en la observación sistemática de pacientes singulares y se orienta terapéuticamente a la escucha de los sujetos enfermos para establecer su diagnóstico, generalmente considerado como un proceso individual de enfermar vinculado a patrones específicos clasificables de desarmonía.

La cuestión que se plantea, en términos socio antropológicos e incluso filosóficos, ante estas “medicinas alternativas”, es la siguiente: ¿de qué manera estas medicinas, a menudo milenarias, podrían innovar, o convertirse, frente a las nuestras, en constante evolución tecnológica, en un “nuevo modelo”, o aportar a la salud de las poblaciones, en este fin de siglo y de milenio, un “nuevo paradigma”? ¿Podrían contribuir eficazmente a superar, ya sea en el diagnóstico o en la terapia, una medicina en permanente revolución científica? Si es así, ¿cómo y dónde?

La medicina alternativa y el nuevo paradigma médico

Creo que un nuevo paradigma médico puede nacer precisamente allí donde la racionalidad médica occidental olvidó que era algo más que un conocimiento científico, es decir, que es también un *arte de curar* a los sujetos enfermos, alejándose de su dimensión terapéutica, en la búsqueda de investigar, clasificar y explicar viejas y nuevas, sobre todo, patologías a través de métodos diagnósticos cada vez más sofisticados.

Y en el arte de curar, la terapéutica predomina sobre el diagnóstico. Desde este punto de vista, las medicinas tradicionales, con *su* racionalidad terapéutica específica, innovan, en términos de paradigma, en los siguientes aspectos.

En la reposición del sujeto enfermo como centro del paradigma

La singularidad del paciente, visto como una totalidad biopsíquica, así como su cuidado, tienden a ser considerados no sólo el objeto sino también el objetivo central de medicinas como la homeopatía, la medicina tradicional china y el ayurveda.

En el momento actual de la cultura contemporánea, la cuestión de los cuidados se ha convertido en algo crucial para todos los individuos, ya sean autocuidados o heterocuidados, en los que se incluyen necesariamente los cuidados médicos. La generalidad y el distanciamiento abstracto con el que se trata a los pacientes de la biomedicina, debido a la centralidad de la enfermedad en el paradigma de la medicina científica, han creado una barrera cultural para muchos individuos y grupos sociales, que exigen ser efectivamente tratados y no sólo diagnosticados. No basta con que los sujetos enfermos, o en riesgo de enfermar, conozcan el nombre de la patología que tienen o pueden tener: también necesitan saber si se les va a atender eficazmente para que se curen o no se contraigan y cómo. En otras palabras, la cuestión

de la curación ha vuelto a ser importante en la cultura, y la medicina occidental no parece haberse dado cuenta todavía de la importancia de este acontecimiento para su futuro desarrollo en las sociedades. Las medicinas alternativas han ido ocupando el lugar que dejó vacante la medicina convencional, y tienen mucha experiencia que transmitir en este sentido.

En la resituación de la relación médico-paciente como elemento fundamental de la terapia

Del punto anterior se desprende inmediatamente la cuestión de la relación médico-paciente, o más generalmente, la relación terapeuta-paciente. Esta relación también tiende a ser poco o nada considerada en la medicina occidental contemporánea, que defiende para esta relación la idea de “objetividad” o “neutralidad”, tan querida por la ciencia. En un contexto de extrema sofisticación tecnológica en cuanto a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (exámenes, intervenciones quirúrgicas o paraquirúrgicas etc.), máquinas de gran precisión se interponen entre el paciente y su médico, estableciendo una “frialidad” técnica en la relación entre estos dos actores sociales. Sin embargo, la relación terapeuta-paciente está históricamente cargada de un gran significado simbólico, incluido el contacto *físico entre* los dos actores, que implica el contacto con el cuerpo del paciente. En el contexto actual de distanciamiento, el paciente tiende a ser visto y a sentirse como un mero objeto de intervención tecnocientífica, a menudo un conejillo de indias, despojado no sólo de su cuerpo y su psique, sino también de los símbolos y significados personales y sociales invertidos en su enfermedad.

Las medicinas alternativas, destacando en este caso la homeopatía, tienden a ver la relación médico-paciente como un elemento importante en la cura, una guía segura para indicar la evolución del tratamiento. El aspecto psicológico, además del simbólico, es evidentemente importante aquí, y plantea una cuestión crucial a la medicina convencional de cara a la eficacia médica y a la resolución de los problemas de salud de la clientela de los servicios públicos: gran parte de esta eficacia y resolución resulta de la satisfacción que los pacientes encuentran en su tratamiento. Dicha satisfacción deriva, a su vez, de una relación socialmente compleja (en la que están presentes elementos simbólicos y subjetivos) establecida entre ambos términos. La satisfacción no deriva, así, sólo de una racionalidad tecno- científica, que tiende, de hecho, a ignorar la dimensión humana de la relación terapeuta-paciente. El éxito de las medicinas alternativas en los últimos quince años se debe, en gran medida, a la forma en que estas medicinas establecen una relación con sus pacientes. Esta relación podría servir como parámetro de discusión para la medicina institucional de hoy en día, destacando la importancia del aspecto simbólico en cualquier sistema terapéutico.

En la búsqueda de medios terapéuticos sencillos y tecnológicamente menos costosos, pero con igual o mayor eficacia en términos curativos en las situaciones más generales y comunes en las que enferma la población

Desde hace al menos 20 años se sabe que los problemas de salud más importantes de las poblaciones de todo el mundo, especialmente en los países del Tercer Mundo, ya no son una cuestión estrictamente médica. Se sabe, por las aportaciones de la medicina sanitaria, que una tecnología relativamente sencilla, adquirida por la medicina hace varias décadas, sería suficiente para hacer frente a las enfermedades más comunes en estos países, tanto infecciosas como crónicas.

Sin embargo, los actuales problemas de salud más amplios requieren, para enfrentarlos, no sólo políticas públicas de infraestructura, vinculadas al saneamiento y la educación, actualmente dejadas de lado por los gobiernos con el dominio global del neoliberalismo, sino también modelos médicos de bajo costo que puedan asegurar prácticas adecuadas de promoción y recuperación de la salud. Estos modelos no apelan a la alta tecnología actual, tan refinada como costosa, vinculada a las especialidades médicas; por el contrario, asumen una visión más global e integrada de la salud de los ciudadanos, atendiéndolos con lo que comúnmente se denomina el modelo de atención primaria. Esto actúa de forma más simplificada tanto para el diagnóstico, dispensando la parafernalia de los exámenes sofisticados, como para la terapia. Favorece, como forma prioritaria de intervención, la adopción, por parte de la clientela, de prácticas de salud, hábitos y estilos de vida alternativos; se jerarquizan las acciones y las formas de intervención, fomentando a menudo una presencia más activa del ciudadano enfermo frente a su enfermedad, a través de estrategias de socialización, como la formación de grupos de pacientes con intercambio de experiencias y toma de decisiones para iniciativas de prácticas colectivas, reuniones y debates con terapeutas y especialistas etc.

El nuevo modelo, inspirado en las experiencias sociales vinculadas a la asociación de grupos comunitarios y ONG, encuentra su máxima expresión en los gobiernos municipales que buscan la participación democrática en su gestión, en general en los sistemas locales de salud. Sin embargo, se enfrenta a una gran resistencia por parte de la medicina centrada en los hospitales y los intereses privados en la atención médica. Además, está muy perjudicada por el desmantelamiento y la desestructuración de los servicios sanitarios públicos en los años 90, debido a las nuevas políticas públicas.

En el modelo referido a las medicinas alternativas, éstas tienden a ocupar un espacio creciente de institucionalización, en la medida en que operan precisamente con una forma de diagnóstico y terapia

tecnológicamente despojada, privilegiando el respeto al paciente como ciudadano y su autonomía. De hecho, ese espacio se ha ido ocupando paulatinamente, especialmente en Brasil, que adoptó, gracias a las medicinas alternativas, una legislación pionera y avanzada, a pesar del actual proceso de degradación de su red pública.

Lo más interesante a destacar, en cuanto al aspecto organizativo, es la resolución que las actividades con medicinas alternativas vienen obteniendo en los programas de los servicios públicos de atención médica, ante la demanda de la clientela, en relación con enfermedades crónicas (o incluso en relación con alteraciones funcionales), tradicionalmente con baja resolución en los servicios convencionales, como en los casos de enfermedades circulatorias, reumatismos, o problemas osteo-articulares, diabetes, problemas renales crónicos etc. Ciertamente, el modelo diagnóstico-terapéutico de estos medicamentos es un elemento explicativo fundamental de esta resolutividad.

En la construcción de una medicina que busca acentuar la autonomía del paciente, y no su dependencia en cuanto a la relación salud/enfermedad

Las medicinas alternativas, especialmente las de sistema complejo, que conforman, como he dicho, una racionalidad médica, como la homeopatía, la medicina tradicional china y la medicina ayurvédica, trabajan con un paradigma centrado en la salud, y no en la enfermedad, como hace la biomedicina. La centralidad de la salud tiene importantes consecuencias en relación con el objetivo y el objeto central de estos medicamentos.

El objetivo principal de la intervención médica se convierte en la recuperación y/o promoción de la salud de los sujetos, y el objeto central de la acción médica se convierte en ser el sujeto enfermo, visto como un conjunto biopsíquico, si queremos utilizar una expresión bien valorada por la medicina psicosomática o, en una expresión más cercana a la antropología, una unidad socio-espiritual, inserta en una cultura específica, en la que este sujeto debe vivir y actuar. No se trata simplemente de combatir o erradicar las enfermedades: se trata de fomentar la existencia de ciudadanos sanos, capaces de interactuar en armonía con los demás ciudadanos, y de crear para sí mismos y para sus allegados un entorno armonioso, generador de salud.

En principio, tales medicamentos tienden a propiciar un mayor conocimiento del individuo en relación a sí mismo, a su cuerpo y a su psiquismo, con la consiguiente búsqueda de una mayor autonomía frente a su proceso de enfermedad, facilitando un proyecto de construcción (o reconstrucción) de su propia salud.

Este proceso se pone de manifiesto al entrevistar a pacientes de homeopatía en la red pública¹⁹. El mismo proceso se observa también en los pacientes de la medicina ayurvédica en los hospitales públicos²⁰. En cambio, en la medicina tradicional china, es con la práctica de ejercicios derivados de las artes marciales, como el *tai chi chuan*, donde se observa este tipo de cambio, por el que el paciente se vuelve menos dependiente de los fármacos y los médicos, convirtiéndose en un agente de autocuración. Los otros tipos de medicina china, como el masaje y la acupuntura, por su propia naturaleza facilitan la pasividad. Frente a nuestra medicina occidental, que tiende a establecer una relación de heteronomía de los sujetos en relación con su salud, e incluso en relación con su propio cuerpo, creo que las medicinas alternativas tienen, en la actualidad, una riqueza de información y de postura terapéutica frente a los ciudadanos enfermos que no debe ser ignorada, y mucho menos despreciada.

En la afirmación de una medicina que tiene como categoría central de su paradigma la categoría de Salud y no la de Enfermedad

Por último, cabe señalar la cuestión conceptual básica que define a las medicinas alternativas aquí examinadas como una racionalidad distinta de la hegemónica en nuestra cultura. Es la cuestión de la centralidad de las categorías de Vida, Salud y Equilibrio (o Armonía) en su paradigma de conocimiento y práctica terapéutica.

La centralidad de estas categorías está presente no sólo en la dimensión terapéutica de estos medicamentos, sino también en las dimensiones del diagnóstico, la diagnosis y el tratamiento, doctrina médica, de la dinámica vital y de la propia morfología humana. En otras palabras, se trata de racionalidades médicas que adoptan claramente un paradigma vitalista en el abordaje de los procesos de enfermedad y curación de los sujetos, estableciendo para la medicina (o restableciendo, según su tradición milenaria) el papel de promotora y recuperadora de la salud, de auxiliar de la vida, y no simplemente de investigadora y combatiente de entidades nosológicas, de patologías.

19 La investigación “Racionalidades médicas” realizó entrevistas a pacientes de los servicios públicos de homeopatía en nueve unidades de la ciudad de Río de Janeiro, entre 1994 y 1996 (entrevistas de primera y segunda vez). Era evidente la constitución, durante el tratamiento, de lo que podría llamarse un “proyecto” de salud para la mayoría de los pacientes. No ocurre lo mismo con los pacientes de la medicina occidental, o de la biomedicina, o con los pacientes de la acupuntura, que acuden a los servicios sólo para resolver el dolor, o los problemas musculoesqueléticos, según la atribución terapéutica delegada a la MTC en las unidades de salud pública. Por el contrario, cuando los pacientes practican ejercicios, como el Tai Chi Chuan, aparece la perspectiva de “proyecto de salud”, especialmente entre las personas mayores.

20 La única experiencia con la que tuvimos contacto, en este sentido, fue la del Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia, integrado en el SUS brasileño, que tiene diez años de trabajo con pacientes de la red pública, en la que tiende a aparecer el mismo resultado, es decir, de la autonomía del paciente en relación con su proceso de salud/enfermedad, con la constitución de un “proyecto de salud”.

A pesar de distanciarse en este aspecto, e incluso oponerse al carácter esencialmente patologizante de la biomedicina actual, estas medicinas alternativas pueden, con su racionalidad específica, regida por un paradigma vitalista, asistir a la reconstrucción conceptual de la medicina, ayudándola, en este fin de milenio, a recuperar su función terapéutica primordial con respecto a la salud de las poblaciones e, indirectamente, con respecto al gran proceso de la continuidad de la vida humana en nuestro planeta.

Legitimación e institucionalización de las medicinas o terapias alternativas desde los años 80

Los años 80 marcaron un hito fundamental en las relaciones entre el conocimiento médico oficial, la sociedad política y la sociedad civil en algunos países del continente. Es el caso de Brasil el que me interesa analizar aquí, porque creo y reafirmo que este país ha jugado un papel pionero en el reconocimiento de las llamadas medicinas alternativas en el continente.

En la sociedad brasileña, debido al proceso de redemocratización política en curso en la década de 1980, el Estado se volvió sensible a los movimientos sociales y a las demandas de la sociedad civil en materia de políticas públicas. En lo que respecta a la sanidad, estos movimientos fueron de una intensidad sin precedentes, teniendo en cuenta la amplitud de los sectores sociales implicados, y la calidad y radicalidad de las demandas planteadas al sector público.

En cuanto a la sociedad civil no organizada, lo que solemos llamar la “clientela” en salud, se ha observado una formación de la demanda, con la clara estructuración de un mercado de lo que comúnmente se llama bienes curativos, favoreciendo las medicinas alternativas, entre las que cabe destacar la homeopatía, secularmente existente en la sociedad brasileña, la acupuntura y la fitoterapia. También hay otras prácticas terapéuticas que se originaron en el gran *boom* contra culturalista de los años 70 en Estados Unidos, como de cristales, colores, florales, “regresión a vidas pasadas” etc., consumidos sobre todo por los sectores cultos de las clases medias, pero con una gran tendencia a la generalización por difusión, teniendo en cuenta el papel de los formadores de opinión en estos sectores.

Tanto los movimientos organizados de la sociedad civil, ya sea en asociaciones comunitarias o más tarde en ONG, como la demanda social de la clientela de servicios sanitarios públicos presionaron cada vez más a las instituciones médicas hacia una “apertura” a las llamadas medicinas alternativas en la década de 1980. Tanto es así que a mediados de la década pasada, en agosto de 1985, la homeopatía, la fitoterapia

y la medicina tradicional china, a través de la acupuntura, fueron legitimadas en los servicios médicos de la seguridad social, mediante un acuerdo firmado por el entonces presidente del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS) y el ministro de la Seguridad Social, con instituciones académicas como la Fiocruz y la UERJ, además del Instituto Hahnemanniano Brasileño (IHB), con el fin de establecer no sólo actividades de asistencia médica con homeopatía, acupuntura y fitoterapia, sino también actividades de investigación y enseñanza sobre estas “medicinas alternativas”.

La historia de este proceso de institucionalización ha pasado por muchos obstáculos en la última década en Brasil, y su camino ha encontrado constantes obstáculos interpuestos por la medicina socialmente hegemónica. En este proceso de obstrucción, el conocimiento médico científico funciona como un elemento de censura, a veces como un elemento de prueba. En general, las instituciones vinculadas a la reproducción del conocimiento biomédico, como las facultades de medicina o los hospitales, son las que más se oponen a la inserción de las medicinas alternativas en los espacios institucionales. Sin embargo, no es infrecuente que las instituciones de investigación biomédica más avanzadas realicen investigaciones encaminadas a la eventual prueba de procedimientos o principios terapéuticos vinculados a medicamentos no convencionales.

Encuentros y tensiones entre la medicina hegemónica y la medicina alternativa

Se pueden esbozar algunas hipótesis socioantropológicas para explicar el éxito social e institucional de las medicinas alternativas, así como los obstáculos que encuentran en el camino hacia su reconocimiento, para más allá de la crisis señalada al principio de este texto. Esquemáticamente, podría presentar lo siguiente:

- a) Hay un encuentro cultural de las medicinas tradicionales con las nuevas representaciones y concepciones aquí descritas, de la salud, la enfermedad y la curación, y de las relaciones hombre/naturaleza, que están presentes actualmente en la sociedad civil, tanto en los estratos sociales altos, medios y bajos, como en diversos grupos sociales específicos, generalmente, pero no necesariamente, poseedores de educación formal superior.

Dicho encuentro tiende a ser absorbido progresivamente por las instituciones médicas, según la coyuntura política, a través de los gobiernos centrales o locales de los países del continente latinoamericano. Esta absorción depende, a su vez, de la demanda social y la presión política a favor de las medicinas alternativas y su legitimación. Esta presión puede ejercerse a través de los medios de comunicación, o a

través de los movimientos sociales que buscan alternativas en materia de salud. Esta presión suele encontrar, sin embargo, la contrapresión de la corporación médica, que generalmente se opone a la legitimación de las medicinas alternativas, a menos que esta legitimación se haga a través de su reconocimiento como “especialidad médica”, es decir, como un conocimiento y una práctica médica que debe ser ejercida y controlada por los médicos. Es lo que ocurrió en Brasil con la homeopatía, en 1980, y lo que está ocurriendo ahora, en la segunda mitad de los años 90, con la acupuntura, una dimensión terapéutica de la medicina tradicional china.

- b) Las medicinas alternativas han llegado a funcionar como un modelo atractivo de relación terapeuta/paciente para un sector de los médicos occidentales, los comprometidos con la cuestión del arte de curar. Además, atraen a numerosos candidatos a terapeutas en un floreciente “mercado de la curación”.

La crisis práctica de la medicina en su plano ético, es decir, la práctica terapéutica, donde el paciente queda en segundo plano frente a la investigación de nuevas patologías, o incluso de nuevos virus o bacterias, ha dejado huérfana a toda una generación de médicos terapeutas, muchas veces partidarios de la contracultura de los años setenta. Estos médicos con vocación terapéutica encontraron en las medicinas alternativas, básicamente la homeopatía y la acupuntura, en lo que respecta a Brasil, una salida para el ejercicio de esta vocación. Es cierto que también encontraron, en los años 80, un mercado poco explorado con una gran demanda potencial en términos de clientes privados. El hecho es que esta situación contribuyó a la formación en medicina alternativa ha funcionado como un centro atractivo para los estudiantes de medicina desde finales de los años 70.

Además, la cultura del “autocuidado” que ha marcado las últimas décadas, haciendo que los individuos, especialmente los de clase media, busquen la atención terapéutica como un bien de consumo prioritario, fue uno de los elementos sociales de fondo para la creación de un gran mercado de curación “alternativa”, con una oferta expresiva de nuevos terapeutas no médicos.

Entre estos nuevos terapeutas destacan los psicólogos, abundantes en el mercado laboral de la sanidad, debido a la crisis del conocimiento “psi” en los últimos veinte años. Sin embargo, no sólo los psicólogos buscan formarse en diferentes terapias “alternativas”, como la bioenergética, las flores de Bach, la cristaloterapia, la cromoterapia etc. Varios profesionales con estudios superiores, como trabajadores

sociales, profesores, a veces biólogos o incluso farmacéuticos, solicitan cursos de formación en “medicinas alternativas”. También un gran número de candidatos a terapeutas en masaje, acupuntura, ejercicio y artes marciales, sin formación superior, demandan formación en medicinas o terapias alternativas como puerta de entrada al mercado laboral terapéutico actual. Es esta puerta la que los médicos quieren cerrar, manteniendo las llaves en manos de la corporación médica. De este amplio proceso de reorientación de las relaciones entre la sociedad y la medicina, o al menos entre la cultura, la salud y la curación, han surgido una serie de encuentros, enfrentamientos y polémicas.

- c) Existe un crecimiento progresivo, en los últimos cuarenta años, de las concepciones y teorías psicosociales de la enfermedad dentro de la propia medicina contemporánea. Este crecimiento puede manifestar una búsqueda para superar la clásica dicotomía cuerpo/mente de la cultura occidental.

La aparición y el gran desarrollo de la llamada medicina psicosomática a partir de la segunda mitad del siglo XX es, desde mi punto de vista, una clara manifestación de esta búsqueda. A través de esta disciplina es imposible explicar la enfermedad humana sólo biológicamente, al igual que es imposible recuperar la salud sin tener en cuenta los aspectos psíquicos que llevan al ser humano a enfermar de tal o cual enfermedad.

Independientemente de esta disciplina, el conocimiento “psi” (psicología, psiquiatría y, sobre todo, psicoanálisis) ha ejercido influencia, si no en el conocimiento médico, al menos en la práctica de los clínicos, llamando la atención sobre la importancia de las emociones y los sentimientos en los fenómenos de la enfermedad y la curación. Esto ha dado lugar a una serie de estudios sobre el efecto de determinados sentimientos (angustia, miedo, ira etc.) y el estrés en la aparición de una serie de síntomas y crisis de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales etc.

Creo que el desarrollo de estas concepciones y teorías dentro del propio conocimiento médico ha favorecido los enfoques holísticos de la enfermedad y el tratamiento, propios de las llamadas medicinas alternativas, ya que “abre” el campo explicativo de la medicina a otros paradigmas, distintos del paradigma “duro” de la biomedicina.

- d) Existe una creciente incorporación por parte del conocimiento médico de las concepciones y explicaciones médico-sociales en la etiología de las enfermedades en el siglo XX, a través de la epidemiología y el modelo médico sanitario. Esta incorporación favorece los enfoques terapéuticos menos medicalizadores.

La epidemiología se convirtió en uno de los pilares fundamentales del conocimiento médico en el siglo XX, especialmente a partir de su segunda mitad, con el perfeccionamiento de las herramientas de investigación biomédica y el apoyo decisivo de los clínicos al modelo epidemiológico, la búsqueda del conocimiento y el control de las enfermedades colectivas como finalidad básica de la medicina.

Sin embargo, la epidemiología tiene algunas de sus raíces conceptuales en las ciencias sociales clásicas, como la Demografía, la Historia, la Geografía, e incluso en disciplinas de campo del siglo XIX, como la Sociología y la Antropología. La causalidad social de las enfermedades forma parte de su paradigma, de su visión colectivizadora de la enfermedad humana, si se puede decir así. Por otro lado, la explicación de dicha enfermedad por factores socioculturales, como comportamientos, hábitos y actitudes, o por estructuras sociales y sus efectos, como la pobreza, la ignorancia, la mala infraestructura sanitaria etc., explicación típica del modelo médico sanitario, impide reducir la explicación diagnóstica, o el enfoque terapéutico de las enfermedades de la población, a factores puramente médicos.

Desde mi punto de vista, este enfoque, cada vez más incorporado al conocimiento médico, favorece la superación del paradigma clásico de la biomedicina, aunque no favorece a las medicinas alternativas, por su gran cientificidad.

- e) A todo esto, hay que añadir la doble crisis de la sanidad y la medicina mencionada en la parte introductoria de este artículo, con la que el modelo biomédico tiene que contar para hacer frente a los problemas sanitarios cotidianos de los países del continente. Esto ha llevado a las instituciones médicas a buscar, o al menos a aceptar y sancionar, formas alternativas de atención médica para las poblaciones de estos países.

La adopción de modelos de atención primaria en los servicios públicos de salud en América Latina desde los años 70, dirigidos a poblaciones de bajos ingresos, no sólo ha generado controversia. También ha generado formas alternativas de atención, diagnóstico e intervención terapéutica, distintas del modelo altamente sofisticado, desde el punto de vista tecnológico, de la medicina especializada centrada en el hospital. Estas nuevas formas tienden a instituir, desde mi punto de vista, nuevos modelos de relación terapeuta-paciente y servicio sanitario-cliente. También tienden a valorar los procedimientos simplificados en el diagnóstico y la terapia.

El modelo del médico de familia, inspirado en la experiencia cubana, que empieza a introducirse en Brasil, el modelo de atención multiprofesional (médicos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores

sociales etc.) a grupos de pacientes que padecen enfermedades crónicas, el modelo de discusión en grupo de pacientes que padecen una misma enfermedad, guiados por un trabajador social o un psicólogo, son algunos ejemplos entre los diversos modelos de atención en los servicios públicos que se han puesto en práctica en los programas municipales desde la década de 1980 en Brasil.

En todos estos ejemplos, los procedimientos terapéuticos favorecen la medicina preventiva, en términos de hábitos y comportamientos higiénicos y alimentarios etc., y tienden a favorecer otros procedimientos terapéuticos, además de la medicina, que permiten superar el modelo puramente medicalizador. Creo que los programas con los nuevos modelos de atención favorecen potencialmente a las medicinas alternativas ya institucionalizadas, como la homeopatía, la fitoterapia y la medicina tradicional china, especialmente en su modalidad de terapia de ejercicio.

Por último, cabe destacar que en algunas especialidades médicas, como la pediatría, la dermatología, la alergología y la propia cardiología, los médicos especialistas han aceptado la aportación de “medicinas alternativas”, como la homeopatía, la medicina tradicional china y la fitoterapia tradicional, como procedimientos terapéuticos complementarios, e incluso alternativos a los de su especialidad, considerados por estos profesionales excesivamente iatrogénicos o ineficaces desde el punto de vista del coste/beneficio. Sin embargo, esto no significa, que en los servicios donde hay programas de medicina alternativa hay una derivación automática de estas especialidades a las terapias alternativas. Hasta el momento, las actividades de estos programas permanecen institucionalmente aisladas, cuando no son bloqueadas por los profesionales médicos. La derivación a los programas llega a través del personal vinculado a los servicios, los familiares de los pacientes y, por supuesto, los medios de comunicación.

De hecho, los bloqueos siguen estando mucho más presentes que las reuniones, en lo que respecta a las medicinas tradicionales, llamadas alternativas, frente a la llamada medicina científica. Estos bloqueos se hacen sentir con mayor intensidad en los *situs* institucionales académicos, de producción y reproducción del conocimiento médico hegemónico, como son los institutos de investigación y las facultades biomédicas (Medicina, Enfermería, Farmacia, Nutrición, Odontología), con evidente liderazgo de la Medicina.

En Brasil se han hecho muchos intentos, desde los años 70, por mencionar sólo este siglo, de instalar, en las facultades de Medicina, asignaturas de Homeopatía, Acupuntura o Fitoterapia. Los avances han sido muy lentos y todavía poco considerables desde el punto de vista cuantitativo, pero existen.

En cuanto a la cuestión de la enseñanza, uno de los escenarios posibles es que, en las próximas décadas, estos medicamentos se incorporen como opcionales, con una probable superación, o al menos reducción, de la actual dicotomía diagnóstico/terapéutico que caracteriza la racionalidad médica occidental. En este caso, en relación con el conocimiento médico, la terapéutica recuperaría su lugar, perdido en los últimos siglos en favor del diagnóstico, y el arte de curar recuperaría su función como objetivo básico de la medicina, frente a la ciencia de las enfermedades hoy dominante. Este es un escenario que sé que es optimista, pero posible, como salida a la doble crisis señalada al principio de este trabajo. En este escenario optimista, las medicinas alternativas tenderían a coexistir con la medicina hegemónica no sólo en la sociedad civil, en el “mercado de la curación”, sino también en la sociedad política, en los servicios públicos, a través de su incorporación como recursos terapéuticos válidos y elegibles como derecho de ciudadanía, como ya establece la actual Constitución brasileña.

Con esta convivencia, que se establecería en las próximas décadas, la medicina occidental podría recuperar varios elementos de su paradigma clásico, basados en el proceso de aprendizaje con las medicinas tradicionales, incluida la propia homeopatía. El riesgo en este caso es el de un “sincretismo médico”, con una posible pérdida de su racionalidad para las medicinas alternativas, en favor de la biomedicina²¹. El principal de estos elementos recuperables por la medicina, de carácter simbólico y práctico, es la resituación del paciente como centro de su objeto de investigación y objetivo de intervención terapéutica.

La recuperación de la relación médico/paciente, hoy dañada por la medicina transformada en biotecnología, sería una consecuencia inmediata de esta resituación. En este caso, la escucha del paciente, o de los pacientes, si se toma en grupo, constituiría de nuevo las fuentes privilegiadas y primarias de investigación y acumulación de datos clínicos, valorizando una vez más la acción del médico, para ser visto más como terapeuta que como investigador de las patologías presentes.

Referencias

Almeida, E. L. V. (1988). **Medicina hospitalar / medicina extra-hospitalar**: duas medicinas? Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Almeida Filho, N. (1989). **Epidemiologia sem números**. Rio de Janeiro: Campus.

Almeida Filho, N. (1996). **As razões da terapêutica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social

²¹ Sin embargo, hay que subrayar que este proceso es casi inevitable en la cultura contemporánea, llamada posmoderna, en la que la fragmentación y el sincretismo son formas dinámicas características de la integración cultural.

da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Bachelard, G. L. (1985). **La formación del Espíritu Científico**. Mexico: Siglo Veintiuno.

Balint, M. (1975). O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Ateneu.

Camargo Jr., K. R. (1994). **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará.

Camargo Jr., K. R. (1995). A medicina ocidental contemporânea. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, 7, 129-150,

Canguilhem, G. (1981). **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Chauvenett, A. (1991). A lei e o corpo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1(1), 131-148.

Clavreul, J. A. (1983). **A ordem médica**. Rio de Janeiro: Brasiliense.

Coulter, H. (1982). **Divided legacy**: the schism in medical thought. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Dash, V. B. (s/d). **Fundamentals of Ayurvedic medicine**. New Delhi: Konark Publ. PVT.

Dash, V. B., & Junlus, A. M. M. (1987). **A handbook of Ayurveda**. New Delhi: Concept Publ. Co.

Edde, G. (1985). **La medicine Ayurvedique**. St. Jean-de-Braye: Dangles.

Foucault, M. (1978). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1981). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.

Frawley, D. (1989). **Ayurvedic healing**: a comprehensive guide. Salt Lake City: Passage Press.

Ginzburg, C. (1989). **Mitos, emblemas, sinais**. São Paulo: Companhia das Letras.

Gonçalves, P. E. (Org.). (1989). **Medicinas alternativas**: tratamentos não convencionais. São Paulo: Ibrasa.

Habermas, J. (1987). **Conhecimento e interesse**. Rio de Janeiro: Guanabara.

Halinemann, S. (1993). **Organon de la medicina**. New Delhi: B. Jain Publishers.

Herzlich, C. (1991). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 1(2), 23-34.

Kent, J. (1976). **Lesser Writings**. New Delhi: B. Jain Publishers.

Kent, J. (1982). **Filosofia de la Homeopatia**. Buenos Aires: El Ateneo.

Luz, D. (1993). **A medicina tradicional chinesa (MTC)**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).

Luz, H. S. (1995). Homeopatia e racionalidade médica. **Revista da Associação Paulista de Homeopatia**. São Paulo, 60(3-4), 3-13.

Luz, M. T. (1988). **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus.

- Luz, M. T. (1996). **A arte de curar e a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Luz, M. T. *et al.* (1992). I Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Mimeo.
- Luz, M. T. *et al.* (1992). II Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Mimeo.
- Luz, M. T. *et al.* (1993). III Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Mimeo.
- Luz, M. T. *et al.* (1994). IV Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Mimeo.
- Luz, M. T. (1995). Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, 7, 108-128.
- Luz, M.T. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Século XX. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), 145-176. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/physis/a/x6Kp5YCKcK9cK4y4QxSCkSx/?format=pdf&lang=pt>.
- Luz, M. T. *et al.* (1996). V Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Série Estudos em Saúde Coletiva, 136).
- Luz, M. T. *et al.* (1996). VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Série Estudos em Saúde Coletiva, 140).
- Machado, R. (1982). **Ciência e saber**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Markert, C. (1983). **Yin e Yang**: Polaridade e harmonia em nossa vida. São Paulo: Cultrix.
- Needham, J. (1978). **De la ciencia y la tecnología chinas**. Mexico: Siglo Veintiuno.
- Page, M. (1991). **CH'I – Energia vital**. São Paulo: Pensamento.
- Poitevin, B. (1987). **Le devenir de l'homéopathie** (éléments de théorie et de recherche). Paris: Doin.
- Queiroz, M. (1991). **Representações sobre saúde e doenças**. Agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Unicamp.
- Rodrigues, R. D. (1979). **A crise da medicina**: prática e saber. Rio de Janeiro: IMS.
- Rossi, P. (1992). **A ciência e a filosofia dos modernos**. São Paulo: Unesp.
- Stengers, I. (1991). **Que tem medo da ciência?** São Paulo: Siciliano.
- Tamayo, R. P. (1988). **El concepto de enfermedad**. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Unschuld, P. (1985). **Medicine in China: a history of ideas**. Los Angeles: University of California Press.
- Vithoukas, G. (1980). **La science de l'homéopathie**. Monaco: Rocher.
- Weber, M. (1967). **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira.
- Zimmer, H. (1989). **Mitos e símbolos na arte e civilização da Índia**. Compilado por Joseph Campbell. São Paulo: Palas Athena.

La categoría racionalidad médica y una nueva epistemología en salud²²

Marilene Cabral do Nascimento

Nelson Filice de Barros

Maria Inês Nogueira

Madel Therezinha Luz

Introducción

Este artículo es un relato analítico de la trayectoria de 20 años de la categoría de análisis ‘racionalidad médica’ (RM), que emergió en el Campo de la Salud Colectiva, área de las Ciencias Sociales y Humanas en Salud, en el inicio de la década de 1990. El texto presenta algunos antecedentes, las principales contribuciones y los desdoblamientos de esta categoría inicialmente definida en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro (IMS/UERJ) con el objetivo de estudiar sistemas médicos complejos y terapéuticos tradicionales y complementarios (Luz et al., 2012). Con base en el concepto de ‘epistemología del sur’ de Boaventura de Sousa Santos (1995), traemos una reflexión sobre la contribución de la categoría RM a la crítica de la racionalidad científica posmoderna y a la construcción de una nueva epistemología en salud.

Antecedentes y contexto de creación

El contexto que precedió a la formulación de la categoría RM fue marcado por el fortalecimiento del discurso en favor de la preservación y valorización de la naturaleza. En el ámbito internacional, los movimientos de contracultura de tendencia antitecnológica, en Estados Unidos y Europa, a finales de los años 60, resistían la devaluación del mundo natural en favor de otro, construido por la ciencia y la técnica, y fortalecían nociones y conceptos ligados a la ecología. En el caso específico de la relación salud-medicina, tales movimientos dieron lugar a una propuesta activa de promoción de la salud (en vez de combatir enfermedades, característico de la medicina científica) y a un conjunto de sistemas terapéuticos y prácticas de medicación

22 Publicado originalmente en portugués en la revista Ciencia e Saúde Coletiva (Nascimento et al., 2013).

y cuidados tendientes al naturismo. El naturismo significaba, en ese caso, “no solo el rechazo de la medicina especializada y tecnificada, por invasiva e iatrogénica, por lo tanto, antinatural, sino también la afirmación de la fuerza curativa de la naturaleza y de la eficacia de las terapéuticas provenientes de ella” (Luz, 1996).

La crítica a la farmacología química como base de la terapéutica médica, formulada a lo largo de los años 70 por autores como Dupuy y Karsenty (1979), Illich (1975), Foucault (1977) y Clavreul (1983), complementaban el discurso naturista en salud. Entre otros aspectos, estos autores destacaron la iatrogenia médica y farmacéutica; la medicalización social como instancia de dominación política y control de los ciudadanos; el desplazamiento de la salud como participación y posibilidad de actuación en el orden social a la soportabilidad de un orden impuesto por la lógica de producción y mercado; la prohibición de la idea de bienestar y placer por la normalidad medicalizada; el reduccionismo biologicista de la medicina y sus consecuencias, como la limitación del sufrimiento humano a dimensiones estancas, tecnológicamente especializadas (Nascimento, 2005).

En el ámbito institucional, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano, celebrada en Estocolmo en 1972, fue un hito en la defensa del “ambiente humano para las actuales y futuras generaciones”. La resistencia a la degradación de la naturaleza pasó a considerar crecientemente el medio ambiente en su sentido amplio natural, social y biológico, en defensa de la calidad de vida y de la salud. Veinte años después, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro (Eco 92), consagró el concepto de desarrollo sostenible, considerando sus aspectos económico, social y ambiental, y propuso la Agenda 21, un instrumento para repensar la planificación a nivel global, nacional y local, teniendo como meta un nuevo paradigma económico y civilizatorio que valore la preservación y el fomento de los ecosistemas del planeta, de la vida y de la salud.

En el campo específico de la salud, la Conferencia Internacional de Alma-Ata, celebrada en la antigua Unión Soviética (URSS) en 1978, afirmó los cuidados primarios como elemento clave para llegar a un nivel aceptable de salud. Al defender la realización de medidas sanitarias y sociales, preconizó la legitimación de prácticas tradicionales, alternativas o complementarias. El entonces director general de la Organización Mundial de la Salud declaró en esta conferencia la insuficiencia de la medicina tecnológica y especialista para la resolución de problemas de salud de dos tercios de la humanidad.

En 1986, la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá, llegó a afirmar que no solo los factores biológicos, sino también los políticos, económicos, sociales,

culturales, de medio ambiente y de conducta pueden intervenir a favor o en contra de la salud. Entre otros aspectos, la Carta de Ottawa defendió que los servicios de salud adopten “una postura integral, que perciba y respete las peculiaridades culturales”, y alienten “la participación y la colaboración de otros sectores, otras disciplinas y, más importante, de la propia comunidad”.

En Brasil, fue creado el Sistema Nacional de Medio Ambiente en 1981, donde se defendió la utilización racional de los recursos ambientales en condiciones propicias a la salud y a la calidad de vida. En 1986, el informe final de la VIII Conferencia Nacional de Salud propuso “la introducción de prácticas alternativas de asistencia a la salud en el ámbito de los servicios de salud, posibilitando al usuario el derecho democrático de elegir la terapéutica preferida”. El texto constitucional de creación del Sistema Único de Salud (SUS), en 1988, no hace referencia directa a prácticas tradicionales y complementarias en salud, pero afirma la “atención integral, con prioridad para las actividades preventivas” y la participación de la comunidad.

En cuanto a las prácticas sociales, los años 70 y principalmente los 80 trajeron un aumento de la demanda de otras formas de bienes y servicios de salud, entre amplios sectores de las poblaciones urbanas. Junto a la importación de antiguos sistemas médicos orientales, como la medicina ayurvédica y la tradicional china, se observó la rehabilitación de terapias populares, como las chamánicas o las vinculadas a las religiones afro-indígenas. La homeopatía fue retomada como medicina alternativa. Junto a ella, bajo la denominación de terapias alternativas, tradicionales, holísticas, integrales, naturales, dulces, energéticas o complementarias, diversas formas de cuidado conquistaban expresión en el campo de la salud. Por otro lado, estudios socioantropológicos nacionales abordaban la temática de prácticas tradicionales y complementarias principalmente a través del enfoque de la medicina popular y religiosa, practicada por rezadores, curanderos, especialistas en hierbas, parteras, entre otros, como en el libro de Maria Andréa Loyola (1984), “Médicos y Curanderos”, publicado en 1984. La formulación de la categoría RM en 1992 innovó este enfoque.

El proyecto RM propuso la comparación de las medicinas homeopática, tradicional china, ayurvédica y occidental contemporánea, también denominada biomedicina. La hipótesis central de la primera fase del proyecto es que existe más de una racionalidad médica, contrariamente al sentido común occidental que admite solamente la biomedicina como portadora, en el sentido científico del término. El proyecto buscaba demostrar que distintas racionalidades médicas efectivamente coexisten en la cultura actual.

Dimensiones como signo de comensurabilidad

La categoría RM fue construida en perspectiva tendencial histórica, al estilo de un tipo ideal según el sociólogo Max Weber (1864-1920). Su aplicación permitió constatar la presencia, con mayor o menor grado de explicitación teórica, de trazos o dimensiones fundamentales de los sistemas médicos estudiados. Estas dimensiones nunca llegan a realizarse de forma acabada, por tener la capacidad de ser modificadas históricamente por la acción de los agentes sociales. Se trata de cinco dimensiones básicas, estructuradas en términos teóricos, prácticos y simbólicos, como sigue:

1. *morfología humana* (biomedicina, anatomía), que define la estructura y la forma de organización del cuerpo;
2. *dinámica vital humana* (en biomedicina, fisiología), que define el movimiento de la vitalidad, su equilibrio o desequilibrio en el cuerpo, sus orígenes o causas;
3. *Doctrina médica* que define, en cada sistema, lo que es el proceso salud-enfermedad, lo que es la enfermedad o, en sus orígenes o causas, lo que es susceptible de tratar o curar (en la biomedicina, lo que pertenece o no a la clínica);
4. *Sistema de diagnóstico*, mediante el cual se determina si existe o no un proceso mórbido, su naturaleza, fase y evolución probable, origen o causa;
5. *Sistema terapéutico*, por el cual se determinan las formas de intervención adecuadas a cada proceso mórbido (o enfermedad) identificado por el diagnóstico.

De acuerdo con el estudio, puede ser denominada racionalidad médica solo un sistema médico complejo estructurado según estas cinco dimensiones, sistematizadas en mayor o menor grado. Al final de la primera fase de la investigación, se constató la presencia de una sexta dimensión, que sustenta teórica y simbólicamente a las otras cinco, denominada cosmología. Su carácter elaborado y sistemático califica las raíces filosóficas de las racionalidades médicas. La visión cosmológica de la biomedicina está sustentada en la física clásica newtoniana y en la metáfora cartesiana del cuerpo como máquina dirigida por la mente. En las medicinas ayurvédica y tradicional china, la cosmología está enraizada en filosofías religiosas, como el conocimiento védico en la India y el taoísmo chino.

La presencia de esta sexta dimensión permitió la constatación de límites en la racionalidad de los sistemas, una vez que la cosmología, propia de la cultura en que se inserta, está enraizada en un universo

simbólico de sentidos que incluyen imágenes, metáforas, representaciones e incluso concepciones que son parte de un imaginario social irreducible al plan de proposiciones teóricas y empíricas demostrables por el método científico (Luz, 1997). No obstante, las racionalidades médicas tienen en común el hecho de constituirse en saberes/prácticas médicas, cuyas concepciones y proposiciones se pretenden demostrables empíricamente, sea por medio de tecnologías científicamente avanzadas, sea por demostración empírica tradicional. Se trata también de sistemas institucionalizados, sea en la cultura occidental, sea en su cultura de origen (China e India, en los casos estudiados), a veces en las dos, y enseñados en instituciones académicas legitimadas, aunque insertados en el sistema global capitalista, donde prevalece la jerarquización de los saberes, juntamente con la de sistemas económicos y políticos.

Las seis dimensiones apuntadas se constituyen condición necesaria y suficiente para estar en presencia de una racionalidad médica, siendo base de comparación entre las diversas investigadas (Cuadro 1).

Quadro 1. Resumo comparativo das Racionalidades Médicas

Racionalidades médicas	Cosmologia	Morfologia	Dinâmica vital (“Fisiologia”)	Sistema diagnóstico	Sistema terapêutico
Medicina Ocidental Contemporânea	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Homeopática	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Tradicional Chinesa	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Ayurvédica	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção

Fonte: Dados compilados pelos autores.

Es importante destacar que no se pretendió comparar sistemas culturales diferentes, sino distintos sistemas médicos implicados en una misma cultura, la actual, definida como postmoderna, al mismo

tiempo unificada, fragmentaria y sincrética. Tampoco hubo una toma de posición en cuanto al valor ético o epistemológico de los sistemas médicos definidos como racionalidad médica. Al considerar solo sistemas médicos complejos estructurados según las seis dimensiones, el estudio excluyó en su primera fase lo que se denomina prácticas terapéuticas integrativas y complementarias.

La primera fase del estudio, de carácter teórico conceptual, destacó también la presencia de dos paradigmas en salud: el *biomédico* (o de la normalidad-patología) y el *vitalista* (o de la vitalidad-energía). El *paradigma biomédico* enfatiza concepciones materialistas, mecanicistas, centradas en la enfermedad y en el control del cuerpo biológico y social, compatibles con la visión de control sobre la naturaleza presente en la ciencia contemporánea. Esta visión tiene raíces en el período Renacentista y en la ascensión del discurso de la ciencia, cuando lo real fue asociado con lo racional, y el hombre se percibió como heredero de Dios, más señor de la naturaleza que parte de ella. En este discurso, la naturaleza fue separada de lo sagrado y de lo humano, pasó a ser objeto de conocimiento, sobre todo con el fin de ser controlada con fines utilitarios (Luz, 1988). La tecnología es la herramienta para la ejecución de este proyecto. El complejo médico-industrial y la concepción de cura como control de enfermedades integran e ilustran esta trayectoria.

El *paradigma vitalista*, centrado en la salud y en la búsqueda de armonía de la persona con su medio ambiente natural y social, valora la subjetividad individual, la prevención y la promoción de la salud y la integralidad del cuidado (Tesser, & Luz, 2008). Se muestra compatible a anhelos de preservación y sostenibilidad en su sentido amplio, en los niveles biológico, social y natural; cuyas raíces, presentes en antiguas tradiciones culturales, son resignificadas y conquistan espacio creciente en la actualidad desde los años 60, como portadoras del ideario de la contracultura.

La fase inicial del estudio identificó también dentro de cada racionalidad la coexistencia, no sin conflicto, de dos formas de aprehensión/interpretación: la primera de carácter teórico, regida por la razón; la segunda, de naturaleza práctica, regida por la experiencia singular, la sensibilidad y la intuición proporcionadas por la percepción del terapeuta (Luz, 2005). El conocimiento práctico hace uso de la razón, pero en función de la eficacia a ser obtenida en su intervención, siendo, por lo tanto, un conocimiento activo. Estas formas de conocimiento son potencialmente complementarias, aunque una de ellas puede ganar prominencia en sistemas médicos o contextos socio históricos específicos.

Compartir representaciones y paradigmas entre profesionales y usuarios de los servicios de salud

La segunda fase del proyecto RM tuvo inicio en 1994 y fue desarrollada junto a profesionales y usuarios de servicios de salud de la red pública del municipio de Río de Janeiro, a través de entrevista y observación directa. Analizó representaciones y sentidos atribuidos a la enfermedad, salud, tratamiento, cura, cuerpo, relación cuerpo-mente, entre otras, en médicos o terapeutas y pacientes de tres racionalidades médicas (biomedicina, homeopatía y medicina tradicional china) y verificó si estas representaciones eran compartidas por profesionales y clientes, o no. La medicina ayurvédica no puede ser acompañada porque no había servicios públicos de esta racionalidad médica en Río de Janeiro.

La hipótesis nuclear del proyecto era que la clientela y los profesionales de un determinado sistema médico tienden a compartir paradigma y representaciones de su racionalidad, y que este compartir cultural tiende a facilitar las relaciones médico-paciente, o terapeuta-paciente, facilitando así el proceso terapéutico.

Se observó que el compartir de representaciones y paradigmas era claro cuando se trataba de la homeopatía identidad de representaciones cuerpo-mente como totalidad indisociable, de equilibrio como sinónimo de salud, de energía como fuente de vitalidad, y de sanidad como un proceso subjetivo de armonización (Luz, & Campello, 1997, Luz, & Campello, 1998). Cuando se trataba de la biomedicina, el compartir era parcial, con identificación en relación a la representación del cuerpo como máquina compuesta de ‘piezas’ o partes articuladas, del enfermar como incapacidad de trabajar o si mover, y de curación como retorno a la normalidad sintomática y a la vida activa¹⁶. La valoración de aspectos subjetivos relacionados al proceso de enfermedad, sin embargo, aunque frecuente en representaciones de la clientela, no encontraban eco correspondiente en los profesionales de la biomedicina.

En la medicina tradicional china (MTC), el intercambio de representaciones se mostró menos presente, probablemente debido al lugar de auxiliar terapéutico que ese sistema ocupaba en relación a la biomedicina. Las representaciones de los terapeutas, los que eran formados en la visión holista de la MTC, diferían de las de su clientela, que tendía a ver en la acupuntura un procedimiento casi mecánico, que produce resultado sobre el dolor o inflamación. Este tipo de representación, presente en la clientela, sería inducido por la propia racionalidad de la biomedicina (Luz, 1998). En todos los casos, sin embargo, se observó que independiente del sistema médico estudiado, las representaciones no se muestran ‘puras’ desde el punto de vista de sentidos y significados atribuidos, es decir, no se restringen al universo de la racionalidad del sistema médico.

Tal constatación expresa la presencia de hibridación y eclecticismo, cuando no de sincretismo en la simbología contemporánea (Canevacci, 1996) sobre cuerpo, salud, enfermedad, tratamiento, curación etc. Las representaciones del cuerpo como máquina coexisten con las bioenergéticas (el cuerpo como una organización más o menos equilibrada de niveles de energía circulante) en una misma persona, cliente o terapeuta. La clientela transita de una a otra racionalidad médica de acuerdo con la variación de su enfermedad y de los sentidos que a él atribuye, mientras que los médicos y terapeutas conjugan procedimientos terapéuticos o diagnósticos de más de una racionalidad en su actuar cotidiano.

Prácticas terapéuticas y de salud

La tercera fase del proyecto RM, iniciada en 1997, centrada en las prácticas terapéuticas, constató la diferencia existente entre racionalidades médicas y prácticas terapéuticas. Estas, aunque pueden ser elementos de una dimensión de una racionalidad médica específica, son frecuentemente utilizadas de forma aislada, desplazadas de su contexto de significados para otro, obedeciendo más a una lógica empírica de eficacia en el estilo de la biomedicina, que a una coherencia teórica de los sistemas. Propician así el hibridismo y el sincretismo de las prácticas en el cuidado de la salud.

En Brasil, el Ministerio de Salud optó por la terminología PIC (prácticas integrativas y complementarias), que engloba tanto las racionalidades médicas vitalistas como las prácticas terapéuticas denominadas integrativas y complementarias en salud. Estas prácticas están cada vez más al alcance de los usuarios de los servicios públicos, en función del Sistema Único de Salud (SUS) y, más recientemente, de la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias (PNPIC), de la cual trataremos adelante. Además de las ya tradicionales homeopatía, acupuntura y fitoterapia, hay un aumento gradual en la presencia de diferentes prácticas de abordaje corporal o psico-corporal, tales como tai chi Chuan, Lian Gong, Lian kun, chi Gong, do-in, Tui-na, yoga, Reiki, meditación, terapia comunitaria, biodanza, Osteopatía, termalismo/crenoterapia (Simoni, Benevides, & Barros, 2008, Azevedo, & Pelicioni, 2011).

Estas prácticas terapéuticas están básicamente asociadas a la intervención en procesos de enfermedad o malestar de individuos y grupos, de carácter 'objetivo' (patologías identificables por la biomedicina), como también situaciones de estrés y sufrimiento psíquico. Algunas utilizan las artes como parte constitutiva de sus procedimientos: música, teatro, artes plásticas, danza. Llenan lagunas del sistema

biomédico en cuanto a la resolutividad terapéutica de sus servicios; al lado de esto, sostienen sentidos, significados y valores sociales ante el sufrimiento, la enfermedad, como también el tratamiento y la cura de enfermedades, distintos de los dominantes. Estos valores tienden a favorecer la autonomía de las personas en la búsqueda de una vida más armoniosa, es decir, equilibrada mental y físicamente, menos competitiva o agresiva, y más solidaria en el plano familiar y social.

Las Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC) expresan así la complejidad del campo de la salud acompañada de una multiplicación de sujetos implicados en las prácticas terapéuticas, e integran el proceso de medicalización de la salud como la gestión social del sufrimiento y del enfermar. Es importante resaltar, sin embargo, que, de acuerdo con el referencial teórico utilizado en este artículo, las PIC no son racionalidades médicas. La utilización de la categoría RM en diferentes núcleos de investigación, en las diversas regiones del país, ha contribuido para expandir la reflexión de esta temática. No obstante, se han observado algunas apropiaciones o usos inadecuados, que llevan a interpretaciones y análisis equivocados, sobre todo cuando se aplica la categoría en la investigación de prácticas integrativas y complementarias, buscando identificar en estas las dimensiones que caracterizan los sistemas médicos complejos. Cabe aquí alertar para el uso impropio de esta herramienta analítica, considerando sus premisas y posibilidades interpretativas.

Pero además de prácticas terapéuticas, fue posible verificar en el desarrollo de la tercera fase del proyecto RM, nuevas prácticas de salud, que valorizan la triada belleza-vigor-juventud, tomando como referencia de salud la buena forma (fitness), identificada a la belleza de las formas, o el bienestar (*wellness*), generalmente visto como estar equilibrado, o armonizado, o aún ‘bien consigo mismo’ (Luz, 2003).

El culturismo, asociado al fitness, involucra la musculación y diversas formas de gimnasia localizada y aeróbica, pudiendo incluir algunos deportes, sobre todo los de riesgo y aventura, y algunas artes marciales o luchas, como judo y karate. Tiene lugar privilegiado en las academias de gimnasia y reverencia valores de vigor, belleza y juventud como sinónimos de vitalidad, por lo tanto, de salud. Es frecuentemente orientado por concepciones centrales del individualismo actual el uso del cuerpo como forma de obtención de estatus social, el consumismo como valor de prestigio y diferenciación social y el éxito como valor final para la vida; desde esta perspectiva expresa el triunfo de los valores del capitalismo entre los jóvenes de clase media de las grandes metrópolis, sus principales practicantes (Luz, 2008). Pero a medida que se avanza en la franja etaria, se observa una mayor diversificación de prácticas, que contemplan, además de

las mencionadas arriba, el alargamiento, el yoga, el pilates, el Tai Chi Chuan, la danza de salón, entre otras, frecuentemente adoptadas por consejo médico, ya sea por enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artritis, osteoporosis, obesidad etc), ya sea por problemas emocionales (estrés, depresión, baja autoestima, aislamiento social etc.). En el grupo de edad de 40 años en adelante, los practicantes están buscando cada vez más conservar o recuperar la salud, lo que incluye los valores de conservación de la juventud y la belleza y también la búsqueda de bienestar.

Es posible afirmar, a partir de las entrevistas y observaciones realizadas en la tercera fase del proyecto, que hay una diversidad de sentidos, significados y valores asociados a la multiplicidad de prácticas y practicantes actuales en salud. Algunos están claramente asociados a la cultura capitalista hegemónica y sus valores, como el culto individualista a la belleza corpórea, al consumo de bienes materiales como forma de diferenciación, a la competencia como norma de vida y medio de alcanzar el éxito, considerado como un valor fin. Otros, más relacionados a formas de estar consigo mismo y con otros, si no solidarias, al menos cordiales y amigables. Siendo así, no solo valores fisicoculturistas o relativos al paradigma enfermedad-salud están presentes en estas prácticas, sino también ligados al bienestar personal, a la modificación de estados emocionales, a la mayor disposición para el trabajo y la convivencia familiar y social, y la recuperación de la alegría de vivir (Luz, 2008a, 2008b).

En síntesis, las concepciones presentes en las prácticas de salud contemporáneas comparten el modelo preventivista (prevenir, amenizar o al menos detener el desarrollo de enfermedades crónicas), el modelo promocionista (mantener la salud, no enfermar), el modelo estético (belleza, vigor, juventud) y el modelo vitalista (expansión de la vitalidad, equilibrio, armonía de las dimensiones de la vida), pudiendo haber dominancia de uno o más modelos de acuerdo con especificidades de cada práctica, de contextos y practicantes correspondientes.

Investigación y enseñanza de racionalidades médicas y prácticas en salud

La producción científica sobre el tema de las racionalidades médicas tuvo inicio a finales de la década de 1980 y se consolidó como actividad de investigación colectiva a partir de la proposición de la categoría RM en 1992, teniendo un crecimiento significativo en los años siguientes (Tabla 1).

Tabela 1. Distribuição da produção científica do grupo Racionalidades em Saúde, da década de 1980 até o ano de 2011. Brasil

Produção RS	Década 80	Década 90	2000-2011	Total	
				Nº	%
Livros	1	10	37	48	10
Capítulos de Livros	-	15	107	122	26
Artigos	5	57	182	244	51
Dissertações	-	12	25	37	8
Teses	-	6	19	25	5
Total	6	100	370	476	100

Fonte: Arquivos do grupo “Racionalidades Médicas e Práticas em Saúde”. 2. Informações contidas na Plataforma LATTES do CNPq a partir do diretório do grupo de pesquisa “Racionalidades em saúde: sistemas médicos e práticas e complementares integrativas”.

Estes números consideram apenas a produção dos integrantes do grupo de pesquisa vinculado ao Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq) e intitulado atualmente Racionalidades em Saúde: Sistemas Médicos e Práticas Complementares e Integrativas. O grupo conta com núcleos de pesquisadores em diferentes instituições de ensino e pesquisa em Florianópolis (SC), Campinas (SP), Rio de Janeiro (RJ), Niterói (RJ) e Juiz de Fora (MG). Contudo, outros pesquisadores não diretamente vinculados utilizam a categoria RM em seus estudos e publicações científicas, inclusive fora do país, como é o caso de Portugal, onde alguns artigos resultantes de teses de doutorado trabalham com essa categoria (Alves, 2010, 2012).

Em sua quarta e atual fase, o projeto RM descreveu a Medicina Antroposófica como racionalidade médica (Luz, & Wenceslau, 2008) coexistindo na sociedade atual no campo da saúde, em conjunto com outras racionalidades já estudadas na primeira fase do grupo de pesquisa.

La investigación ‘Racionalidades Médicas y Educación en Salud’ está en curso en el Programa de Posgrado en Salud Colectiva (PPGSC) de la Universidad Federal Fluminense, que alberga el grupo Racionalidades en Salud: Sistemas Médicos y Prácticas Complementarias e Integrativas desde 2010.

En este estudio, buscamos analizar la presencia de la homeopatía y la medicina tradicional china en la educación técnica y universitaria (graduación y posgrado) en salud, así como identificar innovaciones en la enseñanza de la biomedicina, y relacionarlas con premisas humanizadoras traídas por la área de Salud Pública, tales como ampliación de la clínica, acogida, atención, integralidad y promoción de la salud.

Se entiende que la formación en distintas racionalidades médicas y prácticas de salud es fundamental para su avance sostenible, con seguridad, calidad y eficacia en el SUS, a fin de garantizar el derecho de la población al cuidado integral y a la elección del modelo terapéutico, de acuerdo con las concepciones de salud de los ciudadanos y grupos sociales, así como de las posibilidades terapéuticas implicadas.

Legitimación, institucionalización y legalización de racionalidades médicas y prácticas integrativas y complementarias en salud

La expresiva producción y repercusión de estudios académicos con la utilización de la categoría RM ha informado el debate entre profesionales y gestores sobre la legitimación, institucionalización y legalización de las racionalidades médicas y prácticas integradoras y complementarias en salud.

Los años 80 marcaron el comienzo de la trayectoria de institucionalización de las PIC en los servicios públicos de salud en el municipio de Río de Janeiro, impulsada principalmente por la acupuntura, cuyo proceso de legitimación y legalización ha liderado y al mismo tiempo ejemplificado el recorrido de las prácticas complementarias en Brasil. Después de una exitosa estrategia de divulgación y legitimación a través de los medios impresos, se inició una experiencia piloto en el Hospital Municipal Paulino Werneck. Poco después, en 1984, la acupuntura pasó a integrar la atención en las llamadas clínicas del dolor, en cuatro hospitales del municipio. En 1987, fue creado el Servicio de Medicina Alternativa en la Secretaría Municipal de Salud, con el objetivo de ofrecer a la población servicios de acupuntura, homeopatía y fitoterapia (Nascimento, 1998, 2006).

Sin embargo, dos propuestas dividían los acupunturistas: la que abogaba por la exclusividad médica para el ejercicio de esta terapéutica, con la consecuente prohibición de la práctica de profesionales no médicos; y la que defendía su ejercicio también por no médicos, siempre que estén debidamente habilitados.

Los médicos que ya en esa fase inicial se adhirieron a la práctica de la acupuntura jugaron un papel importante en la introducción de esta terapéutica en la red pública de salud, como también en su receptividad por la población. Muchas veces frustrados con las posibilidades ofrecidas en su práctica profesional, se volvieron hacia el estudio de la medicina china, encontrando en ella instrumentos eficaces para el desempeño de sus funciones. Sin embargo, los consejos de medicina no reconocían la acupuntura como práctica terapéutica, asociándola al misticismo y al charlatanismo.

Este hecho contribuyó para que la mayoría de los acupunturistas estuviera compuesta por profesionales no médicos, habiendo entre ellos fisioterapeutas, enfermeros y otros profesionales del área de la salud, inclusive de nivel medio. Solo en 1995, el Consejo Federal de Medicina (2005) reconoció la acupuntura como acto médico y tres años más tarde llegó a designarla una especialidad (Resolución 1455/95). En esa ocasión, fue desencadenada una amplia campaña en los medios de comunicación en defensa del monopolio médico en el ejercicio de la acupuntura, como ya ocurría con la homeopatía, reconocida como especialidad en 1980, y desde entonces practicada exclusivamente por esta categoría.

La polémica entre médicos y no médicos para el ejercicio de la acupuntura persiste hasta los días actuales, con importantes repercusiones en el proceso de institucionalización y legalización de esta práctica y también de otras modalidades terapéuticas integrativas y complementarias. Los años 90 marcaron un aumento en esta polémica.

El proceso de incorporación de la acupuntura por la categoría médica presenta una característica básica de complementariedad con la medicina occidental contemporánea (o biomedicina), configurándose un estilo ecléctico en las formas de actuación. Sin embargo, se observa una tendencia entre los profesionales médicos a no considerar suficientemente el sistema coherente e integrado del cual se origina y hace parte la acupuntura, o sea, un sistema médico que trae la noción de continuidad entre los diferentes planos de la existencia (psicobiológicos, sociales y espirituales) en la producción de la salud, de la enfermedad y de la cura, y en el cual la persona es entendida como integralidad viva, en su relación con el medio natural y social. Además del peso de la formación biomédica, características sociales, económicas y culturales de la demanda y de los profesionales han contribuido para una recreación de la práctica de la acupuntura en el medio médico (Nogueira, 2006, 2009).

En este contexto, la proposición de la categoría RM, basada en la hipótesis de existencia de diferentes racionalidades médicas y su coexistencia efectiva en la cultura actual, pasó a informar el debate no solo en los centros académicos de investigación, sino también en las instituciones de salud, sea entre los profesionales, sea en la producción de normas y, más tarde, legislación específica sobre la acupuntura y otras prácticas terapéuticas que comparten el paradigma vitalista.

La categoría RM pasó a ser utilizada con una perspectiva política, en la afirmación de la legitimidad de diferentes sistemas médicos complejos y en la defensa de su integración en los servicios públicos como práctica multiprofesional, de forma integradora y complementaria. La

Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias, editada en 2006, adoptó la expresión ‘sistemas médicos complejos’, asociándola a los estudios del proyecto RM a través de la referencia directa a algunas de sus publicaciones.

A través de la PNPIC, el Ministerio de Salud pasó a preconizar el desarrollo de la MTC-Acupuntura “en carácter multiprofesional, para las categorías profesionales presentes en el SUS y en consonancia con el nivel de atención”. La PNPIC preconiza también la implementación de otros dos sistemas médicos complejos en el SUS: la homeopatía y la medicina antroposófica. Entre las prácticas terapéuticas, son contempladas las plantas medicinales y la fitoterapia, el termalismo social-crenoterapia, como también un conjunto de prácticas dentro del abordaje terapéutico específico de la MTC: Lian Gong, chi Gong, Tui-na, Tai-Chi-Chuan, plantas medicinales, orientación alimentaria y meditación.

Contribución a una nueva epistemología en medicina y salud

Sistemas médicos tradicionales y modernos están alineados en una interacción, a veces conflictiva, a veces de manera pacífica y más o menos integrada. Su cooperación, aunque ocasional, ha contribuido a acelerar la asimilación mutua, de modo híbrido o sincrético, tanto en términos teóricos como empíricos. Las relaciones de continuidad, ruptura e hibridación y los procesos de negociación entre diferentes sistemas del desarrollo cultural son hoy uno de los mayores desafíos de las ciencias sociales en el campo de la salud. Los conflictos y las formas de coexistencia, en una comunicación multicontextual, multiétnica, migrante, compuesta de elementos multiculturales, se convierten en un relato reconstruido incesantemente, de modos diversos, en campos desiguales de producción, comunicación y apropiación de la cultura (Canclini, 1997).

Al proponer la expresión ‘epistemología del sur’, Boaventura de Sousa Santos (Santos, 1995, 2004, 2010) afirmó que la colonización epistémica persiste y genera profundas contradicciones, con una división radical entre saberes que atribuye a la ciencia moderna el monopolio universal de distinción entre lo verdadero y lo falso. La persistencia de la dominación epistémica de matriz colonial, más allá del proceso de las independencias políticas, exige una revisión crítica de los conceptos hegemónicos definidos por la racionalidad moderna desde una perspectiva y condición de subalternidad. Según él, se libra una de las batallas políticas más importantes del siglo XXI, sin duda, en torno al conocimiento. El desafío a la hegemonía cultural ha resultado en una apertura a la diversidad de saberes, diferentes lógicas y formas de

pensar, que exigen la posibilidad de diálogo y comunicación entre culturas, bien en una interacción con la ciencia moderna, más allá de ésta, para recuperar conocimientos y prácticas de grupos sociales que, a través del capitalismo y el colonialismo, han sido subalternizados, marginados y desacreditados.

De acuerdo con Meneses (2008), es necesario, sin embargo, huir del riesgo de “reificaciones funcionalistas de la tradición (...) como forma de contraponer la racionalidad moderna a otros saberes y experiencias considerados tradicionales porque anteriores a la modernidad”. Este riesgo “limita la posibilidad crítica y analítica de la estructura conceptual en la que se basan las concepciones ideológicas de la modernidad”. El desafío, por lo tanto, es reconfigurar sentidos y explicaciones dominantes y construir una nueva narrativa teórica, como forma de ampliar y calificar la epistemología del siglo XXI. Desde esta perspectiva, la categoría RM puede presentarse como una contribución de la “epistemología del sur” que permite revisar diferentes saberes y prácticas en salud, de forma a superar la comprensión hegemónica de la racionalidad biológica, y afirmar la apertura al intercambio solidario entre diferentes sistemas culturales en salud, en el sentido de su complementariedad.

Referencias

- Alves, F. (2010). Racionalidades Leigas sobre Saúde e Doença Mental um estudo no Norte de Portugal. In: Fontes B, Fonte EMM (Org.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ed. Universitária UFPE, 25-69.
- Alves, F. (2011). **A doença mental nem sempre é doença**: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental. Porto: Edições Afrontamento.
- Alves, F. (2012). Recognising madness in other; relativising madness in oneself from layconcepts to therapeutic itineraries. In Alves F, Jaworski K, Butler S, editors. **Madness in plural contexts**: crossing borders, linking knowledge. Oxford: E-Book Inter-Disciplinary Press.
- Azevedo, E., & Pelicioni, M. C. F. (2011/2012). Práticas Integrativas e Complementares de desafios para a educação. **Trab. Educ. Saúde**; 9(3), 361-378.
- Camargo Júnior, K. R. (1997). Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais da rede pública do Rio de Janeiro. **Est em Saúde Col**. 149, 5-13.
- Canclini, N. G. (1997). **Consumidores e Cidadãos**. Conflitos multiculturais da globalização. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- Canevacci, M. (1996). **Sincretismo**: uma exploração das hibridações culturais. São Paulo: Studio Nobel.
- Clavreul, J. (1983). **A ordem médica**. Poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Braziliense.

- Conselho Federal de Medicina (CFM). (1995). Resolução 1.455/95. Reconhece a Acupuntura como especialidade médica. Diário Oficial da União; 18 set.
- Dupuy, J. P., & Karsenty, S. (1979). **A invasão farmacêutica**. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault M. (1977). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Illich, I. (1975). **A expropriação da saúde**. Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Loyola, M. A. (1984). **Médicos e Curandeiros**. Conflito Social e Saúde. São Paulo: Difel Difusão Editorial. (Col. Corpo e Alma do Brasil).
- Luz, H. S., & Campello, M. F. (1997). Homeopatia. In: Luz MT, coordenador. **VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas**. Est em Saúde Col, 151, 5-35.
- Luz, H. S., & Campello, M. F. (1998). Homeopatia. In: Luz MT, coordenador. **VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas**. Est em Saúde Col; 159:9-51.
- Luz, M. T., & Barros, N. F. (org). (2012). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, Abrasco.
- Luz, M. T., & Wenceslau, L. D. (2012). A medicina antroposófica como racionalidade médica. In: Luz, M. T., & Barros, N. F. (Org.). **Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde**: Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ, Abrasco, 185-216.
- Luz, M. T. (1988). **Natural, Racional, Social**. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. 1ª Edição. São Paulo: Editora Campus. [NT: versión em castellano: Luz, M. T. (1997). **Natural, racional, social**: razón médica y racionalidad científica moderna. Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997.]
- Luz, M. T. (1996). **A Arte de Curar versus a Ciência das Doenças**. História Social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial.
- Luz, M. T. (1997). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis, Rev Saúde Col**, VII(1), 13-43.
- Luz, M. T. (2003). **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2005). Novas Práticas em Saúde Coletiva. In: Minayo, M. C. S., & Coimbra Jr, C. E. A. (Org.). **Críticas e Atuantes**: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 33-46.
- Luz MT. (2008b). As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Rev Bras Saúde da Família**; IX:8-19.
- Luz, D. (1998). A medicina tradicional chinesa e os serviços públicos de saúde. **Est em Saúde Col**; 160, 7-42.
- Meneses, M. P. (2008). Epistemologias do Sul. **Rev Crítica de Ciênc Sociais**, 80, 5-10.
- Nascimento, M. C. (1998). De panacéia mística a especialidade médica. A acupuntura na visão da imprensa escrita. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, 5(1), 99-113.

- Nascimento, M. C. (2005). Medicamentos, comunicação e cultura. **Cien Saude Colet**; 10(Supl.), 179-193.
- Nascimento, M. C. (2006). Acupuntura, Medicina e Interculturalidade. In: Nascimento MC (Org.). **As duas faces da montanha**: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec, 143-177.
- Nascimento, M. C. *et al.* (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 18(12), 3595-3604. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.
- Nogueira, M. I. (2006). Entre a conversão e o ecletismo: de como médicos brasileiros se tornam “chineses”. In: Nascimento, M. C. (Org.). **As duas faces da montanha**: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: Hucitec.
- Nogueira, M. I. (2009). A translação do olhar: da biomedicina à acupuntura. In: Camargo Júnior KR, Nogueira MI. (Org.). **Por uma filosofia empírica da atenção à saúde**: olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- Rosa, R., Alves, M. F., & Silva, L. F. (2011). Protagonismos alternativos em saúde contexto teórico de uma pesquisa compreensiva. **RECIIS R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**; 5(4), 24-31. Recuperado de <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/554>
- Santos, B. S. (org) (2004). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Porto: Afrontamento.
- Santos, B. S. (1995). **Toward a New Common Sense**: Law, Science and Politics in the paradigmatic transition. New York: Routledge.
- Santos, B. S. (2010). **Um discurso sobre as ciências**. 7.ed. São Paulo: Ed. Cortez.
- Silva, L. F. & Alves, F. (2011). Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis Rev Saúde Col**, 21(4), 1207-1229.
- Simoni, C. D., Benevides, I., & Barros, N. F. (2008). As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev Bras Saúde da Família**; IX:70-76.
- Tesser, C. D, & Luz, M. T. (2008a). Racionalidades médicas e integralidade. **Cien Saude Colet**; 13(1), 195-206.

Contribución al estudio del imaginario social contemporáneo: retórica e imágenes de las biociencias en las revistas de divulgación científica²³

Madel Therezinha Luz
Cesar Sabino
Rafael da Silva Mattos
Alcindo Antonio Ferla
Barbara Andres
Rafael Dall Alba
Richard Assimos
Anderson dos Santos Machado

Introducción

Los efectos de la circulación y el consumo de noticias en el ámbito de la biociencia por parte de la población en general constituyen el campo temático de este artículo, que contiene a los primeros resultados de un proyecto de investigación que pretende contribuir al tratamiento metodológico del estudio del imaginario²⁴ contemporáneo “impreso en los medios de comunicación. Nos interesa especialmente centrar nuestro análisis interpretativo sobre la retórica presente en las portadas de las revistas que se venden en los quioscos. Aunque, complementariamente, también en artículos internos de los vehículos impresos en los organismos dedicados a la difusión de experiencias y resultados de investigación de las biociencias en general y la salud en particular. Por lo tanto, es principalmente analizar la divulgación en los medios de comunicación dirigida al llamado público urbano educado, es decir, la mayoría con estudios superiores. Para nosotros, es importante establecer una relación entre el crecimiento de la cobertura mediática científica y algunos síntomas de la crisis de la educación del conocimiento erudito: la pérdida de importancia de la escuela; la crisis de la enseñanza universitaria; el auge de las nuevas tecnologías de la información en la

23 Publicado originalmente en portugués en la revista Interface (Luz et al., 2013).

24 El término imaginario no se utiliza aquí en oposición a la realidad. El imaginario es una realidad (Maffesoli, 2001). El proyecto sobre Imaginario social y retórica de las biociencias registrado en la UFRGS está en desarrollo desde 2012.

comunicación del conocimiento; y el fin de la educación basada en el conocimiento de maestros. Dortier (2001) señala que en la década de 1980 se produjo la muerte de grandes maestros del saber, “líderes de pensamiento” en las ciencias humanas. También afirma que ningún modelo puede contener, en sí mismo, la explicación de la realidad. Cuando se trata de ciencia, no puede haber un pensamiento único, se establece una apertura crítica, incluso con la difusión de la ciencia en las revistas consideradas “no científicas”, es decir, no estrictamente ligados a la difusión de investigación disciplinaria. En la actualidad, encontramos numerosos artículos de profesores altamente cualificados en revistas de difusión masiva, que no generan puntos académicos para estos profesores, ya que no se trata de publicaciones periódicas indexadas en “bases cualificadas”. En este proyecto pudimos observar, en los quioscos, una demanda creciente de estas publicaciones periódicas²⁵.

Picon (1968) señaló que cada ámbito de la investigación científica requiere métodos específicos y lenguas específicas. La ciencia utiliza, hoy en día, no sólo sus propias publicaciones periódicas, difusión científica, sino, también, de revistas de masas para información y contenidos de su interés. Hay un aumento, por ejemplo, de los informes sobre: salud, calidad de vida, ejercicios físicos alimentación saludable, prevención de enfermedades crónicas, y rejuvenecimiento y prolongación de la vida, todo ello supuestamente basado en investigación científica de disciplinas relacionadas con las biociencias. Las neurociencias, por ejemplo, están cada vez más presentes en los periódicos y revistas frecuentes “descubrimientos”.

En el presente estudio, abordamos el análisis de los efectos de la emisión de este tipo de información, con hechos supuestamente objetivos y verificables, tal y como se transmiten fuentes que las originan las investigaciones, en revistas destinadas a este público, que se articulan con otras tecnologías de difusión, como comunicación virtual.

Somos conscientes del abrumador crecimiento de las tecnologías en constante cambio en la información en la última década y del papel de la imagen virtual y la comunicación virtual en la difusión y el debate de la información científica. También sabemos que estas técnicas de información y

²⁵ Hay que tener en cuenta, en esta subida de la demanda, los signos de cuestiones relacionadas con la difusión de conocimiento: 1 - cuellos de botella en la difusión de la ciencia de la mayoría de las disciplinas, debido a la difusión limitada académicamente legítima a las revistas indexadas en las bases de datos, que generalmente son bases de datos privadas, por lo que a menudo en las ciencias de la vida y enfermedades se comprometen con grandes organizaciones, y esto denunciado por grupos de investigadores y científicos de renombre, comprometiendo de alguna manera la valorización social de esta producción; 2 - Aumento considerable de lo que podemos llamar científico, mano de obra, que produce continuamente, con el fin de para permanecer en el sistema, nuevas tecnologías y productos científicos, sin garantía de difusión, búsqueda de alternativas en este sentido; 3 - Las revistas en estudio son sin duda, un importante punto importante para esta “salida” porque hemos podido comprobar, observando a los autores y editores, que estos son en casi su totalidad, académicamente cualificado: Ph, postdoctorales y algunos maestros con un importante carrera profesional.

comunicación se están confirmando como una rama especializada de la sociología de la comunicación (Baumgarten, 2008, 2005).

Lévy (2002, 2000, 1997) se ha dedicado a lo que podríamos llamar sociología de la comunicación virtual o filosofía de la virtualidad. El autor conceptualiza categorías como: cibercultura, ciberespacio, tecnologías de inteligencia, tecnodemocracia, entre otras. Las técnicas de comunicación virtual, especialmente a través de las denominadas redes sociales, han ido asumiendo un papel social de indudable importancia en los últimos diez años, no sólo en el ámbito de la sociabilidad, poniendo en contacto a personas, grupos y organizaciones con intereses compartidos similares, como en los movimientos sociales, culturales y políticos, actuando como fuerza aglutinante de los actores sociales, reuniendo a miles (incluso millones) de individuos en un corto espacio de tiempo, hecho inimaginable hace unas décadas, generando movilizaciones prácticamente instantáneas de multitudes, produciendo verdaderos “tsunamis” sociales y políticos, poniendo indirectamente en cuestión conceptos y teorías de la sociología clásica ligados a nociones como: persona, grupo social y clase social.

De hecho, las nuevas técnicas de comunicación e información sitúan prácticamente la época de la prensa, la radio y la televisión en la prehistoria de los *medios de comunicación de masas*, lo que nos lleva a afirmar que se trata de una revolución análoga a la de Gutenberg, con la creación de la prensa. De la misma manera que se “predijo” la muerte de la prensa escrita, socialmente, con la llegada de Internet, hay declaraciones y juicios sociales más o menos basados en estudios de mercado que predicen la muerte del libro impreso y de la revista como fuentes de información. Hoy en día, vivimos en lo que llamamos la Sociedad, o la Era de la Información. Es una sociedad en la que la base del funcionamiento económico está garantizada por los servicios, la información y los conocimientos generados por las nuevas tecnologías y las innovaciones técnicas.

El nacimiento de la información como concepto y como ideología está ligado al desarrollo del ordenador y de las tecnologías derivadas de él en el periodo de las guerras mundiales, especialmente la Segunda Guerra Mundial. Había entonces una gran demanda de ordenadores y sistemas de información para las tropas. Los componentes eléctricos miniaturizados fueron desarrollados por los militares durante la Segunda Guerra Mundial para: detonar bombas a distancia, desarrollar ordenadores más pequeños adecuados para la carrera espacial y realizar cálculos relacionados con la creación y el uso de la bomba atómica (Kumar, 2006). Estas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) no se limitaron

al ámbito militar, sino que se incorporaron gradualmente a los entornos civiles, convirtiéndose en instrumentos vitales para el funcionamiento de la vida económica.

Actualmente existe una *cibercultura* (Lévy, 2002), definida como: el conjunto de técnicas materiales e intelectuales, prácticas, actitudes, formas de pensar y valores que se desarrollan con el crecimiento del ciberespacio, que se extiende a diversas esferas de la vida cotidiana. La cibercultura se construye y difunde a través de la interconexión de los mensajes entre sí, mediante la permanente difusión e intercambio de información. Sin embargo, no podemos dejar de destacar que detrás de las técnicas de información hay proyectos sociales, ideas, utopías, intereses económicos y estrategias de poder de los grupos.

La “generación de internet” puede definirse (Marmion, 2010) como una nueva masa de consumidores que tienen acceso a la información sobre ciencia y salud, contribuyendo a un imaginario social asociado, a menudo dependiente del pensamiento biocientífico.

Aunque sabemos que el texto en papel puede llegar a su fin, en un futuro no muy lejano, el libro, así como las revistas, sean más o menos esotéricas, sobrevivirán en el espacio virtual, digitalizadas. Pero es impresionante la presencia actual y creciente de libros y revistas orientados a la cultura científica disciplinar, si nos fijamos sólo en los quioscos: todas las disciplinas científicas, ya sean de humanidades, biociencias, exactas o incluso aplicadas (a la tierra, por ejemplo), están representadas allí. Son instrumentos de difusión que se han convertido en parte integrante, no sólo de las culturas disciplinares específicas volcadas en sus nuevos descubrimientos o propuestas, sino, también, en instrumentos pedagógicos de asimilación de información y reflexiones, llenando vacíos pedagógicos en la formación de los alumnos, resultantes del deterioro del sistema escolar, de las brechas derivadas de la debilidad de la formación, o de la falta de actualización de los profesores, incluso en las universidades. Nunca hemos visto tantas revistas informativas, tantas obras literarias, e incluso filosóficas, impresas una al lado de la otra, accesibles, en precio y calidad, al público “laico” que quiere y busca esa información. En estas revistas, la información intenta ser impresionante y atractiva, pero sobre todo intenta ser convincente y persuasiva.

Esto pone en juego para nosotros, como objetivo central de la investigación, el estudio de la retórica, los textos, pero sobre todo en las portadas de las revistas, donde el poder de persuasión de la palabra se ve reforzada **por la imagen**, pero también, a la inversa, la impresión causada por la imagen se ve reforzada **por la palabra**, especialmente por el “tono” de la palabra. De este modo, la alianza imagen/palabra es la

clave para construir y transmitir el **mensaje** que debe convencer al público de su importancia, y llevarlo a comprar el producto que guiará sus acciones con respecto a la vida y la salud²⁶.

Es en este universo de investigación, en el que la retórica es fruto de la simbiosis imagen/palabra, y palabra/imagen, en el que pretendemos fundamentar las cuestiones aquí planteadas, mediante el análisis e interpretación de las portadas de las revistas de divulgación presentes en los quioscos, teniendo, como principal contenido de análisis retórico, las *biociencias*, en aproximación con otras áreas disciplinares, dada su importancia actual en la Salud Pública: Nutrición y las Ciencias Humanas relacionadas con la vida y la salud: Psicología, Sociología, Antropología, Filosofía, sobre todo.

Nuestra preocupación central, al interpretar la retórica, en términos metodológicos, es el imaginario social y *la vida y la salud* de las personas, en la cultura actual, en su relación con las biociencias. Esto implica, prácticamente, todas las fases y actividades de la vida humana.

Instrumentos de investigación cualitativa en los medios de comunicación impresos: ¿cómo operar el análisis de las revistas que difunden investigaciones y resultados científicos?

Nuestro estudio pretende ser una contribución analítica a la investigación empírica, cuyas unidades básicas de análisis son las representaciones sociales dominantes en el imaginario cultural contemporáneo, representaciones referidas principalmente –pero no exclusivamente– a las biociencias, y su (re)producción discursiva. En cuanto al análisis teórico, nuestro objeto es el universo simbólico de la sociedad contemporánea, a través de los discursos vinculados a la investigación científica, y los significados que reproducen en las imágenes difundidas en los medios de comunicación impresos.

Consideramos, a efectos de nuestro análisis, que la construcción narrativa, o el relato mediático de un hecho, representa una *construcción social* de la realidad, capaz de producir efectos prácticos, ya sea de movilización o desmovilización, de control social o de liberación, y así es susceptible de ser interpretada por las ciencias humanas.

Privilegiamos, en este caso, un análisis metodológico ilustrativo de los significados y representaciones recurrentes en la difusión *mediática* de las revistas de divulgación científica presentes en los quioscos, examinando los *estilos de* práctica discursiva científica divulgados en las publicaciones

26 Conocemos la importancia del papel de imagen en la contemporaneidad cultural desde la emisión de frases como: “una imagen vale más que mil palabras”, cuando esta valorización se hizo evidente. Sin embargo, estamos interesados en el poder de que las imágenes pueden tener cuando se asocia con términos convincentes, y que puede inducirnos a cierta comportamiento, hábitos y actitudes.

periódicas, buscando interpretar la **retórica** de estas prácticas, y las formas en que esta retórica puede influir en el imaginario social, asumiendo, a veces, un carácter normativo (Medrado, 2000, Spink, & Medrado, 2000; Bourdieu, 1997).

La retórica, con su efecto de influencia social y de convencimiento, es pues nuestro *núcleo central de análisis*. Metodológicamente, nos interesa mucho más el “tono convincente” del discurso que la veracidad de su *contenido*, ya sea en términos de información, comunicación o ideología. Tampoco nos interesa hacer un análisis lingüístico estructural clásico, utilizando la semiótica (Eagleton, 1997). Nos interesa comprender cómo la simbiosis imagen/palabra sobre la vida, la salud y la enfermedad ejerce un *pathos retórico* sobre los sujetos, procedente del *discurso* de las biociencias. En otras palabras, nos parece necesario retomar el texto clásico *Retórica*, de Aristóteles (1998), considerada la primera obra occidental de la antigüedad grecorromana que se dedica al análisis de la retórica. La retórica, según Aristóteles, tiene tres objetivos principales: 1) influir en la elección; 2) influir en el juicio; 3) conmover.

Nos atreveríamos a añadir un cuarto propósito, adecuado al papel de la retórica de las revistas de biociencia: *el miedo*, el temor colectivo²⁷ al “castigo” si no se cumplen las reglas y normas de conducta presentadas como objetividades resultantes de la investigación científica. Hay, aquí, una aproximación a lo que Foucault llamó biopoder. Se trata de un conjunto de relaciones de poder/saber que afectan a la vida, normativizándola y controlándola continuamente. La vida intenta ajustarse a estas regulaciones buscando la “buena salud” (Foucault, 2004a, 2004b, 1997, 1976).

Pudimos comprobar, a partir de la lectura y análisis inicial de las portadas, que las revistas adoptan, en el tono del discurso, una perspectiva retórica, dirigiendo al lector a prácticas coherentes con la normatividad biocientífica y a las actividades recomendadas por los informes, a la vez que infunden un temor difuso a que pueda producirse algún daño a la salud o a la vida si no se siguen dichas prácticas.

Foucault (2009), en uno de sus cursos en el Collège de France, más concretamente en el curso de los años 1983-1984, trató el concepto de *parrhesia*. Para aclarar y profundizar este concepto grecorromano, Foucault necesitaba contrastarlo con su opuesto: *la retórica*. Se definía y practicaba en la Antigüedad como una técnica que se refiere a la forma de decir las cosas. Es un arte, una técnica, un conjunto de procedimientos que permiten al orador decir algo que no es necesariamente cierto o incluso lo que piensa. El objetivo de la retórica es producir, en la persona a la que se dirige el discurso, un conjunto de convicciones que induzcan determinados comportamientos.

27 Este sentimiento de el “miedo colectivo” es una de las finalidades sociales atribuido por Aristóteles a la tragedia.

La retórica no tiene ningún compromiso con la verdad o con decir la verdad, en la perspectiva de Foucault (2009). No hay *coraje de lavérité* en el discurso retórico. La retórica es un discurso eficaz que busca constreñir al otro. La fuerza argumentativa está en el convencimiento, independientemente del compromiso con la verdad.

Por otra parte, la fuerza de los argumentos en las revistas “no científicas” se basa no en la capacidad discursiva del autor del texto en sí, sino en la fundamentación de su discurso en estudios científicos experimentales realizados en instituciones de investigación. Si estos estudios se publican en revistas indexadas de países europeos o de Estados Unidos, el peso de las afirmaciones es más valorado. Este estatus académico superior puede entenderse no sólo por lo que Bourdieu llamó *poder simbólico*, que opera en el campo científico, sino también por lo que Bruno Latour trató de demostrar en sus textos: con la historicidad de las ciencias, criticando el “sustancialismo moderno”, a través del cual la sociedad, el lenguaje y la naturaleza se enmarcan en la lógica científica como objetos de estudio histórico (Latour, 2004, 1995, 1989, 1984; Bourdieu, 1989).

Nuestra investigación busca aprehender y analizar el discurso retórico para interpretar el imaginario social en la cultura contemporánea en torno a las imágenes de las biociencias transmitidas en las publicaciones periódicas analizadas, y su papel de convencimiento colectivo. Se trata de un *estudio cualitativo*, desde el punto de vista metodológico, que se aleja claramente del actual análisis de contenido del discurso, cuantitativo o cualitativo.

En este sentido, seleccionamos, para su estudio, un conjunto de vehículos con una importante distribución en las metrópolis brasileñas, aunque el trabajo de campo se limita a las capitales, Río de Janeiro y Porto Alegre, en revistas distribuidas de 2011 a 2013. Así, a partir de la observación piloto en Porto Alegre, se seleccionaron para el análisis las siguientes revistas: *Scientific American*, *Mente Cérebro*, *Super Interessante*, *Medicando*, *Women's Health*, *Men's Health*, *Psique*, *Viva Saúde*, *Saúde é Vital*, *Sua Saúde*, *Corpo a Corpo*, aunque los vehículos de las ciencias sociales y humanas forman parte de nuestro universo de observación, especialmente los publicados por el grupo *Scientific American*.

Las revistas mencionadas fueron seleccionadas por tener una edición regular (semanal a mensual), y siempre traen, en sus portadas, temas relacionados con la investigación en salud y las biociencias. Se han analizado otras revistas de gran tirada no necesariamente de difusión científica porque aportan información relevante en números especiales, específicos de un tema concreto, o de ámbito generalista, no

entrando en la lista de vehículos elegidos para la investigación. El número de revistas analizadas supera actualmente el centenar.

No establecimos un número determinado, ni una muestra específica de vehículos para el análisis. Bauer (2002) considera que una muestra pequeña, seleccionada sistemáticamente, es mucho mejor que una muestra grande de materiales elegidos al azar. Constatamos que 12 ediciones seleccionadas al azar de un diario proporcionan una estimación fiable de su perfil informativo anual. La representatividad, el tamaño de la muestra y la división en unidades temáticas dependen, en última instancia, *del problema de investigación*, que, por cierto, determina el referencial teórico a utilizar. En este proyecto, hemos optado por un enfoque cualitativo para la selección y el análisis de la *retórica* presente en los vehículos.

Costa (2001) sostiene que la información transmitida por los medios de comunicación no está separada del modo de producción industrial y de la lógica del mercado. Para Goetz et al. (2008), las revistas son entornos de circulación y difusión de representaciones sociales, siendo consideradas fuentes legítimas para la investigación cualitativa. De forma coherente, nuestro estudio de las portadas privilegia el análisis de las imágenes, las palabras y los contenidos implícitos que transmiten información y representaciones sobre la vida, la salud y la enfermedad. La validez del análisis debe juzgarse no como una lectura de la *verdad* –objetividad– de las portadas, sino en términos del contenido de convicción/persuasión presente en los materiales analizados.

Para ayudar a la recolección de datos, se utilizaron instrumentos clásicos de la investigación cualitativa en ciencias sociales, tales como: observaciones etnográficas de los quioscos, con notas de campo, fotografías de la distribución de las revistas en los quioscos²⁸, y conversaciones informales con compradores y responsables de los quioscos (Arborio, & Fournier, 1999), ubicados en el área urbana de las ciudades de Río de Janeiro y Porto Alegre. En los quioscos seleccionados se venden revistas con temas centrados en los descubrimientos recientes de las biociencias, la nutrición y la salud. Para ello, pretendemos utilizar, como recurso técnico, el *análisis de las imágenes* y la retórica implícita en las fotos impresas en las portadas, así como su disposición en “*escaparate*” o “*cartel*” (Moles, 2005) en los quioscos. La fotografía es, por lo tanto, una herramienta de recopilación para el proyecto, aunque con una finalidad diferente a

28 La fotografía tiene, en el proyecto, un papel auxiliar en capturar la distribución de los vehículos en los quioscos; de los temas que se colocan en ellos en relación con el objeto investigación, y la forma que adquieren con la organización de las cubiertas. No adoptamos la perspectiva antropológica, sociológica perspectiva histórica sobre el uso de fotografía, en la que el representar las jerarquías sociales y estatus, formas de organización de la sociedad en diferentes periodos etc. El objetivo del proyecto es captar la transmisión de la retórica presente en las cubiertas, y en la organización en forma de carteles o de los paneles de la revista en los quioscos (Moles, 2005)

la de la investigación etnográfica o sociohistórica. Las “fotos” que tratamos no son documentos fácticos, son **producciones tecnológicas**, resultado de montajes, sin intención de identificar a los quioscos ni a las personas que circulan (véase la nota 27).

Sabemos que existe, en Brasil, una importante gama de revistas de divulgación científica, variando desde la más cercana a la idea de “divulgación de resultados de experimentos de laboratorio”, como la pionera *Scientific American*²⁹, con ediciones en muchos países, hasta la Revista Super Interesante, en su origen muy vinculada a la ideología *new age*, estando, en los últimos años, muy cercana a las ideologías científicas vinculadas a la vida, la mente y la salud.

Tomando como marco de periodización las revistas comercializadas entre 2011 y 2013, menos que la cantidad y representatividad de las revistas que en un resumen de totalidad abstracta de los instrumentos, lo que nos interesa son los temas que se abordan en ellos y su tono –retórico–, que proporcionó el criterio fundamental de corte para la elección de instrumentos analizables.

En relación con este aspecto, Malinowski y Evans-Pritchard ya habían criticado los métodos de investigación cuantitativos, en vista de la dificultad que presentan para obtener e interpretar los significados sociales (Evans-Pritchard, 2005, Malinowski, 1976). Minayo (2007), por su parte, afirma que el objeto de las Ciencias Sociales es esencialmente *cualitativo*, ya que la multiplicidad de significados de la realidad social no puede ser aprehendida por medidas numéricas. Los códigos matemáticos y los de otras ciencias exactas no son capaces de recortar y contener la totalidad de la vida social. La investigación en ciencias sociales se ocupa de estructuras, procesos, significados y representaciones simbólicas.

Las producciones mediáticas son prácticas sociales de carácter discursivo, responsables del proceso de construcción y circulación de significados sobre un tema determinado. Están socialmente constituidos por grupo(s) específico(s), mediados a partir de la selección y reconfiguración de determinados repertorios temáticos. Estos repertorios funcionan como sustratos en la composición de la *retórica mediática*. Al adquirir visibilidad, quedan a disposición de las personas, que pueden componer sus prácticas discursivas en la vida cotidiana, posibilitando la producción de significados y versiones diversas sobre sí mismos y el mundo que les rodea (Medrado, 2000). Tales sentidos suelen ser tomados como verdad por el público

29 La revista *Scientific American* consiste en informa sobre el impacto producido por ciencia y tecnología innovaciones en la vida cotidiana y en la construcción estrategias para el futuro. Se creó en 1845 y patentado en 1850 en los Estados Unidos. Desde su creación, presenta los avances de la ciencia en un idioma accesible al público que se considera público no especializado. Los ganadores del Premio Nobel han escrito la revista. En los Estados Unidos, se publica en Nueva York, leído por más de 3,5 millones de personas. Es una revista traducida a 14 idiomas y accesible en más de treinta países. En Brasil, la la revista es bimestral y temático. Disponible en: <http://www.scientificamerican.com/sciammag/>.

en virtud de una correspondencia, en sentido común, entre representación y verdad. Pero sabemos que el sujeto del conocimiento se inserta en la sociedad que toma como objeto. La independencia de la visión científica es, por lo tanto, ilusoria, un efecto de las condiciones sociales de producción del intelecto, tal y como afirman los investigadores de la Escuela de Frankfurt, pioneros en el interés por los efectos sociales de los medios de comunicación (Cusset, 2009).

Walter Benjamin (1994) fue uno de los autores pioneros que problematizó el uso de la fotografía (imágenes) y sus efectos. El autor afirma que la imagen dirige nuestra percepción, y las leyendas (palabras) asociadas a ellas refuerzan lo que él llama “valor de exposición”. Nuestro campo etnográfico revela, en un primer momento, que la exposición de las revistas en los quioscos muestra una especie de reproductibilidad técnica destinada a convencer al lector del poder de las imágenes y palabras de las portadas. Esto reafirma su efecto retórico³⁰.

Como analiza Freitas (1999), los medios de comunicación contribuyen a la solidificación y difusión de un tipo específico de identidad; promueven un primer contacto motivador de un tema, tendencias, avances científicos y tecnológicos, con el público lector.

Según Medrado (2000), en la sociedad contemporánea, los medios de comunicación han adquirido un papel fundamental en el proceso de construcción y circulación de repertorios, siendo fluidos entre el público, por lo que influyen en la vida cotidiana de las personas. Los acontecimientos, la información y los descubrimientos adquieren una visibilidad sin precedentes cuando ganan espacio en los medios de comunicación³¹. Los medios de comunicación impresos son, pues, un canal de información. Como había señalado Luz (1986), los periódicos son vehículos de socialización de los hechos, de las normas, de lo que ocurre en la sociedad y, al mismo tiempo, un agente organizador institucional del espacio social.

La investigación empírica emprenderá, en el siguiente paso, el análisis de la retórica de las imágenes de las portadas divulgadas por los vehículos de divulgación, de forma *exhaustiva e interpretativa*, porque la portada es la primera forma de acercamiento de las revistas con sus lectores. Los artículos, sobre todo los de portada con impresiones fotográficas, lejos de servir sólo de reclamo informativo, o de hacer reflexionar al lector sobre los temas forman parte de la lógica competitiva del mercado de los medios de comunicación (Bourdieu, 1997).

30 Hemos podido observar que es posible caracterizar tres “pasos” o momentos en los que se produce el convencimiento del público comprador: 1° por la “captación visual”, en la que la mirada del futuro lector es atraída por la imagen; 2° por la “seducción a través de la mirada”, en la que el lector se dirige a la palabra/imagen fijada y “toma conciencia” de ella; 3° el convencimiento retórico a través del mensaje visual: el lector cree en lo que ve y quiere informarse.

31 El espacio mediático se caracteriza, según Medrado (2000), por estar constituido por textos e imágenes publicados en periódicos, revistas o libros.

La construcción del análisis de imágenes y palabras en los puestos

Desde nuestra perspectiva, las portadas de las revistas impresas, a través de las imágenes y los pies de foto impresos en ellas, asumen, por su disposición y estilo de fotos y palabras clave, un carácter **inductor** de representaciones, actitudes, opiniones y comportamientos, constituyendo un constructo simbólico que nos induce a lo que debemos leer y proceder (Weller, & Bassalo, 2011). Esto nos lleva al análisis de la retórica de las imágenes de portada que, junto con las expresiones utilizadas en las convocatorias, hacen mención directa al tema de convicción del artículo publicado en el interior del periódico. Podemos ver que ciertas imágenes asociadas a eslóganes, impresas en las portadas, funcionan para sugerir y estimular al lector a comprar la revista, aunque nadie puede “obligarle” a hacerlo. La lógica de la persuasión se impone, sin que nos demos cuenta, como mecanismo para satisfacer las necesidades que operan en el mercado y que son dominantes en la sociedad actual (véase la nota 08).

En un intento de satisfacer las expectativas de los lectores y adelantarse a la competencia, los editores tratan de despertar la curiosidad del lector, que luego puede querer comprar la revista o no. Entre los editores, pensar en la portada es una forma de ganar y convencer a mayores cuotas de mercado mediante el uso de montajes y fotografías que sufren retoques digitales “para alterar la realidad”, reveló Tony de Marco, director de arte de la revista Macmania, a Editor & Arte³², transformándolas en “escenarios” creíbles de persuasión. El periodista José Arbex Júnior llamó la atención sobre la “guerra de imágenes” en las portadas, que a menudo son perjudiciales para algunos temas. De este modo, el trabajo con las portadas resultó importante para este proyecto: apoyados en líneas de investigación como las de Pollak (1990) y Champagne (1998), pudimos observar que la elección de las imágenes por parte de los periodistas ilustrará la información contenida en ellas, ejerciendo un “poderoso efecto de evidencia: más, sin duda, que el discurso, parecen designar una realidad indiscutible, aunque también son el producto de un trabajo más o menos explícito de selección y construcción” (Champagne, 1998, p. 64, Pollak, 1990, p. 100).

La investigación empírica: el análisis de la retórica en las publicaciones de los quioscos

El mapeo y la recopilación de datos de los quioscos implicó una etnografía simple, que consiste en: conversaciones informales con los propietarios o vendedores de los quioscos³³, la observación visual de la

32 «¿Con qué cubierta voy a ir?». Editor & Art, n.15, n/d.

33 Expresión utilizada para denotar un enfoque informal por parte de los vendedores y compradores, sin centrarse en los datos de los individuos y,

distribución de las publicaciones periódicas, sus potenciales consumidores, así como la documentación fotográfica, que se han llevado a cabo desde 2012. La segunda fase de la investigación, prevista para el segundo semestre de 2013, consistirá en: la clasificación, el análisis y la interpretación del material recogido, la redacción del informe y la producción de artículos que hagan referencia a los resultados obtenidos.

Además de las aportaciones teóricas y metodológicas, desarrolladas anteriormente³⁴, nos interesa la presentación de la dinámica del campo empírico, por parte de los participantes en el proyecto, con la posible celebración de seminarios.

Hasta la fecha, se han observado 15 puestos de periódicos y revistas en Porto Alegre. Todos los quioscos observados están situados en entornos urbanos, más concretamente en el centro y en los barrios de clase media. Esta elección geográfica por ser lugares de fácil acceso y alta rotación de personas. Sólo un puesto se encuentra en el interior de un edificio, los demás están situados en las aceras. En Río de Janeiro, un estudio piloto fotografió un número similar de quioscos en la zona sur (Catete, Flamengo, Laranjeiras) y en la zona norte, tomando notas de las revistas expuestas, diferentes formas de disponer las cubiertas.

Los quioscos fueron fotografiados tal y como los vieron los investigadores, caminando por las calles, sin buscar previamente su ubicación. Las fotografías se centraron en revistas con temas de salud, basándose en la observación de los investigadores y en las conversaciones con el vendedor (“¿dónde están las revistas sobre salud?”). Además, se mantuvieron conversaciones informales, con los vendedores, con los siguientes disparadores: “¿Vende usted revistas de salud? ¿Dónde están en su quiosco? ¿Cómo se organizan? ¿Quién los organiza? ¿Qué tipo de revista es la más demandada en su stand?

¿Quién busca más revistas de salud? ¿Qué es lo que más se vende? ¿Busca la gente temas específicos? ¿Cuáles?»

Las fotografías del campo piloto de Porto Alegre se tomaron durante tres días en octubre de 2012. Un año antes se había realizado una observación en Río de Janeiro, encontrando hechos similares. Nuestro universo abarca revistas de gran tirada, además de números especiales sobre salud, y revistas de nutrición específicas relacionadas con la alimentación y las hierbas. Sin embargo, se pudo observar la presencia de

por lo tanto, sin manejar ningún dato relacionado con ellos, donde se busca comprender el escenario que se analiza: la organización de las revistas y la motivación para el consumo. El vendedor y el comprador, en este caso, no se caracterizan como sujetos de la investigación en la medida en que se busca, de ellos, información sobre las revistas y sobre la organización de los quioscos, como cualquier interesado en adquirirlos. El registro de este hecho se materializa en la elección de las partes del stand para captar las fotografías y en la síntesis de las notas del trabajo de campo.

34 El artículo sobre la parte teórica del estudio fue publicado recientemente por Luz, Sabino y Mattos (2013).

ciertas revistas, en la mayoría de los quioscos, que tratan temas similares, a menudo repetitivos, distribuidos de manera similar en los distintos quioscos de ambas localidades, es decir, en espacios similares.

Los vendedores informaron de una gran demanda de materiales sobre “salud”, entendiéndolos como revistas que aportan recetas de adelgazamiento, tés, sustancias y alimentos saludables para combatir las enfermedades crónicas y el envejecimiento. Éstas, organizadas en un panel –”póster”–, en un espacio dedicado al tema, se encuentran, en la mayoría de los casos, junto a las revistas dirigidas al público femenino, como, por ejemplo, las telenovelas y las revistas de famosos. Dos vendedores de Porto Alegre informaron de que, en sus puestos, situados en la acera, muchos transeúntes acaban comprando revistas tras interesarse por la portada, y pocos llegan al lugar buscando algún vehículo concreto. La “retórica de la mirada”, en estos casos, muestra su capacidad de producir efectos. Entre los quioscos visitados, uno de ellos tiene la particularidad de estar situado frente a un gran hospital público. En ella, las revistas de biociencia y salud destacan en su organización, siendo muy visibles a los ojos de quienes pasan por allí. Durante la entrevista con el vendedor, nos comentó que este tipo de publicaciones son las más vendidas, concretamente con temas sobre patologías como la hipertensión, la diabetes y el colesterol. A su entender, este hecho se produce porque quienes salen o llegan al hospital tienen algún problema de salud, y buscan una solución a través de la información en revistas y otras publicaciones.

Conclusiones preliminares

Nos dimos cuenta, a partir del acercamiento con el trabajo de campo, que actualmente hay una gran diversidad de revistas y folletos en los quioscos con el tema de las biociencias, con enfoques variados, pero todos apuntando a la “divulgación científica”. Incluso las revistas que no están en el ámbito de este estudio (semanarios generalistas), ven aumentadas sus ventas cuando presentan portadas con el tema de la salud, según los registros realizados durante la observación. Esta situación se verificó en ambas capitales, Río de Janeiro y Porto Alegre. Como se ha mencionado anteriormente, la investigación empírica sigue en curso, y el siguiente paso consiste en analizar, de forma exhaustiva e interpretativa, las portadas de los medios de comunicación observadas hasta el momento, así como en realizar nuevas observaciones en los dos lugares de investigación. Sin embargo, ya en esta fase de la investigación, podemos decir que la construcción teórica sobre la retórica, desde el principio del artículo, y la consiguiente proposición metodológica, que sigue a la primera, han demostrado capacidad para identificar efectos convincentes en

las portadas para influir en su audiencia en cuanto a juicios y elecciones, inducir emociones y despertar el miedo en relación con la salud. Algunas situaciones locales refuerzan estos efectos, como la proximidad de los servicios sanitarios y los gimnasios.

Los efectos retóricos también se originan, en los quioscos, en las técnicas de distribución de las revistas como la distribución en panel, póster, o escaparate del material visual, buscando la proximidad con temas y géneros de lectura similares y la visibilidad de las portadas que tematizan las biociencias, en particular la salud.

La siguiente fase de la investigación, la analítica, nos permitirá profundizar en estas conclusiones previas. La puesta en común de las aportaciones teóricas, metodológicas y empíricas producidas por el equipo permitirá, esperamos, ampliar el diálogo sobre el estudio del fenómeno del consumo actual de noticias sobre las biociencias y, en particular, sobre la salud, por parte de la población urbana, y sus efectos en la imaginación social.

Referencias

- Arborio, A. H., & Fournier, P. (1999). **L'Enquête et ses méthodes: L'observation directe**. Paris: Nathan Université. (Collection Sociologie, 128).
- Aristóteles. (1998). **Rhétorique**. Paris: Gallimard.
- Bauer, M.W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer, M.W.; Gaskell, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002, 189-243.
- Baumgarten, M. (Org.). (2008). **Conhecimento e sustentabilidade** – Políticas de ciência, tecnologia e inovação no Brasil contemporâneo. Porto Alegre: Sulina.
- Baumgarten, M. (2005). **Conhecimento e redes-sociedade, política e inovação**. Porto Alegre: UFRGS/ALAS.
- Benjamim, W. (1994). **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 7.ed. São Paulo: Brasiliense. (Obras Escolhidas, v.1).
- Bourdieu, P. (1997). **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bourdieu, P. (1989). **O poder simbólico**. Lisboa: Difel/Bertrand Brasil.
- Champagne, P. (1998). A visão midiática. In: Bourdieu, P. (Org.). **A miséria do mundo**. Rio de Janeiro: Vozes, 63-79.
- Costa, N.C.G. (2001). Barbárie estética e produção jornalística: a atualidade do conceito de indústria cultural. **Educ. Soc.**, 22(76), 106-17.

- Cusset, Y. (2009). **L'école de Francfort**: l'émancipation en ligne de mire. *Sci. Hum.*, (9).
- Dortier, J-F. (2001). **Sciences humaines**: de la crise à la relève. *Sci. Hum.*, (30).
- Eagleton, T. (1997). **Teoria da literatura**: uma introdução. Trad. Waltersin Dutra. São Paulo: Martins Fontes.
- Evans-Pritchard, E. E. (2005). Algumas reminiscências e reflexões sobre o trabalho de campo. In: Evans-Pritchard, E. E. (Org.). **Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande**. Trad. Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 243-55. (Coleção Antropologia Social).
- Foucault, M. (2009). **Le courage de la vérité**: Le gouvernement de soi et des autres II. Cours au Collège de France (1983-1984). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2004a). **Sécurité, territoire, population**: Cours au Collège de France (1977-1978). Paris: Seuil.
- Foucault, M. (2004b). **Naissance de la biopolitique**: Cours au Collège de France (1978-1979). Paris: Seuil.
- Foucault, M. (1997). **Il faut défendre la société**: Cours au Collège de France (1976). Paris: Seuil.
- Foucault, M. (1976). **Histoire de la sexualité**: la volonté de savoir. Paris: Gallimard.
- Freitas, R. (1999). Corpo e consumo: a estética carioca. In: Villaça, N., Góes, F., & Kasovski, E. (Orgs.). **Que corpo é esse?** Novas perspectivas. Rio de Janeiro: Mauad, 122-31.
- Goetz, E. V. *et al.* (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. **Psicol. Soc.**, 20(2), 226-36.
- Kumar, K. B. (2006). **Da sociedade pós-industrial à pós-moderna**: novas teorias sobre o mundo contemporâneo. 2.ed. Trad. Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Latour, B. (2004). **Por uma antropologia do centro**. *MANA*, 10(2), 397-414.
- Latour, B. (1995). Os objetos têm história? Encontro de Pasteur com Whitehead num banho de ácido láctico? **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, 2(1), 7-26.
- Latour, B. (1989). **La science en action**. Paris: La Découverte.
- Latour, B. (1984). **Lês microbes, guerre et paix**. Paris: Métailié.
- Lévy, P. (2002). **La cyberculture**: une nouvelle étape dans la vie du langage. *Gestion*, 27.
- Lévy, P. (2000). **Cibercultura**. Trad. Carlos Irineu da Costa. 2.ed. São Paulo: Ed. 34. (Coleção TRANS).
- Lévy, P. (1997). **As tecnologias da inteligência**: o futuro do pensamento na era da informática. Trad. Carlos Irineu Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34. (Coleção TRANS).
- Luz, M. T. (1986). **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégia de hegemonia. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Luz, M. T. *et al.* (2013). Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], 17(47), 901-912. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0661>.

- Luz, M. T., Sabino, C., & Mattos, R. S. (2013). A Ciência como cultura do mundo contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio)ciências e a construção midiática do imaginário social. **Sociologias**, 15(32), 236-54.
- Maffesoli, M. (2001). O imaginário é uma realidade. **Famecos**, 1(15), 74-81.
- Malinowski, B. (1976). **Argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos Arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural. (Coleção Os Pensadores).
- Marmion, J-F. (2010). Génération internet. **Sci. Hum.**, n.17.
- Medrado, B. (2000). Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In: Spink, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 243-71.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2007). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25.ed. Petrópolis: Vozes.
- Moles, A. (2005). **O cartaz**. São Paulo: Perspectiva.
- Picon, G. (Dir.). (1968). **Panorama des idées contemporaines**. Paris: Gallimard.
- Pollak, M. (1990). **L'expérience concentrationnaire**: essai sur le maintien de l'identité sociale. Paris: Métailié.
- Sfez, L. (1995). **La santé parfaite** – critique d'une nouvelle utopie. Paris: Seuil.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Cortez, p.41- 61.
- Weller, W., & Bassalo, L. M. B. (2011). Imagens: documentos de visões de mundo. **Sociologias**, 13(28), 284-314.

Parte 2

**Aportaciones teóricas y metodológicas a la investigación
y el pensamiento en salud colectiva**

La retórica en la difusión científica del imaginario de la vida y la salud: una propuesta metodológica de análisis³⁵

Madel Therezinha Luz
Alcindo Antonio Ferla
Anderson dos Santos Machado
Rafael Dall Alba

Introducción

Este artículo sintetiza las interpretaciones de las actividades del proyecto “A ciência como cultura no mundo contemporâneo: divulgação midiática de saberes científicos e construção do imaginário social [NT: La ciencia como cultura en el mundo contemporáneo: la difusión mediática del conocimiento científico y la construcción del imaginario social]”, desarrollado entre 2012 y 2014³⁶, en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), con investigadores de la Universidade Federal do Estado de Río de Janeiro (UNIRIO) y de la Universidade Estadual do Río de Janeiro (UERJ), presentando una propuesta metodológica para el análisis de portadas de revistas seleccionadas, considerando la simbiosis imagen/palabra como núcleo original de la retórica de los sentidos y significados atribuidos a la vida y a la salud como foco central de nuestro análisis.

Privilegiamos el análisis ilustrativo de significados y representaciones recurrentes en la difusión científica de los vehículos presentes en los quioscos. Nuestro enfoque se centró en la información de ciencia y tecnología producida y publicada por científicos/expertos en el escenario editorial de los quioscos, con el objetivo de la educación científica a partir del intercambio de conocimientos (Bueno, 2010)³⁷.

35 Publicado originalmente en portugués en la revista Interface (Luz et al., 2013).

36 Se analizó los datos entre abril 2012 y marzo de 2013, y volvió al campo buscando complementar datos en el segundo semestre de 2013 y la primera mitad de 2014.

37 Diferenciamos difusión científica del periodismo científico producido por periodistas basado en la información recogidas de fuentes en el campo científico. O periodismo científico incorpora el periodismo a la circulación de la ciencia información científico-tecnológica. También distinguimos difusión científica y la difusión científica (comunicación científica). Difusión científica se lleva a cabo mediante publicaciones destinadas a especialistas familiarizado con temas, conceptos y procesos de producción científica, compartido entre grupos de compañeros, que compartir objetos de investigación. Es a través de la ciencia que la producción de los investigadores es se convierten en materia prima para la ciencia desarrollo científico, siguiendo rigores y ritos característica de la modelo académico.

Entendemos la relevancia de observar la transición del debate científico al escenario editorial, reconociendo la función social del reportaje mediático como construcción representativa de la realidad capaz de producir efectos prácticos, ya sea de movilización/desmovilización, control social/liberación (Medrado, 2000). De este modo, pretendemos interpretar la retórica presente en estas prácticas y las formas en que esta producción específica de significados puede influir en el imaginario, asumiendo a veces un carácter normativo (Luz *et al.*, 2013, Bourdieu, 1997, Spink, & Medrado, 2000).

Buscamos identificar el poder simbólico de las biociencias, generado a través de la continua reproducción de conocimientos sobre la regulación de la salud y la enfermedad. Constituye un imaginario impregnado de información científica, cargado de significados, de sentidos sociales, generados y difundidos a través de representaciones, formas de pensar, sentir, actuar, evaluar (Luz, Sabino, & Mattos, 2013, Bourdieu, 1989, Weber, 2004, Maffesoli, 2008).

Aunque son portadores de significados, los mensajes resultados no siempre se componen de palabras, sino también de imágenes, en un proceso de simbiosis, entendemos que tratarlos por separado, como hacen tradicionalmente la lingüística y la semiótica, sería suficiente para identificar los significados que surgen de los mensajes compartidos y procesados colectivamente. En este proceso se refuerzan las representaciones sociales, que difunden esquemas mentales colectivos e individuales, elaborados a partir de las relaciones sociales vigentes (Luz, 1998). Así condicionan las actitudes, los sentimientos, las acciones y las pautas de interacción. Percibimos que se genera en una retórica que produce una sutil gestión, sino con el poder de consolidar los modelos de conducción de la vida, más allá de la ordenación tácita del discurso o de la simbología imaginaria compartida.

Así, en este estudio necesariamente interdisciplinar, cabe preguntarse: ¿Qué papel juega la difusión de las biociencias sobre la salud y la vida en la cultura contemporánea? ¿Estamos en el umbral de una cultura de la prevención con parámetros estrictos de normalización de la vida? ¿Habrá proyectos, como el de una cultura de la salud, presente en la Salud Colectiva? (Canguilhem, 2002) ¿O sería establecer, como postula Sfez (1996), una salud perfecta, vislumbrando utópicamente la maximización de la vida biológica? ¿O, por el contrario, de la superación científica de los límites humanos, en busca de “transhumanismo” posibilitado por la máquina?

La divulgación diaria de pruebas, temporalmente probadas, alineadas con representaciones, concepciones e ideologías persistentes en las biociencias, tiende no sólo para ratificar, sino también para

reforzar las verdades en la investigación/innovación tecnológica. La puesta en común de las producciones generadas por las biociencias traslada al espacio académico. Las revistas de divulgación científica que se venden en los quioscos son un potente canal de difusión de dichas investigaciones.

Observando el entorno en el que se exponen estas revistas, nos damos cuenta de otras publicaciones llamadas “populares”, que también presentan informes sobre la supuesta investigación sobre la salud y la calidad de vida: la alimentación sana, ejercicios físicos, prevención de enfermedades crónicas etc. (Luz *et al.*, 2013). Estas publicaciones fueron objeto de análisis, en un número menor, como comparación con el grado de proximidad del discurso científico.

Desde el punto de vista metodológico, nos interesa más el tono convincente de la combinación imagen/palabra que la veracidad del contenido expresado por el discurso, en términos informativos, comunicativos o ideológicos. Nuestro principal interés es, sobre todo, entender cómo esta simbiosis imagen/palabra sobre la vida, la salud y la enfermedad pueden ejercer un pathos retórico sobre los sujetos, originado por el repertorio discursivo de las biociencias (Luz *et al.*, 2013).

Desarrollo de campo

Las ciudades y los quioscos elegidos para la observación están situados en puntos de gran circulación diaria de personas: barrios residenciales o centros comerciales (Luz *et al.*, 2013). Los lugares representan importantes centros urbanos que ayudan a describir los matices del mercado editorial brasileño.

Para la investigación, se visitaron 26 puestos en nueve barrios de las ciudades de Río de Janeiro, Duque de Caxias y Porto Alegre³⁸, en dos semestres entre 2012 y 2014 (Luz *et al.*, 2013). Hemos sintetizado el trabajo de campo en cuadros de resumen (Cuadro 1), presentando los análisis relacionados con la observación de puestos. Para la interpretación del material recogido (Luz *et al.*, 2013) se elaboraron ilustraciones sintéticas del esquema conceptual y sus categorías (figura 1 y 2), aplicadas al análisis de las portadas de las revistas.

En un primer momento, la aproximación al contenido retórico de las publicaciones periódicas se realizó a través de la *lectura flotante*³⁹ de las portadas y de algunos artículos más cercanos a los temas de las

38 Con el fin de comparar sociocultural de las localidades, considerando el tipo de revistas en estudio, el añadió, en 2014, puntos de observación en la ciudad de Duque de Caxias y en un barrio periférico de Río de Janeiro.

39 La lectura flotante es la Revisión atenta, con los ojos en toda la revista, con atención concentrada sobre el contenido del artículo, buscando lo importante palabras claves importantes y recurrentes para el estudio. Una vez que es identificada la palabra clave, se realiza la búsqueda del contexto de la frase para aprehender la eventual “retórica “inducción retórica” en el párrafo leído. Se trata de una cuestión cualitativa técnica de análisis, importante

mismas. Las conversaciones informales con los responsables sirvieron de parámetro inicial para acercarse al universo sociocultural de los quioscos. Esta información permitió comprender mejor la disposición en las publicaciones periódicas en las vitrinas y en el interior de los puestos. Se destacó que las portadas con el tema de la salud ganan espacios de mayor visibilidad, por que suelen ser demandadas por los consumidores.

Para describir la inserción social de los puestos y sus diversas funciones en el territorio observado, así como la disposición de periódicos y revistas en ellos; se realizaron registros fotográficos, notas y conversaciones informales con los responsables de los puestos. Se observaron otros artículos comercializados y la relación con la comunidad circundante, que los convierte en lugares de sociabilidad urbana. En este periodo, se recopilaron cerca de 200 fotografías, de las cuales se seleccionaron 25, centradas en quioscos y portadas con el tema de la vida, la salud y la alimentación, buscando aprehender y describir la exposición de las revistas en el espacio⁴⁰, siendo irrelevante para el análisis la representatividad muestral¹⁴ de las portadas⁴¹. No intentamos identificar el número de quioscos ni la frecuencia de las ediciones. El objetivo era aprehender, visualmente, elementos del espacio social en el que se insertan los quioscos, así como los significados que destacaban como mensaje común en el mosaico de revistas que componen los escaparates. Las fotografías sirvieron de apoyo para la descripción del contexto social del escenario mediático.

Para ello, los datos recogidos en los quioscos de prensa nos llevaron a constatar la necesidad de un enfoque y un tratamiento metodológico específico³. En primer lugar, se ratificó el consenso, en Comunicación Social, de que el público, por lo general, decide comprar las publicaciones por el interés que despierta lo que sugieren las portadas²: los temas y su presentación gráfica movilizan la elección del cliente. La inclusión de suscriptores y lectores “virtuales” de estas revistas no es un criterio significativo en el estudio. Para nosotros no es relevante la *demand*a sino la *oferta* de mensajes y las estrategias convincentes, capaces de captar al lector por lo que “ve”.

Las portadas están formadas por imágenes reforzadas por palabras. Se crea un proceso de poder simbólico que sugiere, al lector, el **convencimiento** de que lo que se dice/muestra es creíble en términos de verdad y debe ser *seguido* por el mismo como consumidor (Medrado, 2000).

para aprehender, a través de la persuasión, implícito en el discurso de los medios de comunicación, como en publicidad y propaganda (Spink, 2005).

40 Una virtual búsqueda de cubiertas en los sitios web de los científicos, difusión científica para caracterizar la especificidad de publicaciones periódicas, y los tipos de edición y editores.

41 Consideramos que una pequeña muestra, puede ser más precisa que una gran muestra de materiales elegidos al azar. Bauer (2002) considera que, de 12 ediciones seleccionadas al azar del diario, ofrece una confiable estimación fiable de sus noticias anuales. Representatividad, tamaño de la muestra y la división en temas las unidades temáticas dependen sobre el problema de investigación, que determina el valor teórico a utilizar. En este proyecto, hemos optado por una evaluación cualitativa, enfoque de la selección y el análisis de la retórica presente en los vehículos.

Tabla 1. Tiempo de investigación y caracterización socioespacial por ubicación

	RS Porto Alegre	RJ Zona Sur- Río de Janeiro	RJ Botafogo	RJ Zona Norte	RJ Duque de Caxias	Búsqueda Virtual
Tiempo de investigación	3 meses	12 meses	4 meses	4 meses	4 meses	2 visitas en cada sitio
Barrios visitados	Centro, Idependencia, Boo Fim, Farraoupilha	Catete y Flamengo	Botofago	Jardim America	Centro de Caxias	Sitio web de los editores
Perfil social del barrio o Barrios Encuentados	Región de clase media; zonas residenciales; gran afluencia de personas durante la semana (horario laboral); dos grandes hospitales de la región.	Intenso turismo (nacional e internacional); Abundante comercio; todo tipo de clínicas; Parque de Flamengo (escenario de eventos deportivos y musicales).	Intenso turismo (nacional e internacional); abundante comercio; todo tipo de clínicas; espacio gastronómico y cultural.	Barrio de clase media baja; rodeado de comunidades pobres; limita con Vigário Geral.	Región de clase media; zonas residenciales y comercial; gran afluencia de público durante la semana (horario comercial).	Espacio virtual organizado por los propios editores de revistas.
Antecedentes de las gradas	Gran número de puestos de revistas en la zona.	Gran número de puestos de revistas en la zona.	Periódicos nacionales y extranjeros; revistas de filosofía, Psicoanálisis e Historia; revistas de música con CDs; revistas de cuerpo, salud y estética.	Poco variado; fuera: periódicos y revistas populares y publicaciones de concursos; otras publicaciones periódicas son poco frecuentes.	Grandes quioscos instalados en el centro de la ciudad, similares a los del centro y la zona sur de Río de Janeiro; varios tipos de revistas; incluida las dirigidas al cuerpo, la salud y la estética.	El espacio para las firmas, destinado a la toma de decisiones del futuro lector.

Búkeres Visitados	11 visitados; 3 en el barrio Farroupilha; 2 en Barrio Bom Fim; 2 edn Barrio Independencia; 5 en Barrio Centro.	10 visitados: 5 en Rua do Catete, 1 en Rua Correia Dutra, 1 en Rua Dois de Dezembro; 3 en Largo do Machado.		3 visitados; 2 en la calle Franz Liszt; 1 en la esquina de Avenida Brasil.	1 puesto	
Ubicación de las revistas	Las revistas de salud destacan en los escaparates y los expositores exteriores de los puestos. En el interior, suelen estar en primer plano, justo en la entrada.	Revistas científicas colocadas en la entrada y en el escaparate de los puestos. Revistas temáticas similares están muy juntas.	Las revistas que tratan de temas de salud se exponen en la altura del campo visual, algunos se quedan sin destacar, siendo visto desde una larga distancia.		Periódicos populares y publicaciones de licitación destacadas. Las revistas científicas son escasas y están escondidas en el quiosco. No hay publicaciones en el ámbito de las humanidades.	

La retórica es inflexible con la producción de la verdad, teniendo como objetivo la atracción y el convencimiento, ya sea en política, en derecho o incluso en arte (Silva, 2006, Aristóteles, 1998). Propusimos que la interpretación se basara en un procedimiento metodológico en el que la cuestión del contenido del mensaje (su “verdad” o “no verdad”) no fuera el núcleo del análisis (Lévi-Strauss, 2008). Esto se hace evidente cuando se analizan *imágenes* (no siempre **fotos**, a menudo sofisticados fotomontajes generados por gráficos de ordenador). Esta producción imaginaria reitera la normatividad implícita en la retórica de las portadas, a lo largo de las ediciones. No nos importa tanto el tema, sino su poder de convicción, de cara a las formas de vida específicas guiadas por las biociencias.

Orientación conceptual y análisis del trabajo de campo

La simbiosis imagen/palabra, núcleo de este análisis, denota la referencia a importantes signos culturales (Luz, *et al.*, 2013), aliados a palabras claves que funcionan como significados que los refuerzan

simbólicamente, en la comunicación reiterada de mensajes, en un contexto de transmisión de significados “convincientes” (Moles, 2005). Denominamos retórica de la vida y salud al conjunto de sentidos de los *mensajes imagéticos* relativos a la normatización de la vida y del vivir, al cuerpo y su mantenimiento biológico, considerando el *conjunto imagen/palabra* como un todo imagético retórico, es decir, en simbiosis simbólica. Entendemos este proceso merecedor de un tratamiento metodológico específico, pues ni los habituales análisis de contenido discursivo, ni la semiótica clásica, responden a las cuestiones planteadas por el proyecto (Luz *et al.*, 2013, Luz, Sabino, & Mattos, 2013).

En términos teóricos, este proceso social de difusión nos sitúa en el **universo simbólico**, una dimensión irreductible de la cultura según Levi-Strauss (Lévi-Strauss, 2008, Moles, 2005, Barthes, 2007, Epstein, 1985). Nos sitúa en la producción colectiva de sentidos, significados, representaciones sociales y discursos (Medrado, 2000, Luz, 1998, 2004), variable con las civilizaciones en la historia, pero con un *léxico* propio de difusión, nunca desprovisto de poder (Bourdieu, 1997). Producidos y compartidos socialmente, hacen referencia al conjunto de significados culturales presentes de forma recurrente en las culturas complejas, en las que existen una plétora de mensajes transmitidos en forma de información. Aunque son portadores de significados, estos mensajes no siempre consisten en palabras (Barthes, 2007, Joly, 1994). En la cultura temporánea, la imagen ha asumido un papel predominante en la transmisión de significados y representaciones sociales, teniendo un fuerte impacto en el imaginario social.

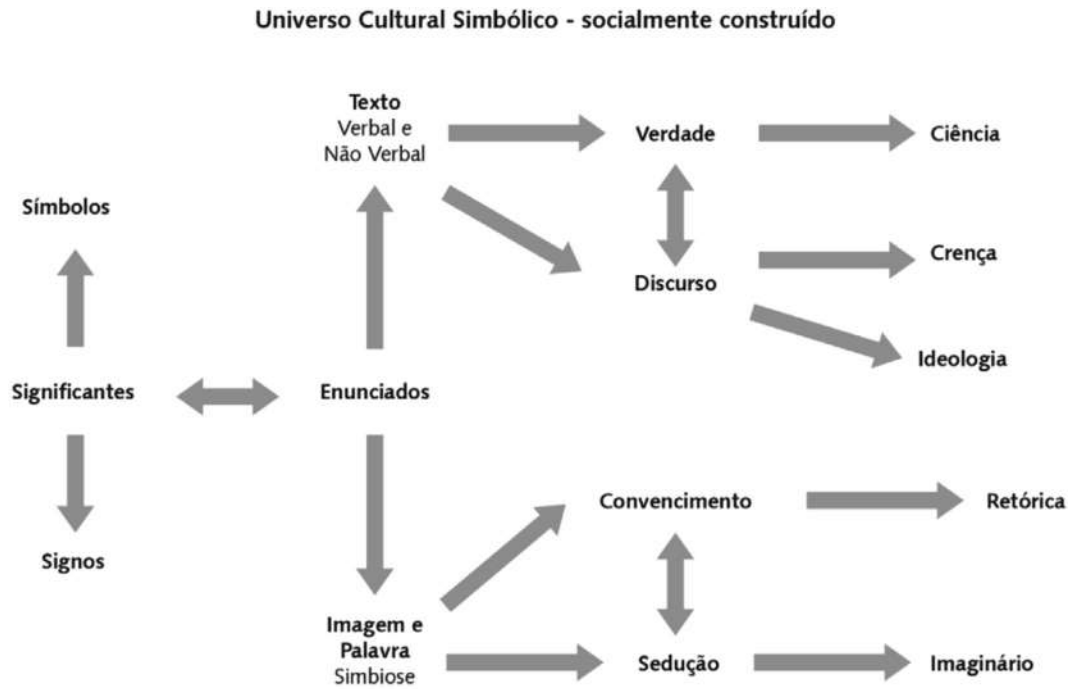
Así es cómo se constituye el *imaginario social* en las culturas (Luz; Sabino; Mattos, 2013), lo que nos lleva al enfoque socio antropológico de los significados y discursos sociales, su origen y las funciones que desempeñan en cada cultura. Además, nos remite a las *formas en que se difunden* socialmente, situándonos en interfaz de los campos de la Comunicación Social, la Sociología de la Comunicación y la Salud Colectiva (Medrado, 2000).

También juega un papel importante en la comunicación entre individuos, grupos, redes e instituciones sociales, multiplicado por las posibilidades de trabajar la imagen en medios virtuales. En nuestro estudio, la imagen cobra importancia en la medida en que, en simbiosis con la palabra, genera una retórica la vida y a la salud (Medrado, 2000, Bauer 2002, Joly, 1994, Mattos, 2014).

Esta unión simbiótica entre imágenes y palabras clave, en un discurso seductor sobre el vivir (Canguilhem, 2002), es decir, en una *retórica discursiva de la vida*, puede ser analizada según los esquemas propuestos, conservando las conexiones entre los elementos conceptuales de nuestra bases teórico-

metodológicas. El universo simbólico puede representarse esquemáticamente según las líneas/secciones de la figura 1.

Figura 1. Esquema para el análisis de la observación de los puntos de venta de revistas



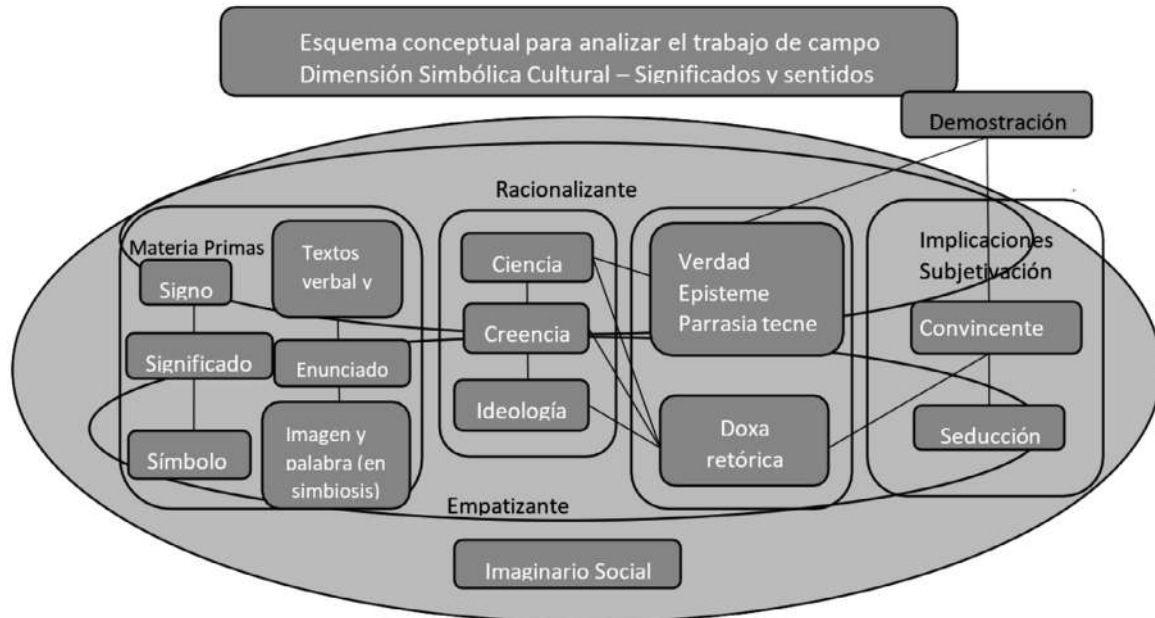
Fuentes: Luz *et al.* (2013); Luz, Sabino y Mattos (2013); Silva, (2006); Barthes, (2007).

En la figura, proponemos que los elementos simbólicos (símbolos, significados, signos) actúan en correlación con el enunciado, constituyendo interfaces con el texto (verbal/ no verbal), y, en conexión con la imagen, actuando en simbiosis. De la relación verdad y discurso se generan las bases para la actuación de la ciencia (verdad) la creencia y la ideología (discurso), aunque la verdad y el *discurso* estén en relación, en menor grado, con estas otras instancias. La simbiosis imagen y palabra *conversar y seducir*, basa la retórica (búsqueda del convencimiento) en el imaginario (proceso de seducción), actuando en correlación, aunque variable en grados.

En el nivel teórico de análisis, reestructuramos los elementos conceptuales básicos, previamente ilustrados, para establecer correspondencias entre ellos, según el núcleo central del objeto de investigación. Reorganizamos, así, el conjunto, buscando dar más organicidad y movimiento al proceso de análisis, ilustrando el convencimiento del lector sobre los temas de divulgación científica presentes en las portadas seleccionadas.

El análisis/interpretación de la observación tiene en cuenta los elementos conceptuales alineados esquemáticamente en la figura 2.

Figura 2 Esquema conceptual para analizar el trabajo de campo



Fuentes: Luz et al. (2013); Luz, Sabino e Mattos (2013); Sfez (1996); Silva (2006); Aristóteles (1998); Moles (2005); Barthes (2007); Epstein (1985); Joly (1994); Foucault (2000).

Caracterizamos aquí como un conjunto de dispositivos de producción de verdades (Bourdieu, 1997, Joly, 1994), campos de producción discursiva en los que **la verdad** juega un papel predominante en sus conocimientos y prácticas. Destacamos, en este sentido, *la ciencia, la biología y las creencias* religiosas o laicas. Aunque no esté representado en los esquemas propuestos, existe un papel creciente de los medios

de comunicación, inicialmente operadores de dispositivos de verdades, para convertirse ellos mismos en un dispositivo productor de verdades/ciencias, especialmente de *biociencias*.

Foucault afirma que los dispositivos de producción de la verdad actúan como un conjunto cultural decididamente heterogéneo, que abarca: discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, leyes, medidas administrativas, afirmaciones científicas, proposiciones filosóficas y morales. En definitiva, lo dicho y lo no dicho son elementos básicos del dispositivo, que es, en realidad *la red que se puede tejer* entre estos elementos (Foucault, 2000).

Los dispositivos de producción de la verdad actúan como procesadores estructurales de la *materia prima simbólica*, constituida tanto por *elementos de lenguaje* (texto, enunciados e imagen/palabras) como de la *semiótica* (signos, significados y símbolos). Para que estos dispositivos de producción de la verdad se constituyan como tales, es necesario analizar esta materia prima simbólica. Puede describirse como el sustrato simbólico que proporciona elementos de base interpretativa tanto para la producción del imaginario como para el análisis de los materiales recogidos en el campo.

Sugerimos, en la figura 2, que la materia prima simbólica, procesada por los dispositivos, asuma diferentes configuraciones de sentido, que pueden situar en la instancia discursiva de producción de verdades: *episteme, parrasia y tecné*; o en el plano de producción de doxa: *retórica y tecnociencia*⁴².

Los productores científicos, vistos como exentos, neutros desde el punto de vista de la verdad, solo tienen peso *epistemológico*, generando convicción, tras el proceso de experimentación/demostración propia del método científico vale la pena subrayar que la ideología y la creencia también generan convicción con una magnitud igual o incluso superior a la de la ciencia en la producción de verdades.

Sin embargo, la ciencia, como conocimiento enraizado en principios doctrinales implícitos, puede alimentar la vida discursiva de la *retórica* y sus procesos influenciados por corrientes doctrinas e ideologías, evanesciendo el valor simbólico de la *demonstración científica*, base epistemológica en la tradición cartesiana. El carácter demostrativo de las ciencias acá hacia la creencia la ideología, que conduce a la *persuasión*, por medio de la dinámica retórica.

Descripción analítica de los puestos de revistas

Para la caracterización socioespacial de los puestos, destacamos la frecuencia y persistencia a los temas de Biociencia en las portadas, así como su repetición en el tiempo y en las ubicaciones de los

⁴² Entendemos que la tecnología y la tecnociencia en particular tienen un poder de persuasión discursiva tan poderoso como la ciencia moderna, estableciendo verdaderos “dogmas seculares”, aunque temporales. Es un potente dispositivo productor de la verdad.

puestos. Entendemos, como parte de la caminata metodológica, que es en el proceso de investigación donde el campo indica las herramientas y los pasos necesarios para el análisis. La salida del campo era necesaria para entender la inserción social de los stands y el contexto en el que se insertaban los mensajes que surgían en las cubiertas. Bourdieu nos habla de la generación del conocimiento socio-antropológico, de las ciencias humanas en general, en la continua construcción de los “sujetos” de investigación, en un proceso en el que los instrumentos conceptuales y metodológicos se perfeccionan en el desarrollo de la investigación, conceptual o empírica. La actividad de investigación vista como una práctica social en construcción, es la matriz generadora de instrumentos conceptuales y metodológicos útiles para las ciencias sociales, utilizados en el proceso de investigación como una caja de herramientas (*boite a outlis*).

Para ello, desarrollamos una observación “silenciosa” de los lugares seleccionados, observando, desde cierta distancia, el movimiento de las ventas. El objetivo era comparar los quioscos de las distintas localidades, para calibrar las publicaciones más vendidas y caracterizar socialmente a sus consumidores. Las conversaciones informales con los responsables de los quioscos ayudaron a identificar: posibles alineaciones específicas en el espacio, qué título serán los más vendidos y en qué periodo de tiempo (semanal, mensual etc.).

Así, señalamos las “*funciones sociales*”⁴³ que suelen desempeñar los puestos de venta en el contexto socioespacial. Estas funciones varían considerablemente, respondiendo a las demandas de la población circundante. Existe una **demandas social** constante de una variedad de productos además de las revistas y los periódicos, y es posible enumerar las partidas de productos en venta⁴⁴.

A partir de la diversidad de productos disponibles realizamos una aproximación sociocultural con las *droguerías* americanas de la primera mitad del siglo XX, desde el punto de vista del consumo, así como la sociabilidad característica de estos donde la circulación del consumidor permite el acceso al artículo deseado. Los puestos están situados en el entorno abierto, mientras que las droguerías se encuentran en grandes espacios cerrados, como los almacenes⁴⁵. Se pueden ver los puestos, nos atrevemos a decir, como “farmacias compactas”.

43 Las comillas en funciones sociales significan que no asumimos como concepto la teoría funcionalista, más como conjunto de referencias y las cargas sociales que los puestos pueden desempeñar en el entorno en el que se encuentran.

44 Bienes extras que se venden en los puestos: CDs y DVDs; artefactos, objetos de colección; libros; bebidas no alcohólicas; galletas, dulces, accesorios electrónicos, chips desde el móvil, chips de operadores de telefonía móvil. En algunos puestos, hay píldoras como la aspirina y paracetamol, vendido al por menor, como los cigarrillos. En Río de Janeiro, cerca del paseo marítimo, también identificamos artículos de baño.

45 No observamos puestos presentes en lugares cerrados como aeropuertos, compras, centros comerciales, tiendas, librerías etc.

Las revistas captadas en el trabajo de campo

Se observaron ciento cincuenta portadas de revistas y se ordenaron los títulos según la proximidad de creciente del discurso científico. Esta clasificación sirvió para identificar, empíricamente, la relación con las fuentes de producción científico-académica, diferenciándolas de las destinadas al consumo mediático-comercial popular, con o sin referencia a la investigación. La descripción contemplaba una muestra representativa de las revistas disponibles en el mercado; no todas las revistas disponibles en el mercado, pero sí algunas identificadas con nuestros intereses temáticos durante los viajes de campo.

Clasificación de las revistas según su grado de proximidad al discurso científico

Biociencias: revistas centradas en las ciencias, con énfasis en la salud. Con un carácter más informal, con lenguaje informal, son, entre los géneros insertados en el espacio mediático, más cercanos a la producción académica de los investigadores, manteniéndolos como autores de los textos, como fuente, y accediendo directamente a la producción universitaria. Incluimos en este segmento: la revista *Scientific American* (no se limita a bioscience); *Mind and Brain Magazine*; Colección “Brain Diseases” (*Mind and Brain*); *Science Today* *Ciencia Hoy* (SBPC); *Revista de Investigación Río* (FAPERJ); *Revista Superinteressante*; *Revista Galileu*;

Ciencias humanas: revistas relacionadas con el psicoanálisis, la sociología, la filosofía y la educación. Incluimos las revistas: *Psiquê*; *Educação*; *Cult*; *Sociologia*; “*Chega de Estresse!*”; *Psicologia e Vida*.

Periodístico-General: semanarios de contenido periodístico que abordan alguna patología específica patología específica, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, o aportando alguna “novedad” científica como fuente autorizada. Destacamos: *Veja*; *Isto É*; *Época*; *Carta Capital*.

Revistas “populares”: publicaciones periódicas semanales/mensuales con un lenguaje marcadamente comercial, amplia exploración de entretenimientos, curiosidades y polémicas, sobre lo que puede tener más atractivo para su público. Suelen presentar ciertos eventos espectaculares relacionados con la Biomedicina y sus ramas, entre ellas:

- a) **Patologías:** un número considerable de ellas destaca con afirmaciones: “Todo sobre...” una enfermedad determinada. Algunos ejemplos son las publicaciones tituladas: “Enfermedades respiratorias”; “Diabetes; La revista “Your Health”.

- b) **Nutrición:** en general, destacan los alimentos saludables y las dietas milagrosas. Entre ellos: “Dieta Já”; “Saúde é Vital”; “O Poder dos Grãos e Cereais”; “Pense Leve, Revista “Corpo a Corpo”.
- c) **Fitness:** revistas relacionadas con las actividades físicas. Incluye: Salud de la mujer; Salud del hombre; Corredor.
- d) **Fitoterápias:** revistas sobre té y hierbas en ediciones especiales. Examinamos revistas como: “El poder del limón”; “La importancia de la linaza”; “Alimentos que curan”.
- e) **Culebrones y revistas de famosos:** los números que tratan sobre famosos de la televisión también los llevan en sus portadas. También los traen en sus portadas, como un punto culminante para los problemas de salud. Ejemplo: la revista Viva Saúde.

Propuesta de análisis de portadas de revistas

Observamos el sugerente esfuerzo de los valores que transmiten los estudios de Biosciencie, a partir de la imagen, referido por la palabra/imagen “clave”. De las ciento cincuenta portadas observadas se seleccionaron cincuenta para aplicar el instrumento de recogida de datos, con el objetivo de identificar palabras/imágenes claves más recurrentes, así como la descripción del elemento simbólico. Cinco de ellas fueron analizadas en profundidad para ejemplificar cómo la simbiosis imagen/palabra genera el proceso de sugestión que llamamos retórica de la salud y la vida.

Como ilustración del análisis metodológico propuesto, describimos la portada de uno de ellos con el título (Figura 3): “Hiperactividad: Considerada como un trastorno en sí misma, es en realidad un síntoma. Conocer los trastornos en los que está presente (y otros síntomas tratados como enfermedad)”⁴⁶.

⁴⁶ Como palabra/imágenes clave, destacamos: cerebro/neuronas, la vida, enfermedad/crónica/patología, máquina/tecnología, rendimiento, ansiedad/estrés, trastorno, síntoma, enfermedad.

Figura 3. Revista Psiqué: Hiperactividad



El mensaje retórico sugiere que la hiperactividad es una producción múltiple de un cerebro en acción, lo que indica que algo anda mal en él. Aunque en el texto hiperactividad más allá de la patología (como resultado de la acción del organismo), la imagen del cerebro, resaltada en azul, plantea este órgano como el centro destacado para la hiperactividad.

No diríamos que hay una contradicción en esta portada, pero la producción de sentido normativo que adquiere un tono retórico a partir de la imagen/palabra de la simbiosis. Esta simbiosis consolida, en el imaginario, al cerebro como centro de la salud y la vida.

Destacamos aquí tres portadas más para comparar, como la que muestra el control de los alimentos por los criterios de Nutrición asociados a lo que se entiende por salud entendido como salud: somos las calorías que comemos⁴⁷ (Figura 4). En el otro ejemplo (Figura 5), el cerebro se presenta como

47 Edición especial de la revista Scientific American: “Todo lo que sabe sobre las calorías es incorrecto: el fascinante mundo de los alimentos: la medición ignora la complejidad de la digestión. Las bacterias, el método de preparación y la energía utilizada en el proceso alteran radicalmente la cantidad de energía absorbida de los alimentos”.

una máquina que gestiona funcionamiento mental (software)⁴⁸. Por último, la prescripción de lo que debe ser consumido para evitar el cáncer⁴⁹ (Figura 6), en una clara negación de los aspectos naturales de la alimentación y el cuerpo biológico.

Figura 4. Revista Scientific American- Calorias



48 Edición especial de la Revista Psiqué “Software Mental: Estructuras y modulaciones cerebrales reflejan una posible sinergia entre la computadora y el cerebro humano y se convierten en el foco de estudio de las ciencias cognitivas”.

49 Edición de la revista Viva Saúde: “8 alimentos que previenen contra cáncer - Y otros tres que aumentan (¡y mucho!) las posibilidades de que aparezca un tumor”.

Figura 5. Revista Psiqué - Software Mental



Figura 6. Revista Viva Saúde



En estos casos, comprobamos el poder retórico de la simbiosis imagen/palabra. Analizando sólo el texto de los titulares, aprehenderemos la intención de quien diseñó la portada. Es en la unión imagen/palabra que el sugerente mensaje de que tanto la alimentación como el psicoanálisis deben ser sometidos a unos criterios específicos, que sitúan a una determinada “biología” (nutricional y neurológica) como base de la concepción de lo que es la salud. No es sólo lo natural, sino lo humano y su conocimiento, lo que se descartan sutilmente en las sugerencias ilustradas en las portadas de las revistas.

Observamos un proceso de sugestión sutil, la conducción de nuestra vida en términos de salud desde la perspectiva de las Biociencias. En los ejemplos examinados, la fuerza de *la retórica de la salud y de la vida* refuerza un imaginario higienista en la conducción de la vida. Como dispositivo dominante de producción de verdades, las biociencias refuerzan este sesgo, descartando posibilidades de conocimiento equiparando temas presentados o propuestos por otros saberes/campos disciplinarios.

Resultados del Análisis del trabajo de campo

Las acciones analíticas del campo observado nos permiten describir, con mayor pertinencia la complejidad del objeto de estudio, y nos llevaron a ampliar el foco de la metodología de análisis en las fotos de portadas, para permitir una interpretación más elaborada los efectos, en el imaginario, de los significados enfatizados en la retórica de la salud y la enfermedad, presentes en los mensajes de las publicaciones periódicas analizadas, considerando su diversidad de lenguaje mediático.

En esta fase de análisis obtuvimos algunos indicios derivados de la observación que nos permitieron apuntar algunas construcciones:

a) Diversidad de la composición de los bancos según la ubicación socioespacial

Hemos podido observar que la disponibilidad es distribución de las revistas científicas en el espacio físico de los quioscos varía considerablemente según la región sociocultural en la que se encuentra: suburbios, barrios, residenciales de clase media, periferia urbana, e incluso, entre ciudades.

Los barrios periféricos exponen y venden en sus quioscos, sobre todo: periódicos populares, revistas de *fitness*, revistas de telenovelas y boletines de concursos. Los quioscos de clase media, en la zona sur de Río de Janeiro y en los barrios residenciales y comerciales de Porto Alegre, venden una gran variedad de publicaciones periódicas, incluidas las que pertenecen a nuestro universo de investigación.

La configuración y distribución de los artículos observados en el interior de los quioscos también cambia según la ubicación socioespacial, variando en función de la demanda de publicaciones y artículos que se venden en esos quioscos (periódicos, revistas, pequeños comercios).

b) Imágenes y palabras imperativas que emergen de las portadas

En el análisis de las portadas de las publicaciones periódicas identificaron palabras claves, generalmente expresadas en un tono imperativo y de mando, que buscan orientar las prácticas de salud, en el sentido de preservar las o de evitar su deterioro. Por ejemplo, se recurre a expresiones como “vida sana”, asociadas a la *buena alimentación* y las *actividades físicas* además se encontró en las portadas la recurrencia de verbos dominantes en la cultura, como “poder”, “lucha”, “combate” o “ganar”.

Este tono imperativo tiende a legitimar las actitudes y los comportamientos propuestos en relación con los cambios de la salud y la presencia de enfermedades agudas o crónicas del cuerpo y la mente, como la obesidad, la hipertensión, la depresión, los infartos, la diabetes, el cáncer, en *alzheimer* etc.

Existe un claro apoyo a los temas y soluciones basados en estudios de expertos, reafirmados en el continuo referente a los resultados de la investigación científica avanzada, cuya variación de temas de resultados asume a veces el carácter de “modas”, debido a la reiterada recurrencia de ciertas cuestiones en las pruebas.

Esta postura se ve reafirmada por la apelación a la autoridad de términos como *ciencia* o *investigación* y *estudios científicos* presentes en la gran mayoría de las portadas examinadas, reforzando la ya mencionada percepción de que la *tecnociencia* se presenta como un relevante dispositivo productor de *doxa* en la sociedad contemporánea. Cabe destacar que, cuanto más se aleja de la difusión científica (revistas periodísticas, de divulgación, de publicidad, o de propaganda), mayor es la recurrencia a la autoridad de la ciencia y a lo científico. Las revistas de divulgación científica, ya caracterizadas como medio de transmisión de textos de investigadores/expertos, desarrollan los temas sin apelar a la validación científica de la información.

En cuanto a las imágenes, pudimos identificar la recurrencia de construcciones simbólicas con elementos de imaginería específicos, tales como: fotomontajes e ilustraciones gráficas de órganos, especialmente el corazón y el cerebro, generalmente relacionados con enfermedades crónicas. Estos órganos aparecen en las portadas “transfigurados” por la tecnología de la imagen, con un aspecto maquinal o claramente mecánico (Luz, 2004, Machado, 2015).

En varios casos, la figura de los órganos está trabajada gráficamente de acuerdo con el mensaje del tema, como un cerebro “turboalimentado” en alusión al rayo y a la fuerza eléctrica, claramente asociado a la idea de reforzar la máxima maximización de su potencia (Machado, 2015). No pocas veces, estas asociaciones y montajes aparecen vinculados a pruebas diagnósticas de última generación, en las que la imagen juega un importante papel demostrativo para el diagnóstico médico.

El poder de convicción está imágenes tecnocientíficas en la construcción de una *doxa* que valora el mecanicismo en el imaginario los lectores son considerables, porque “demuestran”, gráficamente, valores de salud y enfermedad. Como ejemplo, los fotomontajes de órganos “en movimiento”, con virtualidad “cuatridimensional”, que apuntan a una realidad material más avanzada que los exámenes analógicos, como los rayos X, los electrocardiogramas y los encefalogramas.

Dicha demostración virtual, tiene una apariencia estética innegablemente seductora, apreciada por profesionales y legos, asumiendo, la imagen, un poder simbólico en relación al cuerpo biológico, despojándolo de sus aspectos corpóreos, tales como: sangre, tejidos, sistemas, fluidos y volumen. En definitiva, a través de la preponderancia del discurso imaginario, se trata de órganos transcorporales, superando simbólicamente la naturaleza biológica del cuerpo humano, tal y como lo hemos representado desde finales del siglo XVI, en la naciente modernidad científica (Luz, 2004).

Encontramos que la fuerza de la categoría *retórica* de análisis de la *vida y la salud* es claramente evidente, central en nuestro estudio, relevante para la interpretación de la producción discursiva actual de las Biociencias, ya que ha sido transmitida para la validación de ciertas declaraciones en el espacio mediático.

c) Papel de la difusión científica de los medios impresos en la pedagogía actual

Del análisis se desprende una función no solo informativa, sino también *pedagógica*. De hecho, algunas revistas de divulgación científica cubren actualmente un vacío informativo, independientemente de la disciplina en la que se sitúen –ya sea de las biociencias, las ciencias físicas o las humanidades– e incluso, de formación regular, presentando temas y fomentando debates en las más diversas materias tanto en la Enseñanza Media como en la Superior, retomando teorías y conceptos de autores clásicos y contemporáneos, contextualizándolos en nuevos temas y cuestiones científicas de actualidad.

Conclusiones

La interpretación de las portadas de las revistas analizadas subraya, preliminarmente, que las fotos/imágenes que ilustran la *simbiosis* imagen/palabra (Luz *et al.*, 2013), difunden un proceso de persuasión/convicción que refuerza la hegemonía de las Biociencias en la cultura actual de la salud, la enfermedad y la vida. Los mensajes transmiten significados específicos sobre el cuerpo y la salud, las actividades físicas, la nutrición, la prevención y el control de las enfermedades, proponiendo también prácticas de medicalización de la vida, contribuyendo a la producción de formas específicas de conducir la salud y la vida de la población.

La búsqueda social de una *cultura de la salud*, similar a la *utopía de la salud perfecta* de Sfez (1996), se manifiesta en prácticas saludables, incluyendo un higienismo preventivo presente en los discursos de las biociencias, combinado con un proyecto de promoción de la salud apoyado en prácticas de base biocientífica.

Estas prácticas incluyen propuestas sobre el cuerpo, las emociones y la subjetividad de los individuos y los grupos. *Incluyen* desde la alimentación, el movimiento corporal (o la actividad) hasta cierta higiene mental, buscando *armonizar la vida* de las personas y las relaciones sociales. Constituyen, en cierto modo, un proyecto sanitario global difuso, no elaborado política o conceptualmente, pero que tiende a la utopía, aunque en un paradigma diferente al señalado por Sfez (1996).

El pleno desarrollo de un enfoque interpretativo interdisciplinar de la retórica de los contenidos vehiculados por las revistas de divulgación científica escapa del análisis clásico del discurso y de la semiótica estructural, situando la retórica de la imagen/palabra como categoría estratégica de análisis de la función simbólica de las revistas de biociencias en la construcción del imaginario de la *vida y del vivir*.

Esperamos que las interpretaciones resultantes de esta propuesta metodológica contribuyan al desarrollo de nuevos frentes de teorización de los contenidos simbólicos que identifiquen las relaciones entre la *retórica de la vida* y el imaginario social, y aclaren, además, cómo actúan determinadas representaciones de las ciencias de la vida y la salud en la cultura contemporánea.

Referencias

- Aristóteles. (1998). **Rhétorique**. Paris: Gallimard.
- Barthes, R. (2007). **O império dos signos**. São Paulo: Martins Fontes.
- Bauer, M. W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 189-243.
- Bourdieu, P. (1989). **O poder simbólico**. Lisboa: Bertrand.
- Bourdieu, P. (1997). **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bourdieu, P. (1998). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes.
- Bueno, W. C. (2010). Comunicação científica e divulgação científica: aproximações e rupturas conceituais. **Inform Inform.**; 15(1):1-12.
- Canguilhem, G. (2002). O normal e o patológico. 5a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Epstein, I. (1985). **O signo**. São Paulo: Ática.
- Foucault, M. (2000). **Microfísica do poder**. 16a ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Joly, M. (1994). **Introdução à análise da imagem**. Lisboa: Papius.
- Lévi-Strauss, C. (2008). **Antropologia estrutural**. 5a ed. São Paulo: Cosac-Naify.
- Luz, M., Sabino, C., & Mattos, R. S. (2013). A ciência como cultura do mundo contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio)ciências e a construção midiática do imaginário social. **Sociologias**. 15(32), 236-54.
- Luz, M. T. *et al.* (2013). Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. **Interface** (Botucatu).; 17(47), 901-12.
- Luz, M. T., & Sabino, C. (2015). A pesquisa como prática artística: a razão na prática de investigação como razão artística - uma possível contribuição de Pierre Bourdieu para a área das Ciências Sociais e Humanas na Saúde. **Saude Redes**, 1(8), 7-12.
- Luz, M. T. (1998). O impacto da epidemia de HIV/aids nas representações sociais. **Saude Sexo Educ**. 30(4), 7-11.
- Luz, M. T. (2004). Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2a ed. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. *et al.* (2013). Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação [online], 17(47), 901-912. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0661>.
- Machado, A. D. S. (2015). **O cérebro no imaginário social da divulgação científica das Biociências**: a retórica sobre a saúde e a vida nas capas da Revista Mente e Cérebro. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Maffesoli, E. M. (2008). **Michel Maffesoli**: o imaginário é uma realidade. FAMECOS [Internet]. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3123>.
- Mattos, R. D. S. (2014). **Imagem corporal**. Rio de Janeiro: Paco Editorial.
- Medrado, B. (2000). Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In: Spink, M. J., (ed.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 243-71.
- Moles, A. A. (2005). **O cartaz**. 2a ed. São Paulo: Perspectiva.
- Sfez, L. (1996). **A saúde perfeita**: crítica de uma nova utopia. 7. ed. São Paulo: Loyola.
- Silva, J. M. (2006). **As tecnologias do imaginário**. 2a ed. Porto Alegre: Sulina.
- Spink, M. J. & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teóricometodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M. J. (ed.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 41-61.
- Spink, M. J. (1995). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi P, editor. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 117-48.
- Weber, M. (2004). **A ética protestante e o 'espírito' do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras.

Forma del dolor y dolor de la forma: significado y función del dolor físico entre practicantes de musculación en gimnasios en Río de Janeiro⁵⁰

Cesar Sabino
Madel T. Luz

Introducción

Este trabajo analiza datos recopilados en investigación cualitativa, incluidas actividades de campo etnográficas (observaciones directas y participantes), entrevistas abiertas y conversaciones con informantes en gimnasios de pesas y *fitness* en la ciudad de Río de Janeiro. Con este análisis, pretendemos resaltar el(los) significado(s) representado(s) por el dolor corporal en la construcción de la persona del fisicoculturista. Además del material recolectado en gimnasios de pesas y *fitness* en diferentes regiones de la ciudad (2 gimnasios en Méier, 1 en Copacabana, 2 en Botafogo, 2 en Grajaú y 1 en Jardim América), datos de observaciones de trabajos anteriores en otros barrios (Sabino, 2000, 2004, Sabino, & Luz, 2007) en los que se utilizó la misma metodología.

Objeto difícil de clasificar, y variable según las culturas y los individuos debido a la “subjetividad” implícita, el dolor ha sido descuidado durante siglos por la propia medicina, hasta el punto de que aún hoy los profesionales sanitarios tienen dificultades para afrontar el sufrimiento de los pacientes. Así, en la medicina hipocrática y galénica, el dolor se concebía como un síntoma inevitable a observar para el establecimiento del diagnóstico. Con el desarrollo de analgésicos y anestésicos, cirugías y antibióticos, se construyó un programa médico para tratar el dolor desde su aspecto objetivo. Este aspecto se relaciona con el modelo de sociedad moderno (Luz, 1988, Ortega, 2008), en el que el confort pasó a jugar un papel fundamental en la organización de la vida cotidiana y en la economía (Vincent, 1992).

El médico John Bonica, en la década de 1950, escribió un libro llamado “El manejo del dolor”, en el que definió ampliamente el dolor como psicósomático o sin lesión, y el dolor crónico, en oposición al dolor agudo, definido como cualquier dolor que dura de tres a seis meses y resiste el tratamiento habitual.

50 Publicado originalmente en portugués en la revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (Sabino, & Luz, 2014).

Asimismo, el médico Ronald Melzack concibió una teoría en la que el dolor ya no era visto como una simple señal de alarma, sino como un sistema regulador natural, que podría describirse como variable en intensidad y calidad, de acuerdo con numerosos elementos psicológicos y fisiológicos (Meyran, 2005). Si bien este proceso específico de clasificar y objetivar el dolor ha tenido lugar en el mundo científico, especialmente en la medicina, también está su dimensión social –colectiva o personal, no solo la biopsicológica–, que se da en el contexto cultural. En este aspecto, el yo (*self*) tendería a funcionar como un espejo psíquico, reflejando a su vez aspectos de otros yos o cosas a las que estaría afectiva y permanentemente conectado, lo que en cierto modo exigiría una interpretación sistémica de las relaciones sociales. (Nasio, 2008, Csordas, 2008, Ortega, 2008, Le Breton, 2009, Sabino, & Luz, 2011).

En este sentido, el saber práctico de los culturistas también organiza y modula la intensidad del dolor, relacionándolo con la propia construcción de los roles de los agentes sociales en la estructura grupal –veremos más adelante–, pues el fisiculturismo no escapa a la regla del deporte, actividades, o incluso prácticas corporales como una lucha íntima contra el sufrimiento, un esfuerzo continuo por transformar la performance en un hito en el continente del dolor (Le Breton, 1995).

Cuerpo y palabra

Las sociedades humanas, a diferencia de otras especies, presentan sistemas simbólicos constituidos por significantes productores de significados mediados por los sentidos, que a su vez organizan prácticas y son organizados por ellos, formando nuevamente significantes en el proceso intermitente de la vida material y simbólica (Lévi-Strauss, 2002, Derrida, 2006). En términos del sistema simbólico inherente a los grupos sociales de los gimnasios de musculación y fitness de la ciudad de Río de Janeiro, el dolor y el sacrificio presentan el valor y el precio a pagar por la conquista de una presunta victoria en la necesaria construcción identitaria. Cabe señalar que los ritos –comportamientos codificados y estables– son procesos ineludibles de los grupos sociales para producir y reproducir sus características e incluso transformarlas (Turner, 1974, Durkheim, 1978, Tambiah, 1997, Peirano, 2001, Clastres, 2003, Mauss, & Hubert, 2005, Bourdieu, 2008). La “tribu urbana” (Maffesoli, 1987) de culturistas o “marombeiros”⁵¹, como se les llama en Río de Janeiro, presenta

51 “Marombeiros”, como se autodefinen, son los culturistas y/o practicantes veteranos de musculación que ostentan forma física con musculatura considerablemente por encima de la media. La palabra deriva de Maromba, vara o barra que el funámbulo usa para equilibrarse en la Maroma, que viene a ser la cuerda en la cual camina. Maromba puede también estar relacionada al peso con el cual el funámbulo se mantiene en equilibrio. Como en el culturismo y levantamiento de pesas se utilizan barras con pesos (mancuernas) removibles en los extremos, no es difícil percibir la asociación de la imagen del hombre que camina en la cuerda floja, utilizando peso para equilibrarse, y de aquel que utiliza pesos para mejorar su forma y construir su identidad

prácticas similares a las de un grupo religioso con estrictas pautas alimentarias, prácticas de cuidado del cuerpo, saberes específicos y esotéricos ligados a la forma y jergas peculiares en general de origen inglés, muchas veces extrañas: bodypump, bodyjump, fitness, whey protein, ripped fuel, transport, bodybalance, spinning, humam growth hormone, Jack 3d, entrenamiento cruzado etc. (Berger, 2008). Es necesario recalcar que estamos hablando de una fracción de los asistentes al gimnasio carioca y no de todo el grupo.

Nuestro objeto de observación son los culturistas, una mínima y asidua parte de los gimnasios de culturismo y fitness, y no todas las personas y grupos de practicantes de actividades físicas en estos lugares. Suelen participar en competencias de musculación y son quienes reúnen conocimientos específicos y ascéticos sobre cómo construir, a través del ejercicio, el suplemento alimentario, las dietas, las drogas y los productos farmacéuticos, un cuerpo adecuado para la representación de la perfección de la forma entre ellos. Este conocimiento hace que se acerquen unos a otros, conversando sobre los temas que interesan al grupo y las prácticas que lo constituyen. Como señaló Wacquant en su estudio sobre los gimnasios de boxeo de Chicago, estos grupos parecen convertirse en islas de orden y virtud que rechazan cualquier tipo de tema, comentario o argumento que no tenga relación con las prácticas de construcción del fitness y la progresiva adquisición del ascetismo. de los objetivos prescritos para los entrenamientos (Wacquant, 2002).

Por otro lado, la falta de comunicación entre estas personas y los demás grupos presentes en el contexto de los gimnasios también puede representar un proceso derivado del mundo del trabajo contemporáneo, en el que la “lucha por la supervivencia” exige una lucha constante por el poder, ya sea económico o económico simbólico. En el contexto investigado, a pesar de que se consolida la intensa competencia, tal vez basada en modelos contemporáneos de trabajo en el mercado capitalista, también se está (aunque de manera circunstancial y evanescente) la búsqueda de nuevos códigos de solidaridad e identificación colectiva que sitúen el individuo como persona a través de la construcción del sentimiento de pertenencia a algo a alguien; sentimiento que eventualmente ubica al agente en relaciones sociales o lazos, incluso flojos y difusos, pero aún lazos (Luz, 2003, Mattos, & Luz, 2009).

En los diez años transcurridos desde el inicio de las primeras investigaciones realizadas por nosotros (Sabino, 2000, 2002, 2004) se han producido algunos cambios en los gimnasios de musculación y fitness.

De una práctica de clase media, el culturismo se expandió a las clases bajas ya la nueva clase media de la era Lula⁵²; también se consolidó y creció la práctica de MMA (artes marciales mixtas), así como

social (Sabino, 2002). Más aún, este aspecto relacionado con los espectáculos circenses subraya el origen circense del fisiculturismo y el levantamiento de pesas en los espectáculos o freak shows, circo de horrores en el siglo XIX (Sabino, 2012).

52 [NT] Referencia al período inicial del gobierno brasileño liderado por el Pres. Luiz Inácio Lula da Silva y, posteriormente, por la Pres. Dilma

el número de mujeres practicantes de lucha, fitness y musculación. En algunos gimnasios, este número actualmente supera con creces el de sus consultorios privados, proceso que anteriormente era realizado por practicantes laicos (Duarte, 1999). De esta forma, aún hoy existe una cadena creciente de médicos que practican lo que ellos llaman medicina anti-edad. Asociadas a las farmacias magistrales, prescriben sustancias controladas e incluso prohibidas para los culturistas y todos aquellos que quieran y tengan poder adquisitivo para pagar sus servicios e indicaciones terapéuticas. Vale la pena señalar, en este proceso, que los médicos, bajo la égida de la autoridad, actualmente dominan una parte importante del “tráfico de bombas” (esteroides anabólicos) que se produce. – y todavía ocurre – dentro de las academias.

Cabe señalar que, en los gimnasios de musculación el dolor y el sufrimiento pueden tener significados diferentes o incluso antagónicos, pero complementarios, cuando el primero engendra procesos específicos que dan sentido y racionalidad a la fragmentación socioeconómica y cultural de la sociedad contemporánea. Fragmentación que produce sufrimiento en las personas en culturismo.

[...] hablamos del cuerpo, de la vida personal, de los mecanismos de aceptación, y sobre todo de la vida que se desarrolla en ese escenario: dietas, complementos alimenticios, relojes Polar que son auténticas calculadoras de la marcha (calculan pasos, pulsaciones, calorías...), peso, porcentaje de grasa corporal, masa grasa versus masa magra, el nuevo entrenamiento duro indicado por el instructor, el dolor que se manifiesta en el cuerpo [cuándo, cómo y de qué manera] después del entrenamiento, de nuevos equipos para el cultivo del cuerpo [...] (Berger, 2008, p. 2, énfasis añadido).

El dolor, de esta forma, puede dar sentido al sufrimiento, siendo también interpretado según la clase social. Por ejemplo, en los gimnasios de barrios marcadamente obreros, la resistencia a la misma se asocia directamente con la masculinidad, y la práctica de ejercicios de musculación se entiende como el acto de trabajar, forzar e incluso lastimar el cuerpo, ajustándolo al modelo previsto. Este proceso implica también una actuación rústica, compuesta por gritos, palabrotas y lanzamientos de pesas al suelo después de los ejercicios, y el bramido hacia quienes no proceden de la misma manera. Esto significa “hacer ejercicio” para los habituales. Incluso las mujeres del grupo presentan, en estos lugares, comportamientos similares.

En los gimnasios más caros de los barrios de clase media y media alta, el comportamiento del grupo generalmente está guiado por el supuesto manejo científico del dolor por parte de practicantes que

Rousseff, del año de 2003 a 2016, cuando un golpe retiró de la titularidad del gobierno a la presidenta en el ejercicio del mandato. Del golpe, sucedió un período de ejercicio del vicepresidente electo en la composición con Dilma y una gestión de gobierno de extrema derecha, con fuerte impacto en el desarrollo brasileño.

no representan la práctica como tal actuación rústica, sino como una búsqueda calculada y elegante de la forma del cuerpo, basada en los avances de la ciencia biomédica. Este comportamiento, visto por los asiduos de clase baja como “comportamiento fresco o marica”, no pretende escapar del dolor, sino adaptarlo, conducirlo de manera racional a propósitos estéticos jerárquicos y nobles que desprecian el comportamiento de la clase alta. En este aspecto, el término utilizado para las prácticas de ejercicio es el verbo “entrenar”, y no el verbo “hacer ejercicio”, utilizado por los grupos de menor poder adquisitivo. El practicante de clase alta “entrena” utilizando todos los recursos tecnológicos posibles y de última generación para lograr su objetivo estético, sin entender el dolor como un sentimiento a exponer como justificación de una resistencia supuestamente superior e incluso masculina.

El practicante de clase baja, por su parte, no sólo expone su dolor y lesiones como un trofeo, sino que considera inútiles la mayoría de las mejoras tecnológicas y signos de “mariconada” o gasto innecesario, dado que los elementos de identidad y conductuales positivos aquí son esas representaciones constitutivas de rusticidad relacionada con lo que significa ser un “varón de verdad” o “una mujer fuerte”. Los elementos ornamentados y pulidos se consideran características femeninas tradicionales y, por lo tanto, inferiores. La imagen del ogro es un signo de positivismo para esta porción de academias en barrios obreros.

El dolor como positividad

La demanda de sentido ante el dolor vivido por la persona en este contexto de interacción va más allá del sufrimiento inmediato: “comprender el sentido de su dolor es otra forma de entender el sentido de la vida” (Lebreton, 1995, p. 107), porque cada sociedad grupal define la legitimidad de su dolor. En cuanto a la construcción de la persona del fisicoculturista, el dolor no sólo está presente en el riesgo ocasionado por el uso de esteroides anabólicos y similares (Sabino, 2000), sino en la rutina diaria de los ejercicios. El fisicoculturista, a través de su práctica, aprende a construir un vasto mapa sensorial –un conocimiento corporal y práctico– que clasifica los tipos de dolor asignándolos en más o menos dañinos, constructivos o destructivos, según la intensidad y manifestación del mismo.

El dolor en el contexto mencionado está directamente asociado con la dedicación a los ejercicios en el dominio estoico de las acciones y los deseos. Por lo tanto, él, el dolor, es una forma de superación del sufrimiento, al mismo tiempo que funciona como elemento fundamental para la producción de la identidad individual y grupal. La capacidad personal de resistencia relacionada con los ejercicios graduales con pesos

crecientes exige del agente un conocimiento práctico vinculado al cuerpo para evitar lesiones graves por esfuerzo repetitivo y hernias. Por lo tanto, si existe la mayor parte del tiempo una biopolítica en la que los saberes médicos y las representaciones de la belleza controlan el cuerpo de los agentes sociales en el contexto contemporáneo, reproduciendo el sistema social, existe, por otro lado, un contrapoder, aunque sea ocasional y efímero, producido por algunos actores y grupos que demuestran la existencia de reflexividad en los mismos sistemas sociales y de acción. Reflexividad fundamental para la dinámica social, pero también para su cambio o, al menos, para proyectar líneas de escape del contexto administrativo burocrático y sistémico (Foucault, 1984, Veyne, 2011).

La intensidad del dolor sufrido e incluso el riesgo de vida o pérdida de la salud realizan un proceso ritual de construcción identitaria que se institucionaliza, otorgando a quienes pasan por el mismo proceso una creciente aceptación social. El uso ritual de esteroides anabólicos y otras sustancias y el sentimiento de dolor consagran la desigualdad, instituyéndola. El dolor y los esteroides anabólicos, en el campo del culturismo o fisicoculturismo, parecen formar parte de ritos de paso o de institución que no sólo permiten la transposición de los individuos de un rol a otro en el grupo (Bourdieu, 2008), sino que también reiteran la especificidad característica de *status*, ya que la eficacia y el poder de quienes están en funciones de dominación deben probarse constantemente a través de acciones que constituyen representaciones de poder. El rito del dolor y las drogas delimitan la distribución de la autoridad dentro del campo del culturismo a través de lo que Lévi-Strauss (1976) denominó eficacia simbólica, es decir, el poder, propio del rito, de actuar sobre la realidad actuando sobre la representación que los individuos hacen de esta realidad. Por lo tanto, en los gimnasios, al adquirir, *pari passu*, un cuerpo musculoso, el aspirante a culturista consagrado (al menos en su reducido grupo) está siendo elevado a un nuevo rol. Su identidad –aun siendo volátil, pues depende de la brevedad de la forma– se construye continuamente, y el dolor y el riesgo se inscriben como emblemas en su cuerpo, moldeando en su carne el perfil muscular del estatus directamente enraizado en la forma y en el conocimiento de cómo construirlo.

En los casos ritualísticos, cuanto más difíciles son las etapas por las que pasa un individuo para pertenecer a una institución y disfrutar de su *status*, más valor él lo da (Bourdieu, 2008, Segalen, 2002). Así, procesos sociales como estos, a pesar de ser competitivos, permiten a los agentes acceder a significados que dan sentido a sus vidas ya la posible competencia no solidaria que pueden enfrentar en otras dimensiones sociales. La existencia de distinciones de dolor⁵³ entre los culturistas demuestra una comprensión sensorial

53 Hasta la década del 20 del siglo XX, el dolor presentaba papel diverso de aquel que pasó a presentar posteriormente con la creciente apología del

del metabolismo muscular que los organiza en dolores buenos, aquellos que apuntan a “un funcionamiento muscular constructivo”, entendiendo este aspecto como crecimiento muscular, y dolores malos, aquellos que apuntan a daño articular. Por lo tanto, la inflamación muscular posterior al entrenamiento es la mejor señal de que los ejercicios están funcionando y son positivos.

Llevo seis años entrenando y ya soy adicta a ese dolor punzante dentro del músculo después de cada buen entrenamiento [...] no puedo vivir sin él [...] en Carnaval, ¡cuando viajo me vuelvo loco! Me cuelgo de un árbol para hacer flexiones, sigo buscando tapones de gas para levantarme [...] ahora abrieron un gimnasio allá en Araruama, ojalá funcione este carnaval [...] no puedo dejar de hacer ejercicio [...] cuando dejo de sentir que me duele el músculo después de entrenar o al día siguiente, me empiezo a enfermar y deprimir (Gabriel, 22 años, estudiante).

A diferencia del dolor positivo, que se produce tras lo que denominan “ejercicios de calidad”, desencadenados por el movimiento del grupo muscular entrenado, dolor que no produce ningún impedimento al movimiento, existe el dolor negativo, definido como más limitado a una determinada región y con diferente intensidad directamente asociada con la dificultad de mover ese grupo muscular, o incluso extremidad. Mientras que el concepto de dolor bueno está ligado a la perfecta ejecución de ejercicios y series de musculación, el dolor dañino, por el contrario, es supuestamente considerado por los practicantes como el resultado de excesos y malas ejecuciones. Así, el diagnóstico –por el propio agente– de un dolor de distinta intensidad en un lugar sospechoso es suficiente para que el paciente sea clasificado por los especialistas de las academias comunicadas –maestros o culturistas más experimentados– como propenso a la enfermedad (músculo que sufre o lesión articular), perdiendo parte de su estatus y función social, así como, en consecuencia, parte de su identidad. En este aspecto, podemos repetir con Le Breton (1995, p. 108):

[...] todas las sociedades definen implícitamente una legitimidad del dolor que se anticipa a las circunstancias sociales, culturales o psicológicas consideradas punibles. La experiencia acumulada de un grupo lleva a sus integrantes a la expectativa del dolor habitual atribuible a estos hechos... la sociedad indica simbólicamente el límite de lo lícito, al realizar tal proceso, se esfuerza por disuadir posibles excesos.

confort inherente a la sociedad de consumo. Con el surgimiento de sustancias para controlar el dolor, ésta fue relegada a una dimensión exigua de la realidad: “El dolor físico pertenecía a la vida cotidiana, y no era vista como una falla de la medicina. Se consumía una cantidad mucho menor de analgésicos que hoy en día, y las personas, bien o mal, se acostumbraban a sus insomnios sin recurrir a somníferos” (Vincent, 1992, p. 324).

Hay entre los culturistas, por lo tanto, una ritualización del dolor que organiza los sentidos musculares indicadores de avance o retroceso en la práctica de la musculación causada por la conducta considerada correcta o errónea por los practicantes. Por lo tanto, existen clasificaciones de dolores como esferiformes, agudas, puntiagudas, constantes, de movimiento o eventuales, e incluso placenteras o “de fondo” (posiblemente el dolor producido por el efecto del ácido láctico en los músculos ejercitados), descrito como ligeramente aguda y psicológicamente placentera, lo que significa eficacia de la práctica. Cuando no hay dolor, dicen los practicantes y atletas de los gimnasios de *bodybuilding*, es porque los ejercicios ministrados no están surtiendo efecto y, por eso, no producen los resultados esperados: el crecimiento de la masa muscular y su definición. En efecto, incluso los profesores de educación física son clasificados por los asistentes como competentes o incompetentes si prescriben series “pesadas” de ejercicios y clases que dejan a los alumnos doloridos o no. Si una serie o clase específica de un profesional de la Educación Física no produce algún tipo de dolor, es señal para los alumnos que el profesional es incompetente, pues sus clases son demasiado “ligeras”. Los pares de oposición binaria: pesado/eficaz, liviano/ineficaz, así como pesado/fuerte, liviano/débil, forman la estructura clasificatoria de los dolores somáticos de los marombeiros o culturistas.

Estas clasificaciones remiten al tradicional e insuperable estudio de Lévi-Strauss sobre las formas en que la mente humana clasifica el mundo. En “El pensamiento salvaje” (2002), el autor escribe sobre la ciencia de lo concreto, que no necesariamente se opone al conocimiento científico abstracto. Formar sistemas clasificatorios basados en experiencias sensoriales y observaciones de la realidad, el pensamiento concreto o salvaje utiliza diversos elementos materiales para ordenar lógicamente el universo. Un proceso llamado bricolaje⁵⁴, estructuralmente no debe nada al pensamiento científico abstracto a la hora de dar sentido (orden) al mundo y a la existencia.

Aspectos que también se extienden a la alimentación –náuseas, malestar, falta de disposición– son vistos como una especie de variación de este(s) dolor(es) provocado(s) por la mala conducta, consciente o no, de quien sufre de estos procesos de disfunción fisiológica. Dolor negativo y peligroso es el que presagia la imposibilidad de entrenar, el que indica bursitis, tendinitis o problemas en las articulaciones de la rodilla, y este impedimento para entrenar, como vimos anteriormente, perjudica el mantenimiento de la identidad del culturista, que está relacionado con la forma física y depende de un intenso entrenamiento diario

⁵⁴ Un buen ejemplo de cómo se procesa esa lógica universal es el trabajo artístico denominado patchwork, que consiste en el corte de retazos de tejidos en forma geométrica, procedentes de otros conjuntos y formando elementos recombinados que producen una nueva forma o sistema diferente de los anteriores de los cuales los elementos fueron retirados. Es importante recordar la traducción de la palabra “trabajo al por menor”.

para mantenerse. Perder la forma no sólo significa retroceso y caída de estatus, sino pérdida de identificación personal y posible pérdida de pertenencia al grupo, es decir, muerte social para ese sistema.

El rendimiento muscular arraigado en la percepción de las modulaciones del dolor es, en términos generales, el núcleo de la búsqueda de diferenciación de otros grupos y de identificación dentro del grupo de culturistas:

[...] el dolor, este dolor en la parte inferior del músculo, significa que el entrenamiento está bien, hombre; y entonces sientes esa sensación de ligereza después de la adrenalina del ejercicio... y si la sientes, vas creciendo, 'eres diferente de los inferiores, de los comunes, de los regañones [...]' (Carlos, 24 años, estudiante).

El dolor aparece también como una forma de ascensión jerárquica e incluso espiritual, en oposición directa al sufrimiento, signo de colapso psíquico y físico:

[...] es demasiado sentir que cada fibra “estalla” cuando haces ejercicio duro y luego ese dolor agudo al día siguiente [...] cada movimiento que haces está ahí recordándote que tienes el deber de cumplir ya, que debes volver al gimnasio y hacer otra serie más pesada, más dolorosa, más radical, hombre, para crecer más y más y más [...] Es disciplina, y sin disciplina no se llega a ningún lado. Sin dolor no se gana nada en la vida... es una “adicción”, si al día siguiente de hacer ejercicio no siento dolor es porque algo andaba mal, es porque la maromba no estaba recta, el ejercicio era débil, sin efecto [...] sin dolor no hay ganancia. Esa es la diferencia entre los que hacen ejercicio en serio y los que no hacen ejercicio... (Pedro, 29 años, funcionario).

Estos hombres (y mujeres) inscriben en sus músculos la marca de una rígida disciplina traducida en el dolor de ejercicios pesados y repetidos durante años de práctica en los gimnasios. El regocijo del dolor, propio de un ascetismo singular, parece querer decir que en la época en que la búsqueda del placer se ha convertido en norma, el sentido del dolor puede ser también una forma de afirmación de la vida y de la diferencia. Sin embargo, este proceso reitera la reproducción a través de la incesante búsqueda del placer que engendra la sociedad del consumo y el espectáculo. Quizás una ética ascética (Courtine, 1995) mezclada con una neorromántica (Campbell, 2001).

Arriesgarse la vida tomando sustancias tóxicas como los esteroides anabólicos y estimulantes como la efedrina o incluso la insulina es otro aspecto de la apología del riesgo y el dolor que sistematiza la identidad del grupo:

Hombre, no sé cómo decirte lo que siento [...] puedo intentarlo, no sé [...] ¿sabes cuando le pegas [carrera de autos] y la adrenalina sube a mil? Sabes cuando vas en moto y das un giro brusco entre dos camiones o haces esa curva absurda... eso es todo... sport radicales, ¿sabes? Ponerse una bomba, insulina, ya está, es un riesgo, pero te da placer [...] es el riesgo lo que te da placer, que es bueno [...] todo lo que está prohibido es bueno y lo mejor es que te vuelves ‘cuerdo’, tomas el producto, lo disfrutas y todavía te ves hermosa, ¿no es genial? (Mário, 32 años, entrenador personal y culturista).

Esta combinación, aparentemente común a las sociedades contemporáneas, induce a los individuos a desear extraer cada vez más disfrute (generalmente sin obtener placer) de su vida cotidiana, combinando la ética protestante del trabajo –disciplina y ascetismo– con el hedonismo y el narcisismo de una ética del consumo ostentoso. El dolor, en este sistema simbólico, está directamente asociado a una suerte de purificación que podría traducirse por la categoría de “perfectibilidad” (Duarte, 1999, p. 24). La idea, inherente al imaginario occidental –probablemente surgida con el movimiento de la Ilustración– de que la especie humana está dotada de una capacidad de mejora indefinida,

[...] entrar en el camino de lo que desde [siglo XVIII] llamamos progreso, desarrollo, transformación sin límites, vanguardia, palabras fundamentales en nuestra cultura, todo lo cual parte de la idea de que somos seres dotados de una capacidad de perfectibilidad constante e indefinida que nos distingue de los demás seres existentes sobre la faz de la Tierra (Duarte, 1999, p. 24).

No es nuevo que el dolor sea un instrumento que no solo regula el sufrimiento, sino que también promueve la superación de metas; además de ser una herramienta que el cuerpo acaba construyendo para sí y en sí mismo, y que puede ser utilizada de innumerables formas, como en casos de dopaje biológico en deportistas olímpicos y paralímpicos. Para aumentar los niveles hormonales y lograr un mayor rendimiento que los demás, las atletas de la antigua Alemania del Este quedaron embarazadas, con el fin de multiplicar la producción de hemoglobina y abortaron poco después de la competencia. Recientemente, en los Juegos Paralímpicos, se comprobó que los atletas tetrapléjicos inducidos por estímulos dolorosos que ellos mismos provocan al romperse pequeños huesos del cuerpo, clavarse chinchetas en los pies y sondas en la vejiga hasta que están a punto de reventar, logran un rendimiento superior al normal, porque el mensaje de malestar lo envía el nervio periférico al cerebro, aunque no regresa en forma de dolor inmediato al miembro afectado, produce un “dolor” secundario, ya que la señal de malestar se envía a los músculos del

corazón, generando un aumento de la presión arterial que hace que el deportista, a pesar de las dificultades, gane hasta un 10% más que su contrincante.

El dolor y la función de iniciación en el fisicoculturismo

Vale la pena señalar que el dolor también tiene una función iniciática, estando presente en todas las llamadas técnicas corporales y acompañando los ritos de paso, estableciéndose en los individuos como memoria inscrita en la carne y signo de pertenencia a un determinado grupo social. Grupos de jóvenes y adultos de sociedades occidentales complejas imitan los ritos de paso de las llamadas sociedades simples, realizando laceraciones en la lengua, escarificaciones, piercings, tatuajes, abrasiones, quemaduras, suspensiones con ganchos incrustados en la piel, bungee-jump⁵⁵ etc. , prácticas que pueden tomar significados distintos a los originales, pero que, de igual forma, llevan en su seno dolor, o al menos miedo, y que plantean la difusión cultural como función fundamental de mantenimiento y dinamismo de las sociedades. Tanto en los sistemas sociales complejos como en los simples, la experiencia del dolor y del miedo expresa una mutación ontológica o pasaje de una dimensión social a otra, de un campo a otro, que señala la entronización del individuo en un estado existencial diferente. La cicatriz o la experiencia momentánea de la proximidad de la muerte traduce la pertenencia a un nuevo estatus. En una época en que la virtualidad es la expresión por excelencia, las relaciones precarias y fugaces, las imágenes fugaces y la cotidianidad está plagada de experiencias turbulentas, se hace presente la necesidad de actualizar eventualmente una condición arraigada en la reconstrucción de imágenes. En el caso del culturismo, en el que la imagen del cuerpo musculoso es la forma misma de afirmación de la identidad, son necesarios rituales constantes y siempre renovados, porque el cuerpo, inexorablemente condenado a la decadencia, escapa siempre, de una forma u otra, de las normas estéticas impuestas por el grupo.

La necesidad de utilizar drogas y diversas sustancias especiales (medicamentos, suplementos alimenticios, anfetaminas, hormona de crecimiento) y de variar la intensidad y extensión de los ejercicios construye una rutina de identidad que necesita ser rehecha ritualmente todos los días y en la que es necesaria

⁵⁵ La suspensión por ganchos clavados en la piel era parte de rituales de iniciación de tribus de América del Norte, el bungee-jump, saltar de alturas elevadas teniendo los pies presos por una cuerda elástica era practicado por los nativos de Oceanía que prendían los pies con lianas, las escarificaciones pertenecían a los rituales de determinadas tribus africanas, la práctica del piercing está relacionada a los rituales amerindios. Prácticas similares adoptadas por los grupos de las grandes ciudades remiten a los estudios de Maffesoli sobre la proxemia volátil que ocurre en los grandes centros mundiales en los que se forman tribus urbanas, a menudo con configuraciones efímeras, organizadas en torno a la construcción de identidades calcada en la articulación de varios símbolos y prácticas específicas, en general absorbidas de otros contextos. Tal proceso es denominado por el autor de neotribalismo (Maffesoli, 1987; 1996; Bauman, 2004).

la experiencia del dolor e inevitable. Los ejercicios deben realizarse hasta las últimas consecuencias físicas, provocando dolores musculares, para que se consigan los resultados. De hecho, si no van acompañados de dolor, no tienen eficacia, según los médicos. Sin dolor no hay progreso; sin dolor no hay ni siquiera el mantenimiento de lo ya conquistado; sin dolor solo hay decadencia. La manifestación ostensible de la misma, por lo tanto, es motivo de orgullo y honor para los culturistas. El informe más experimentado consistentemente sus lesiones por esfuerzo repetitivo o esguinces en los que se distendieron los músculos, se desgarraron los ligamentos, se fracturaron por avulsión y requirieron cirugía. El dolor hace más fuerte a quien lo atraviesa. Como el levantamiento de pesas es esencial para construir la forma del culturista, una lesión representa un grave riesgo de disolución de la identidad. Por lo tanto, desarrollar la técnica de entrenamiento lesionado es fundamental para estos individuos.

Este es un conocimiento práctico que no se puede aprender de los libros. Esta pedagogía implícita es producto de la práctica en su sentido más puro. No existe una forma específica de aprender a entrenar cuando se está lesionado, y dado que el dolor de las lesiones es constante y común, el aprendizaje se lleva a cabo con el tiempo. Este hecho también se puede aplicar a los propios ejercicios, que, a pesar de ser estructuralmente iguales infinitamente combinados, su intensidad y eficacia sólo se aprehende individualmente en el colectivo orquestado de los gimnasios, es decir, en la práctica. Así, como en el boxeo, o en cualquier otro deporte, no es posible aprender a ser atleta “sobre el papel” (Wacquant, 2002, p. 121).

Los manuales realmente tienen poco que enseñar a cualquiera que quiera ser culturista. Un individuo puede comprar una enciclopedia de culturismo (la más famosa y difundida es la de Arnold Schwarzenegger) y todas las pesas y máquinas de ejercicios e instalarla en su casa, pero nunca podrá convertirse en culturista sin asistir a gimnasios de culturismo durante muchos años, sin asociarse con el grupo, sin interactuar, sin pasar por todos los rituales necesarios para la construcción de su persona, porque el conocimiento del grupo se presenta en la acción y sólo puede adquirirse efectivamente de manera implícita, práctica y colectiva, a través de la manipulación reglada del cuerpo, que somatiza y concreta un saber colectivo poseído y exhibido por los miembros de esta institución en cada nivel de la jerarquía tácita que la atraviesa (Wacquant, 2002). Más que devenir un cuerpo, la sociedad –o el grupo social– es el cuerpo de estos agentes y hecho por ellos. El significado del dolor y la lesión, su simbolismo y significado primario, además de las formas e indicaciones de cómo tratarlo y seguir cultivando la musculatura, sólo se aprenden en la vida cotidiana de las instituciones “adoradores de hierro”. Wacquant, parafraseando a Durkheim, escribió que “el gimnasio es al

boxeo lo que la iglesia es a la religión” (2002, p. 120). Lo mismo: los gimnasios son para el fisicoculturismo de manera similar a la Iglesia por la religión.

También es necesario destacar el estudio de Lopes sobre los dolorosos y arriesgados procesos de transformación corporal entre travestis, demostrando que este grupo articula una lógica simétricamente invertida a la del culturista (aunque la función del dolor es la misma), mientras que se lucha dolorosamente, haciendo uso de diversos tipos de sustancias y técnicas para construir y presentar, a través de los músculos, la hipermasculinidad, la construcción de la persona del travesti implica un proceso similar, visando la construcción de la hiperfeminidad y la pérdida máxima de las características masculinas .

El autor relata un estudio de caso del proceso de transformación corporal de un homosexual, el “bichinha-boy Alan”, que se convierte en la travesti Elisa Star. Describe el dolor y las molestias de su informante ante innumerables aplicaciones e ingestiones continuas de hormona femenina (paquetes enteros de píldoras anticonceptivas a la vez), inyecciones de silicona con agujas de uso veterinario, y el dolor de cargar durante cuarenta días un trozo de palo de escoba. atado al pecho con un cordel para evitar que la silicona aplicada pase de un lado al otro. A pesar de todo el ritual iniciático, la satisfacción y el disfrute de Alan-Elisa fue grande con su nueva identidad social, con la nueva persona en la que se convertía, siendo testigo de “el coraje de tomar en serio este sueño” (Lopes, 1995, p. 254).

La experiencia del dolor puede dar sentido a la existencia y al mundo, incitando al ser humano a organizar su realidad permitiéndole vislumbrar la peculiar dimensión que niega y afirma a la vez tal existencia: la muerte. Este –el dolor– es inherente a la vida como contrapunto que da su plena medida al fervor de existir frente a morir (Le Breton, 1995; 2009; Bataille, 2014). En línea con este pensamiento, podemos preguntarnos:

¿Hay en el dolor experimentado algo comparable al placer de una mejoría repentina? La salud es mucho más hermosa después de la enfermedad [...] Los estoicos dicen que los vicios son útiles, porque valoran la virtud; con mayor razón se puede decir que la naturaleza nos dio el sufrimiento para realzar la excelencia del placer y la tranquilidad (Montaigne, 1980, p. 490).

La sociología presente en la experiencia del dolor funciona de manera similar. Así como el ritual de la tragedia griega afirmaba la existencia humana y, así, lo social, exaltando la paradoja, y en ocasiones el absurdo (Lesky, 1976, Nietzsche, 2004), así también la visión de lo efímero inscrito en las superficies de los cuerpos y las prácticas puede demostrar la profundidad del enigma llamado “ser humano” en su condición

de sufriente esperanzado. Las palabras de Nietzsche, como las de Montaigne, pueden resumir este proceso colectivo de modular, controlar y gestionar el dolor:

[...] el hombre, el animal más bravo y más acostumbrado al sufrimiento, no niega el sufrimiento en sí mismo, lo desea, incluso lo busca, siempre que se le muestre un sentido, un porqué en el sufrimiento. El sinsentido del sufrimiento, no del sufrimiento, era la maldición que hasta ahora se extendía sobre la humanidad, ¡y el ideal ascético le ofrecía un sentido! (1988, p. 184, énfasis del autor).

Los sentidos corporales, a través de las aprehensiones concretas de la experiencia, sincronizadas con la capacidad intelectual del ser humano, pueden ordenar el mundo. Considerados por el racionalismo moderno el camino del error, una sociología de los sentidos corporales puede sugerir cómo éstos contribuyen como instrumentos de clasificación y ordenamiento de la realidad, bases de un pensamiento concreto basado en la percepción directa del mundo encarnado. El cuerpo, lejos de ser un producto inerte de una sociedad hipostasiada, es en sí mismo sociedad en acción (Csordas, 2008, Le Breton, 2009, Bataille, 2014).

Sacrificio, conquista y transformación

El entrenamiento de musculación es un ritual destinado a mantener y mejorar la forma, un ritual que requiere autosacrificio y, por lo tanto, riesgo y dolor. Como sugirieron Mauss y Hubert (2005), el ritual del sacrificio es el acto de sacralizar, dar sentido a lo que no tiene sentido; a lo misterioso y lo inefable (Peirano, 2001). El sacrificio da sentido a la propia existencia social a través de sus instituciones. El grupo que estudiamos tiene un aspecto individual, relacionado con el concepto de sujeto, funcionando, sin embargo, como un rito de paso o una institución producida por la colectividad, función en la que el dolor modulado a través del conocimiento práctico ordena el mundo tanto a través del cuerpo ya través de los sentidos, por la razón, contribuyendo así a la construcción del rol e identificación del agente en el sistema social, manteniendo la unidad del grupo con sus jerarquías específicas. Así, el dolor debe ser entendido como un hecho objetivo, de manera independiente de la subjetividad de quien lo sufre, una señal de alerta que debe servir para la gestión colectiva de las formas musculares, una suerte de discurso con lógica propia que debe ser leído con eficacia por aquellos que quieren tener éxito en la construcción de lo que se considera la excelencia de su forma física.

Al someter su cuerpo al dolor, es como si el culturista sacrificara su propia carne a los dioses de la estética contemporánea. Uno de los objetivos es encarnar, buscando copiar las prácticas y formas

de las figuras de los grandes íconos del panteón mítico-mediático de la aptitud física. Reflejando a las celebridades de las competencias deportivas y de fitness, los practicantes reproducen las reglas y la lógica jerárquica típica del grupo (Sabino, 2012). Sugiere una ética de la forma que concibe la musculatura y la ausencia de adiposidad como elementos de excelencia del carácter. En la piel, los músculos y el cuerpo están inscrita (desde el punto de vista de estas personas) la excelencia de quienes se conciben libres cuando se perciben dueños de su forma sin computar el precio pagado (muchas veces tácitamente) por la obediencia a normas, valores, jerarquías, reglas, tradiciones e instituciones del grupo al que pertenece y que lo configura –y al que el agente se configura simultáneamente– según sus objetivos y funciones delimitados. La relación con el cuerpo es, ante todo, la relación con los significados que le son inherentes (Le Breton, 2010).

Ritos de suspensión

Escribimos aquí, sin embargo, sobre un grupo, una colectividad, es decir, una generalidad abstracta. Y no podemos olvidar que hay diferencias concretas. Si el todo parece funcionar de la manera que tratamos de describirlo, siempre está lo indecible, lo particular, lo singular, lo reflexivo, la línea de fuga que puede cambiarlo. Para algunos agentes, el dolor es un elemento manipulable, articulado en reflexividad modulada, efecto de administración y autocontrol. Vía para convertirse (aunque sea momentáneamente) en autodomínio, de manera similar a una empresa estoica; sin embargo, sin esa intensa reflexividad (Foucault, 2012). Agentes que se diferencian de la mayoría, utilizando los elementos del sistema que los somete como efecto de la condición estructural. En este aspecto, la inventiva de algunos actores puede abrir nuevas posibilidades para que el propio sistema se renueve. No se trata aquí de volver a una sociología individualista, basada únicamente en la acción, sino de intentar ampliar una explicación sintética ya presente en los escritos posteriores de Bourdieu (2001), por ejemplo.

Tal vez incluso desde la diferencia infinitesimal o molecular (de ciertos agentes y/o pequeños grupos), la dinámica del sistema social se articula a través del pensamiento y la creatividad práctica de estos actores (colectivos o no) frente a los problemas que les plantea la estructura social. Las posibles soluciones elaboradas y los contrapoderes así articulados pueden ser diseminados a través de las esferas de los sistemas sociales –lo que Mauss llamó “imitación prestigiosa” (1974), o Hannerz llamó flujo, o incluso la “rebelión contagiosa de algún elemento” (Tarde, 2008, p. 30)–, transformando (a modo de *bricoleur*)

las estructuras de los mismos sistemas a partir de elementos propios o de otros sistemas. Desde este punto de vista, el ascetismo, por ejemplo, puede ser visto de forma diferente a la mera condescendencia al saber dominante (Foucault, 1984). Pueden manifestarse en forma de contrapoder, posibilitando el surgimiento de nuevos sentidos y significados dentro del propio sistema a partir de sus elementos constitutivos (Luz, 2003); línea estratégica de fuga o negativa a ajustarse por completo a los modelos dominantes; cuidado de sí mismo que no cumple plenamente con los órdenes sociales. Cabe mencionar que siempre existe la posibilidad de movimientos moleculares dispuestos a poner en desequilibrio al *socius*, a la molaridad, porque si el poder está en todas partes; en todas partes se puede plegar y redoblar, subvertir, reaccionar y pensar:

[...] el sujeto no es constituyente, está constituido [...] pero sin embargo es libre de reaccionar, gracias a su libertad, y de tomar distancia, gracias al pensamiento. El dispositivo es menos un límite impuesto a la iniciativa de los sujetos que el obstáculo contra el cual se manifiesta (Foucault, 2008, p. 216).

A este ritmo, podemos intentar reinterpretar el análisis de Deleuze sobre la literatura de Masoch sobre aspectos del dolor y el sufrimiento, buscando extraer de esta visión algo que sociológicamente nos ayude a comprender la relación entre los culturistas y el dolor. En primer lugar, habría que separar, sólo esquemáticamente, dolor y sufrimiento. Así como para Mauss el sacrificio es un contrato, subsumido en el intercambio y el don, la relación del masoquista con quien lo “domina” es también una relación contractual y puede expresar acuerdo y reflexividad entre los agentes. En esta relación, el “dominado” no sería alguien que simplemente ama destruirse a sí mismo, sino alguien que construye un régimen administrativo de su propio deseo, dejándose manipular las intensidades del dolor frente a un dolor mayor e inclasificable, que, del sufrimiento, postergando así el placer:

[...] el placer interrumpe el deseo, de modo que la constitución del deseo como proceso debe conjurar el placer y posponerlo hasta el infinito [...] ola retardada de dolor, de la que se sirve, no para extraerle placer [...] y sí, para reconstruir el curso y constituyen un proceso ininterrumpido de deseo. Lo esencial se convierte en espera o suspenso como plenitud, como intensidad física y espiritual [en] ritos de suspensión (Deleuze, 2008, p. 64, énfasis añadido).

Este rito de suspensión, al desplazar la tríada lógica (externo o afuera/indefinido, suspendido/separado y adentro/absorbido) presente en los rituales (Turner, 1974, Van Gennep, 2011), extiende la misma

suspensión a un indecible, o trágico, condición., es decir, sin síntesis hegeliana, ya que la administración del dolor nunca resuelve la existencia del sufrimiento. La suspensión se manifiesta como devenir, fluir, línea de fuga, advirtiéndolo que la identidad (sea la que sea) está eternamente en construcción en una lucha perdida contra la inevitable disolución y transformación en otras identidades. Controlar el flujo del dolor, a veces infligiéndolo uno mismo, es una forma de soportar o eludir el sufrimiento. Intento de control de un universo simbólico que se escapa (Le Breton, 2010), buscando dar sentido al mundo.

La eterna construcción del cuerpo por parte del culturista, al menos en parte y para algunos, puede ser (al contrario de lo que se supone en la totalidad de las observaciones superficiales) un contrapunto al modelo platónico en la búsqueda de un ideal, convirtiéndose en un inmanente y proceso ininterrumpido de suspensión del modelo, incluso invirtiendo la lógica del sistema que pretende imponer una norma estética a todos los cuerpos. Es una flexión en el mismo sistema hecha por el agente dentro del sistema, contra el sistema, ya que uno no puede salir de él. Por lo tanto, una reflexividad práctica de manejar el dolor para soportar el dolor mayor del sufrimiento, de los afectos dolorosos. La ordenación del dolor al menos nos hace olvidar por un rato los sufrimientos y las crisis que se viven en las sociedades contemporáneas. La sensación dolorosa se opone, en este caso, a la emoción dolorosa, confirmando a quien domina su cuerpo, lo prueba, lo lleva al límite, un sentimiento circunstancial de libertad o autonomía en un habitus o corporeidad que subvierte las fuerzas del habitus general (Wacquant, 2002, Csordas, 2008, Le Breton, 2010). En este aspecto, no sólo el ascetismo se convierte en un medio de contrapoder, sino que la combinación del culturismo con prácticas alternativas (especialmente el yoga y la acupuntura, incluso la medicina china, además de prácticas más “artísticas” como los bailes de salón), forma un horizonte constantemente. cambio en academias de culturismo y fitness. Un horizonte que no necesariamente encaja en todas sus manifestaciones – como pensábamos en las primeras observaciones de campo (Sabino; Luz, 2007) –, en los patrones biomecánicos y alienantes de una sociedad, muchas veces consumista y desencantada, pero que también puede sugerir nuevas relaciones de solidaridad en determinados momentos (Weber, 1995, Luz, 2003, Pierucci, 2003).

En las más recientes observaciones realizadas en gimnasios del norte y sur de la ciudad de Río de Janeiro, notamos la formación de grupos de reuniones semanales fuera de los gimnasios con el objetivo de prácticas al aire libre de taichichuan o yoga, organización de salidas ocasionales (sin compromiso de entrenamientos o competencias), meriendas, encuentros nocturnos o vespertinos para bailar, subvirtiendo

el modelo individualista, egocéntrico y antisocial propio de las salas de pesas de los gimnasios de Río. Estas prácticas conviven simultáneamente en las mismas organizaciones, demostrando la capacidad reflexiva y, así, de posible cambio y adecuación de determinados ámbitos sociales frente a los problemas que se plantean.

Consideraciones finales

Nos damos cuenta de que la manipulación del dolor por parte de los culturistas no supone un desconocimiento tácito de la realidad que les rodea, ni necesariamente una adaptación a los modelos estéticos dominantes sin ningún tipo de reflexividad o crítica. Si, por un lado, los rituales formadores implican una fuerte adaptación a las prácticas sociales ascéticas y condicionantes, moldeando el cuerpo a un determinado tipo de ser, es a través de ellos que se producen resignificaciones, interfiriendo en el contexto mismo de estas prácticas. Este proceso se construye a través de la administración del cuerpo, en especial del dolor, que, al ser manipulado, clasificado, controlado, conocido y reconocido, organiza parte del universo culturista, brindando conocimientos prácticos para que las personas enfrenten y soporten el sufrimiento simbólico presente en sus vidas. vida diaria. Este movimiento se realiza como si fuera un contrato entre el fisicoculturista y él mismo y el grupo a través de rituales en los que el elemento de suspensión es precisamente la agencia del dolor frente al sufrimiento y, quizás, la falta de sentido de la vida que producen las relaciones. sistemas solidarios.

El dolor autoinfligido es lo opuesto a la falta de sentido y al sufrimiento; es la producción de significados y el compromiso por parte de algunos elementos del grupo para restaurar la sociabilidad. Lejos de ser una autodestrucción o una “alienación” del cuerpo por el sistema, este dolor es un vehículo de autoconocimiento y disciplina opuesto a ese de la sociedad disciplinaria que construye la biopolítica, aunque ella misma sea producto de estas relaciones de poder. Si en el aspecto general podemos decir que la mayoría sigue los dictados de la disciplina biopolítica que iguala la existencia en un desencanto general de consumo conspicuo, es a través del dolor específico aquí tratado, que permite al que lo sufre recomponer las piezas de su mundo en una carnal y sensible, que se representa a sí mismo en un proceso de individuación en el que se controla la agresión dirigida hacia sí mismo, diferente al sufrimiento.

El dolor controlado es prueba de la existencia reiterada de uno mismo y de su unicidad y diferencia en un grupo específico; es la restauración del sentimiento de realidad en una sociedad que a menudo ha venido presentando significados planos y sin fondo que pretenden diluir la singularidad misma que

necesita para existir en imágenes estereotipadas. Así, la fuerza colectiva duplicada y redoblada en su cuerpo, mediante el control del propio dolor, la potenciación de sus límites y la autosuperación en busca de resistir al sufrimiento lleva al menos a algunos culturistas a recordar la estoica recomendación de Séneca:

[...] que el hombre [...] sólo se mira a sí mismo, que confía en su espíritu y está preparado para lo que le mande el destino, es decir, que es el mismo artífice de su vida. (Séneca, 2010, p. 102, énfasis añadido).

Referências

- Bataille, G. (2014). **O erotismo**. Belo Horizonte: Autêntica.
- Berger, M. (2008). Rituais corporais contemporâneos. **Pontourbe**. Revista de Antropologia Urbana da USP. São Paulo, v. 2, n. 1, fev. Recuperado de <http://n-a-u.org/pontourbe02/Berger2>.
- Bourdieu, P. (2008). **Economia das trocas linguísticas**. São Paulo: Edusp.
- Bourdieu, P. (2001). **Meditações pascalianas**. São Paulo: Bertrand.
- Campbell, C. (2001). **A ética romântica e o espírito do consumismo moderno**. Rio de Janeiro: Rocco.
- Clastres, P. (2003). Da tortura nas sociedades primitivas. In: Clastres, P. **A sociedade contra o Estado**. São Paulo: Cosac Naify, 195-206.
- Courtine, J. J. (1995). Os *stakhanovistas* do narcisismo: *bodybuilding* e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: Sant'anna, D. **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 81-114.
- Derrida, J. (1999). **Gramatologia**. São Paulo: Perspectiva.
- Duarte, L. F. D. (1999). O império dos sentidos. In: Heilborn, M.L. (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Durkheim, E. (1978). **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Abril Cultural, (Col. Os Pensadores).
- Foucault, M. (2012). **Ética, sexualidade, política**. Ditos e escritos. v. V. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1984). **História da sexualidade**. O cuidado de si. v. 3. Rio de Janeiro: Graal.
- Le Breton, D. (1995). **Anthropologie de la douleur**. Paris: Éditions Métailié.
- Lesky, A. (1976). **Tragédia grega**. São Paulo: Perspectiva.
- Lévi-Strauss, C. (1976). O desdobramento da representação nas artes da Ásia e da América. In: Lévi-Strauss, C. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 279-305.
- Lopes, S. H. S. S. (1995). Corpo, metamorfose e identidade. In: Leal, O. F. (org.). **Corpo e significado**. Porto Alegre: EdUFRGS, 113-128.

- Luz, M. T. (2003). **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec. Maffesoli, M. (1995). **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes.
- Maffesoli, M. (1987). **O tempo das tribos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Marx, K., & Engels, F. (1986). **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec.
- Mattos, R., & Luz, M. T. (2009). Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 489-507.
- Mauss, M., & Hubert, H. (2005). **Sobre o sacrifício**. São Paulo: Cosac Naify.
- Meyran, R. (2005). La douleur: emergence et transformation d' un concept. **Sciences Humaines**. Hors Série, 48, 92-4.
- Montaigne, M. (1980). **Ensaaios**. São Paulo: Abril Cultural (Col. Os Pensadores).
- Negri, A., & Hardt, M. (2004). **O trabalho de Dioniso**. Para crítica ao Estado pós-moderno. Juiz de Fora: Pazulin.
- Nietzsche, F. (1988). **Genealogia da moral**. São Paulo: Brasiliense.
- Sabino, C. (2002). Anabolizantes: drogas de Apolo. In: Goldenberg, M. **Nu e vestido**. Rio de Janeiro: Record, 139-188.
- Sabino, C. (2004). **O peso da forma**. Cotidiano e uso de drogas entre fisiculturistas. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Sabino, C. (2012). O surgimento do *bodybuilding*. In: Luz, M. T., & Barros, N. F. (orgs.). **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde**. Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Cepesc, 357-396.
- Sabino, C., & Luz, M. T. (2011). Espelho da alma. Teoria social e subjetivação em um conto de Machado de Assis. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2(1), 237-250.
- Sabino, C., & Luz, M. T. (2014). Forma da dor e dor da forma: significado e função da dor física entre praticantes de *bodybuilding* em academias de musculação do Rio de Janeiro. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva [online], 24(2), 467-490. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200008>.
- Segalen, M. (2002). **Ritos e rituais contemporâneos**. Rio de Janeiro: FGV.
- Tambiah, S. (1997). **Leveling crowds**. Ethnonationalist conflicts and collective violence in south Asia. Los Angeles: University of California Press.
- Turner, V. (1974). **O processo ritual**. Petrópolis: Vozes.
- Veyne, P. (2011). **Foucault**. Seu pensamento, sua pessoa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Vincent, G. (1992). O corpo e o enigma sexual. In: Ariès, P.; Duby, G. (Orgs.). **História da vida privada**. v. 5. São Paulo: Companhia das Letras.
- Wacquant, L. (2002). **Corpo e alma**. Notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Metáforas del poder en una institución de salud pública⁵⁶

Cesar Sabino
Madel T. Luz

La búsqueda destacada

Este trabajo es un análisis cualitativo interpretativo de los datos recopilados, atendidos en instituciones de salud de la ciudad de Río de Janeiro, durante el período 1994-1997, para la segunda fase del Proyecto Racionalidades Medicinas y Terapéuticas Alternativas (posteriormente “Grupo de Pesquisa CNPq Racionalidades Médicas e práticas de Saúde”, coordinado por Madel T. Luz). Tiene como objetivo interpretar representaciones y prácticas de médicos residentes vinculadas a la atención diaria que se brinda en las clínicas ambulatorias. El carácter actual de los datos, se relaciona con el hecho de que estudios recientes (Gomes, Nations, & Luz, 2008) demuestran que a pesar de las políticas inclusivistas universalistas del SUS (Strozenberg, 2008), la cultura institucional con su jerarquización y socialmente excluyente permanece prácticamente sin cambios después de que hayan pasado más de doce años entre los datos constantes solamente en informes de investigación (Sabino, 1997) y los más recientes recogidos por otros investigadores.

Observaciones etnográficas (directas y participantes) y entrevistas abiertas, grabadas y transcritas con médicos jóvenes y residentes en hospitales y puestos de salud de las Zonas Norte y Sur de la ciudad de Río de Janeiro: Hospital Universitario Pedro Ernesto, Hospital Miguel Couto, Servicio Médico de Copacabana y Centro de Atención Médica San Francisco Javier.

Una teoría de “rango medio”, como la elaborada por Pierre Bourdieu, puede ayudarnos a entender, al menos en parte, las relaciones de poder contenidos en la institucionalización de los terapeutas biomédicos y en la formación de su identidad profesional⁵⁷. Trataremos de entender no sólo el proceso de reproducción estructural del contexto (formación médica), pero también las posibles dinámicas perpetradas por los agentes (des)engañados con el orden institucional.

⁵⁶ Publicado originalmente en portugués en la Revista Sociedade e Estado (Sabino, & Luz, 2011).

⁵⁷ El autor no dirigió redactar un Teoría general de la sociedad, como, por ejemplo, hizo Talcott Parsons, sino más bien formular conceptos operativos, buscando formación de conocimientos sociológicos centrado no solo en teorizando, pero en la búsqueda efectiva de consolidación metodológica (Wacquant; Bourdieu, 1992).

El discurso de los médicos jóvenes sugiere la existencia de concepciones de prácticas y relaciones de poder que nos conducen a nociones de *poder simbólico* y *campo de poder*. El campo constituye, según Bourdieu, el espacio en el que se manifiestan relaciones jerárquicas de poder simbólico, organizándose a partir de la distribución desigual del *capital*, que pueden ser económicos, sociales o simbólico (prestigio, *estado*, autoridad), competencia, social y cultural. La cantidad de capital que un individuo posee, en general, determina la posición y la trayectoria que ocupará dentro del campo, que es un espacio de constantes disputas y competencia (Bourdieu, 1986, 2004).

En el caso específico de la biomedicina, como en otros sistemas de cura, este capital se refiere a la disputa entre médicos en torno de reconocimiento, por parte de la comunidad científica, de la legitimidad y eficacia de sus conocimientos y procedimientos. Los que tienen éxito en sus empresas, empiezan a disfrutar de posiciones jerárquicas superiores, disponiendo de mayor “capital científico” y, en consecuencia, de mayor *status* y prestigio, logrando imponerse a otros agentes del mismo campo la definición del procedimiento profesional “que mejor se ajuste a sus intereses específicos” (Bourdieu, 1976, p. 91), convirtiendo también este capital en otros como el económico, por ejemplo.

Entre los médicos al comienzo de sus carreras, la aspiración a consecución de este capital social y competencia específica, que exige respeto a las reglas y normas consensuadas del campo y su supuesta aceptación físicamente en los procedimientos prácticos cotidianos realizados por los neófitos. La cuestión, entonces, es comprender cómo, en este espacio social de disputa de poder –disputa inconsciente–, se establece la relación con el paciente en el trabajo de la clínica y cómo esta relación se traduce en diagnóstico y terapéutica de la biomedicina, inscribiéndose en las relaciones con los mismos pacientes a través de procedimientos médicos.

En el discurso de los médicos residentes, la consulta externa se configura como el lugar de descrédito, en el que la adquisición de capital simbólico y la competencia está de alguna manera ausente:

La consulta externa no es nada nuevo, no se aprende casi nada, siempre son las mismas quejas, siempre los mismos pacientes con las mismas quejas, entonces la persona encuentra una bolsa. La clínica no tiene gente interesante... Es sólo diabetes, hipertensión, diabetes, hipertensión, nada nuevo.

Esta concepción aparece en el discurso oficioso y distendido de los médicos residentes, el escuchado por el investigador ya considerado por el “nativo” parte del contexto durante el trabajo de campo y, por

lo tanto, persona que puede “decir secretos” o dejar que se escuchen (Malinowski, 1978). Términos como “esculhambatorio” (lugar donde solo hay gente “esculhambada”⁵⁸), “molambatorio” (en alusión a vagabundos o personas mal vestidas), “*shaming*” (lugar donde se pierde el tiempo “avergonzando” a otros) o lugar de “marcar paso” profesional son sinónimos de ambulatorio. Por un lado, esta instancia institucional parece impedir la ascensión social del médico, siendo una especie de obstáculo que hay que atravesar para construir su identidad profesional; por otro lado, se destaca como un ritual de pasaje en el que el sufrimiento del aprendiz, en estado de liminalidad, debe ser enfrentado para que pueda ser aceptado en el grupo como alguien digno de su papel (Turner, 1974; Van Gennep, 1978). En este rito, el ambulatorio de los hospitales y puestos de salud, que son públicos y los estratos más bajos de la población, son una instancia de prueba para el nuevo médico. Un caso necesariamente fugaz en el que uno no debe permanecer (como toda dimensión liminal), porque en ella no hay posibilidad de adquisición de estado, hecho que se debe a la ausencia de nuevas enfermedades ser diagnosticado y la ausencia de procedimientos inusuales para ser aprendido y emprendido. La siguiente historia es un ejemplo de lo que sería interesante para que un residente haga en su trabajo:

(...) por ejemplo, ponemos a la persona que no conocemos lo que tienes, entonces vamos a investigar. Lo que no me gusta en el ambulatorio está ligado a que no se le valora (...) porque en ella no hay patología nueva, nada que hacer (...)

Los residentes están preocupados por los nuevos casos que son difíciles de resolver –los que se enfrentan en otras dimensiones más prestigiosas de la clínica y especialización–, que requieren especialización y profundización teórico y práctico, que, según Luz (2003), se refiere a la pérdida, por la biomedicina, desde su milenaria función terapéutica:

Lo que me gusta es una sala variada (...) con un poco de todo (...) a veces la sala es más especialidad, a veces por otra (...) prefiero a los pacientes geriátricos, portadores de cosas nuevas e interesantes.

La necesidad de una especialidad médica es algo muy sentido en el habla de los jóvenes, y la ambición de convertirse en un buen especialista se nota en su deseo de tratar “nuevos casos”; de ahí la

58 [NT] Expresiones despectivas que adjetivan a las personas en función de su vestimenta, de sus olores, de su capacidad de comunicación en la comprensión de los profesionales y que también caracterizan los lugares de atención donde frecuentan.

preferencia por salas en lugar de clínicas para pacientes ambulatoriales. Hay desprecio por los pacientes con un diagnóstico predecible o conocido. Se consideran “caso perdido” por no aportar “novedad” a la economía simbólica de las patologías, no vale la pena la inversión de atención médica siendo personas a los que no se les debe dar mayor atención o cuidado:

Cuando no hay una cama libre, a veces retenemos a un paciente que incluso podría irse a su casa, pero dejamos uno, dos días, para poder conseguir uno más interesante, en lugar de ingresar uno que no es interesante. A veces aparece gente aquí, a veces incluso empleados, pidiendo hospitalización por accidente cerebrovascular⁵⁹. La gente huye, ¿verdad? Hacer todo lo posible para no ser hospitalizado.

Como se sugiere, no admitir a un paciente no es solo debido a la falta de camas, que también puede estar relacionado con la falta de si por parte de los médicos en pacientes con patologías que representan, para su universo socio profesional, inferior, de menor significado. Una enfermedad sin ninguna perspectiva de cura, o una cura totalmente predecible, no trae *estatus* al residente, no contribuye a su aprendizaje y tampoco a demostrar talento; por lo tanto, no hay necesidad de perder tiempo con casos que no reportan ganancias en esta economía simbólica:

Oye quédate ahí... hay un infarto en una cama... se queda ahí, pero no hay nada que hacer con ella, es una paciente que decimos que no es interesante, porque no vemos que hacer...

Se advierte que el cuerpo del individuo sólo interesa al médico como portador de enfermedad o disfunción biomecánica. Para el agente biomédico, la única realidad concreta es la de la enfermedad, sin interés por la subjetividad del paciente. Esto es evidente cuando el médico entrevistado dice: “hay un derrame cerebral en la cama...”. No se habla de una persona, sino de la enfermedad (Camargo Jr., 1994, Luz, 2003). Es la patología que está en la cama.

Según Foucault (2004), a partir del siglo XIX, la medicina moderna comienza a justificar su originalidad, presentándose como medicina científica. Al hacer esta ruptura con la tradición anterior, cambia sus objetivos, conceptos y métodos, que implicarán la producción de nuevas formas de saberes y nuevas prácticas institucionales teñidas de una racionalidad específicas, caracterizadas por la mirada y el lenguaje, guiadas, a su vez, por en el aspecto empírico de la localización de la enfermedad como

59 Accidente vascular cerebral, conocido de cómo “derrame”, en general, resultado de hipertensión crónica.

objeto presente en el cuerpo individual. En la anatomía clínica surgida entonces, está la abstracción del paciente, lo cual es accidental, contingente, para que la enfermedad surja en su esencia. El paciente estorba, compromete la neutralidad clasificatoria científica. La enfermedad se convierte en un objeto vivo e independiente, una forma patológica de vida, y debe clasificarse en género y especie. Anatomía patológica.

Ascensión Social y Conocimiento Teórico

Otro factor que devalúa la clínica, además del consenso de la falta de *estatus* que le impone, es la poca posibilidad de demostrar el conocimiento teórico adquirido en la facultad de medicina. La concepción de médico eficiente para los principiantes de carrera se puede ver de la siguiente manera:

El buen médico es el que nunca deja de estudiar, tanto medicina, pero no sólo, como cultura. Creo que hay mucha competencia, exigen mucha teoría, mucha (...). Pero yo creo que un buen médico debe tener mucha teoría, tiene que estar siempre al día, leyendo revistas, libros (...). En línea con la última edición de *New England*, el último cuaderno, la última revista. Eso es lo que valoran, venir aquí [al hospital] diciendo: Ah, ¿leíste ese artículo de *New England* que salió ayer?! ¡Entonces lo aprecian!

La fuerza que la potencia del campo ejerce sobre el residente y las características que este campo expresa a través del discurso y las prácticas de sus componentes son percibidos a través de la valorización de este conocimiento resumen. El “buen médico” es el que sabe y expresa siempre un nuevo conocimiento teórico de su especialidad. El conocimiento práctico (la “clínica” en términos clásicos), en principio, no presenta la misma importancia que su contraparte, dejando el arte de curar sometido a la ciencia enfermedad y enfermedad, divorciada de la práctica, como es la racionalidad científica que da legitimidad a las prácticas profesionales de los médicos. O eje explicativo, generalmente ligado a procedimientos diagnósticos, es el más valorado, por su inclusión en el campo de las ciencias experimentales, y el eje semiológico, cercano a la práctica –y por lo tanto al arte– es relativamente desaprobado como método de producción de conocimiento (Camargo Jr., 1993, 1994, 1994a). Existe, sin embargo, la percepción de los médicos de la existencia simultánea del buen teórico y del mal terapeuta:

Hay muchos médicos que conozco en la clínica y en la sala, que sabes que en teoría es excelente, pero para tratar con un paciente, ¡es horrible, Nuestra Señora!

La alusión a la ausencia de la cátedra de terapéutica en las facultades también surgió en el discurso de los entrevistados, reiterando la apreciación de la teoría en detrimento de la práctica:

¿Cómo aprendemos? Nosotros, en el cuarto año (en el tercero vemos más la semiología), comienza la terapia, nadie llega y se sienta a explicar las cosas, las vemos en la sala (...) da la vuelta. Dosis [de medicina] estas cosas, nosotros lo vemos en la práctica, te das la vuelta, nadie se detiene y explica, no (...) se da la vuelta con el paciente

Todavía:

Ahí tenemos práctica así de cosas..., ¡de trabajar! En conseguir una vena, para saber hacer algo más urgente, hasta estar tranquilo; el paciente casi muriendo frente a ti, te estresas, pero no puedes aprender, en cuarto año estás empezando a ver terapia (...). A veces caminé kilómetros, fui, respondí, volví, corrí y pregunté al médico [supervisor], él: 'Oh, ya sé... ¡haz eso!' no era eso, regresaba allí y preguntaba: 'Ay, no sé qué...', y así fue

Sobre la experiencia profesional y preparación universitaria:

tuve algunas fallas... mi pasantía en el ambulatorio fue terrible, estuve meses sin instructor y logré, a veces, cada paciente que asistí allí, subí para acá a hacer unas preguntas con el jefe de sala –reía y corría hacia atrás, hacia arriba y hacia atrás, hacia arriba y hacia atrás, todo el tiempo–.

La formación del profesional médico está constituida por la necesidad impuesta por el campo de adquisición de capital teórico, ya que los rituales reguladores de ascenso profesional y social imponen evaluaciones y pruebas de amplio contenido abstracto y poco práctico. Si quieres ascender en la estructura del campo, alcanzando roles de prestigio, el neófito deberá atravesar todos los detalles de los rituales de la institución (pruebas y competencias) para ser admitido en la comunidad de médicos, de hecho.

Entonces la persona se queda aquí [brindando servicios en la clínica y en el hogar de ancianos, enfermería]; Está bien, practica un poco. ¡Belleza! solo la prueba Es teoría, es leer un libro. ¡Tengo que ir a casa! estudiar, no Quédate aquí...

Como resultado, las facultades de medicina que forman profesionales con gran “bagaje teórico”

(según palabras de los informantes) son los más prestigiosos por aquellos que quieren conquistar *estatus* en la profesión mediante la admisión a concursos. Estas facultades mantienen alto concepto entre los entrevistados:

Creo que Fundão [NT: campus de la Universidad Federal de Río de Janeiro] es mejor en teoría, ¿no? (...) Dan mucha teoría, la teoría es muy buena. Meses antes del examen liberan a los estudiantes internos para estudiar. Porque tienes que especializarte, pasar por una buena universidad, pocas plazas

La devaluación del ambulatorio también implica el aspecto de la impaciencia de médicos con excesivos diálogos y preguntas de los pacientes y por la superposición del diagnóstico sobre la terapia (Luz, 1998; Foucault, 2004). En su concepción, las actividades ambulatorias están vinculadas a la “pérdida de tiempo”, siendo un factor de extensión de consulta y baja producción. Incluso la anamnesis debe resumirse a lo estrictamente necesario, ya que existen cursos técnicos para la obtención de exámenes diagnósticos, no existiendo, por lo tanto, es necesario que el médico dedique tiempo a las conversaciones.

Una cosa es la recomendación técnica: tiene que ser desde la punta del cabello hasta la punta del pie; todos dicen eso, pero yo tengo la idea de que no debe ser... no deben examinar correctamente, tal vez incluso por el movimiento, mucha gente asiste, mucha demanda, eso no es posible ¿verdad? La persona se sienta y dice lo que tiene, ni siquiera la examinan, le recetamos algo, pide un examen (...). ¡Otra cosa es que a veces realmente no tenemos paciencia! El paciente ideal es el que llega, habla sólo lo que tiene, se va y no molesta. El acceso a recursos técnicos prácticos lo hace fácil, la persona se adapta y se salta todos esos pasos, primero radiografías, luego tomografía etc., y luego va a la tomografía no se ve bien. ¡A la mayoría de los médicos no les gusta eso! Paciente no para hablar, charlar; ¡Sin paciencia! Caramba, realmente iba a cortarlo porque estorba

La Deseabilidad Relacional de la Biomedicina

La ruptura de la relación entre el terapeuta y los pacientes puede ser arraigado en el proceso histórico de racionalización por el paso de la actual Cultura occidental de la que forma parte la biomedicina. Según Mauss, era necesario sólo la victoria del racionalismo para que la noción de ganancia se convierta en un principio, convertir al hombre occidental en un animal y una máquina económica de calcular. (Mauss, 1974, p.176) En su clásico estudio sobre la dadiva, el autor indicó diferentes tipos de economía no basada en la búsqueda de ganancias. Este estudio marcó el rostro del pensamiento sociológico al enfatizar intercambios

como fundamento de la cohesión social. El regalo es una “economía antieconómica”, siendo lo contrario de la economía monetaria, se basa en la negación de intereses y cómputo; incluso si esto es ambiguo (negación) en el rechazo de este interés, apuntando a una especie de retribución (en la que el tiempo cuenta en su duración) basada en la consideración, en el vínculo social establecido, en la solidaridad y el respeto. Dicho de otra manera, en el espacio de tiempo entre el dar y su devolución (dar y regresar). Se oculta la intención no retributiva, es decir, “nunca excluye del todo conciencia de la lógica del intercambio generoso y su carácter imponente y costoso” (Bourdieu, 1996a, p. 11), pero que tiene lugar en la dimensión de solidaridad, muchas veces expresada en frases: “Lo hago porque quiero hacerlo; doy porque quiero dar, porque me gustas y no espero nada a cambio”. El dar, por lo tanto, sería característico de los espíritus magnánimos.

Porque no puede enraizarse en el cálculo racional de la ganancia objetivada (una relación comercial es donde, de hecho, no debe existir el regalo: “Amigos, amigos; negocio por separado”), el don se encuentra siempre en el capitalismo frente al peligro de ser subsumido bajo tal cálculo, ausentando de las relaciones el aspecto solidaridad constitutiva de la cohesión social. Clásicos del pensamiento sociológico señalaron el riesgo que representa la transposición de la lógica del cálculo y provecho para la dimensión de las relaciones sociales solidarias, haciendo contactos sociales desechables y volátiles. Simmel, en 1898, escribió:

Una vez que el dinero se convierte en la medida de todas las demás cosas, muestra una ausencia de calidad (...) que en cierto sentido lo desvaloriza todo lo que es equivalente a (...) tratar con las relaciones interhumanas, que buscan la duración, el dinero nunca puede ser el mediador apropiado. ([1898]1993, p. 51)

El autor señaló la ausencia característica de lazos duraderos y sólidos en las relaciones basadas únicamente en la dimensión monetaria (“contractual”), la prostitución contemporánea es la mejor representante de este proceso:

En la relación de personas que dependen de la duración e integridad, cuando una de las partes paga en efectivo se convierte en completamente exento, de la misma manera que quien deja la prostituta después de haber logrado satisfacerse a sí mismo. (Simmel, 1964, p.121)

Marx, en 1844, preocupado por la misma cuestión, escribió:

El dinero es la inversión general de las individualidades que transforma en su opuesto y que añade a sus propiedades, propiedades contradictorias (...) obligando a lo que se contradice a sí mismo a besar (...) presupone al hombre como hombre y su relación con el mundo como una relación humana, el amor sólo puede ser intercambiado por amor, confianza por confianza etc. (Marx, [1844]1974, pp. 28-32)

Para este Marx, aún joven hegeliano, cuando lo que constituye la esencia del ser humano se cambia por la esencia del objeto esencial en el capitalismo (dinero), transformando en objeto lo que es, de hecho, su contrario: la esencia misma de la humanidad. En este intercambio, pierde sus características y posibilidades. También Weber, en 1915, dio su aporte al problema de la solidaridad y los intercambios:

El dinero es el elemento más abstracto e impersonal que existe en la vida humana. Cuanto más el mundo de la economía capitalista la modernidad sigue sus propias leyes inmanentes, las menos accesibles. Es posible cualquier relación imaginable con una ética (...) de fraternidad. Cuanto más racional, y por lo tanto impersonal, el capitalismo, tanto más. ([1915]1974. p. 247)

Al pasar de la dimensión monetaria, característica del mercado, a la dimensión simbólica, las relaciones enraizadas en el interés y el beneficio eliminan o restringir el don de la escena social, transformando las relaciones, despersonalizando y produciendo la representación del otro como objeto y objetivo con fines de lucro, ya sea que ese beneficio sea monetario o simbólico. La búsqueda interminable de ventaja invade la esfera en la que antes imperaba el desinteresado interés del regalo. El racionalismo económico contemporáneo fluye, así, mas, al ámbito de la racionalidad médica (Luz, 1996, 1997, 1998, 2003.).

La transformación del don en el dominio de lo monetario establece la regencia del campo biomédico para la maximizando de beneficios, creando lo que podríamos definirlo como una paradoja del servicio médico que consiste en persistencia de la concepción del deber de servir al otro, de salvar su vida desinteresadamente, o mejor dicho, sólo con el interés profesional que han ejercido, de la mejor manera posible, su papel social de “salvador” de la vida humana, cumpliendo una misión apostólica (Laplantine, 2004) y, por otro lado, sufren la imposición, también social, de “hacer dinero”, teniendo el *estatus que* requiere la profesión médica. Esta paradoja se puede ver en los relatos de los entrevistados. Cuando se les pregunta que esperan de su profesión, dijo:

Ojalá no me muera de hambre (...) nunca dejes de estudiar y ser competente. Espero servir a mis clientes de la mejor manera posible, pero también espero tener una buena condición económica

La frase “no te mueras de hambre” apareció en todas las respuestas. Tornándose necesario buscar su significado, ya que proviene de un grupo de personas que forman una profesión compuesta en su mayoría por licenciados de las clases medias o altas. La hipérbole de “no te mueras de hambre” puede significar, por un lado, la crítica a los salarios bajos, en condiciones precarias de trabajo, que la función pública paga a los médicos y, por otro lado, la preocupación de estos en no perder la condición social heredada de sus padres, ni siquiera **superar** esta condición que, en general, les permitía convertirse en médicos:

El sistema es muy duro con nosotros, te exige mucho (...) no puedes viajar en autobús, tienes que vestirme bien, tener un puesto, espero estar a la altura de las expectativas de los pacientes y también para no pasar hambre, porque no podemos vivir en la caridad (...) el dinero es fundamental, entonces es difícil hacer ambulatorio, los que se lo pueden permitir, está bien... pero es difícil

¿Cómo ejercer una profesión socialmente representada como altruista, que supone una cierta acción desinteresada para salvar al otro (don) y, al mismo tiempo ganancia (paradoja que impone intereses monetarios aplicado en la acción hacia el otro)? Si la lógica del mercado se volviera autónoma, invadiendo a las otras esferas, ¿cómo hacer posible la coexistencia de tales opuestos dentro de la profesión médica, especialmente en los servicios públicos, que pagan bajos salarios, y en la creciente transformación de las prácticas y servicios médicos en mercancía y el propio médico en asalariado (ni siempre bien) de empresas hospitalarias, diagnósticas y clínicas?

Para tener una comprensión mínima de lo que constituye un aspecto de la paradoja actual de los servicios médicos –al menos en residencia médica–, es necesario comprender los mecanismos que articulan el aprendizaje y socialización del médico en el espacio de aprendizaje en el cual entra. El esquema funcional del propio campo biomédico, las relaciones realizadas en este espacio de ejercicio de la ontología profesional, produce en el neófito la encarnación de la profesión –comportamientos, cosmovisiones y prácticas profesadas de palabra y obra–. Esta realización puede ser entendida como *habitus* de la biomedicina, es decir: estructuras de cognición, creación y organización de realidades socialmente estructuradas, es decir, organización por lo social, que funcionan como agentes estructurantes de las acciones de y que son estructurados por ellos (Bourdieu, 1973). Luego, al entrar en la corporación, el aprendiz entra en contacto

con las representaciones y prácticas de su campo profesional, su jerarquía y lógica de poder, que pasan estructurando inconscientemente sus acciones, llevándolos a adherirse a estas prácticas y cosmovisiones.

En este juego en el que los agentes compiten por capitales específicos deben convertirse rápidamente en especie, la enfermedad es el objeto de importancia fundamental, una instancia en la que las prácticas y cosmovisiones de los agentes biomédicos sustentan su propia existencia y eficacia en el campo o juego. Para los residentes, la enfermedad “desconocida”, nuevos casos patológicos se presentan como una posibilidad de conquista del protagonismo necesario para el reconocimiento de los compañeros y superiores. En este proceso, la clínica, con su ausencia crónica de novedades, parece atascar o ralentizar esta dinámica ascendente o, por lo menos, representar una etapa liminal, en la que se debe enfrentar el sufrimiento ambulatorio para la construcción de la persona médica y la adquisición de *status* necesario para papeles sociales del mismo.

La búsqueda del protagonismo, que permite la proyección y, con ello, la oportunidad de reconocimiento en el entorno significa la búsqueda de una buena colocación social (buenos salarios, buenos trabajos, invitaciones a reuniones y participación futura). Dentro de este esquema, el regalo sólo puede ser, ejercido de alguna manera entre pares, en el intercambio de favores por colegas de profesión. Difícilmente, el paciente y su subjetividad serán tomados en cuenta en tal esquema de ascensión social. De hecho, no existe; en el sentido ontológico del término, como se escribió anteriormente, es solo una pieza de juego, con la que se establece contacto, no relación. Objeto descartable y envoltorio de lo que realmente importa a la racionalidad de la biomedicina en su actualidad: la enfermedad.

La medicina como práctica social

La inversión que realiza el agente (en este caso el joven médico y/o residente) en el juego social, (sus esperanzas y expectativas), no siempre se realiza o logran. Esta inversión, llamada por Bourdieu *illusio* (2001, p. 201), es la manifestación práctica del interés por el juego en un determinado espacio social, la aplicación de los deseos y la libido en las prácticas relacionales limitada, con el objetivo de reconocimiento entre pares. Por lo tanto, mientras busca la aprobación del otro, a *illusio* es lo que da sentido a la vida y a la existencia de agentes involucrados en sus prácticas, llevándolos a invertir su existencia en el futuro (op. Cit., p. 204, 254). Según el autor, este proceso en la infancia, en la dimensión familiar, cuando el niño, a través del trabajo pedagógico de socialización de las pulsiones, aprende a renunciar y sacrificio a cambio de reconocimiento, consideración y admiración:

(...) este intercambio está muy cargado de afectividad, en la medida en que moviliza plenamente la persona de ambos socios, especialmente el niño, por supuesto, pero también los padres. El niño incorpora lo social en forma de afectos, pero socialmente teñido, calificados, mandatos de los padres, prescripciones o condenas de los padres estar ciertamente inclinado a ejercer un “efecto de Edipo” (por hablar como Popper). (Ídem, p. 202)

El niño sacrifica su “amor propio”, invirtiendo en otro objeto de deseo (investidura libidinal), absorbiendo disposiciones duraderas y encarnadas que la llevará a apostar, a partir de entonces, por los juegos sociales. Esta dinámica ejecutada en la instancia familiar será la base de todas las inversiones aspectos sociales posteriores resumidos en la búsqueda del reconocimiento como recompensa, construcción y aceptación de la identidad (base del capital simbólico: gloria, honor, crédito, reputación, notoriedad etc.).

Acercándose al psicoanálisis, en esta etapa de su obra⁶⁰, Bourdieu enfatiza el papel de la frustración y el descontento en la articulación de estrategias de subversión del juego. Si los grupos sociales están estructurados, con todo el peso de la reproducción de las relaciones y representaciones sociales, también puede presentar (incluso si a veces más de otros) márgenes de estrategias basadas en conocimientos prácticos o reflexiones producidas por los agentes. Las luchas y frustraciones relacionales pueden provocar en ellos (aunque sea en unos pocos) la presencia de ánimo, la conciencia en la situación y en la acción, permitiéndoles (re)evaluar el movimiento y la dinámica de disputas y relaciones de poder. Esta reflexividad permite retomar posiciones, reconstruir concepciones, buscar líneas de fuga, retirarse, avanzar, incluso enfrentándose a estructuras tradicionales que producen dinámicas en el contexto social (*ibidem.*, pág. 198). Hay, así, para la acción, “un cierto margen de la libertad” (p. 286).

Para que las disposiciones de los agentes encuentren armonía con la estructura del campo, la *illusio* (el interés en el juego social) debe estar en sintonía con la *lusiones* (oportunidades y recompensas, pero también el azar propicio). Dicho de otra manera, las expectativas creadas por el sistema deben ajustarse a las posibilidades que presenta, cuando tal proceso no ocurre, los desajustes provocan tensiones y frustraciones, poniendo en desarmonía todo el universo en el cual deberían coincidir tendencias objetivas y expectativas subjetivas. El autor subraya que esa sensación de “falta de futuro”, característica más difundida entre los

60 ¿Cómo se efectúa el paso, descrito por Freud, de una organización narcisista de la libido, en la que el niño se toma a sí mismo (o a su propio cuerpo) como objeto de deseo, a otro, en el que se orienta hacia otra? acceso al mundo de las ‘relaciones de objeto’, en la forma del microcosmos social original, ¿y los protagonistas del drama que allí se desarrolla? (Ibidem p. 201).

“malditos de la tierra”, ha sido “una experiencia cada vez más ampliada” en la sociedad globalizada (2001, p. 286) y, añadiríamos: entre los profesionales liberales, pero no solo.

Este aspecto de la dinámica social ha sido demostrado por más de una década debido a la gran cantidad de estudios (tesis, disertaciones, capítulos, los, libros, artículos) del Grupo de Racionalidades Médicas y Prácticas en Salud. Esta producción ha sugerido que, si el orden simbólico (memoria social, estructura objetiva o incluso subjetiva) presenta autonomía, esto se relaciona con activo, porque en cualquier circunstancia y, sobre todo, durante los períodos de inadaptación entre *illusio* y *ludens*, los agentes articulan prácticas que configuran nuevo *weltanschauungen*, a través de la producción de: a) menos reflexividades conscientes (prácticas), que confieren nuevos significados a través de estrategias de acción al mundo y a la existencia; b) reflexividades más conscientes textos (discursivos) que producen nuevos significados sobre el mundo social, lo que reabre políticamente los espacios de lo posible (Luz, 2003, Domin-Gués, 2004). Sin embargo, este movimiento tiene lugar dentro y a través de los recursos que el propio orden social presenta a los agentes (Giddens, 1991, Bourdieu, 2001, por Certeau, 2002). Estas características son “trabajados” en un proceso de bricolaje (Lévi-Strauss, 2002, Luz, 2003) que se refiere a la racionalidad del pensamiento salvaje (no racionalista), sugerido por la obra de Lévi-Strauss como presente en cualquier sociedad y no sólo en las llamadas sociedades “primitivas”. Esta en esa orilla de libertad producida dinámicamente, entre lo que convencionalmente se llama, en las ciencias sociales, de la acción y de la estructura, a los individuos y las sociedades, que sustenta la autonomía de las luchas por la autoridad para dar sentido al mundo social y los campos de saberes y prácticas que lo constituyen.

Consideraciones finales

Volviendo a la cuestión de los médicos recién graduados (residentes, sobre todo) de la(s) clínica(s) ambulatoria(s): para nosotros, se hace evidente a partir del material investigado, que está en este ámbito (aunque no sólo) de adecuación de neófitos a la práctica y producción de las disposiciones incorporadas y, así, de la reproducción de las relaciones sociales en el campo de la biomedicina, que surgen insuficiencias y frustraciones, decepciones y descontentos de algunos actores sociales, llevándolos a la reflexividad práctica y a la contestación de saber y acciones tradicionales de la medicina occidental contemporánea. Insatisfecho, frustrados, tratan de encontrar en otras racionalidades médicas alternativas a las prácticas institucionales con las que no están de acuerdo más tácitamente. Esta dinámica, que atraviesa al menos

parte de las relaciones en el campo, permite la articulación de nuevos conocimientos y también de nuevas prácticas colectivas de salud.

Referencias

- Bourdieu, P. (2004). **Os usos sociais da ciência**. Por uma sociologia crítica do campo científico. São Paulo: UNESP.
- Bourdieu, P. (2001). **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (1996). **A Economia das trocas linguísticas**. São Paulo: Edusp.
- Bourdieu, P. (1996a). **Marginalia**. Algumas notas adicionais sobre o dom. in: Manos Estudos de Antropologia Social. PPGAS-Museu Nacional. UFRJ.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). **An Invitation to Reflexive Sociology**. Chicago/ London: The University of Chicago Press.
- Bourdieu, P. (1986). **O Poder Simbólico**. Lisboa: Difel.
- Bourdieu, P. (1976). Le Champ Scientifique. **Actes De La Recherche en Sciences Sociales**. n. 23. Paris.
- Bourdieu, P. (1973). **Esquisse d'une theorie de la pratique**. Genève: Droz.
- Camargo Jr., K. R. (1994). **(I)Racionalidade Médica** - Um Estudo de Caso: O Ambulatório de Medicina Integral. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/. Série Estudos em Saúde Coletiva, (99).
- Camargo Jr., K. R. (1994a). (Ir)Racionalidade Médica. In: **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, 2(1), Rio de Janeiro: IMS/UERJ Relume-Dumará.
- Camargo Jr., K. R. (1993). **A Medicina Ocidental Contemporânea**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ S.E.S.C, (65).
- De Certeau, M. (2002). **A Invenção do Cotidiano**. 1. Artes de Fazer. Petrópolis, Vozes.
- Domingues, J. M. (2004). **Ensaio de Sociologia**. Teoria e pesquisa. Belo Horizonte, Ed. UFMG.
- Foucault, M. (2004). **O nascimento da clínica**. São Paulo: Editora Forense Universitária.
- Giddens, A. (1991). **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: UNESP.
- Gomes, A. M. A., Nations, M. K., & Luz, M. T. (2008). Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. São Paulo, **Saúde e Sociedade**, 17, (1), 61-72
- Laplantine, F. (2004) **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes.
- Lévi-Strauss, C. (2002) **O Pensamento Selvagem**. São Paulo: Papirus.
- Luz, M. T. (2003) **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec.

- Luz, M. T. (1998). **Comparação de Representações de Corpo, Saúde, Doença e Tratamento entre pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina.** Série Estudos em Saúde Coletiva, 167, 5-25.
- Luz, M. T. (1997). **A arte de curar versus as ciências das doenças.** História Social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial.
- Luz, M. T. (1996). **Cultura contemporânea e medicinas alternativas:** Novos Paradigmas Em Saúde No Fim do Século XX IV Congresso Latino – Americano de Ciências Sociais e Medicina. Cuernavaca. Junho. 25 p.
- Luz, M. T. (1995). Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas: Cadernos de **Sociologia**, 7, PPGS/ UFRGS.
- Malinowski, B. (1978). **Os Argonautas do Pacífico Ocidental.** Col. Os Pensadores, São Paulo: Abril Cultural.
- Marx, K. (1974). **Manuscritos Econômicos Filosóficos** in: Col. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural.
- Mauss, M. (1974). **Sociologia e Antropologia** Vol. I II. São Paulo: Epu /Edusp.
- Sabino, C. (1997). **Iatrogenia Simbólica.** Alguns Aspectos da Eficácia Simbólica na Biomedicina. Relatório Final de Pesquisa. CNPq. Instituto de Medicina Social/UERJ, julho.
- Sabino, C., & Luz, M. T. (2011). Metáforas do poder em uma instituição pública de saúde. **Sociedade e Estado** [online], 26(2), 353-372. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-69922011000200016>.
- Simmel, G. (1993) **Filosofia Do Amor.** São Paulo: Martins Fontes.
- Simmel, G. (1964) Prostitution. In Wolff, K. (org.) **The Sociology of George Simmel.** New York: The Free Press.
- Strozenberg, F. (2008). **Direito Universal à Saúde:** Fundamentalidade e efetividade. Tese de Doutorado em Direito. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho.
- Turner, V. (1974). **O Processo Ritual.** Petrópolis: Vozes.
- Van Gennep, A. (1978). **Os Ritos de Passagem.** Petrópolis: Vozes.
- Weber, M. (1974) **Ensaio de Sociologia.** In: Col. Os Pensadores. S.P., Abril Cultural.

El ambulatorio en el discurso de médicos residentes: reproducción y dinámica del campo médico⁶¹

César Sabino
Madel T. Luz

Introducción

Este trabajo tuvo como objetivo analizar el discurso de los médicos al inicio de su carrera sobre el sentido de sus experiencias en los ambulatorios, básicamente durante el período de residencia médica en hospitales públicos de formación, buscando interpretaciones para sus representaciones y estrategias en relación con este período de uno a tres años de formación.

El tema de la formación de profesionales médicos –y el campo de la salud en su conjunto, en vista de su continua expansión– ha sido un nodo político institucional de difícil solución para el sistema de salud, especialmente después del advenimiento del Sistema Único de Salud (SUS). Desde hace al menos medio siglo, se han propuesto reformas que son, en la mayoría de los casos, simples reordenamientos de los currículos disciplinarios, con una distribución de la carga horaria de los cursos que varía según su importancia para el campo médico (Luz, 1979, 2009), sin que las bases se resuelva el problema de la dicotomía entre la estructura docente y las necesidades de atención de la población. Desde nuestro punto de vista, éste sigue siendo uno de los temas centrales en el ámbito de la Salud Pública, dado el constante aumento de la demanda de servicios, por un lado (Luz, 2009).

La metodología utilizada en esta investigación consistió en observaciones etnográficas (directas y participantes) en tres hospitales públicos de la ciudad de Río de Janeiro, en el período de 14 meses entre 1997 y 1998. Los datos, aunque remanentes de la segunda fase de investigación del proyecto de las Racionalidades Médicas, siguen vigentes⁶². Incluso podríamos decir que han empeorado, en vista de la implementación progresiva del SUS.

61 Texto publicado originalmente en portugués en la revista *Physis* (Sabino; Luz, 2010).

62 La Línea de Investigación Racionalidades Médicas y Prácticas en Salud Colectiva fue iniciada en el Instituto de Medicina Social de la UERJ en 1992, por la Profesora Madel Therezinha Luz, con un estudio cualitativo empírico analítico comparativo de cuatro sistemas médicos complejos (Biomedicina, Medicina Tradicional China, Medicina Homeopática y Medicina Ayurvédica). Las nuevas Prácticas en Salud Colectiva (de fitness a wellness), así como las prácticas terapéuticas, incluyendo las formas artísticas, en gran expansión actualmente en la sociedad civil, e incluso en las instituciones y servicios de salud (hospitales, salas, ambulatorios, servicios municipales etc.), ocuparon un espacio temático importante en las actividades de esta línea de investigación.

En la operacionalización metodológica del proyecto, utilizamos entrevistas abiertas y directas (grabadas) con 12 terapeutas en sus lugares de trabajo, entrevistas informales durante el trabajo de campo, observación participante y también participamos en consultas, como pacientes, en estos servicios públicos de salud. Se trata, así, de una investigación inserida en el campo de las ciencias sociales en salud, que busca comprender e interpretar los fenómenos sociales, sin preocuparse por la causalidad ni por las generalizaciones, propias de las disciplinas de las biociencias. Busca, sobre todo, interpretar las relaciones y prácticas sociales. En el caso que nos ocupa, haciendo referencia a un grupo específico, jóvenes médicos en proceso de formación profesional de posgrado en lato sensu.

La búsqueda de destaque

El discurso de los médicos jóvenes –todavía vigente hoy, como destacamos– sugiere la existencia de concepciones de prácticas y relaciones de poder que nos remiten al concepto de campo de poder. El campo constituye, según Bourdieu, el espacio en el que se manifiestan relaciones jerárquicas de poder simbólico, organizadas a partir de la distribución desigual del capital, que puede ser económico, simbólico (prestigio, estatus, autoridad), de competencia, social y cultural. El monto de capital que posee un individuo, en general, determina la posición y trayectoria que ocupará dentro del campo, que es un espacio social de constante disputa y competencia (Bourdieu, 1986, 2004). En el caso específico de la biomedicina, como en otros sistemas de cura, este capital se refiere a la disputa entre médicos por el reconocimiento, por parte de la comunidad científica, de la legitimidad y eficacia de sus conocimientos y procedimientos. Quienes triunfan en sus emprendimientos pasan a gozar de posiciones jerárquicamente superiores, disponiendo de mayor “capital científico” y, en consecuencia, de mayor estatus y prestigio, llegando a imponer a otros agentes del mismo campo la definición del procedimiento profesional “que mejor se ajusta a sus intereses específicos” (Bourdieu, 1976, p. 91), convirtiendo también este capital en otros como capital económico, por ejemplo.

Entre los médicos encuestados (al inicio de su carrera), percibimos la aspiración de conquistar el capital social y la competencia específica, lo que exige el respeto a las reglas y normas consensuadas en el campo, y su aceptación físicamente asumida en los procedimientos prácticos cotidianos realizados. La cuestión es cómo percibir en este espacio social de disputa de poder –disputa inconsciente– el estatuto de la relación con el paciente en el trabajo del ambulatorio, y de qué manera se traduce en el diagnóstico y en la terapia, inscribiéndose en la relación médico-paciente a través de los procedimientos institucionales.

El ambulatorio, en el discurso de los médicos residentes, aparece como un lugar sin prestigio, en el que la adquisición de capital simbólico y de competencia está algo ausente, por no presentar novedades (patologías poco comunes), no permitir que los novatos aprendan procedimientos diferenciados, ya que los pacientes suelen tener las mismas quejas: “es sólo diabetes, hipertensión, diabetes, hipertensión, nada nuevo”, según el informe de un médico.

Esta concepción aparece en el discurso no oficial, relajado, de los médicos residentes aquel oído por el investigador ya considerado por los “nativos”, parte del contexto durante el trabajo de campo, y, por lo tanto, persona a quien se puede “contar secretos” o dejar escucharlos (Malinowski, 1978). Términos como “esculhambatorio” (local donde solo hay personas “esculhambadas”), “molambatorio” (alusión a molambos o a personas pobremente vestidas), “embromatorio” (local donde se pierde tiempo “embromando” los otros), local de “marcar paso” profesional son sinónimos de ambulatorio. Esa instancia institucional se constituye como etapa-obstáculo a ser necesariamente superada, buscando la construcción identitaria del profesional; ritual de institución en el cual el sufrimiento del aprendiz, en estado de “suspensión”, pues no es un médico consagrado y ni un estudiante, más solo debe ser soportado objetivando la aceptación del grupo como alguien merecedor de su papel y función social (Turner, 1974; Van Gennep, 1978; Bourdieu, 1996). En ese ritual, el ambulatorio de los hospitales y centros de salud públicos que atiende a las capas más bajas de la población es considerado una instancia de prueba. Estado necesariamente pasajero (como toda dimensión liminar), en el cual el estatus aún no es pleno debido a la baja probabilidad de aparición de enfermedades singulares a ser diagnosticadas y tratadas, y a la casi inexistencia de procedimientos inusitados a ser aprendidos y emprendidos. El relato abajo, de una médica residente, es ejemplo de lo que ella considera interesante realizar en su trabajo: “la gente ve que alguien está con alguna patología diferente, entonces, interna la persona que la gente no sabe lo que tiene. Entonces iremos a investigar. La cosa de no gustar de ambulatorio está ligada al hecho de que no sea valorado, porque en él no hay patología nueva, nada, nada que hacer”.

Los residentes sienten preocupación ante nuevos casos de difícil resolución que requieren mayor agudeza y profundidad práctica y teórica, lo que, según Luz (2003), se refiere a la pérdida, por parte de la biomedicina, de su antiguo papel terapéutico, como relata un entrevistado: “Lo que me gusta es una enfermería variada con un poco de todo. A veces la sala está más cerca de una especialidad, a veces de otra. Prefiero un paciente geriátrico, portador de cosas nuevas e interesantes”. Consulta externa y enfermería

forman dos lados complementarios de una instancia médica de aprendizaje y construcción de identidad; sin embargo, dimensiones burocráticas en las que la rutina desencanta la profesión, emergiendo como una instancia de tránsito inevitable.

La especialidad médica aparece como un hecho fundamental para la formación profesional, y la ambición de llegar a ser un buen especialista se refleja en el deseo de tratar “nuevos casos”; de ahí la mayor preferencia por salas con patologías variadas en detrimento de los casos repetitivos en la consulta externa. Suele haber desprecio por las personas con un diagnóstico predecible o conocido, considerado un “caso perdido”. Por no aportar “novedad” a la economía simbólica de las patologías, estos pacientes no merecen la inversión de atención o cuidado:

Cuando no hay cama libre, a veces retenemos a un paciente que incluso podría irse a su casa, pero lo dejamos uno, dos días, para poder conseguir otro más interesante, en lugar de ingresar uno que no es interesante. A veces aparece gente aquí, a veces incluso empleados, pidiendo hospitalización por un derrame cerebral, nos escapamos, ¿no? Haz todo lo posible para no entrar...

Como se percibe, al menos en este caso, la no hospitalización del paciente en estas instituciones públicas no solo se debe a la falta de camas o falta de recursos, sino que también puede estar relacionada con la falta de interés, por parte de los médicos, en pacientes con patologías que presentan en su universo un significado socio profesional despreciable, inferior, sin valor. Una enfermedad sin perspectivas de cura, o de cura predecible, no aporta estatus al residente, no contribuye a su aprendizaje y tampoco le permite demostrar talento; por lo tanto, no hay razón para gastar tiempo y esfuerzo en casos que no lucran en esta economía simbólica, por ejemplo: “Oye quédate ahí... hay un infarto en una cama... se queda ahí, pero no hay nada que hacer con ella, es una paciente que decimos que no es interesante, porque no vemos que hacer...”

Se puede observar que, en este caso, el cuerpo del individuo sólo interesa como soporte de la enfermedad o disfunción biomecánica. Ni siquiera se menciona la existencia de una dimensión psicológica que sufre, carece de atención, es única y humana y no existe un entrenamiento o instrumento científico para tratar con la persona del paciente. Para el agente biomédico, en este contexto, la única realidad concreta debe ser la de la enfermedad, sin interés en la subjetividad del paciente. Esto se evidencia cuando el médico entrevistado dice: “hay un infarto en la cama ...”. Es la patología que está en la cama y no una persona (Camargo, Jr., 1994, Luz, 2003).

Foucault (2004) subraya que, a partir del siglo XIX, la medicina moderna pasa a justificar su singularidad al presentarse como medicina científica. Realizando ruptura con la tradición anterior pisoteada en el *ars curandi* en ese momento, ella cambia sus objetos, conceptos y métodos que producen nuevas formas de conocimiento y prácticas institucionales impregnadas de racionalidad específica caracterizada por la mirada y el lenguaje pautados en el aspecto empírico de localización de la enfermedad como objeto presente en el cuerpo individual. En esta anátomo-clínica surgida ocurre abstracción del enfermo para que surja la enfermedad esencializada. El paciente estorba, compromete la neutralidad clasificatoria científica. La enfermedad se convierte en objeto ontológico, forma patológica de la vida, debiendo ser clasificada en género y especies. Nace la anatomía patológica. El portador, con su subjetividad, se torna obstáculo, distorsión a ser superada en dirección al objeto principal del ojo médico.

Ascenso social y conocimiento teórico

Otro factor que devalúa la clínica, además del consenso de la falta de *estado* que le impone el oficio, es la poca posibilidad de demostrar los conocimientos teóricos adquiridos en la facultad de medicina. La concepción de un médico eficiente para los principiantes de la carrera se puede ver de la siguiente manera:

el buen médico es aquel que nunca deja de estudiar tanto la medicina, pero no sólo, como la cultura. Creo que hay mucha competencia, exigen mucha teoría, mucha [...] pero yo creo que un buen médico tiene mucha teoría, tiene que estar siempre al día, leyendo revistas, libros [...] en línea con la última edición de la *New England*, el último cuaderno, la última revista. Eso es lo que valoran aquí, venir aquí [al hospital] diciendo: ay, ¿tú leíste ese artículo de *New England* que salió ayer? ¡Entonces lo aprecian!

La fuerza que el poder del campo ejerce sobre el residente y las características que este campo expresa a través del discurso y prácticas de sus componentes se perciben a través de la valorización de ese conocimiento abstracto. El “médico bueno” o el residente destacado es lo que conoce y expresa un siempre renovado conocimiento teórico. El conocimiento práctico, a principio no presenta la importancia que su contrapuesto, quedando el arte de la cura sometida a la ciencia de la enfermedad y de la enfermedad divorciada, pues es la racionalidad científica que presta legitimidad a las prácticas profesionales de los médicos. El eje explicativo es el más valorado, debido a su inclusión en el campo de las ciencias experimentales, y el eje semiológico, próximo a la práctica y, por lo tanto, el arte es relativamente depreciado como método

de producción de conocimiento (Camargo Jr., 1993, 1994, 1994a). Hay, sin embargo, la percepción de los propios médicos de la existencia simultánea del buen teórico y mal terapeuta: “Hay mucho médico que conozco en el ambulatorio y en la enfermería, que en teoría él es excelente, pero para tratar con paciente, ¡es horrible! ¡Nuestra Señora!”

La alusión a la ausencia de enseñanza de la terapia en las facultades biomédicas también está presente en el discurso de los entrevistados, reiterando la valorización de la teoría en detrimento de la práctica. Fueron unánimes en decir que en el tercer año de la facultad estudian semiología y en el cuarto año estudian terapéutica, sin embargo, esta última en realidad no existe. Ningún maestro explica o expone, según ellos, cuál es el contenido de este conocimiento. El aprendizaje se hace en la práctica y es casi solitario. Se prueban las dosis de los medicamentos en los pacientes, además de los métodos y procedimientos, en definitiva, el terapeuta al inicio de su carrera “se da la vuelta como puede” para llevar a cabo su tarea. Nos dimos cuenta de que no pocas veces el residente se enfrenta solo a un caso totalmente desconocido para él. Deja al paciente esperando y busca al responsable en el momento para preguntar qué procedimientos se deben realizar, regresa al paciente y, ante más complicaciones, regresa al instructor buscando información, luego regresa al paciente y así sucesivamente. de cuatro a cinco veces en cada caso:

¡Nosotros tenemos práctica así de cosas allí [...] de trabajar! Para sacar una vena, para saber hacer algo más urgente, incluso para estar tranquilo; el paciente casi muriendo frente a ti, te estresas [...] pero no puedes aprender. En el cuarto año estás empezando a ver terapia [...] a veces yo caminaba kilómetros, iba para allá, atendía, volvía, corría y le preguntaba al médico [supervisor], me [decía]: Ay, ya sé.

¡Hazlo!

Ahí, eso no es lo que dijo; Yo volvía allá y preguntaba de nuevo y me decía: Ay, no sé qué... y así fue, a la fuerza.

La formación de los profesionales médicos está constituida por la necesidad que impone el campo de adquirir capital teórico, ya que los rituales reguladores de la ascensión profesional y social imponen evaluaciones y pruebas de amplio contenido abstracto y no práctico. Si el neófito quiere ascender en la estructura del campo, alcanzando roles de prestigio, deberá pasar por todas las especificidades de los rituales de la institución (exámenes y concursos) para ser admitido en la comunidad de médicos,

de hecho. La importancia otorgada al conocimiento teórico aparece constantemente en el discurso de los entrevistados que conciben la clínica como ámbito de alguna adquisición de práctica terapéutica, pero también como escenario y situación que dificulta la adquisición de teoría. Se valoran los conocimientos del libro de cara a las pruebas que los profesionales deben aportar para ser aprobados en concursos. Como dijo un entrevistado: “la prueba es la teoría, leer un libro. ¡Tienes que ir a casa y estudiar y no quedarte aquí!”.

Como consecuencia de la sobrevaloración teórica, las facultades de medicina que profesionales con gran “bagaje teórico” (según palabras de los forman informantes) son las más prestigiosas por quienes quieren conquistar *estado* en la profesión mediante la admisión a concursos. Estas facultades tienen una gran reputación entre los entrevistados:

Creo que en la Universidad Federal es mejor en teoría, ¿no? Dan mucha teoría, y la teoría es muy buena. Meses antes de la prueba, liberan a los alumnos internos para que estudien. Porque hay que especializarse, pasar pruebas, pocos lugares [...]

La desvalorización de la clínica, a veces de la sala, también involucra el aspecto de la impaciencia con el exceso de diálogos y preguntas de los pacientes y la superposición del diagnóstico sobre la terapia (Luz, 1998, Foucault, 2004). A su juicio, la actividad ambulatoria estaría ligada a una “pérdida de tiempo”, por la duración de la consulta, ya que la anamnesis debe resumirse en lo estrictamente necesario, ya que existen medios técnicos para la obtención de pruebas diagnósticas, sin necesidad de el médico dedicar tiempo a las conversaciones:

Una cosa es la recomendación técnica: se tiene que hacer desde la punta del cabello hasta la punta del pie; todos dicen eso, pero yo tengo la idea de que no debe ser... no deben examinar bien, tal vez hasta por el movimiento, demasiada gente para asistir, demasiada demanda, entonces no se puede, ¿no! La persona se sienta y dice lo que tiene, ni siquiera se examina, ya le recetamos algo, pide un examen [...]. ¡Otra cosa es que a veces no tenemos paciencia! El paciente ideal es el que llega, habla sólo lo que tiene, se va y no molesta. El acceso a recursos técnicos a la mano lo hace fácil, la persona se adapta y se salta todos esos pasos, primero radiografías, luego tomografía etc., y luego va a la tomografía, no examina bien. ¡A la mayoría de los médicos no les gusta eso! Paciente para hablar, charlar; ¡Sin paciencia! Vaya, realmente iba a cortarlo porque estorba mucho.

La disponibilidad relacional de la biomedicina

La ruptura de la relación entre terapeuta y paciente puede tener sus raíces en el proceso histórico de racionalización por el que ha pasado la cultura occidental de la que forma parte la biomedicina. Según Mauss, fue necesaria la victoria del racionalismo para que la noción de ganancia se convirtiera en un principio, transformando al hombre occidental en un animal económico y una máquina calculadora (Mauss, 1974, p. 176). En su clásico estudio sobre el don, el autor señala distintos tipos de economía que no se basan en el afán de calcular la ganancia. Este estudio marcó el rostro del pensamiento sociológico, al enfatizar el intercambio y la reciprocidad como fundamento de la cohesión social.

El don o dádiva sería una “economía antieconómica”, lo contrario a la economía monetaria de la ganancia a todo costo. La dádiva se basaría en la negación de intereses y cálculo; si bien esta práctica conlleva ambigüedad en el rechazo de este interés negado, actualizando un tipo de retribución (en la que el tiempo cuenta en su extensión) basada en la consideración, en el vínculo social establecido en la solidaridad y el respeto.

En otras palabras, en el espacio de tiempo entre el don y su devolución (don y contradon) se oculta la intención no retributiva, que “nunca excluye del todo la conciencia de la lógica del intercambio generoso y su carácter imponente y costoso” (Bourdieu, 1996a, p. 11), que en cierto modo obliga al contradon, pero que tiene lugar en la dimensión de la solidaridad, muchas veces expresada en frases: “Lo hago porque quiero hacerlo, no espero nada a cambio”.

Por no poder enraizarse en el cálculo racional de la ganancia objetivada y rápida (una relación comercial es donde, en efecto, no debe existir el don: “amigos, amigos; negocio aparte”)⁶³, lo mismo se encuentra en el capitalismo, siempre ante el peligro de quedar subsumidos bajo este cálculo, ausente de las relaciones el aspecto solidario que constituye la cohesión social. Los clásicos del pensamiento sociológico señalaron el riesgo que representaba la transposición de la lógica del cálculo y la ganancia a la dimensión de las relaciones sociales solidarias, tornando desechables y volátiles los contactos sociales. Simmel, en 1898 escribió:

Tan pronto como el dinero se convierte en la medida de todas las demás cosas, muestra una ausencia de calidad [...] que en cierto sentido lo devalúa todo es el equivalente a [...] tratar con las relaciones interhumanas, que buscan duración, el dinero nunca puede ser el mediador adecuado. (Simmel, 1993, p. 51).

63 [NT]: Expresión idiomática común en todo Brasil, utilizada muchas veces para significar que, al que pese la amistad, los negocios son impersonales y deben ser respetados sus contratos].

El autor señaló la característica ausencia de vínculos duraderos y solidarios en las relaciones establecidas sólo en la dimensión monetaria, siendo la prostitución contemporánea la mejor representante de este proceso:

En la relación de las personas que dependen de la duración y la integridad, cuando uno de los contrayentes paga en dinero queda completamente exento, del mismo modo que el que deja a la prostituta después de haber logrado satisfacerse. (Simmel, 1964, p. 121).

Marx, preocupado por la misma cuestión, escribió en 1844:

El dinero es la inversión general de las individualidades que las transforma en su contrario y que añade a sus propiedades contradictorias [...] obligando a lo que se contradice a besarse [...] si presupone al hombre como hombre y su relación con el mundo como una relación humana, sólo se puede cambiar amor por amor, confianza por confianza etc. (Marx, [1844]1974, p. 28-32).

Para este Marx, aún joven hegeliano, cuando lo que constituye la esencia del ser humano se cambia por la esencia del objeto esencial en el capitalismo (el dinero), lo que es, de hecho, su opuesto se transforma en objeto: la propia esencia humana. En este intercambio, pierde sus características y posibilidades. También Weber, en 1915, hizo su aporte al problema de la solidaridad y los intercambios:

El dinero es el elemento más abstracto e impersonal que existe en la vida humana. Cuanto más el mundo de la economía capitalista moderna sigue sus propias leyes inmanentes, menos accesible es cualquier relación imaginable con una ética de la fraternidad. Cuanto más racional, y por lo tanto impersonal, se vuelve el capitalismo, más sucede esto. (Weber, 1974, p. 247).

Al expandirse de la dimensión monetaria a la dimensión simbólica, las relaciones enraizadas en el interés y el lucro sustraen o restringen el don de la escena social, transformando las relaciones, despersonalizándolas y produciendo la representación del otro como objeto y objetivo de ganancia, ya sea si esta ganancia es monetaria o simbólica. La búsqueda incesante de la ventaja invade el ámbito en el que antes primaba el interés desinteresado del don. De esta forma, el racionalismo economicista desemboca en el ámbito de la racionalidad médica (Luz, 1995, 1997, 1998, 2003).

La transformación del don en el dominio monetario establece la regencia del campo biomédico para la maximización de la ganancia, creando lo que podríamos definir como una paradoja del servicio

médico, que consiste en la persistencia de la concepción del deber de servir al otro, de salvar su vida desinteresadamente, o mejor dicho, sólo con el interés profesional de haber ejercido de la mejor manera su papel social de “salvador” de la vida humana, cumpliendo una “misión apostólica” (Laplantine, 2004) y, por otro lado, sufriendo la imposición, también social, de “hacer dinero”, para tener el estatus que la sociedad exige de la profesión médica. Esta paradoja se vislumbra en los relatos de los entrevistados. Cuando se les preguntó qué esperan de su profesión, dijeron que esperan “servir de la mejor manera posible”, “no pasar hambre” y “estar en buenas condiciones económicas”.

La frase “no te mueras de hambre” apareció en todas las respuestas. Pronunciada por un grupo de personas, en su mayoría de clase media o alta, la hipérbole “no morir de hambre” puede significar, por un lado, la crítica a los bajos salarios que paga el servicio público –y cada vez más, la medicina– y, por otro lado, su preocupación por no perder la condición heredada de sus padres, o incluso superar esa condición que en general les permitió convertirse en médicos:

El sistema es muy duro con nosotros, exige mucho de ti [...] no puedes viajar en autobús, tienes que vestirte bien, tener un puesto [...] Espero estar a la altura de las expectativas de los pacientes y también para no pasar hambre, porque no podemos vivir de la caridad [...] el dinero es fundamental, por eso es difícil hacer un ambulatorio, los que se lo pueden permitir, está bien [...] pero es difícil.

¿Cómo ejercer una profesión percibida como altruista que supone una cierta acción desinteresada para salvar al otro (don), y al mismo tiempo lucrarse según la lógica del mercado, paradoja que impone el interés aplicado en la acción hacia el otro? Si el modelo de mercado se autonomizó, invadiendo otras esferas, ¿cómo hacer posible que tales opuestos coexistan dentro de la profesión médica, especialmente en los servicios públicos y en la creciente transformación de las prácticas y servicios médicos en mercancía y del propio médico en asalariado? de empresas hospitalarias, diagnósticas y clínicas?

Para tener una comprensión mínima de lo que constituye un aspecto de la paradoja actual de los servicios médicos (y también de la incompreensión presente en las teorías liberales y neoliberales del egoísmo individual como fuerza de justicia social), es necesario comprender los mecanismos que articulan el aprendizaje y la socialización del médico en el espacio de aprendizaje en el que se inserta. El propio esquema funcional del campo biomédico, las relaciones que se establecen en ese espacio de ejercicio de la ontología profesional, producen en el neófito la encarnación (Csordas, 1994) de la profesión – comportamientos,

cosmovisiones y prácticas profesadas en palabras y hechos. Esta realización puede entenderse como hábito de la biomedicina, es decir: estructuras de cognición, percepción, sentimientos y organización de realidades socialmente reguladas que funcionan como agentes estructurantes de las acciones de los agentes y que son simultáneamente estructuradas por ellos (Bourdieu, 1973). El propio esquema funcional del campo biomédico, las relaciones que se establecen en ese espacio de ejercicio de la ontología profesional, producen en el neófito la encarnación (Csordas, 1994) de la profesión – comportamientos, cosmovisiones y prácticas profesadas en palabras y hechos. Esta realización puede entenderse como *hábito* de la biomedicina, es decir: estructuras de cognición, percepción, sentimientos y organización de realidades socialmente reguladas que funcionan como agentes estructurantes de las acciones de los agentes y que son simultáneamente estructuradas por ellos (Bourdieu, 1973). Desde su ingreso a la corporación, el aprendiz entra en contacto con las representaciones y prácticas de su campo profesional, su jerarquía y lógica de poder, los sentidos y sentimientos que afectan a los actores del campo médico, estructurando sus acciones y llevándolos a adherirse a estas prácticas y cosmovisiones a menudo (re)produciéndolas.

Valor de la enfermedad

En este juego en el que los agentes compiten por capitales específicos que deben ser convertidos –de preferencia rápidamente– en efectivo, la enfermedad es el objeto de fundamental importancia y la instancia en la que las prácticas y cosmovisiones de los agentes biomédicos respaldan su propia existencia y eficacia en el campo o en el juego. Para los residentes, la enfermedad “desconocida”, los nuevos casos patológicos se presentan como posibilidad y desafío de lograr el protagonismo necesario para el reconocimiento de pares y superiores, presentando mayor valor cuanto más “desconocida” es. En este proceso, el ambulatorio, con su crónica ausencia de novedades –enfermedades comunes y/o crónicas que no tienen ningún valor– parece entorpecer o ralentizar esta dinámica de ascensión o, por lo menos, representar una etapa liminal en el rito institucional en el que se debe enfrentar el sufrimiento del ambulatorio para la construcción de la persona médica y adquisición de *status* necesario para su función social.

La búsqueda de protagonismo que permita proyección y con ello la oportunidad de reconocimiento en el entorno significa la búsqueda de una buena colocación social (buenos salarios, buenos trabajos, invitaciones a reuniones y participación futura en investigaciones o cargos y prestigio). Dentro de este esquema, el don sólo puede ejercerse de alguna manera entre pares, en el intercambio de favores a favor

de los compañeros de profesión. El paciente y su subjetividad apenas son considerados en el esquema de ascensión en el campo profesional. Así, el paciente no existe en el sentido ontológico del término, como se ha escrito anteriormente, es sólo una pieza de un juego, con el que se establece un contacto, no una relación. Objeto desechable, envoltorio y portador de lo que realmente importa a la racionalidad de la biomedicina actual: la enfermedad; preferiblemente el que tiene un alto valor en el contexto: el raro.

La sociología, sin embargo, no puede descartar la excepción, pues es en la inflexión de la diferencia donde se puede consolidar el cambio o la dinámica de la serie (Tarde, 2003). Notamos, en algunas narraciones de los jóvenes médicos, el sentimiento de “que algo anda mal en todo esto...”. En el tono, en la modulación de la voz en la mirada desanimada de algunos entrevistados, se configura un sentimiento de insatisfacción y frustración con las prácticas institucionales hegemónicas de la biomedicina. Algunos sienten que “algo no anda bien” y así lo reflejan. Otros ya tienen claridad discursiva sobre los problemas relacionales de la práctica médica que “no tienen en cuenta la humanidad de las personas”. Como dijo un residente:

una cosa es lo que aprendemos de toda esta teorización [...] otra es la práctica, la consulta externa, tengo que atender a las personas [enfaticando], me pongo en su lugar, los compañeros tratan a esta gente como si fuera buey, vaca, ¿sabes? Y se quejan: “Caramba, la doctora ni me miró a la cara... Parece que está asqueada de la pobre...”

En una conversación informal sobre la situación de la relación médico- paciente, otro entrevistado dijo:

Estoy un poco insatisfecho con lo que he visto [...]. Tengo una tía veterinaria y creo que ella trata mucho mejor a sus animales en su consultorio... He estado pensando en hacer homeopatía [...]. A veces los pacientes también se irritan, pero “todo se está convirtiendo en negocio”. Los médicos están trabajando demasiado para sobrevivir, tengo colegas que trabajan en cuatro, cinco lugares; ellos mismos [los médicos] se están enfermando. Cuando empezamos el curso no nos imaginamos esta situación [...] llegamos llenos de sueños y esperanzas.

Dinámica de campo

La inversión que el agente (en este caso, el joven médico y/o residente) en el juego, sus ilusiones y expectativas, no siempre se materializa o logra. Esta inversión, llamada por Bourdieu *illusio* (2001, pág. 201), es la manifestación práctica del interés por el juego en un determinado espacio social, aplicación de los deseos

y la libido en prácticas relacionales delimitadas encaminadas al reconocimiento entre iguales. Así, al buscar la aprobación del otro, es la *illusio* lo que da sentido a la vida y existencia de los agentes comprometidos en sus prácticas, llevándolos a invertir su existencia en el futuro (Bourdieu, 2001, p. 204, 254).

Según el autor, este proceso puede surgir en la infancia en la dimensión familiar cuando el niño, a través del trabajo pedagógico de socialización de las pulsiones, aprende a renunciar y sacrificarse a cambio de reconocimiento, consideración y admiración:

Este intercambio está muy cargado de afectividad, ya que moviliza plenamente la persona de ambos, especialmente del niño, por supuesto, pero también de los padres. El niño incorpora lo social en forma de afectos, pero socialmente coloreados, calificados, estando ciertamente inclinados los mandatos, prescripciones o condenas paternas a ejercer un “efecto edípico (para hablar como Popper)” (Bourdieu, 2001, p. 202).

El niño sacrifica su “amor propio” invirtiendo en otro objeto de deseo (inversión libidinal), absorbiendo disposiciones duraderas y encarnadas que lo llevarán a apostar, en adelante, por juegos sociales. Esta dinámica realizada en la instancia familiar será la base de todas las posteriores inversiones sociales, resumidas en la búsqueda del reconocimiento como premio, la construcción de la identidad y la aceptación (base del capital simbólico: gloria, honor, crédito, reputación, notoriedad etc.). Abordando el psicoanálisis en esta etapa de su obra⁶⁴, Bourdieu enfatiza el papel de la frustración y el descontento en la articulación de las estrategias de subversión del juego. Si los grupos sociales están estructurados, con todo su peso en la reproducción de relaciones y representaciones sociales, también pueden presentar (aunque a veces más que otros) márgenes de estrategias basadas en conocimientos prácticos o en las reflexividades producidas por los agentes. Las luchas y frustraciones relacionales pueden provocar en ellos (aunque sólo en algunos) la presencia de ánimo, la conciencia o la reflexividad en la situación y en la acción, permitiéndoles (re)evaluar la oferta y la dinámica de las disputas y relaciones de poder.

Esa reflexividad permite retomar posiciones, reconstruir concepciones, buscar líneas de fuga, retroceder, avanzar, incluso enfrentar las estructuras tradicionales, produciendo dinámica en el contexto social (Bourdieu, 2001, p. 198). Hay, por lo tanto, para el agente social, “cierto margen de libertad” (p. 286). Para que las disposiciones encuentren armonía con la estructura del campo, la *illusio*

64 “¿De qué manera se efectúa el pasaje, descrito por Freud, de una organización narcisista de la libido, en la cual el niño se toma a sí mismo (o su propio cuerpo) como objeto de deseo, hacia otro, en el cual ella se orienta hacia otra persona, teniendo acceso al mundo de las ‘relaciones de objeto’, bajo la forma del microcosmos social originario y de los protagonistas del drama que allí se desarrolla?” (Ibidem p. 201).

(el interés en el juego social) debe estar en sintonía con las *lusiones* (oportunidades y recompensas, pero también el azar propicio). Dicho de otra forma: las expectativas creadas por el sistema en el agente deben encontrar en el campo el ajuste y las posibilidades de su realización. Cuando este proceso no ocurre, los desajustes estimulan tensiones y frustraciones, colocando en desarmonía a todo el universo en el cual deberían coincidir tendencias objetivas y expectativas subjetivas. El autor subraya que esa sensación de “falta de futuro”, característica más difundida entre los “malditos de la tierra”, ha sido “una experiencia cada vez más ampliada” en la sociedad globalizada (2001, p. 286). Y añadiríamos: entre los profesionales liberales médicos, pero no solo. Es en el ámbito del desajuste y de la insatisfacción que grupos y agentes articulan reflexiones, produciendo nuevos sentidos, a través de nuevas prácticas o líneas de fuga que presentan la posibilidad de cambiar gradualmente ciertos aspectos de conformación de los campos (Herzlich, 1991, De Certeau, 2002, Tarde, 2003, Mattos, & Luz, 2009).

Este aspecto de la dinámica social ha sido demostrado durante más de una década por la gran cantidad de estudios (tesis, libros, artículos, disertaciones) del Grupo Racionalidades Médicas e Terapéuticas Alternativas [Racionalidades Médicas y Terapéuticas Alternativas]. La producción de este grupo ha sugerido que, si el orden simbólico (memoria social, o estructura subjetiva o incluso objetiva) presenta autonomía en relación con la estructura económica y el orden político y social, ésta es relativa, porque en cualquier circunstancia, y especialmente en periodos de desajuste entre *illusio* y *ludens*, los sujetos de acciones articulan prácticas que configuran nuevas *weltanschauungen*, a través de la producción de (a) reflexividades (prácticas) menos conscientes, que confieren nuevos significados a través de estrategias de acción al mundo y la existencia; (b) reflexividades más conscientes (discursivas) que producen nuevos significados sobre el mundo social, que reabre políticamente los espacios de lo posible (Luz, 2003, 2009; Domingues, 2004).

Sin embargo, este movimiento tiene lugar en el *interior* y a través de los recursos que el propio orden social presenta a los agentes (Giddens, 1991, Bourdieu, 2001, De Certeau, 2002). Estos recursos son “trabajados” en un proceso de bricolaje (Lévi-Strauss, 2002, Luz, 2003), que remite a la racionalidad del pensamiento salvaje (no racionalista) sugerida por la obra antropológica de Lévi-Strauss presente en cualquier sociedad, y no sólo en las llamadas sociedades “primitivas”. También se refieren al “paradigma de la evidencia” esbozado por Ginzburg (1989). Es en este margen de libertad que se produce dinámicamente entre lo que convencionalmente se llama en las ciencias sociales

acción y estructura, individuo y sociedad, que sustenta la autonomía de las luchas de los agentes por la autoridad, para dar sentido al mundo social ya los campos de saberes y prácticas que lo constituyen.

Consideraciones finales

Este estudio tuvo como objetivo analizar el discurso de los médicos residentes sobre su paso por el ambulatorio, interpretando los sentidos y significados de las prácticas, las representaciones institucionales y la construcción de la identidad del recién graduado o del terapeuta al inicio de su carrera.

Nos dimos cuenta de que la clínica es vista como una dimensión negativa, en la que sólo se diagnostican enfermedades conocidas y recurrentes, reiterando el hecho de que la medicina occidental contemporánea trata *patologías* y no personas o *singularidades*. Este tipo de patologías no son de interés para los médicos, ya que no representan un desafío de aprendizaje o demostración de talento para los pares, revelando así signos de una economía que tiene como valor la enfermedad, viéndola como más positiva cuanto más rara es. El frío cálculo y la asepsia relacional presentes en el contexto hacen que no sólo los pacientes, sino también los terapeutas frustrados con la lógica anti solidarista del campo biomédico queden insatisfechos. Esto sugiere que, si este proceso de reproducción de órdenes de institución médica ha sido hegemónico en nuestra sociedad, también existen excepciones y descontento por parte de agentes que buscan estrategias de subversión y líneas de fuga, presentando un posible cambio de significados, sentidos y prácticas. En otras palabras: es en este ámbito (pero no sólo) de adaptación de neófitos y producción de disposiciones incorporadas y, así, reproducción de relaciones sociales en el campo de la biomedicina, que las insuficiencias y frustraciones, (des)ilusiones y (des) contentamiento de algunos agentes, llevándolos a la reflexividad práctica y contestación de los saberes y acciones tradicionales de la Biomedicina.

Insatisfechos, tienden a buscar en otras racionalidades médicas alternativas a las prácticas institucionales con las que no están de acuerdo y les molestan. Esta dinámica, que atraviesa parte de las relaciones en el campo médico, permite así, por otro lado, la articulación de nuevos saberes y prácticas en salud colectiva.

Referencias

Bourdieu, P. (2004). **Os usos sociais da ciência**. Por uma sociologia crítica do campo científico. São Paulo: Unesp.

- Bourdieu, P. (2001). **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (1996). **A economia das trocas linguísticas**. São Paulo: Edusp.
- Bourdieu, P. (1996a). Marginalia. Algumas notas adicionais sobre o dom. **Mana: Estudos de Antropologia Social**. Rio de Janeiro, 2, 7-20.
- Bourdieu, P. (1986). **O poder simbólico**. Lisboa: Difel.
- Bourdieu, P. (1973). **Esquisse d'une theorie de la pratique**. Geneve: Droz.
- Camargo Jr., K. R. (1994). **(Ir)racionalidade médica**: um estudo de caso: o ambulatório de Medicina Integral. Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Serie Estudos em Saúde Coletiva, 99).
- Camargo Jr., K. R. (1994a). (Ir)racionalidade médica. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2(2), 61-84.
- Camargo Jr., K. R. (1993). **A medicina ocidental contemporânea**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ (Serie Estudos em Saude Coletiva, 65).
- Csordas, T. (1994). Introduction: the body as representation and being-in-the world. In: Csordas, T. (Ed.). **The existential ground of culture and self**. Cambridge: Cambridge University Press., 1-24.
- De Certeau, M. (2002). **A invenção do cotidiano**. V. 1. Artes de Fazer. Petrópolis: Vozes.
- Domingues, J. M. (2004). **Ensaio de sociologia**. Teoria e pesquisa. Belo Horizonte: EdUFMG.
- Foucault, M. (2004). **O nascimento da clínica**. São Paulo: Forense Universitária.
- Giddens, A. (1991). **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp.
- Ginzburg, C. (1989). **Mitos, emblemas e sinais**. Morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras.
- Herzlich, C. (1991). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1(2), 23-35.
- Laplantine, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes.
- Levi-Strauss, C. (2002). **O pensamento selvagem**. São Paulo: Papirus.
- Luz, M. T. (2003). **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (1998). **Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento entre pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ (Serie Estudos em Saúde Coletiva, 167).
- Luz, M. T. (1997). **A arte de curar versus as ciências das doenças**. História social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial.
- Luz, M. T. (1995). Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, 7, 68-90.
- Luz, M. T. (1979). **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal.

- Sabino, C., & Luz, M. T. (2010). O ambulatório no discurso dos médicos residentes: reprodução e dinâmica do campo médico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], 20(4), 1357-1375. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400016>.
- Malinowski, B. (1978). **Os argonautas do Pacífico ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, (Coleção Os Pensadores).
- Marx, K. (1974). **Manuscritos econômicos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, (Coleção Os Pensadores).
- Mattos, R., & Luz, M. T. Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 19(2), 489-507, 2009.
- Mauss, M. **Sociologia e antropologia** V. I e II. São Paulo: EPU/Edusp, 1974.
- Simmel, G. (1993). **Filosofia do amor**. São Paulo: Martins Fontes.
- Simmel, G. (1964). Prostitution. In: Wolff, K. (Org.). **The Sociology of George Simmel**. New York: The Free Press, 1964.
- Tarde, G. (2003). **Monadologia e sociologia**. Petrópolis: Vozes.
- Turner, V. (1974). **O processo ritual**. Petrópolis: Vozes.
- Van Gennep, A. (1978). **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes.
- Weber, M. (1974). **Ensaio de sociologia**. São Paulo: Abril Cultural (Coleção Os Pensadores).

El gordo en agenda: representaciones de ser *gordo* en revistas semanales⁶⁵

Nara Sudo
Madel T. Luz

Introducción

Ya no salía de noche por vergüenza de su cuerpo. No tomó el autobús por miedo a la ruleta. Tiene enfermedad renal por obesidad. Fue despedida de su trabajo y catalogada como no apta por una junta médica para ser trabajadora del comedor municipal, a pesar de haber superado las pruebas de selección con nota máxima. Pero, en todo lo que vivió, una frase quedó grabada en su memoria: ‘Estás gorda por falta de vergüenza en la cara’. Era la frase que repetían las personas que amaba. – Un día me miré al espejo y pensé que estaba limitada para todo, para amar, trabajar, vivir⁶⁶.

En ningún momento el cuerpo delgado y esbelto ha sido tan evidente como lo es hoy. El cuerpo desnudo o vestido, expuesto en varias revistas femeninas y masculinas, está definitivamente de moda; es portada de revistas y artículos periodísticos. Las revistas semanales brasileñas constantemente realizan artículos de portada que cubren temas como: dieta; miedo a engordar; estar/ponerse en forma; ciencia a favor de la salud y del cuerpo, indicando, en primer lugar, que los temas que involucran, directa o indirectamente, el cuerpo –y más precisamente cómo evitar el cuerpo gordo– venden, encontrando lectores ávidos del tema.

Vivimos una época de “lipofobia” asociada a la obsesión por la delgadez y el rechazo a la obesidad (Fischler, 1995), estigmatizando a gran parte de la población excluida del imaginario de la cultura occidental. A partir de esta concepción, el ser gordo pasa a tener un cuerpo visiblemente desmedido y enfermizo. Salud que se entiende aquí según el orden biomédico de “normalidad/patología”, que sigue siendo hegemónico y sirve de referencia en la cultura occidental (Luz, 2003).

65 Publicado originalmente en portugués en la revista *Ciência & Saúde Coletiva* (Sudo, & Luz, 2007).

66 A gordura destruiu minha vida [depoimento de Mônica Silva Costa]. *O Globo* 2003 Jan 19.

Ser gordo lleva a representaciones de una persona que no encaja en el modelo dominante actual, impuesto desde la égida científica, que, al equiparar el exceso de grasa con la enfermedad, lleva a esta parte de la población a auto culpabilizarse por no haber logrado una silueta esbelta. para mujeres y musculoso para hombres –difícil de enfrentar (Sudo, 2004).

Por lo tanto, en este trabajo discutimos las imágenes, significados y representaciones sobre estar gordo hoy, a través de un análisis cualitativo e interpretativo de catorce artículos que aparecían en las portadas de dos semanarios brasileños: *Veja* e *IstoÉ*. Para la elección de las revistas, se consideraron las expresiones de venta obtenidas del Instituto de Verificación y Circulación (IVC). Según el IVC, cada uno vendió en promedio en el último semestre de 2003, respectivamente 1.095.034 y 361.345 ejemplares. Una revista dedicada exclusivamente al tema del cuerpo, como Buena Forma, tiene una tirada promedio de 200.000 números.

También optamos por trabajar con las historias de portada porque entendemos que las imágenes y pies de foto allí impresos asumen un carácter inductivo, constituyendo un conjunto que nos dice lo que debemos leer (Bourdieu, 1997).

La elección de los artículos en las dos revistas se debió a la similitud de líneas editoriales ya la existencia de una unidad temática; además de esto, se tuvo en cuenta el tema de la coherencia de los contenidos al compararlos entre sí. Esto, y no como una cuestión de periodización, fue el hilo conductor para el análisis del material, permitiendo que el estudio siguiera una perspectiva comparada.

Como resultado, analizamos siete pares de noticias publicadas entre 1997 y 2002. Los reportajes investigados fueron: 1^{er} par: *Comer sin engordar* (Veja, 21/10/1998) y *Dieta nunca más* (IstoÉ, 06/10/1999), con el tema general: reeducación alimentaria, asociada a nuevos fármacos adelgazantes, como aliados en la pérdida de peso: “se aprieta el cerco a la grasa”. 2^{do} par: *Dieta sin hambre* (Veja, 28/02/2001) y *Voltear la mesa* (IstoÉ, 17/04/2002), con el tema general: los diferentes tipos de dietas y programas para adelgazar como “estrategias de lucha” para vencer la obesidad. 3^{er} par: *Golpe nos gordos* (Veja, 24/09/1997) y *Não morra pela boca* (IstoÉ, 21/07/1999), con el tema general: descubrimientos científicos, a veces prohibiendo sustancias hasta ahora utilizadas en medicamentos para adelgazar, a veces excusando a los “villanos de la salud”, como el colesterol, en la dieta. 3^{er} par: *Golpe a los gordos* (Veja, 24/09/1997) y *No mueras por la boca* (IstoÉ, 21/07/1999), con el tema general: descubrimientos científicos, a veces prohibiendo sustancias hasta ahora utilizadas en medicamentos para adelgazar, a veces excusando a los “villanos de la salud”, como el colesterol, en la dieta. 4^{to} par: *La guerra de las dietas* (Veja, 19/04/2000) y *Dietas de moda* (IstoÉ, 13/01/1999), con

el tema general: Los diferentes tipos de dieta para adelgazar: ataques y defensas. 5^{to} par: **Salud y vitalidad de 8 a 80** (Veja, 11/07/2001) y **Viva bien a los 100** (IstoÉ, 16/01/2002), con el tema general: resultados de estudios inéditos que muestran que “los hábitos son decisivos para una vida larga y feliz”. 6^{to} par: **La ciencia de la buena forma** (Veja, 28/11/2001) y **La fiebre del fitness** (IstoÉ, 26/05/2000), con o tema geral: a ciência como aliada da boa forma, que pode ser alcançada sem perda de tempo. 7º par: **El miedo a la balanza** (Veja, 04/02/1998) y **Obesidad** (IstoÉ, 20/10/2000), como te general: “la lucha contra la gordura corporal se tornó una obsesión mundial”.

Este tipo de análisis comparativo resultó ser relevante, como señaló Bourdieu (1997), los productos periodísticos son homogéneos, expuestos y dominados por la lógica de la competencia que termina homogeneizando, generando una similitud de productos; Se llama el “juego del espejo”.

Otro aspecto importante para la elección de las revistas fue que tuvieran como audiencia principal lectores de la misma clase social, es decir, personas incluidas en la misma categoría de un grupo de individuos, teniendo como criterios aspectos descriptivos factores socioeconómicos como ingreso, ocupación y educación (Velho, 1987).

Las diferencias que tiene cada grupo social al relacionarse con el cuerpo, con la dietética, expresan no solo cuestiones económicas, sino principalmente las normas y valores que rigen a cada clase social (Boltanski, 1984).

Así, cuando estudiamos las imágenes atribuidas a la gordura y a su cuerpo, buscamos analizar cómo se elaboran las percepciones sobre esta parte de la población, generando representaciones sociales que luego asumen un carácter colectivo y enfatizan cómo se construyen los discursos aludiendo a qué. apoya los valores culturales dominantes –en relación al cuerpo– en la sociedad contemporánea.

El cuerpo en los medios

Los medios se entienden aquí como un sistema cultural complejo que tiene una dimensión simbólica que comprende la (re)construcción y circulación de productos llenos de significados, tanto para quienes los produjeron (los medios) como para quienes los consumen (lectores, espectadores) (Medrado, 2000). Juega un papel fundamental en este proceso al enfatizar, al mismo tiempo, una capacidad de consumo asociada a una responsabilidad creciente del individuo hacia su cuerpo. Embebido en inversiones sociales, lo que se vende es la posibilidad de permanecer vivo y bello: “el cuerpo se consume a sí mismo” (Vaz, 1999).

Si estás solo en la habitación, ponte cómodo y ponte frente al espejo. Este es el momento de la verdad. Lo más probable es que no estés contento con lo que ves. Los michelines en los flancos, el abdomen fofo, los brazos delgados, las piernas regordetas, nada de esto coincide con la imagen que me gustaría tener y desfilar en la playa o en la piscina. Pero no te desanimes. Puedes mejorar mucho tu cuerpo si estás dispuesto a ejercitarte de inmediato (Veja, 28/11/2001).

Las revistas ***Veja*** e ***IstoÉ*** dedican extensos reportajes a la gordura y abordan el tema, muchas veces de manera contundente. En estos artículos se destacan entrevistas y reportajes de personas que estaban gordas y lograron bajar de peso, estadísticas que asocian el exceso de grasa con innumerables enfermedades y fotos de los llamados ex-gordos. No es raro que aparezcan imágenes de mujeres en biquini o ropa corta, a menudo personajes famosos, y hombres con el pecho al aire. Tomemos, por ejemplo, el caso de Erika:

Fue con la ayuda de su endocrinólogo que la abogada carioca Érika Valente, de 31 años, bajó 15 kilos. – Aprendí estrategias. Hoy pido pizza de mozzarella en lugar de pepperoni [...] Recuperé mi autoestima y volví a usar bikini (la frase está acompañada de una foto junto a la piscina) (IstoÉ, 06/10/1999).

Los informes, de manera pretenciosamente neutra, venden, tomando prestado el discurso científico de los especialistas, la consecución de una “perfección estética” (Goldenberg, & Ramos, 2002). Y, cuando se trata de salud, los conceptos médico-científicos prevalecen en la circulación de la información, instituyendo un proceso de asociación de lo científico con la verdad donde los medios de comunicación masiva juegan un papel fundamental (Camargo, 2003).

En esta dictadura de la delgadez, las mujeres se ven más afectadas que los hombres (Brown, & Bentley-Condit, 1997). Los consejos de belleza que se dan están dirigidos principalmente a las mujeres; sin embargo, una porción del mercado masculino ya está permeada por estos consejos, especialmente en lo que se refiere a dietas y gimnasia (Sant’Anna, 1995).

Esto nos lleva al análisis de las portadas. La imagen del cuerpo se detalla y difunde en las portadas, ilustradas, en su gran mayoría, por mujeres jóvenes y bellas cuyos cuerpos favorecen la pérdida de peso y determinan la apariencia que debe tener el cuerpo. A menudo, las expresiones utilizadas en sus convocatorias, como ***Golpe a los gordos*** (Veja, 24/09/1997) o ***El miedo a la balanza*** (Veja, 02/04/1998), junto a las fotografías allí impresas: siluetas de mujeres desnudas; imágenes que se enfrentan como gordos versus flacos, hacen mención directa al tema.

De esta forma, percibimos que las portadas funcionan en el sentido de sugerir y animar al lector a comprar la revista, aunque nadie pueda obligarlo. La lógica de la persuasión se impone como mecanismo para satisfacer las necesidades que operan y son dominantes en la sociedad actual. En ese sentido, las revistas, al abordar temas como el surgimiento de nuevos medicamentos utilizados en el tratamiento para bajar de peso incluso antes de su comercialización en Brasil –como el agente farmacológico derivado de la lipstatina (Comer sin engordar - Veja, 21/10/1998) –, hasta conseguir, en un tiempo récord, siluetas “mucho menos regordetas y con una musculatura más firme y definida” (Una ciencia de la buena forma - Veja, 28/11 /2001), estaría intentando dar respuesta a las angustias que el sobrepeso representaría para un individuo, y que muchas veces son difundidas por los propios medios de comunicación que utilizan un discurso de salud para imponer un estándar de belleza:

Como sabemos, los kilos de más no solo empañan la estética. Aumentan las posibilidades de enfermedades cardiovasculares, diabetes y lesiones articulares, entre otros problemas (IstoÉ, 06/10/1999).

¡El gordo en los titulares!

El cuerpo está incesantemente expuesto a la mirada y al habla de los demás; es el cuerpo para ser percibido. Actualmente, el individuo obeso tiene un atributo que lo hace diferente a los demás, siendo considerado una persona con una característica que lo marca negativamente: *No tiene nada de malo el malestar que muestran las personas por tener un manto de grasa que las pone en desacuerdo con los estándares estéticos vigentes* (Veja, 24/10/1997). El gordo pasa a ser visto como un individuo portador de un “estigma”, concepto definido de la siguiente manera:

Atributo que lo hace (al extraño) diferente de otros que están en una categoría en la que podría incluirse, siendo incluso de un tipo menos deseable –en un caso extremo, una persona completamente mala, peligrosa o débil–. Así, dejamos de considerarlo una criatura común y total, reduciéndolo a una persona mimada y empequeñecida. Tal característica es un estigma, sobre todo cuando su efecto de descrédito es muy grande –a veces también se considera un defecto, una debilidad, una desventaja (Goffman, 1988).

El gordo aparece, en algunos informes, en oposición al obeso, que es considerado un enfermo. Sin embargo, es posible percibir que existe una ambivalencia en relación con los términos utilizados entre

quienes tienen “kilitos no deseados” y quienes son clasificados como enfermos. Gordo, rollizo, gordito, gordote, gorducho, rechoncho, bofo y obeso acaban definiendo a la misma persona.

Que se haga aquí la diferencia entre gordo y obeso. Las personas pesadas son personas con un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 30. Las obesas, aquellas con un IMC superior a 30 (y la obesidad es) un problema estético que se convierte en un problema orgánico sólo si está en exceso, o cuando va acompañada de un sedentarismo, estilo de vida y enfermedades preexistentes (Veja 04/02/1998).

Cualquiera que haya estado en Disney World entiende claramente que, si los estadounidenses no viajaran al extranjero, podrían pensar que pesar 120 kilos es normal. Es una constante entre los residentes de países occidentales desarrollados y aquellos en desarrollo que copian el estilo de vida americano. En la población brasileña, el 40% tiene sobrepeso. De estos, el 11% son obesos, es decir, la grasa para quien llevar kilos de más perjudica su salud (Veja, 19/04/2000).

Se distingue en el análisis, el carácter implícito del cuerpo ideal y que muchas veces en su búsqueda termina generando una sensación que en la mayoría de los casos no está guiada por el peso en la balanza, sino por la noción subjetiva de estar gordo.

Esta pregunta apunta a una eterna insatisfacción con la imagen corporal, muchas veces inducida por los relatos, provocando una negación e insatisfacción con el propio cuerpo traducida en una “ruptura entre uno mismo y lo que se exige de uno mismo”, revelando una permanente insatisfacción, la opresión social que surge incluso cuando sólo el individuo y el espejo están en escena (Goffman, 1988).

Todos los días ella hace todo lo mismo. Frente al espejo, mientras se viste para ir a trabajar, valora la curvatura de su vientre, revisa la línea de sus muslos, compara el volumen de sus piernas frente a las formas de gacela de la modelo de portada de la revista. Comprueba la densidad de los senos y las nalgas y cuenta el número de agujeros de celulitis. El examen es minucioso y el resultado siempre condenatorio: – Necesito adelgazar (Veja 04/02/1998).

Las personas que tienen “michelines horribles” expresarían, a través de su forma física, una serie de informaciones: un individuo sin control, sin disciplina que no puede resistirse a los placeres de la vida como comer y beber.

En un período de hasta cinco años, el 97% recupera la antigua forma regordeta. Esto quiere decir que, independientemente de la dieta que elijas, tienes que saber que el sacrificio hay que hacerlo de forma continua. De lo contrario, los kilos no deseados volverán a molestar y no habrá médicos Atkins u Ornish para ayudar (Veja, 19/04/2000).

El proceso de aprender la condición de ser gordo, en general, es similar para todos los que cargan con ese estigma, y requeriría ajustes personales. Una de las fases del proceso de socialización sería aquella en la que la persona estigmatizada:

aprende y encarna el punto de vista de los normales, adquiriendo así las creencias de la sociedad en general sobre la identidad y una idea general de lo que significa tener un estigma particular. Otra fase es aquella en la que aprende que tiene un estigma particular y, esta vez en detalle, las consecuencias de tenerlo (Goffman, 1988).

La existencia de la persona gorda da lugar a la idea, en los informes, de que hay personas “normales” en la sociedad, aquellas con un cuerpo delgado, haciendo pasar por un proceso de aceptación a todos los expresados en la categoría grasa (Goffman, 1988). El individuo que tiene algún atributo que lo hace no aceptado socialmente buscará opciones para “corregir” directamente el defecto, ya sea a través de cirugía plástica, uso de medicamentos etc. De tal actitud, se puede decir, sí, que hay una adquisición de estatus normal, acompañada de una transformación en el yo, “alguien que tenía un defecto particular se convierte en alguien que tiene evidencia de haberlo corregido” (Goffmann, 1988), revelando que, para escapar de una situación angustiosa, los estigmatizados hacen todo lo posible para corregir su condición:

Las cirugías de estómago son las formas más contundentes de combatir la obesidad, un mal que pone a las víctimas en el banquillo. La exigencia de una silueta perfecta roza lo insoportable (IstoÉ 02/10/2000).

¡El siglo de la salud!

La salud se ha convertido, en el siglo XXI, en una utopía, en un proyecto de carácter universal denominado “Gran Salud” (Sfez, 1996). Se piensa en el hombre perfecto, libre de los enemigos que están por doquier, en nuestros genes, en las ciudades contaminadas, en las drogas, en el colesterol. “La salud perfecta como fin y como medio. Salud para toda la vida. Pero también vivir para estar sano.

Vivir para hacer vivir las biotecnologías y tecnologías de la ecología, sin las cuales no existiría la Gran Salud” (Sfez, 1996).

Asistimos así a una auténtica cacería de la salud, siempre basada en los discursos de los especialistas o en resultados inéditos (Luz, 2003). Se refuerza entonces un estilo de vida representando la salud que a su vez se refleja en el cuerpo:

[...] tanto los agentes institucionales como los grupos sociales tienden a afirmar que lo fundamental es adquirir, tener, conservar, promover ‘salud’, o ‘mantenerla en forma’. La búsqueda de la salud se ha convertido, en el presente, en un verdadero mandamiento para los ciudadanos de todas las clases, todas las edades, ocupaciones y géneros (Luz, 2003).

El cuerpo delgado aparece siempre como referencia, el objetivo a alcanzar no en nombre de una elección estética o social, sino en nombre de la salud; se debe prestar atención a los síntomas físicos menores:

Mário Matsukura Júnior, 23 años, de São Paulo. Pesa 82 kilos, le crece un poco de barriga y no renuncia a los postres. Para perder cuatro kilos, quiere reducir sus visitas a restaurantes, en promedio, va cuatro veces por semana: – Uno de mis mayores placeres es comer bien, reconoce (IstoÉ 17/03/2002).

Bajo la égida de la salud, la sociedad civil está llamada a combatir el mal del siglo: el sobrepeso: “El cerco a las grasas se aprieta. Nunca se habían conocido tanto las raíces de la obesidad” (IstoÉ, 06/10/1999). Los expertos replantean “las estrategias de lucha”:

[...] dice el comunicado de la FDA (acrónimo del departamento estadounidense que regula la venta de alimentos y medicinas en el país) que terminó con la forma más eficiente de perder peso jamás producida por la medicina. Con la prohibición de la venta (de los medicamentos a base de dexfenfluramina y fenfluramina), también se acabó el sueño de conquistar un cuerpo esbelto con la ayuda de una pastilla comprada en la droguería de la esquina (Veja 24/10/1997).

En nombre de adquirir salud, de tener un cuerpo delgado, el individuo debe ser incluido en programas de pérdida de peso, que, a pesar de llamarse flexibles, ya no contienen placer, exigiendo disciplina y persistencia. En este esquema de adelgazamiento de la sociedad occidental reina el hedonismo, mezclando el placer con la disciplina (Courtine, 1995):

(la nutricionista) dice que mucha gente no quiere renunciar a los placeres (como las grasas y los dulces), prefiriendo vivir menos que ser comedidos en la mesa. – Ese no es el punto. No cuidar la alimentación significa más que vivir menos. Significa vivir peor, advierte la nutricionista Maria de Fátima Marucci (IstoÉ, 09/01/2002).

Las personas que están tratando de perder peso deben rechazar las invitaciones a restaurantes, cenas a la luz de las velas, regalos como una caja de golosinas, ya que estos ya no significan una invitación a la socialización, al romance; por el contrario, indican que el gordo está siendo “víctima de personas o circunstancias que engordan”:

El psiquiatra Artur Kaufman, del Proyecto de Atención al Obeso del Hospital das Clínicas de São Paulo (HC/SP), señala la existencia de la pareja, la casa, el amigo, el trabajo de engorde. Son personas o circunstancias que incitan al individuo a aumentar de peso. Es el marido que le da bombones a su mujer que acaba de perder un kilo, el amigo que invita al otro a una buena picaña sabiendo que está luchando con la balanza, la cantina de empresa que sólo ofrece platos calóricos [...] (IstoÉ 17/03/2002).

Hay que vencer las tentaciones, resistir las delicias del buen comer, en nombre de tener un cuerpo anunciado como perfecto y sano.

Es una batalla que requiere pruebas y sufrimiento. Casi el 60% de los entrevistados están a dieta para perder peso. Han renunciado a la sensación de saciedad y no pueden mirar sin culpa un pastel de chocolate (Veja, 04/02/1998).

[Al unirse al Dr. Atkins] no existe ese sentimiento constante entre los que hacen dieta de que se está perdiendo una de las dimensiones de la vida, que es comer bien (Veja, 19/04/2000).

En esa búsqueda de la salud, se nota que se resignifican actividades como el deporte, el baile, el noviazgo, las relaciones sexuales, comer, dormir, trabajar. Si en otros tiempos se entendían como actividades lúdicas, de ocio o recreación, o incluso eróticas, ahora se entienden como “prácticas de salud” (Luz, 2003).

Las emociones también merecen atención. En el proceso de envejecimiento, factores como la depresión, el estrés y la ansiedad acortan la longevidad. Estas situaciones comprometen la calidad de vida, implicando riesgos para la salud. Para combatirlos, es fundamental valorar los sentimientos positivos [...] La práctica

del sexo promueve dos beneficios a cualquier edad: emocional y orgánico [...] El ginecólogo Nelson Vitiello, de la Sociedad Brasileña de Estudios de la Sexualidad, explica que la relación presupone algún tipo de actividad física. Por lo tanto, ayuda a perder peso (IstoÉ, 09/01/2002).

De manera coercitiva, se convoca al sujeto a seguir un determinado patrón de conducta, que le hará llegar a la **utopía** llamada salud (Sfez, 1996):

La mega investigación del Brigham and Women's Hospital detectó siete comportamientos sobre los que es posible tener un control personal y que, si se adoptan antes de los 50, son determinantes para una buena salud física y mental a partir de los 65. Son: dejar de fumar, beber con moderación, controlar peso, hacer ejercicio regularmente, terminar la escuela, mantener un matrimonio estable y desarrollar una forma efectiva de lidiar con el estrés (Veja, 11/06/2001).

Existe en la cultura contemporánea, guiada por los valores dominantes en la sociedad, un conjunto de representaciones como el individualismo, la competencia, el consumismo y el cuidado del cuerpo como unidad central (y muchas veces única) que delimita al individuo en relación con los demás, así como las estrategias de valoración de ese cuerpo para obtener de él dinero, estatus y poder (Luz, 2003):

Para avanzar, es necesario ver el ejercicio físico no solo como una obligación. También debe ser divertido. Es cierto que es complicado enfrentarse a una cinta de correr como opción de ocio. Pero si compites contigo mismo en gimnasia, todo se vuelve más fácil. Crea metas a superar. Y no se avergüence de evaluar los resultados en el espejo. Es el tipo de narcisismo estimulante (Veja, 28/11/2001).

La estética se ha convertido, más que en la racionalidad médica, en el criterio sociocultural para determinar la salud (Luz, 2003). Esto también determina si el sujeto necesita realizar alguna “actividad de salud”, contener su alimentación o someterse a una cirugía estética:

Efectivos como ningún otro fármaco antes que ellos (dexfenfluramina y fenfluramina), estos remedios se fueron convirtiendo en una especie de cosmético. Su uso estaba más relacionado con la belleza que con la salud (Veja, 24/10/1997).

Es necesario agregar que la noción de moderación se impone como un mandamiento de salud, guiado por un estándar rígido de buena forma corporal. Deriva de estas representaciones que las prácticas

de salud son atravesadas por representaciones estéticas del cuerpo, ancladas en los valores dominantes ya mencionados. Aunque no son los únicos valores presentes en la sociedad, podemos señalar que el consumismo, el éxito, el estado asociado con un cuerpo “sano” y en forma, entre la clase media, son valores dominantes. El cuerpo representa, en este caso, un bien material, una inversión que debe tener un retorno. *Es claro, en este contexto, que el cuerpo individual ‘modelado’ es el centro del universo simbólico de este público, independientemente del género* (Luz, 2003).

En los medios de comunicación hay una amplia difusión de la idea de que la actividad física produce salud, y que así es entendida por el sentido común, y mediante la evocación del discurso del orden biológico y su neutralidad, se ocultan los vínculos entre la industria cultural, la moda y el mercado, todos ellos vinculados a un determinado tipo de belleza corporal (Carvalho, 1995).

La tendencia (incorporar la actividad física en la vida cotidiana) se basa fuertemente en el objetivo de ganar un cuerpo hermoso, una obsesión mundial, pero el número de personas que buscan ser fitness para mejorar la salud de su cuerpo y mente es cada vez mayor. Los entrenamientos se basan principalmente en investigaciones que demuestran que hacer ejercicio ayuda a controlar enfermedades, mejora el estado de ánimo e incluso combate el estrés. Los expertos celebran el momento (IstoÉ, 26/05/2000).

¡Las biociencias en la legitimación de un cuerpo perfecto!

Los artículos revelan que, si hay las que se alejan del patrón estético vigente en la cultura contemporánea, también existen innumerables maneras de encuadrar a todos en él, y corresponde a las revistas, de manera pretenciosamente neutra, poner a disposición dicha información, ya sea a través de la charla de expertos, los resultados de la investigación o nuevos descubrimientos científicos. El recurso frecuente a la ciencia y al conocimiento de la biomedicina imputaría al individuo un determinado tipo de cuerpo como algo natural. Y, para los que se opusieran, a lo naturalmente dado, habría una elección impregnada de culpa:

Ganas peso, desperdicias dinero. El costo social de tanta grasa es indigesto. En 1995, en los Estados Unidos, los gastos relacionados con problemas de salud derivados de la obesidad alcanzaron casi los 100 mil millones de dólares. Debido a los kilos de más, se gastan anualmente 11 mil millones de dólares en el tratamiento de enfermedades del corazón y 22 mil millones de dólares en diabetes. La disminución de la productividad en el trabajo es otro problema asociado con la obesidad. Y la grasa tiene una tremenda

influencia en la longevidad humana [...] Un cálculo realizado por el gobierno estadounidense muestra que si las personas regordetas perdieran solo el 10% de su peso en promedio, el presupuesto del sistema de atención médica estadounidense podría reducirse. 3 mil millones de dólares (Veja, 21/10/1998).

Un análisis sugiere la existencia de una reproducción de información que favorecería la opresión en relación a un tipo de individuo que tiene una marca en su cuerpo que lo contrapone a un cuerpo considerado ideal, bello y saludable. De esta manera, a través de muchas inversiones, es posible alcanzar la salud, que se considera un deber del individuo.

Así, las biociencias asumen, en los sujetos, un rol de legitimadora de la imposición de reglas y normas de conducta que serían apropiadas e impuestas de manera autoritaria, fundamentando sus discursos en el campo biomédico:

Hasta hace diez años, ir a un gimnasio para ponerse en forma lo suficientemente rápido como para marcar la diferencia en el espejo era una pérdida de dinero. Ha dejado de serlo gracias a los avances en las áreas de fisiología y nutrición del deporte y la mejora del equipamiento de los gimnasios. Diez o doce semanas ya es tiempo suficiente para tonificar los músculos, reafirmar el vientre y reducir la cantidad de grasa (Veja, 28/11/2001).

Se ve perfilado uno de los aspectos considerados como uno de los más perversos en este proceso de estigmatización de la persona gorda: la noción propagada por los medios de comunicación de la existencia de un cuerpo perfecto y que es fácil de adquirir, si se solo quiero. El gordo empieza a ser mirado como tener un cuerpo intolerable, en una sociedad donde se publicitan todos los medios para lograr ese cuerpo perfecto: “Y si el dinero escasea para el gimnasio, es posible seguir un programa efectivo de ejercicios en casa o en el salón del gimnasio”. tu edificio” (Veja, 28/11/2001).

Consideraciones finales

Interpretamos los principales discursos y significados vehiculados en los reportajes de los semanarios *Veja* e *IstoÉ* asociados al cuerpo. Los artículos, a través de una supuesta neutralidad y una legitimación basada en descubrimientos de las biociencias, enfatizan la necesidad de salud del individuo, que se equipara con “ponerse en forma” y no presentar los “kilos de más”. De esta forma, nuestros cuerpos se vuelven productos de los discursos que dan consistencia simbólica a la vida social:

El impulso contemporáneo por la eterna juventud ha producido, de hecho, cuerpos que permanecen jóvenes por mucho más tiempo. La tecnología, la medicina, la buena alimentación, los manuales de vida saludable contribuyen al rejuvenecimiento de los cuerpos; pero el atractivo social para mantenerse joven y la difusión de un estilo de vida juvenil a todos los grupos de edad tienen más efecto en los cuerpos que todas las vitaminas y los centros de fitness (Kehl, 2003).

La vejez es aterradora cuando el tiempo vivido no vale nada. El mito de la eterna juventud, en el límite, tiende a producir cuerpos sin historia, de los que queremos borrar con la ayuda de la medicina, todas las huellas del pasado. Está claro que, hoy en día, tener un cuerpo delgado, joven y en forma requiere una inversión que dista mucho de ser natural, como les gusta sugerir a los informes.

Para lograr este tipo de cuerpo, se asocian medicamentos a sustancias cada vez más potentes, ejercicios físicos, el fin de los placeres en la mesa, de las “compañías que engordan” y el fin de las tentaciones alimenticias. Te reeducas, te disciplinas, te controlas y la recompensa será un cuerpo que, antes de estar sano, ya no sea vulnerable, ya no tenga los “cansitos”, la barriga que denuncia un culto a un tipo de placer que es, en gran medida, negado en la sociedad contemporánea.

Referencias

- Fischler, C. (1995). Obeso benigno, obeso maligno. In: Sant’Anna DB, organizador. **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 69-80.
- Luz, M. T. (2003). **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec.
- Sudo, N. (2004). **Diga-me quanto pesas e te direi quanto vales: um estudo sobre representações do gordo em revistas contemporâneas** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social.
- Bourdieu, P. (1997). **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Velho, G. (1987). **Individualismo e cultura notas sobre uma antropologia da sociedade contemporânea**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Boltanski, L. (1984). **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Medrado, B. (2000). Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In: Spink MJ, organizador. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 243-271.
- Vaz, P. (1999). Corpo e risco. In: Villaça N, Góes F, Kaso- vski E, organizadores. **Que corpo é esse? Novas perspectivas**. Rio de Janeiro: Mauad, 159-175.

- Goldenberg, M., & Ramos, M. S. (2002). A civilização das formas: o corpo como valor. In: Goldenberg M, organizador. **Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca**. Rio de Janeiro: Record, 19-40.
- Camargo, J. R. K. R. de. (2003). **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec.
- Brown, P. J., & Bentley-Condit, V. K. (1997). Culture, evolution and obesity. In: Bray GA, Bouchard C, James WPT, organizadores. **Handbook of obesity**. New York: Marcel Dekker, 143-155.
- Sant'anna, D. B. (1995). Cuidados de si e embelezamento feminino: fragmentos para uma história do corpo no Brasil. In: Sant'Anna DB, organizador. *Po- líticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 121-140.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Sfez, L. (1996). **A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia**. São Paulo: Edições Loyola.
- Courtine, J. (1995). Os stakhanovistas do narcisismo: *body-building* e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: Sant'Anna, D. B. (org.). **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 81-114.
- Carvalho, Y. M. (1995). **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec.
- Kehl, M. R. (2003). As máquinas falantes. In: Novaes A, organizador. **O homem-máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 243-259.
- Sudo, N., & Luz, M. T. (2007). O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]., 12(4), 1033-1040. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400024>.

Tatuaje, género y lógica de la diferencia⁶⁷

César Sabino
Madel T. Luz

Introducción⁶⁸

En varias culturas de diferente complejidad, el tatuaje moviliza miradas, refleja sentimientos, clasifica y ordena subjetivamente el flujo intermitente de individuos que lo utilizan como lienzo y que buscan en él distinciones simbólicas. Formando una especie de lenguaje, los dibujos de la epidermis presentan una “gramática” que permite organizar en los gimnasios de culturismo el régimen de visibilidad institucional. Así, el tatuaje, desde el punto de vista sociológico, es un lenguaje que “está estrechamente vinculado a la organización social: [presenta] motivos y temas [que] sirven para expresar diferencias de posición, privilegios de nobleza y grados de prestigio” (Lévi-Strauss, 1975, p. 292).

La “gramática” epidérmica parece manifestarse a través de una contradicción: la mayoría de los tatuados en las academias investigadas eligen sus dibujos tras una decisión personal que expresa el deseo de distinción. Al tatuarse, buscan singularizar sus figuras, dándoles siempre una característica diferencial, un detalle específico; algunos incluso “inventan” sus dibujos o “llevan” su estilo cuando van al tatuador. Toda esta actitud se engendra en la búsqueda de una individualidad relacionada con la concepción del libre albedrío y la distinción de quien hace sus elecciones, de las que se ve como plenamente responsable.

De hecho, según Sanders (1989), el tatuaje es un medio de individuación que tiene la tarea de demarcar la diferencia en relación con el otro, tatuado o no. También constituye una demarcación de inconformismo que puede expresar la incorporación de una estética personal. Por otro lado, la grafía epidérmica permite reivindicar la pertenencia a una categoría social, sirviendo como una especie de

67 Publicado originalmente en portugués en la revista *Physis* (Sabino, & Luz, 2006).

68 Este artículo es el resultado parcial de un trabajo de campo (observación participante y etnográfica, con entrevistas grabadas y escritas, formales e informales), realizado en 12 gimnasios de las zonas Norte y Sur de la ciudad de Río de Janeiro, durante los años 1998 a 2004, para preparar una tesis doctoral en Antropología Cultural (Sabino, 2004). También informa de algunos análisis del grupo Racionalidades Médicas, del Instituto de Medicina Social de la UERJ. Se entrevistó a 310 frequentadores de estos establecimientos (200 hombres y 110 mujeres, con edades comprendidas entre los 16 y los 55 años) y, de ellos, 101 tenían tatuajes (63 mujeres y 38 hombres).

“etiqueta colectiva” (Durkheim, 1972, p. 113), simbolizando la afiliación privilegiada a un grupo social específico que busca demarcar su identidad colectiva en un proceso de emblematización.

Si bien los culturistas que participan frecuentemente en competencias no las exhiben en profusión (pues si los dibujos son grandes podrán entorpecer la visión de sus músculos o desviar de ellos la atención), los tatuajes están presentes en innumerables cuerpos en las academias de *bodybuilders* y “marombeiros”⁶⁹. En una pequeña muestra de la sociedad del rendimiento y de la apariencia que constituyen estas instituciones, la superficie de la piel resalta lo que reviste, lo que constituye objeto y propósito de todo el trabajo en estos lugares: el músculo. El diseño grabado en la epidermis surge como especie de acabado artístico en un continuo proceso de búsqueda de un ideal estético que envuelve la puesta en escena pública y la encarnación de roles inherentes a la dinámica social. Si cuerpos musculosos “pavonean” (Foucault, 1990, p. 9) por los escenarios repletos de espejos, mancuernas y máquinas de ejercicios, los tatuajes confieren a esos cuerpos el paroxismo de la visibilidad que les es inherente.

Asociados, en Occidente, a la marginalidad hasta los años 60 del siglo XX –cuando personas estigmatizadas como los presidiarios, los moteros de los *Hells Angels* y los marineros sin rango dibujaban, a veces de forma mal hecha, imágenes, palabras o frases en sus cuerpos–, los tatuajes han pasado a formar parte de la vida cotidiana de las clases altas. Decoran el cuerpo de individuos de diversas edades y demuestran la existencia de un proceso de circularidad cultural, en el que el poder de un objeto estigmatizado se convierte en emblema de *estatus* y dominio, invirtiendo el juego social por la disputa de la hegemonía simbólica de las clases (Ginzburg, 1986, Bakthin, 1987).

Como las costumbres de un pueblo, grupo social o clase se organizan en un sistema que presenta un estilo, a veces se produce una transposición cultural, una reinterpretación de significados que forman parte de la propia dinámica colectiva. Este movimiento es posible porque, entre otros aspectos, los sistemas no se organizan de forma ilimitada, lo que sugiere, según un clásico, que “las sociedades humanas, al igual que los individuos –en sus juegos, sueños y delirios–, nunca crean de forma absoluta, sino que se limitan a elegir ciertas combinaciones en un repertorio ideal” (Lévi-Strauss, 2000, p. 167).

En los gimnasios de musculación se puede percibir la producción colectiva –e inconsciente– de una gramática imaginaria compuesta por innumerables elementos tomados y reinterpretados de otras culturas y/o clases sociales. Tatuajes inspirados en figuras mitológicas pertenecientes a las culturas de la Polinesia

⁶⁹ En lenguaje “nativo” marombeiro significa todo(a) aquel(a) que frecuenta con asiduidad gimnasios y gimnasia, presentando cuerpo moldeado (“curado”, como es dicho) por los ejercicios. La palabra deriva de maromba, vara usada por el funámbulo para equilibrarse en la Maroma, cuerda en la cual camina. También puede significar el peso con el que el funámbulo mantiene su equilibrio (Sabino, 2002).

Francesa y Celta (llamadas tribales), japonesa, china, hindú, balinesa, medieval, además de ideogramas y personajes de cómics y dibujos animados, que van desde los superhéroes a los antihéroes, sin olvidar toda una clasificación “totémica” inspirada en animales y fenómenos naturales como perros, tigres, panteras, colibríes, rayos y estrellas, que decoran los cuerpos de los que van, que no siempre son culturistas. También existe una formación simbólica organizada en torno a objetos pertenecientes a la actual cultura del mercado y la *cibercultura*, como marcas famosas de ropa y zapatillas deportivas (Nike, Adidas, Mizuno) y símbolos de la informática, como la @, y los códigos de barras, generalmente estampados en lugares estratégicos del cuerpo, como el cuello, la muñeca o la parte baja de la espalda.

Canevacci (1993) señala que en las grandes megalópolis el lenguaje visual adquiere un papel eficaz por su instantaneidad. Propone que el antropólogo de las sociedades complejas preste mucha atención al lenguaje de los signos visuales, porque este lenguaje pone de manifiesto el hibridismo, o el *sincretismo cultural*, que se ha impuesto en los centros urbanos. Esta hibridez consolida el cuerpo como *mapa social*, expresando simultáneamente las narrativas individuales y colectivas. Estas narraciones –al igual que el bricolaje– se construyen con varios elementos, o términos, pertenecientes a diversas culturas tanto en el tiempo como en el espacio. Así, por ejemplo, una mujer de ascendencia alemana puede tener un tatuaje “tribal” en la rabadilla, marca ancestral de los hombres tahitianos, o un entrelazado celta, recreando desde la mitología germánica el concepto de “fuerzas del infinito”. Todo ello con el objetivo –consciente– no sólo de singularizarse, sino de identificarse –a menudo inconscientemente– con un determinado grupo que frecuenta lugares (los llamados *puntos*) y que consume determinados productos, escucha un determinado tipo de música etc.

Esta construcción de la identidad, a la vez concéntrica y excéntrica, está directamente relacionada con la dimensión visual de las interacciones sociales. En este aspecto, es necesario exponer los signos, ya sean músculos o dibujos, corte y color de pelo, ropa o ideogramas inscritos en la piel. Este atractivo visual de las sociedades complejas está presente delimitando espacios, demarcando diferencias y haciendo que –en el caso concreto– los componentes de las academias entren en el escenario iluminado de la vida urbana con su *puesta en escena* única inherente a los flujos culturales imperantes en la cultura globalizada (Hannerz, 1997, Luz, 2003, Le Breton, 2004), sobreexponiéndose en un juego que puede ejemplificarse con la producción de la imagen corporal en los campeonatos de culturismo, en los que hay que mostrar y demostrar cada fibra muscular en una especie de disección de la vida del competidor⁷⁰.

70 Tal vez el culturismo es una manifestación de un posible movimiento de estetización de las entrañas. Esta estetización tiene su mayor exponente artístico en el médico alemán Gunther Von Haggens, creador de la escuela llamada body work. El médico artista inventó un proceso de plastificar cadáveres, denominado plastination. Esta técnica conserva los cuerpos muertos, transformándolos en una especie de muñecos hiperrealistas expuestos en

Mostrar, exponer las entrañas musculares, exhibir, presumir, hacerse notar, no sólo mostrando el atrezo que conforma la sociedad de consumo, sino siendo el atrezo mismo: “el cuerpo humano se convierte en un cuerpo panorámico que refleja, devuelve y proyecta infinitas combinaciones de signos ventrílocuos” (Canevacci, 1993, p. 23).

Piel de hombre. Piel de mujer

Los tatuajes en los gimnasios de musculación se dividen en femeninos, masculinos y unisex. Las mujeres tienden a tatuarse ciertas figuras, como rosas y flores en general, estrellas, mariposas, luna, sol, personajes femeninos de cómics, colibríes, gatos y hadas. Ideogramas, diseños tribales, palabras y frases en letra gótica, símbolos informáticos, códigos de barras, corazones, duendes, dioses o diosas mitológicos son símbolos inscritos en la piel de hombres y mujeres. Águilas, cruces, panteras, tigres, dragones, demonios, calaveras, pistolas, alambre de espino, sirenas, mujeres desnudas, tiburones, esqueletos con guadañas y capuchas, y sobre todo perros pitbull, son tatuajes masculinos. Los lugares del cuerpo también definen el género: las mujeres suelen tatuarse en la nuca, la región lumbar (sobre todo las tribales), los pechos, las nalgas y la ingle, y a veces los omóplatos, los pies y los talones. Los hombres, en cambio, suelen tener dibujos en el bíceps (generalmente en la parte exterior, pero también los hay en la interior), la espalda, el deltoides, el antebrazo y, más raramente, el abdomen, las pantorrillas y el pecho.

Las divisiones establecidas por los dibujos configuran el mantenimiento, incluso la reproducción, de la gramática de las diferencias inherentes a las relaciones de género. Cuando el individuo piensa en elegir su dibujo (cualquiera que sea), es “elegido” por todo un conjunto de representaciones y prácticas, estructuras subjetivas y objetivas reproducidas por el estilo de vida que articula e imita (Edmonds, 2002). Este sistema (inconsciente) separa, organiza, distingue y constituye las (des)posiciones sociales, asignando al individuo en una de ellas y expresando su condición de género y clase⁷¹.

galerías de arte. En 2002 Von Haggens realizó una exposición de varios cadáveres en la Atlantis Gallery. Había entre ellos una mujer embarazada de ocho meses, con útero abierto mostrando el feto. El trabajo del médico ha alcanzado notoriedad, pues el mismo ha presentado programas en las televisiones europeas en los cuales él disecciona cadáveres en vivo (cf. El Globo. Sábado, 12/Abril/2003. Cuaderno Prosa y Verso, p. 2).

⁷¹ Sobre el tatuaje, así como sobre el músculo hiper inflado del culturista, parafraseando a Lévi Strauss (1975), podemos decir que se hace para el cuerpo, pero en otro sentido, el cuerpo, en este caso específico, está predestinado a la decoración por figuras y músculos, puesto que es solamente por, y a través de la decoración, que recibe su dignidad social y el significado. La decoración está diseñada para el cuerpo, pero el propio cuerpo no existe sino por ella. La dualidad es, en definitiva, la del actor y de su papel, y es la noción de máscara que nos trae su clave. Esa alusión a la máscara es significativa, puesto que persona en latín tiene el mismo sentido: “es clásica la noción de persona latina: máscara, máscara trágica, máscara ritual, máscara de antepasados” (Mauss, 1974, p. 225). La etimología evoca cuánto el agente está compuesto en sus acciones por fuerzas sociales inscritas en su cuerpo, confiriéndole identidad. La persona, en cuanto producción social, vive y repite, aunque en la diferencia las fuerzas creadoras colectivas. Como máscara,

El tatuaje –que apareció, como se ha dicho, entre personas antes consideradas escoria social– se ha convertido en el emblema, al menos en los casos de los gimnasios de culturismo y *fitness* de Río, del *ethos* de una fracción de la clase media que hipervalora la exposición estética. Se presenta como adorno y acabado distintivo de quienes buscan, en el cultivo del cuerpo, la musculatura y la ausencia de adiposidad, el signo de protagonismo y superioridad sensorial propios de este estrato social. Estas estructuras subjetivas y objetivas se inscriben en los cuerpos en un doble proceso de “interiorización de la exterioridad y exteriorización de la interioridad” (Bourdieu, 1983, p. 47). El aspecto “volátil” de esta ética estética característica de parte de la sociedad urbana actual se reitera en el hecho de que, habiendo sido en principio inscripciones hechas en la piel para toda la vida (es decir, supuestamente inmutables), hoy los grupos de tatuados adoptan, a veces, la estrategia de hacer otro dibujo sobre la figura que ya no cumple sus objetivos, cubriendo un tatuaje con otro.

Pero ¿qué significan estos tatuajes? ¿Cuál es su función en el contexto cultural estudiado? ¿Qué significado tiene el acto de tatuarse para quienes se tatúan?

Avanzando en una vía interpretativa, podemos repetir, respecto a los tatuajes, que éstos, de una u otra manera, confieren al individuo su dignidad de ser humano; marcan el paso de la naturaleza a la cultura, del animal “estúpido” al hombre civilizado. Entonces, diferentes en cuanto a estilo y composición [...] expresan, en una sociedad compleja, la jerarquía de los *estatus*. Por lo tanto, tienen una función sociológica (Lévi-Strauss, 2000, p. 183).

Para quienes lo llevan en su cuerpo, el dibujo puede significar iniciación, pertenencia, identificación y aceptación en un determinado grupo:

[...] “mandé” este dragón porque todos los que conozco tienen tatuajes en el gimnasio, y en el tatami, los más “duros” son los que tienen más “rabia”, más “modales” [...] así que mandé este dragón en mi brazo... Ahora quiero hacer un pitbull aquí en mi espalda (Carlos. 23 años. Estudiante, culturista amateur y luchador de jiu-jitsu).

O:

Ah, yo hice la mariposa en la nuca el año pasado... Toda la gente allí en el curso tenía, aquí en la academia todas las chicas tienen *tatuajes* y *piercing*, ya sabes, ¿no? Es la moda, no sé [...] entonces me hice este en

la persona pone en escena o participa en la puesta en escena de los tipos sociales. Le Breton (2004) subraya que actualmente los tatuajes no son solo una forma de singularizar, sino de tocar a las jóvenes generaciones en su conjunto, confundiendo todas las condiciones sociales y los géneros ellas no son exclusivamente de hombres.

la nuca y luego me puse el *piercing* en el ombligo [...] mi madre se quejaba mucho, no me daba el dinero para hacerlo, entonces empecé a vender unos collares y pulseras que me hice yo misma y junté dinero y lo hice (Tatiana. 18 años. Estudiante).

El “sufrimiento de ser escrito por la ley del grupo [el dolor] va acompañado de un placer, el de ser reconocido, el de convertirse en una especie de palabra identificable y legible en un lenguaje social, el de convertirse en un fragmento de un texto anónimo, el de inscribirse en una simbólica sin dueño y sin autor” (De Certeau, 2002, p. 232). Estos mensajes, no pocas veces, están relacionados con una supuesta rebeldía presente en los movimientos estético-musicales de masas:

Tengo a Bob Marley en la espalda, aún no lo he terminado, tardaré un poco porque hay que colorearlo todo y es grande, ocupa toda la espalda como ves, ¿no? [...] Me mandé este *tatuaje* porque me gusta *el reggae*, me identifico con el mensaje de Bob, desde pequeño me gusta [...] de vez en cuando me aprieto uno, claro, para calmarme [...] así que el *tatuaje* tiene todo que ver [...]. Es una cosa de cabeza y piel, no sé (Filipe. 24 años. Estudiante, culturista y patinador amateur).

Los símbolos que los miembros de este grupo urbano inscriben en su piel pueden sugerir representaciones y prácticas. Los tatuajes más comunes entre los culturistas y los que frecuentan los gimnasios son los que expresan fuerza, autoridad y *poder*, relacionándolo directamente con la virilidad. Junto a estos símbolos aparecen los vinculados al consumo de drogas: ratas con cuerpos de culturista y elfos musculosos fumando marihuana, además de setas de todos los tamaños, aludiendo a un supuesto té de hongos alucinógenos, y el dibujo de la propia planta de *cannabis sativa*.

Estas alusiones a las drogas merecen una hipótesis: el rito de iniciación de un marombeiro –el que se convierte en asiduo de los gimnasios, futuro culturista– está relacionado con el uso colectivo de esteroides anabolizantes. La mayoría de estas personas utilizan estas sustancias para mejorar su rendimiento en el entrenamiento, aumentando la fuerza, reduciendo el porcentaje de grasa y aumentando la masa muscular. Vivir con esta realidad llena de sustancias químicas es, así, un hecho inevitable para los actuales asiduos al gimnasio. Para construir su identidad y ser aceptado en el grupo (salvo raras excepciones), el agente necesita pasar por el uso de dichas sustancias. El proceso también se reitera con la concepción de la aptitud física, la apariencia, como sinónimo de salud.

La droga forma parte del proceso ritual de iniciación, rito de institución, estando presente, de forma duradera, en la vida cotidiana de estas personas. Durante nuestro trabajo de campo pudimos constatar que

muchas personas consumen drogas, además de las “bombas”, en fiestas o momentos de ocio fuera de los gimnasios. Tatuar en los músculos los símbolos relacionados con el consumo de drogas reitera y afirma la pertenencia del tatuado a las estructuras objetivas y subjetivas que impregnan y constituyen las prácticas de cultivo de la forma. Cuando el tatuaje alude a la iniciación a las drogas, articula un proceso que permite al tatuado hacerse a sí mismo y percibirse como parte de un grupo.

El tatuaje también puede representar una extensión y un complemento del significado de los músculos y de todo lo que implica su cultivo. Figuras de perros feroces, calaveras y cruces, la muerte, símbolos de superhéroes, tigres, panteras y dragones, en definitiva, animales y objetos considerados peligrosos sirven de advertencia: “¡Cuidado, soy peligroso!” (Diógenes, 1998). La imagen del perro pitbull, por ejemplo, considerado de temperamento feroz y explosivo, parece en el discurso de los marombeiros como símbolo de fuerza y de lo que ellos consideran cualidades: agresividad, intrepidez, ferocidad y poder: “[...] este pitbull de aquí [señala la imagen tatuada en su pantorrilla] es mi mascota... Él me da fuerzas” (Pedro. 25 años. Estudiante). O:

El tatuaje de esta bestia de aquí, en el brazo [...] en este brazo de aquí, es mi pitbull [...] me identifico con esta raza de perros, hay un movimiento ahí que quiere acabar con ellos, has oído hablar de ello, ¿verdad? Dicen que el animal es violento y demás [...] pero no lo conseguirán, luchamos, tejemos, nos gustan los deportes extremos, amamos a este animal [...]. Seguiremos creando [...] él es nuestro símbolo [...] fuerte. Su mordida tiene más que una tonelada de presión, eso es, quiero que mi golpe también tenga una tonelada de presión (João. 28 años. Comerciante).

En cuanto a las mujeres de las academias, las figuras hacen referencia a la delicadeza, la sensualidad y la sumisión. Estos dibujos acentúan estéticamente lo que tradicionalmente se considera femenino en nuestra cultura, o los encantos, sobre todo para los ojos masculinos, de esta feminidad (Freyre, 1986). Estas figuras se inscriben generalmente en regiones específicas del cuerpo de la mujer: caderas, vientre, pechos, ingle, nuca. Si en el registro masculino, los dibujos enfatizan la musculatura y la masculinidad de las regiones del cuerpo que representan la virilidad y la fuerza –y, por lo tanto, el honor de ser un hombre–, en el registro femenino estos dibujos destacan lo contrario, vinculando la fuerza femenina directamente a la seducción y la sexualidad. El tatuaje se convierte en un adorno para las cualidades físicas directamente vinculadas al género y a las jerarquías de poder y las relaciones de poder inherentes al mismo (Le Breton, 2004). Incluso esas figuras unisex, que podrían dar la impresión

de un cambio de condición disimulado por un cambio de posición, se inscriben en regiones específicas del cuerpo en las que se demarcan las peculiaridades del poder compensatorio femenino enraizado en la dependencia de la dominación masculina. El dibujo aparece allí como un adorno de las cualidades sensuales y seductoras de la mujer –incluso cuando se supone que es un signo de “liberación”–, lo que sugiere que el uso del cuerpo y la estética femeninos sigue estando subordinado y arraigado al punto de vista masculino, ya que tales cualidades sensuales lo son precisamente porque reiteran la condición de subordinación de quien las presenta:

el cuerpo femenino, a la vez ofrecido y rechazado [en los juegos de seducción] manifiesta la disponibilidad simbólica que [...] conviene a la mujer, y que combina un poder de atracción y de seducción [...] adecuado para honrar a los hombres de los que depende o a los que está vinculada, con un deber de rechazo selectivo que añade al efecto de “consumo ostentoso” el precio de la exclusividad (Bourdieu, 1999, p. 40-1).

La demarcación de las regiones del cuerpo que son el objetivo de la lujuria sexual masculina – porque significan la condición tradicional de la mujer– parece funcionar como un refuerzo de la seducción:

[...] hacemos tatuajes en la nuca, en la ingle, cerca de las nalgas... Por supuesto, son lugares donde las mujeres se hacen *tatuajes* [...] ¿Por qué? Porque le da un *toque*, un realce a esa parte de tu cuerpo que te parece genial, que atrae a los chicos, qué te da ese encanto. Si una mujer tiene una bonita cintura, una cintura fina, una cadera ancha, se le pone una *tribal* aquí [señala la zona debajo de los riñones], si tiene un bonito busto se le pone una en el pecho, y así sucesivamente... ¿Sabes a qué me refiero? Muchas chicas dicen que se lo hacen en la nuca, en el culo para no cansarse del *tatuaje*, porque ahí no ve el dibujo todo el tiempo, está bien, incluso puede ser, pero es mucho más para resaltar esa parte del cuerpo que le parece genial (Juliana. 20 años. Estudiante).

Sin embargo, no todos muestran esta reflexividad sobre la función del tatuaje:

Me he *tatuado* porque me gusta, no hay ninguna razón para... Me pareció genial y me lo puse en el tobillo, luego este ideograma en la nuca que significa vida y amor; ya está, lo hice porque lo hice y ya está (Mariana. 25 años. Periodista).

Así, al utilizar su propio cuerpo, la mujer tatuada, al menos en este caso concreto, naturaliza una ética culturalmente estructurada que la construye como *ser-para-el-otro*. El tatuaje parece entonces

aparecer como una especie de adorno que resalta y sensualiza ciertas dotes físicas, confirmando y reiterando a la portadora el poder (o contrapoder) y el *quantum* de su feminidad, construida como complemento y contraposición a la masculinidad que la define en oposición a cierta sensualidad masculina que reside en la musculatura directamente ligada a la figura del hombre dueño de su fuerza y de las fuerzas ajenas. La dureza muscular, la grandeza y a veces la rusticidad se convierten en sinónimos de excelencia para las mujeres de estas instituciones:

Me gusta un hombre con cara de hombre, con cuerpo de hombre, con forma de ser de hombre, no hace falta que sea un monstruo de músculos, pero tiene que estar construido, tiene que ser grande, espacioso, tiene que tener garra [risas], forma de ser de hombre, presencia [...] que imponga respeto, autoridad [...] (Fabiana. 28 años. Abogada).

La siguiente tabla sugiere algunos aspectos clasificatorios representados por las figuras tatuadas en los cuerpos de los culturistas y de los asiduos a los gimnasios de culturismo y *fitness*. La clasificación está directamente relacionada con la división por sexos, con sus relaciones de poder inscritas en el cuerpo.

Classificação Triádica				
	Homens	Unissex	Mulheres	
(+) Agressivo/ Forte	Pitbull Tigre Águia Pantera Tubarão Caveira Armas Morte (caveira com foice) Sol etc.	Tribal Duende Grifes (Nike, Adidas) Coração Deuses(as) Ideogramas Circunstanciais (Frases) etc.	Borboleta Beija-flor Estrela Lua Rosa Mantras Fada Anjinho etc.	(-) Delicado/ Fraco
	Corpo masculino	Ambos		Corpo feminino
Regiões que demarcam a sensualidade masculina (Agressividade, força, dominação)	Bíceps Antebraço Costas Deltóides Peitoral Panturrilha	As regiões corporais relativas ao sexo são mantidas	Regiões demarcam a sensualidade feminina (delicadeza, sensualidade, submissão)	Virilhas Ventre Seios Região lombar Tornozelo Nuca Omoplata

El tatuaje y la lógica de la identidad

La existencia de la clasificación triádica sugerida anteriormente (tatuaje de hombre, tatuaje de mujer y unisex), representada por las figuras dibujadas en la piel tanto de hombres como de mujeres, quizás hace referencia a una maleabilidad clasificatoria relacionada con la consecución de la igualdad entre los sexos. Es posible interpretar que tal ambigüedad sólo reitera que la mujer ha cambiado su posición, pero, la mayoría de las veces, no ha cambiado su condición social, porque la disciplina que se impone tradicionalmente a su cuerpo, delimitando su situación en oposición a la condición masculina, como es posible advertir en los gimnasios de culturismo, ilustra la significación moral inscrita no sólo en su apariencia, sino en sus actos: Espaldas que se mantienen rectas, andar balanceado y con maña, caderas empinadas, ausencia de barriga, piernas cerradas al sentarse, pechos enfatuados a propósito, miradas lascivas etc., como si la feminidad se midiera por el arte de ser delicada o pequeña (Bourdieu, 1999, Simmel, 1993). Las técnicas corporales femeninas presentes en las sociedades complejas tienen el efecto paradójico –a través de la demostración de la disciplina y la contención, de la oferta y la negación de la oferta, del supuesto disimulo– y reiterar el orden de la seducción y la belleza femenina, socialmente contruidos, mostrando y demostrando, aunque sea circunstancial y soterradamente, los atractivos del cuerpo directamente relacionados con su sexualidad.

Tanto la sociología como la antropología urbana han desarrollado enfoques teóricos que universalizan la dominación masculina. *A grandes rasgos, así es como* proceden los enfoques de, por ejemplo, Lévi-Strauss y Bourdieu⁷². Sin embargo, nuevos estudios dirigidos a las sociedades tribales no estratificadas de la Amazonia y Nueva Guinea no comparten la universalidad de esta dominación, reiterando que, en tales sociedades, en general, las relaciones entre los géneros son permeables y equilibradas (Overing, 1984, Castro, 2002, Gonçalves, 2001, Lagrou, 1998). Este aspecto se percibe, por ejemplo, en las prácticas de la *couvade*, cuando después del parto el hombre también mantiene la guardia. Esta práctica sería inherente a las sociedades en las que las tareas sexuales son relativamente flexibles y el poder y el *estatus* femenino son elevados. La *couvade* quizás sirva para establecer las tareas del padre en la vida del niño y para equilibrar las funciones masculinas y femeninas en la crianza del niño.

Otro comportamiento ritual que demuestra la imitación masculina del poder reproductivo femenino es la “*saignade*”, un ritual de sangrado que imita la menstruación. Aunque la sangre menstrual

⁷² Bourdieu (1999, p. 43), por ejemplo, escribe: “votadas simbólicamente a la resignación y a la discreción, las mujeres sólo pueden ejercer algún poder volviendo su propia fuerza contra los fuertes, o aceptando borrarse, o al menos negar un poder que sólo pueden ejercer por delegación (como eminencias marrones)”.

es universalmente temida, en muchas culturas también se cree que conlleva un gran poder, siendo la fuente y la causa de la salud superior de las mujeres y también la causa de su rápido crecimiento. Así, entre los Menihaku del Amazonas hay numerosas ocasiones en las que los hombres menstrúan simbólicamente, siendo la más significativa el ritual de perforación de las orejas. Entre los sambia de las tierras altas de Nueva Guinea, la sangre menstrual también se identifica con la vitalidad, la longevidad y la feminidad de las mujeres. Para garantizar una salud y una longevidad similares, los hombres sambia producen una dolorosa y brutal imitación ritual de la menstruación, en la que se provocan hemorragias nasales en los jóvenes durante las ceremonias de iniciación (Counihan, 1996). Una sacralidad similar en relación con la sangre menstrual y la exaltación del poder femenino fueron percibidas por Osório (2000) en relación con el grupo de practicantes de brujería moderna en Río de Janeiro, llamado Wicca.

Si en muchas culturas existe una equivalencia entre los géneros, no es el caso de los culturistas y los marombeiros. La clasificación triádica existente en el sistema simbólico del tatuaje sólo provoca una ilusión igualitaria, arraigada en la supuesta maleabilidad simbólica del tatuaje unisex. Las clasificaciones de los diseños epidérmicos recuerdan las clasificaciones ternarias puestas de manifiesto en el pensamiento salvaje estudiado por Lévi-Strauss (1975a, 1975). El autor sugirió el carácter continuo (o continuidad dinámica del mundo) presente en el pensamiento salvaje: “las sociedades que llamamos primitivas no conciben que pueda haber una brecha entre los distintos niveles de clasificación [...] representan dichos niveles] como las etapas o momentos de una transición continua” (1975a, p. 202). Según Lévi-Strauss, en la clasificación primitiva no hay una concepción estática de la realidad, sino que se percibe como un proceso dinámico, con ausencia de compartimentos estancos formales, como podría sugerir un binarismo presente en los temas estructuralistas.

La binaridad lógica (o las particiones ontológicas) presentaría una solución original en el pensamiento salvaje: al ser una relación entre lo continuo y lo discontinuo, el universo se “representaría en forma de un *continuo* compuesto de oposiciones sucesivas” (Lévi- Strauss, 1975a, p. 205). Como señala Viveiros de Castro, las oposiciones binarias estáticas no estarían presentes en esta ontología, ya que la identidad no sería más que un caso o manifestación de la *diferencia*.

Señalando un error común en la antropología urbana, el autor señala que una antropología de las sociedades complejas no debe preocuparse sólo por encontrar en las culturas nacionales y en las sociedades de tradición cultural europea o euroasiática, la misma lógica o sentido que se encuentra entre los

“primitivos”, sino, por el contrario, buscar las diferencias entre dichas sociedades. El autor afirma también que una concepción turbia del estructuralismo ha llevado a numerosos investigadores de sociedades complejas, de modelos europeos o asiáticos, a hacer proyecciones de términos de una cultura a otra. Este error sólo demuestra que una proyección efectiva debe ser de tipo geométrico, en la que se conservan las relaciones y no los términos, por ejemplo:

El “equivalente” del chamanismo amerindio no es el neo chamanismo californiano, ni siquiera el candomblé bahiano. El equivalente funcional del chamanismo indígena es la ciencia. Es el científico, es el laboratorio de física de alta energía, es el acelerador de partículas. La matraca del chamán es allí el acelerador de partículas (Castro, 2002, p. 489).

Este error de proyección ha impedido a muchos investigadores percibir las singularidades estructurales entre tipos de pensamiento muy diferentes y, por lo tanto, también les ha impedido percibir la singularidad de las prácticas socioculturales que tienen consecuencias opuestas en diferentes culturas. Al transponer los términos y no analizar comparativamente las relaciones, los investigadores mantienen un universalismo incapaz de percibir las implicaciones críticas que dichas relaciones suponen para la base cosmológica, la racionalidad, del pensamiento occidental y sus prácticas.

Tal vez la búsqueda de lo inmutable, de la identidad –entendida como esencia metafísica–, propia de la cultura occidental (Schöpke, 2004; Deleuze, 1981), pueda expresarse, entre otros aspectos, mediante *los tatuajes circunstanciales* –en forma de frases–. Estos tatuajes buscan eternizar un instante de la vida (las circunstancias), un momento, una fecha, una relación mediante la fijación en la piel de un nombre o incluso un texto con supuestos poderes mágico, protectores (Le Breton, 2004). Se presentan siempre en forma de frases que forman o no textos, a diferencia de los otros modelos de inscripción epidérmica. Un culturista e instructor de musculación en un gimnasio del barrio de Grajaú muestra, además de otros tatuajes repartidos por su cuerpo, un tatuaje de este tipo con letras góticas, con la inscripción “CULTURISMO” en su antebrazo:

Llevaba escrito “CULTURISMO” en el antebrazo para que toda la gente viera que el culturismo y la musculación son mi vida, la razón de mi vida; todo lo que tengo lo he conseguido gracias a lo que hago... Así que lo hice escribir allí, para que todo el mundo lo viera [...] Todavía quiero tener [la categoría] libertad escrita en mi espalda... (Pedro, 30 años. Monitor de halterofilia).

Sigue siendo un habitual de las salas de pesas del mismo gimnasio:

Me tatué en la piel lo que tengo en mi mente: la palabra Dios en inglés [...] me lo tatué porque creo que tengo que acordarme de Él todo el tiempo, para agradecer lo que tengo, la salud para correr detrás de lo que necesito, por eso me lo tatué en la muñeca [...] también para que todos vean que me protejo, no sé, es como mágico [...] también [...] poder superior que llevas en tu cuerpo (Carol. 18 años. Estudiante).

Si se hiciera una proyección apresurada de los tatuajes entre las tribus “primitivas” y las neotribus urbanas, probablemente se concluiría que la mencionada clasificación triádica, presente en los gimnasios de culturismo, remitiría a una concepción dinámica del universo, en la que la diferencia se presentaría como constitutiva de la realidad tanto en el pensamiento occidental como en el amerindio. Pero esto no es lo que ocurre. Si se dejan al lado los términos y se transponen las relaciones, nos daremos cuenta de que a pesar de las aparentes similitudes en las clasificaciones entre culturistas y amerindios, las lógicas de unos y otros están simétricamente invertidas. El aspecto triádico amerindio está relacionado con el *continuo de la realidad* entendida como proceso o *devenir*.

El aspecto triádico se manifiesta, a su vez, en ambos grupos (tribus amerindias y neotribus urbanas), por la gran variedad de dibujos que, si a veces tienen el mismo contenido (tema), varían mucho en cuanto a la forma (estilo). El ejemplo de los indígenas del grupo Pano en el Amazonas se refiere al aspecto *nómada* del pensamiento amerindio, en contraste con la característica *sedentaria* del pensamiento occidental. Para este grupo, los tatuajes permiten la identificación inmediata del grupo al que pertenece el individuo: “son particularmente elaborados los tatuajes de los diversos grupos de la zona de Juruá-Purus, caracterizados por motivos angulares [...] cuya composición varía de un grupo a otro, lo que permite una identificación inmediata” (Signorini, 1968, p. 179 *apud* Erikson, 1986, p. 192).

De manera similar, los tatuajes entre los asiduos a los gimnasios de culturismo en Río de Janeiro clasifican a los individuos pertenecientes a subgrupos específicos en una lógica de “asimilación de lo más lejano junto con la máxima diferenciación *frente a* lo más cercano” (Erikson, 1986, p. 192). Los mismos diseños, con sus variantes, pueden encontrarse entre diferentes subgrupos, del mismo modo que dentro de un mismo subgrupo pueden coexistir motivos muy diferentes. Un águila puede ser representada de innumerables maneras, aludiendo a diferentes significados para diferentes secciones, o teniendo el mismo significado para un grupo específico, pero siendo representada por diferentes estilos; formas que tienden

a marcar la singularidad de quien lleva el dibujo (Osório, 2006). Esta diversidad alude a la lógica de la diferencia presente entre los amerindios, en la que el mundo es visto y entendido como un movimiento incesante, “un conjunto interconectado de seres [...] con intencionalidad y agencia similares a las nuestras, capaces de adoptar un punto de vista” (Lagrou, 1998, p. 164).

Philippe Descola sugiere la existencia de varios modelos de “ecología simbólica”: el naturalista (occidental), en el que rige una relación metonímica y natural entre la naturaleza y la sociedad, estando la realidad arraigada en última instancia en la naturaleza: el ser humano tendría su “esencia” biológica como animal, diferenciándose de él sólo por la cultura. El enfoque “totémico”, en el que la relación es puramente diferencial y metafórica, comparándose una serie por analogía con otra serie; y, por último, el modo “ánimico” (vigente en las cosmologías amazónicas), en el que la relación naturaleza/cultura es metonímica y social, es decir, a la inversa de las cosmologías occidentales, éstas entienden que el cosmos es todo cultura y no naturaleza. Los objetos y los animales tendrían sociedades y se verían a sí mismos como colectividad social; el animismo sería, así, un sociocentrismo (Descola, 1992, 1996, Castro, 2002).

Pero si en algunos momentos el proceso lógico parece ser el mismo que en la metafísica, este hecho no resiste un análisis más profundo. Entre los culturistas y las personas que acuden a los gimnasios de culturismo, en este caso, la estructura lógica del pensamiento se refiere a una clasificación que tiende a buscar *la identidad*, entendida (de forma contraria a la de los amerindios) como la negación de la diferencia, la esencia inmutable del cosmos. Si para el grupo amerindio el movimiento expresado por la infinita variación de formas de tatuajes con el mismo tema significa la “identidad” de la diferencia, para otro, el mismo movimiento busca demarcar la identidad entendida como una manifestación de lo inmutable, una copia imperfecta de ésta. El tatuaje, en el caso de los fisicoculturistas y los culturistas, expresaría la concepción inconsciente de que el cosmos no es un devenir, un *devenir* inmanente, sino una parte volátil de una realidad metafísica superior esencialmente inmutable, a la manera platónica. Si en el pensamiento domesticado o llamado occidental (Lévi-Strauss, 1975, Luz, 2004, Bourdieu, 2005), la identidad es la ausencia de diferencia (y esta diferencia es una carencia, un defecto) –lo que conduce a la búsqueda de la esencia estática del cosmos en la filosofía metafísica–, en el pensamiento salvaje o llamado nómada ocurre lo contrario: la identidad es un caso particular, circunstancial y delimitado de la diferencia (Castro, 2000, Marques, 2003, Deleuze, 2006).

Este proceso lógico está directamente relacionado con el perspectivismo amerindio⁷³. La misma variabilidad de figuras tatuadas, existente entre amerindios y culturistas y marombeiros, expresa en última instancia direcciones opuestas. En el caso de los marombeiros, esta variabilidad está representada por el hecho de que el mismo diseño se realiza en lo que ellos mismos llaman estilos. Estos estilos son diversos (tradicional, oriental, *nueva escuela*, tribal etc.). Por ejemplo, está el estilo tribal, que puede verse en variantes como el estilo celta, samoano o tahitiano; está el estilo mecánico, que representa figuras con formas cibernéticas; está el estilo oriental, con diseños inspirados en el arte chino y japonés, especialmente el Yakusa (en el caso de los japoneses) etc. Este movimiento –de variación de forma y estilo– es entendido por el culturista como una búsqueda de demarcación identitaria que delimita la singularidad de su persona como marca que desea la inmutabilidad y no como demostración de la diferencia y el devenir inmanente al cosmos, proceso que ocurre en el caso amerindio, en el que “la distancia intensiva y extrínseca entre las partes se convierte en diferencia intensiva, inmanente a una singularidad dividida” (Castro, 2002, p. 293). Mientras que la variabilidad y la continuidad significan para uno el propio movimiento cosmológico (el devenir), para otro constituyen búsqueda de la singularidad identitaria, la marca de una “esencia” inmutable (la identidad). Si la singularidad es, y afirma el proceso, en un aspecto, en otro el proceso debe ser negado por la propia búsqueda de la singularidad. En esta interpretación, mientras el pensamiento domesticado de *los culturistas* y marombeiros afirmaría lo trascendente, el pensamiento salvaje amerindio, por su parte, se presentaría como la pura manifestación de la inmanencia.

73 El perspectivismo amerindio es descrito de la siguiente forma por Eduardo Viveiros de Castro (2002, p. 350): “el estímulo inicial para esta reflexión fueron las numerosas referencias, en la etnografía amazónica, a una concepción indígena según la cual el modo como los seres humanos ven a los animales y otras subjetividades que pueblan el universo dioses, espíritus, muertos, habitantes de otros niveles cósmicos, plantas, fenómenos meteorológicos, accidentes geográficos, objetos y artefactos es profundamente diferente de la forma en que estos seres ven a los humanos y a sí mismos. Típicamente, los humanos en condiciones normales ven a los humanos como humanos y a los animales como animales; en cuanto a los espíritus, ver a esos seres usualmente invisibles es un signo seguro de que las ‘condiciones’ no son normales. Los animales depredadores y los espíritus, sin embargo, ven a los humanos como animales de presa, mientras que los animales de presa ven a los humanos como espíritus o como animales depredadores: ‘el ser humano se ve a sí mismo como tal. La luna, la serpiente, el jaguar y la madre de la viruela lo ven, sin embargo, como un tapir o un pecarí que ellos matan’, anota Baer sobre los Machiguenga. Viéndonos como no humanos, es a sí mismo que los animales y espíritus se ven con humanos. Ellos se aprehenden como o se vuelven antropomorfos cuando están en sus propias casas o aldeas, y experimentan sus propios hábitos y características bajo la especie de la cultura: ven su alimento como alimento humano (los jaguares ven la sangre como caaim, los muertos ven los grillos como peces, los buitres ven los gusanos de carne podrida como pescado asado etc.) sus atributos corporales (pelaje, plumas, garras, picos etc.) como adornos o instrumentos culturales, su sistema social como organizado idénticamente a las instituciones humanas (con jefes, chamanes, ritos, reglas de matrimonio etc.). Ese ver ‘como’ se refiere literalmente a perceptos, y no análogamente a conceptos, aunque, en algunos casos, el énfasis sea más en el aspecto categorial que sensorial del fenómeno; de cualquier modo, los chamanes, maestros del esquematismo cósmico dedicados a comunicar y administrar las perspectivas cruzadas, están siempre ahí para hacer sensibles los conceptos o inteligibles las intuiciones. En resumen, los animales son personas, o se ven como personas. Tal concepción está casi siempre asociada a la idea de que la forma manifiesta de cada especie es una envoltura (una ropa) que oculta una forma interna humana, normalmente visible solo a los ojos de la propia especie o de ciertos seres transespecíficos, como los chamanes. Cuando están reunidos en sus aldeas en el bosque, por ejemplo, los animales se desnudan y asumen la figura de su figura humana. En otros casos la ropa sería como que transparente a los ojos de la propia especie y de los chamanes humanos.”

Conclusión

Si los tatuajes se refieren a un tipo de sistema simbólico o gramática social, dicha gramática en los gimnasios de culturismo se refiere a las relaciones jerárquicas de género y de *estatus*, relaciones que producen y son producidas por las prácticas cotidianas de los actores. Esta misma lógica presenta una singularidad triádica invertida simétricamente en relación con el pensamiento amerindio. Esta última concibe el mundo –visto sin la escisión naturaleza/sociedad, ya que todo es sociedad y “humanidad”– como devenir y diferencia, mientras que la lógica de los culturistas y fisicoculturistas (una pequeña muestra de la lógica metafísica) concibe la *diferencia*, el *devenir* como un defecto, una parte desequilibrada y tortuosa de una realidad inmutable, pura, superior, que es máxima *identidad* y simetría.

Si, para una forma de pensamiento, el respeto a la diferencia y a la asimetría es la base de todo el proceso de pensamiento y de la organización práctica de la vida, para otra, la diferencia y la asimetría aparecen como males contra los que hay que luchar en nombre de una *identidad* suprema e inmutable, pura manifestación de la perfección y la positividad. Si la lógica o racionalidad amerindia, por el contrario, acepta la diferencia y el movimiento como algo positivo, absorbiendo y respetando su ocurrencia, la lógica o racionalidad occidental ve en la diferencia la amenaza a su integridad, hecho que remite, en la práctica, a la dificultad de tales pensamientos (presentes en las sociedades capitalistas complejas) para lidiar con las manifestaciones del otro y de la alteridad.

Mientras una lógica absorbe positivamente esta alteridad al entenderla como el núcleo de todo devenir cósmico, la otra combate la misma alteridad –incluso cuando se habla de dialéctica– haciéndola desaparecer dentro de una identidad inmutable que debe, en última instancia, dominar, ordenar, administrar y someter la diferencia al imperio de lo “mismo” y de lo “mismo”.

Lo que, en términos prácticos, debería destacarse en este proceso es que, en un tipo específico de pensamiento, el respeto por la diferencia y la asimetría produce relaciones sociales marcadamente igualitarias y simétricas (como puede verse en las relaciones de género entre los amerindios); mientras que el otro tipo (el pensamiento racionalista occidental), que dice defender la igualdad y la simetría social, en la práctica produce reglas asimétricas, instituyendo relaciones sociales, incluidas las de género, marcadas por las desigualdades.

Referencias

- Bourdieu, P. (1983). **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero.
- Bourdieu, P. (1989). **O poder simbólico**. Lisboa: Difel.
- Bourdieu, P. (1999). **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Bourdieu, P. (2005). **Esboço de auto-análise**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Canclini, N. G. (1995). **Consumidores e cidadãos**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- Canevacci, M. (1993). **A cidade polifônica**. São Paulo: Studio Nobel.
- Counihan, C. (1996). Food, Sex and Reproduction: penetration of gender boundaries. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre. Ano 2 (4), 104- 117.
- De Certeau, M. (2002). A invenção do cotidiano: artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1.
- Deleuze, G. (1981). **Nietzsche e a Filosofia**. Porto: Rés.
- Descola, P. (1992). Societies of natures and natures of society. In: Kuper, Adam (Org). **Conceptualizing Society**. London: Routledge.
- Descola, P. (1996). Constructing natures. Symbolic ecology and social practice. In: Descola, P., & Palson, G. (Orgs). **Nature and Society: anthropological perspectives**. London: Routledge, 1996.
- Diógenes, G. (1998). **Cartografias da cultura e da violência**. Gangues galeras e o movimento hip hop. São Paulo: Annablume.
- Durkheim, E. (1972). **As regras do método sociológico**. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Edmonds, A. (2000). No universo da beleza: notas do campo sobre cirurgias plásticas no Rio de Janeiro. In: Goldenberg, M. (Org). **Nu e vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- Erikson, P. (1986). **Alterité, tatouage et anthropologie chez le Pano**: la Beliqueuse Quête du Soi. JSA, Paris, 82, 185-209.
- Foucault, Michel. (1980). **História da sexualidade I**. Rio de Janeiro: Graal.
- Freyre, Gilberto. (1986). **Modos de homem modas de mulher**. Rio de Janeiro: Record.
- Goldenberg, Mirian. (2004). **De perto ninguém é normal**. São Paulo: Record.
- Gonçalves, Marco Antônio. (2001). **O mundo inacabado**: ação e criação em uma cosmologia pirahã. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- Hannerz, Ulf. (1997). **Fluxos, fronteiras e híbridos**: palavras-chave da antropología transnacional. Mana, Rio de Janeiro, 3(1), 8-38.

- Lagrou, E. M. (1998). **Caminhos, duplos e corpos**: uma abordagem perspectivista da identidade e alteridade entre os Kaxinawá. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Le Breton, D. (2004). **Sinais de identidade**: tatuagens, piercings e outras marcas corporais. Lisboa: Miosótis.
- Lévi-Strauss, C. (1975a). El pensamiento salvaje. Mexico: FDE.
- Lévi-Strauss, C. (1975). As organizações dualistas existem? In: Lévi-Strauss, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Lévi-Strauss, C. (2000). Tristes trópicos. São Paulo: Companhia das Letras.
- Luz, M. T. (2003). **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2004). **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec.
- Marques, A. (2003). **A Filosofia perspectivista de Nietzsche**. São Paulo: Unijuí.
- Mauss, M. (1974). Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção de “eu”. In: Mauss, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU/ Edusp, 1974. v.1.
- Overing, J. (1984). Dualism as an Expression of Difference and Danger Marriage Exchange and Reciprocity among of Piaroa of Venezuela. In: Kesinger, K. (Org). **Marriage Practice and Lowlands South America**. Chicago: University of Illinois Press.
- Osório, A. (2000). O corpo da bruxa. In: Goldenberg, M. (Org). **Nu e vestido**. Rio de Janeiro: Record.
- Osório, A. (2006). **O gênero da tatuagem**. Tese (Doutorado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.
- Sabino, C. (2002). Anabolizantes: drogas de Apolo. In: Goldenberg, M. (Org). **Nu e Vestido**. Rio de Janeiro, Record.
- Sabino, C. (2004). **O peso da forma**. Cotidiano e uso de drogas entre fisiculturistas. Tese (Doutorado em Antropologia Cultural) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/IFCS/UFRJ), Rio de Janeiro.
- Sabino, C., & Luz, M. T. (2006). Tatuagem, gênero e lógica da diferença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], 16(2), 251-272. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312006000200007>.
- Sanders, C. (1989). **Customizing the Body**: the ar\$t and cult\$ure of tat\$ooing. Philadelphia: Temple University Press.
- Schöpke, R. (2004). **Por uma filosofia da diferença**. Gilles Deleuze: o pensador nômade. São Paulo: Contraponto.
- Simmel, G. (1983). **Como as formas sociais se mantêm**. Rio de Janeiro: Ática. (Col. Os Grandes Cientistas Sociais).
- Viveiros de Castro, E. (2000). Atualização e contra efetuação do virtual na sociedade amazônica. O processo do parentesco. **Ilha**. Revista de Antropologia. Florianópolis: UFSC, 2(1), 5-47.
- Viveiros de Castro, E. (2002). **A inconstância da alma selvagem**. Rio de Janeiro: Cossac & Naif.

Posfacio

Vida e cuidado: ideas para nuevos caminos

Comentarios y consideraciones sobre la actualidad del tema Prácticas Integrativas Complementarias (o “PICS”) a los Sistemas Médicos de Salud

Madel T. Luz

Introducción

Las Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud, abreviadamente “PICS”, tienen una historia sociocultural y organizacional de más de medio siglo⁷⁴. Debe ser notado en primer lugar, que el suelo de donde emergen tales prácticas es el de la Salud Pública, territorio institucional del combate a las enfermedades epidémicas y endémicas, que afectan generalmente poblaciones vulnerables, sea por pobreza material o cultural, generalmente por ambas.

Al final de la segunda guerra mundial, la situación de salud de los pueblos estaba exhausta, erosionada sea por la miseria, sea por la masacre directa causada por los ataques bélicos, y el modelo de salud pública volcado para la economía agroexportadora del período preguerra, aún colonial en algunos países y continentes, como África, por ejemplo, y generalmente en países del continente americano, como Brasil, era insuficiente para controlar las cuestiones de salud pública instaladas en la población trabajadora con la emergencia del régimen capitalista industrial dependiente de los polos de desarrollo en Occidente, tanto en Estados Unidos como en Europa. No son propiamente epidemias, generalmente episódicas, o endemias rurales, fruto de disfunciones de las relaciones hombre/medio ambiente, sino formas urbanas crecientes de enfermedad permanente de grandes grupos poblacionales e individuos, frágiles en función de las condiciones del régimen social de trabajo, exhaustivo y con remuneración insuficiente (Luz, 2007).

⁷⁴ La Conferencia Mundial de salud promovida por la Organización Mundial de la Salud, en Alma Ata, que en 1978 completará cuatro décadas, marcó un momento de gran efervescencia en las organizaciones internacionales a nivel regional, como la Organización Panamericana de Salud (OPS) entre otras, preocupadas con la cuestión de la “atención primaria” en la atención de las poblaciones, que ya se tornaba crucial en términos de salud pública. Las organizaciones internacionales ya percibían que por un lado las instituciones médicas caminaban en el sentido de la especialización creciente del combate a patologías, concentrándose en hospitales también cada vez más especializados (atención terciaria) mientras que las poblaciones locales de los países, debilitadas por endemias tradicionales, devastadas por periódicas epidemias, se valían de medicinas y cuidados tradicionales, étnicamente ligadas a su historia, que podían tener atención en unidades de cuidado menos sofisticadas, o incluso en localidades como aldeas, desprovistas de cualquier sofisticación especializada (Luz, 1982).

Se puede decir que otra demanda en salud pública se pone entonces en evidencia, aunque existiera ya, sobre todo en Europa, desde el siglo XIX: la de la atención a colectividades crónicamente enfermas por condiciones de vida evitables, en los planos social y económico. Enfermedades oriundas del régimen social y económico de producción, cuyo enfrentamiento necesita ir más allá del combate a las epidemias y endemias, porque se trata de *grupos* de individuos enfermos, o mejor, de *personas enfermas en la población*. Y esta población demanda un modelo distinto de atención del de la Salud Pública. Necesita *atención médica*. Un cuidado destinado a las *colectividades* de personas enfermas. Creo que la ciencia médica, organizada institucionalmente en los hospitales, no estaba preparada o volcada para este tipo de atención. Como no está hasta el presente, pues no está orientada al *cuidado*.

La demanda de Salud Colectiva y prácticas de atención y cuidado en salud

Así definida, la demanda de prácticas alternativas de cuidado a la población está puesta desde ese momento. No encontrando refugio institucional en la Biomedicina, tenderá a enraizarse progresivamente en el sector de la Salud Pública, donde prácticas de atención tradicionales, “*alternativas*” a la medicina científica, eran –y continúan siendo– ejercidas por profesionales de la salud no necesariamente médicos, como enfermeros, fisioterapeutas etc., siendo acogidas en el sector en función de resultados positivos frente a enfermedades crónicas, endémicas e incluso epidémicas. Las así llamadas “*medicinas alternativas*” encontraron refugio inicial en el suelo de la Salud Pública, en él poniendo sus raíces.

En este contexto, ellas pasan, en décadas distintas, a ser denominadas “*Alternative Medicines*”, o “*Complementary Medicines*”, después C.A.M (*Complementary and Alternative Medicines*), desde la segunda mitad del siglo finalizado. Siempre ligadas umbelicalmente a las Organizaciones de Salud Pública, su aceptación en las instituciones médicas tradicionales (clínicas, hospitales) se hizo lentamente, a lo largo del siglo XX, generalmente en unidades hospitalarias de baja especialidad, o en clínicas generales vinculadas a los sistemas sociales de Cuidado (*Medical Care*) ligados a la Previsión, instalados en Europa después de la segunda guerra mundial, y aún hoy en funcionamiento. En Brasil, estos sistemas de atención médica previsional estuvieron ligados, hasta los años 60, a los diversos Institutos de Jubilación y Pensiones de profesiones y categorías de trabajadores (Luz, 2014, 1982, 2007).

En esas unidades se podía ver, por veces, la presencia de sistemas médicos “*alternativos*” a la Biomedicina, como la Homeopatía, principalmente, pero es solamente a partir de los años 80, fruto del

movimiento creciente en la sociedad civil por “medicinas alternativas” que se puede constatar la presencia de prácticas terapéuticas de sistemas complejos como la Medicina China, es decir, la Acupuntura y el Chi kun, y, en el Ayurveda, la presencia de algunos de sus aspectos terapéuticos, como la dietoterapia, y los masajes. Esto ocurre en servicios privados de clase media, generalmente en clínicas, raramente en hospitales.

Sin embargo, prácticas como el Yoga, la Meditación, los masajes terapéuticos, las actividades corporales, las dietas, así como ciertas prácticas artísticas –o expresivas– sobre todo en el campo de la salud mental –solamente en los años noventa comienzan a hacerse presentes en servicios de salud, fruto del advenimiento del Sistema Único de Salud en 1988, con su centralidad organizacional en unidades municipales de atención a la población.

Esto no significa que las Prácticas denominadas Integrativas y Complementarias en Salud - PICS (o, si queremos mantener el término internacional, las CAM) se hayan oficializado en nuestros servicios de salud, o que hayan tenido mejor acogida en las grandes unidades institucionales de la medicina, en los hospitales altamente especializados, como sucede en los sistemas médicos oficiales europeos: Inglaterra, Italia, España y otros, incluso Francia.

Las oposiciones entre la *ciencia médica*, representada por las grandes unidades de especialización a nivel terciario, y los servicios públicos de salud, que tienden a integrar en su base de atención las PICS, se vuelven muchas veces agudas, en lugar de amenizarse-sí, pareciendo regresar al siglo XIX, al siglo de la medicina heroica. Desde este punto de vista no se puede decir, a pesar del continuo avance de las PICS en los servicios básicos de atención a la salud, en las dos últimas décadas, inclusive, en la última década, en el plano *normativo* y organizacional, que esas formas de cuidado de la salud hayan sido aceptadas por las instituciones centrales de la medicina, que siguen dándoles la espalda.

Pero vale la pena reflexionar, más allá de los aspectos históricos institucionales hasta aquí tratados, sobre las Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud en su racionalidad, tejiendo algunos comentarios de naturaleza conceptual y organizacional sobre las mismas. En pocas páginas más intentaré resumir lo que designé en el título como “comentarios”, esperando contribuir al debate presente –y creciente– del tema, y para posicionarme al mismo tiempo como agente investigadora y docente de las cuestiones involucradas en el tema, desde la perspectiva de las ciencias sociales en salud, función ejercida ya desde hace tres décadas. También, si es posible, mencionar la experiencia personal y grupal acumulada⁷⁵.

⁷⁵ Creo incluso, como autora y coautora de innumerables trabajos desarrollados en tres décadas de actuación en la enseñanza, en la investigación, en la actuación en congresos etc, que sea prácticamente imposible listar los ítems producidos, pues llegan a los centenares. Pero es posible elegir unos pocos títulos para citación en bibliografía al final de este texto. Elegiré algunos títulos como autora y coautora, valorando el carácter colectivo de mi

Creo que algunas consideraciones sobre el “lugar de donde hablo” y “para quien hablo” es importante, para establecer identidades no solo prácticas como disciplinares y teóricas, no solo mías, sino también de otros agentes del campo, sean ellos investigadores (incluidos estudiantes de posgrado), docentes, profesionales o gestores.

En primer lugar, y como primer comentario en esta área, creo que hablar sobre cualquier tema incluido en el inmenso y pluri disciplinar campo de la Salud Colectiva implica necesariamente *buscar diálogo con el otro*, o con “otros”, con respecto al cuidado en salud de las poblaciones, y de las personas implicadas en ellas, considerada la diversidad que caracteriza este campo en sus diversos sentidos. Principales sentidos destacables: teórico- conceptual, terapéutico, profesional y, ciertamente, político y ético.

O no. Puede tratarse solo, como ocurrió a veces en mi trayectoria –no solo en este campo– de enfrentarme con el “no diálogo”, de parte del otro, o de otros, en su afán de imponerse, o de “hacerse pasar” individualmente o en grupo, con su “teoría”, o posición institucional, o proyecto terapéutico, en el cual se cree profundamente, o aún en el plano político, buscando obtener privilegios y exclusividades, convirtiéndose en este caso la discusión muchas veces solo una vía de ascensión social para personas y grupos.

Después de todo, ningún campo disciplinario vinculado a las ciencias modernas ha estado históricamente, o está, actualmente, exento de intereses personales, grupales, corporativos, políticos, financieros. Es la marca histórica de la ciencia moderna, desde sus orígenes, a través de los siglos XVI-XVII. Podríamos afirmar que la ambición política y la competencia están en el ADN originario de las ciencias en la modernidad, desde Descartes (y su interlocutor David Hume), prosiguiendo con Da Vinci, Newton (primer director del Banco de Inglaterra), y sus sucesores (Luz, 1988). De los genios individuales originarios, a los equipos de laboratorio transdisciplinares internacionales contemporáneos, estas marcas permanecen, siendo incluso uno de los motores del avance de las ciencias⁷⁶ (Luz, 1988).

Por eso me atrevo también a comentar, a partir de mi experiencia de enseñanza e investigación, que la rúbrica Prácticas Integrativas y Complementarias (a los sistemas) de Salud, al insertarse en el campo

producción, que considero inspirador, mi principal agente de motivación.

⁷⁶ Se debe llamar la atención sobre el proceso de internacionalización creciente de los investigadores y científicos, su afiliación a equipos multidisciplinares organizados en torno a temas transdisciplinarios como la vida, su conservación, el medio ambiente -su degradación y eventual recuperación, orígenes históricos y sociales de la especie humana etc. En ellas la presencia de las ciencias de la vida, en siglos anteriores, conocidas como “ciencias naturales” es un elemento estratégico tanto conceptual como operativamente. Pero este hecho sucede también en disciplinas conocidas hasta el final del siglo pasado como “físicas” (física de los grandes objetos, microfísica, astrofísica etc.). Un movimiento de superación de la ciencia moderna, o modernidad científica, está en curso, superando la compartimentación disciplinaria de los siglos anteriores, el doctrinarismo teórico y metodológico. El modo de producción del conocimiento científico moderno está, en mi opinión, en proceso de superación. La creación innovadora, o los grandes descubrimientos, se desplazan del individuo al grupo de investigación. La competencia también.

de lo que denominamos en Brasil Salud Colectiva, pasa a designar ante todo un inmenso “asamblea” de prácticas, para emplear el término francés, un gran conjunto reunido, no necesariamente coherente, de prácticas de intervención, de técnicas terapéuticas –a veces diagnósticas, de teorías preventivas o curativas frente a la enfermedad y la curación de personas–. Conjunto caracterizado por una diversidad histórica y etnológica considerable, a menudo fusionado en el bricolaje en el campo.

Se puede hablar de la presencia actuante en el campo, también, añadido como un comentario conceptual, de distintas *Racionalidades Médicas*, coetáneas en nuestra cultura, aunque con orígenes históricos, epistemológicos y culturales diversos, oponiéndose entre sí a veces tanto teórica como prácticamente, pero en continua transformación en la sociedad, como acentué en mis trabajos de investigación, construida ahora individualmente, ahora asociada con alumnos y colaboradores y asociados por más de dos décadas⁷⁷.

Aquí es importante subrayar una importante distinción teórica: las racionalidades médicas no pueden ni deben confundirse con las prácticas integrativas y complementarias en salud. Es fácil percibir los términos en esta distinción: racionalidades son modos específicos de comprensión, interpretación, explicación conceptual: son modos de comprensión de fenómenos –muchas veces de prácticas– sociales. Por lo tanto, las racionalidades médicas son modos de designar, comprender, interpretar, explicar y comparar sistemas médicos complejos. Sólo los sistemas médicos. No se aplica, este concepto, un operador teórico, a prácticas diversas en salud, sean ellas estructuradas culturalmente en mayor o menor grado, fuera de una racionalidad médica (un sistema médico complejo) o no. Para nosotros, investigadores del área, es una continua perplejidad percibir que el área poli disciplinar de la salud, sobre todo de la Salud Colectiva, donde se tiene que intervenir en busca de eficacia frente a la enfermedad de poblaciones, grupos e individuos, es decir, en última instancia, donde la práctica es el supremo criterio de atribución de verdad, esta área, justamente, tiene gran dificultad de asimilar la categoría Racionalidad Médica (RM), es decir, el concepto de RM.

Esta confusión funciona, a mi juicio, como evidencia que la histórica dicotomía occidental entre teoría y práctica, entre comprensión/interpretación e intervención/modificación opera como un elemento de confusión –o más frecuentemente de competencia– entre el pensar y el actuar, y esto actúa generalmente contra la simplicidad teórica del concepto RM, que solo busca comprender y comparar distintos sistemas médicos complejos en la cultura actual, buscando puntos de encuentro en sus cinco dimensiones operatorias. (Morfología, Dinámica Vital, Diagnosis Terapéutica, Doctrina Médica).

⁷⁷ Véase el resumen bibliográfico al final del presente texto.

Buscamos, a través de las comparaciones posibles, dimensión a dimensión, de sistemas distintos, la superación de dicotomías médicas en nuestra cultura, entre los sistemas complejos que perduran aún hoy, a través de la posibilidad de refundación del sistema médico occidental, o Biomedicina. Objetivo más ambicioso que el de legitimar institucionalmente prácticas terapéuticas o diagnósticas en el Sistema Único de Salud, aun considerando la urgencia de modos alternativos en el cuidado a las personas.

Objetivo que puede parecer una ambición desmedida, posiblemente utópica, sobre todo cuando vemos que la biomedicina camina actualmente en sentido diametralmente opuesto: siempre más en el sentido de diagnosis de patologías, ahora en micro nivel biológico, preferentemente en perspectiva preventiva, buscando establecer la probabilidad genética, o incluso social, de surgimiento de tal o cual patología, de la expansión de tal o cual virus, en esta o aquella persona, en este o en aquel grupo, con la finalidad de contenerla. No hay una propuesta para combatir estas amenazas que no implique pruebas/aprobación de drogas de laboratorios internacionales en muestras de población.

Conclusión

La preocupación con las Prácticas Terapéuticas, es decir, la clásica medicina hipocrática volcada para la cura de las personas enfermas (siendo cura actualmente considerada una categoría metafísica) inexistente en la biomedicina, porque el objetivo de la medicina actual no está centrado en el paciente –o incluso en la salud humana– sino en una ciencia cada vez más exacta de las patologías. Incluso la intervención correctiva de la enfermedad, entregada a la cirugía hace dos siglos, tenderá progresivamente, me atrevo a decir, a la ortopedia post-mecánica de los cuerpos, con sustitución creciente de órganos, músculos (como el corazón) huesos, y sistemas, como el circulatorio, el neurológico etc. –o fragmentos de ellos–. Caminamos así, con la medicina actual, en busca de la expansión de la duración de la vida –de algunos, ciertamente– en el sentido del *cyber man*, fruto de la alta tecnología médica. Será un gran triunfo, si llega a suceder.

Sin embargo, cabe a los herederos de la clínica hipocrática, que se encuentran en las profesiones ligadas a la Salud Colectiva, generalmente, desarrollando cada día nuevas prácticas y técnicas de atención y cuidado a la persona humana, como las ya conocidas PICS, Muchas veces desprestigiados y viviendo bajo condiciones de trabajo inhumanas, una gran responsabilidad: la de preguntar a los estudiantes de las carreras del área de la salud si allí están por sentir en sí el llamado milenario de Hipócrates, o si pretenden

ser futuros científicos del *cyber man*. La respuesta a esta pregunta puede hacer bajar el número de suicidios entre estudiantes de esas carreras.

Referencias

- Luz, M. T. (2007). **Ordem Social, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil**. Textos escolhidos. Rio de Janeiro. CEPESC-IMS-UERJ-ABRASCO,
- Luz, M. T. (1982). **Medicina e Ordem Política Brasileira**. Rio de Janeiro, Graal.
- Luz, M. T. (2014). **As Instituições Médicas no Brasil**. Porto Alegre, Rede Unida, 2014. (Primeira edição R.J. Graal, 1979, 259 pp.)
- Luz, M. T. (1988). **Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Campus. [NT: versión em castellano: Luz M. (1997). **Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna**. Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997.]

ALGUNAS REFERENCIAS BASICAS PARA EL ESTUDO DE RM Y PICS:

- Barros, N. F., & Luz, M. T. (2013). Racionalidades Médicas, Práticas “Complementares” de Saúde e novas profissões terapêuticas. In: Alves, F., Silva, L. F., Fontes, B., & Luz M. T. (Org.). Saúde Medicina e Sociedade - Uma visão sociológica. 1ed. Lisboa: Pactor - Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea, 247, 161-170.
- Luz, M. T. (1982). Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas em instituições de saúde (1850 - 1930). 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1, 218p.
- Luz, M. T. (2000). Racionalidade Científica no Ensino Médico. Ser Médico, São Paulo, 3(12), 17-19.
- Luz, M. T. (2007). Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2011). Estudo comparativo das Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Pelizzoli, Marcelo. (Org.). Saúde em novo paradigma. 1ed. Recife: EDUFPE, 1, p. 151-175.
- Luz, M. T. (2011). Questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualidade: ensino, pesquisa e exercício da atenção profissional em serviços. In: Pinheiro, R., & Silva Jr., A. G. (Org.). Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. 1a.ed.rio de janeiro: CEPESC. IMS-UERJ. ABRASCO, 01, 295-303.
- Luz, M. T. (2015). Comentários ao Manifesto Convivialista. Saúde em Redes, 1, ‘-19.
- Luz, M. T., & Barros, N. F. (Org.). (2012). Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ/CEPESC-Instituto de Medicina social, 01, 452p .

- Luz, M. T., & Wenceslau, L. D. A medicina antroposofica como racionalidade médica. In: Madel Therezinha Luz. (Org.). A medicina antroposófica como racionalidade médica e prática integral de cuidado à saúde. 01ed. Juiz de Fora: UFJF, 2014, 01, 73-101.
- Luz, M. T., & Camargo Jr, K. R. (1997). A Comparative Study of Medical Rationalities. *Curare* (Berlin), Berlin, 1(12), 47-58.
- Luz, M. T. (2012). *Natural Racional Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 3. ed. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2014). *A arte de curar x a ciência das doenças- História da Homeopatia no Brasil*. 2a. ed. Porto Alegre: Rede Unida. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/a-arte-de-curar-versos-a-ciencia-das-doencas-2/>.
- Nascimento, M. C., Barros, N. F., & Luz, M. T. (2012). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), 1, 1.
- Tesser, C. D., & Luz, M. T. (2008). Racionalidades Médicas e Integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 195-206.

Vida, salud, prácticas integrativas y cuidado en salud - temas para discusión en un contexto sanitario crítico. Algunos puntos de definición para la acción del cuidado centrado en la percepción de Salud

Madel T. Luz

VIDA. Incluso antes de que la pandemia que arrasó el planeta hace tres años, llevándose millones de vidas, ya lo estuviera recorriendo en dirección oriente-occidente, la situación de la vida en la Tierra ya podría considerarse crítica por diversas razones. Consideramos aquí algunas de ellas, puntos a discutir que nos llaman la atención no tanto por la inedicidad, sino por la gravedad⁷⁸.

En primer lugar, mencionemos *el hambre que afecta a poblaciones* en diversas regiones y del mundo, subrayando que este fenómeno, el hambre, no es enfermedad: es una situación de carencia absoluta, aunque no inédita. Millones de seres vagan en busca de comida, migrando en función de la destrucción de sus hábitats de origen, sea por guerras, sea por crisis climáticas, o por invasiones en función de la captura de sus recursos naturales, que representan riqueza para países o pueblos más fuertes. Poblaciones se ven obligadas a caminar por regiones inhóspitas, grupos humanos obligados a lanzarse peligrosamente al mar en busca de supervivencia, dependiendo de acogida. No tratándose de una enfermedad, no podemos hablar aquí de esta *hambre* como cuestión a ser resuelta por medidas específicas de *cuidado* médico o nutricional. Estamos tratando con el grito de socorro de una parte de la especie que es puesta en peligro por la organización socioeconómica excluyente del humano que está vigente. Lidiamos, en el momento actual de la historia de la humanidad, con un *descuido inédito con la vida* en la Tierra.

Mencionemos a continuación el *abandono de sectores poblacionales en las regiones más empobrecidas del planeta*, crónicamente afectadas por hambre, por endemias y epidemias que se repiten, o incluso

⁷⁸ Este texto no utilizó normas académicas usuales de publicación, como citas y referencias a autores o discusiones de las opiniones de expertos sobre el tema que aborda, inclusive las de la propia autora. Se trata de un conjunto de reflexiones sobre la urgencia de acciones teóricas y prácticas concernientes a la vida y la salud humanas en la Tierra. Sus fuentes son películas documentales de científicos, artículos de divulgación de intelectuales académicos o periodistas, trabajos de artistas, o incluso de ciudadanos comunes que expresan con claridad sus preocupaciones por la Vida en peligro en el planeta, ya sea en redes sociales, como YouTube y Google, o en documentales como Netflix.

por escasez de cuidados básicos (incluso médicos) a eventos naturales de la especie humana: embarazo, nacimientos, atención a niños no nacidos etc. Solo las organizaciones de voluntarios de salud, sin recursos públicos garantizados, asumen como héroes la responsabilidad de estas vidas, a veces a cambio de la suya.

El fenómeno de des-solidaridad, dominante entre los humanos, fruto de su economía individualista, es desconocido en las demás especies animales, salvo en presencia de peligro que amenace a la especie como un todo, forzando a una fuga colectiva desordenada. Un ejemplo de este caso sería la proximidad de grupos humanos en deporte de caza, por diversión o comercio.

Puede parecer excesiva la afirmación anterior, pero sabemos que varias especies animales han sido, y siguen siendo extintas por este deporte “noble”⁷⁹. El cuidado con la vida, nuestra o del otro, no ha sido una característica de la especie humana. Para perjuicio nuestro, podemos constatar.

De modo que no podemos dejar de mencionar el ataque y la extinción de especies animales y vegetales en curso hace cuatro siglos (si incluimos parte del siglo XVII) por la estructura de producción y desarrollo económico del planeta, como factor estratégico de desestabilización del medio ambiente en su conjunto. No se trata, en ese proceso, solo de la devastación de la vida humana, animal y/o vegetal, sino del desequilibrio de los propios elementos naturales: mares, ríos, fuentes, fuegos y vientos que, con alternancia periódica, establecen el marcado rítmico que rige las fases del existir climático planetario, en el conjunto que el hombre moderno denominó naturaleza. Los elementos también son vida, pulsando ordenadamente, a ritmo regular, garantizando la continuidad armónica del Planeta Tierra.

La alteración de este ritmo por la intervención humana, como viene ocurriendo por efecto de las actividades técnico-económicas mundializadas, sean ellas productivas, agrarias o industriales, o de producción de tecnologías, sean aún ligadas a los medios de transporte o de comunicación, se centran, principalmente, en las acciones destructivas del medio ambiente. Tienden a destruir las posibilidades de renovación de las fuentes vitales que la naturaleza nos proporciona: el aire que respiramos, el suelo que cultivamos, el agua que bebemos, los alimentos de los que nos nutrimos, o incluso otros elementos igualmente importantes para sobrevivir: micro seres circulando en los aires, a veces invisibles, o insectos, como abejas, ligados por funciones de cambio a la continuidad de la vida, o aún los ligados a los vientos, a los ríos, a los mares o también a las geoformas milenarias, como los glaciares, o las grandes montañas nevadas, con su función de acumular existencias de hielo necesarias para el equilibrio climático del planeta.

⁷⁹ No se puede olvidar que la caza, en la historia social, está ligada milenariamente a la aristocracia, y su demostración de dominio sobre el animal como un estilo elegante de exhibir poder sobre el otro.

Todo esto puede llegar a causarnos graves trastornos climáticos –que se anuncian catastróficos– con los cuales la especie humana no está, creo, preparada para lidiar. Todavía no se dispone de conocimientos ni de tecnologías para hacer frente eficazmente a las catástrofes mundiales. Las que ya ocurren en terrenos locales o regionales, en países a veces cuidadosos con la cuestión climática, vienen produciendo grandes daños materiales y muertes, destruyendo tanto los ambientes físicos como la organización social.

¿Nos estamos preparando para una posible crisis ambiental global, capaz de alcanzar la Vida en el planeta, como ya se anuncia? ¿Ya disponemos de métodos de producción económica alternativos al vigente, usando tecnologías «suaves» para lidiar con la naturaleza, buscando «empatía», en el abordaje, con expansión sana continuada, suficiente frente a la desarmonía rítmica actual del planeta? ¿Estamos ya, aunque tardíamente, intentando restaurar una vida Socioproductiva compartida a gran escala, sin peligro para los humanos y el medio ambiente? ¿Disponemos ya de grupos económicos listos para esta transformación, considerada más que simple práctica compasiva de algunos grupos multimillonarios complacientes?

Podemos preguntarnos también: en el plano de la sociedad civil, ¿será suficiente la actitud valiente de algunos millones de ciudadanos a lo largo de la Tierra que se dispusieron recientemente a cambiar su modo y estilo de vida, abandonando metrópolis, pasando a vivir en lugares retirados simples, solidarios entre sí y con la naturaleza, restaurando, cuidando y retirando su sustento? Es un buen comienzo, ¿pero quizás un comienzo tardío?

Cerrando este ítem quisiera dejar aquí una reflexión posible y urgente para nuestra acción sobre el vivir actual: ¿es la vida simplemente lo contrario de la muerte? ¿Es decir, solo tenemos dos estados opuestos de ser, la vida y la muerte? ¿O es posible también que vivamos una vida casi muerte? En este caso, ¿cómo la caracterizaríamos? En nuestra sociedad desde hace milenios tenemos este modo intermedio de existencia entre vida y muerte. Es el modo intermedio denominado enfermedad. Vivimos a veces décadas en la enfermedad.

En el momento actual gran parte de la actividad económica del planeta es invertida en la enfermedad, procesada a través de la actividad de las industrias químicas farmacéuticas, de las drogas que producen, y de las de investigación tecnológica sobre artefactos de investigación aplicables al diagnóstico de la enfermedad que investigan en una disputa competitiva característica de toda esta producción⁸⁰.

80 Es innegable que la lucha por el combate/control de la Pandemia de covid-19 se ha convertido en una carrera competitiva entre laboratorios con tecnología avanzada dispuestos a obtener control sobre la aplicación de la vacuna en los países con poblaciones capaces de pagar por las dosis. La tendencia puede cambiar, pero por el momento es lo que comprobamos. En caso de nuevas pandemias, ¿será ésta la misma política adoptada?

Social e institucionalmente, actualmente no existe sombra de duda que éste es el modo considerado correcto de conducir la vida, frente a la enfermedad. También se aprecian técnicas de prevención medicamentosa para enfermedades crónicas, basadas en el consumo continuo de medicamentos.

¿Pero es realmente necesario permanecer en este modo de vivir? ¿De la enfermedad controlada? ¿La salud sería para la especie solo un mito paradisíaco? Creo que hemos llegado a un momento en que es necesario apostar nuestras fichas en la salud como nuestro estado natural de existir. ¡Y que podemos, como decían nuestros ancianos bisabuelos, morir en perfecta salud!

Vida, cuidado y salud

La vida que pulsa a ritmo armónico en el ejercicio de sus funciones es tal vez una de las definiciones más simples, cortas y antiguas del estado saludable en el pensamiento médico, presente no solo en Occidente, ya en la escuela médica griega hipocrática, sino anteriormente también, en las escuelas orientales tradicionales, como en la medicina china, o en la japonesa y en la ayurvédica, en la India, donde existen desde hace milenios. No es necesariamente vitalista.

La salud, en términos del modo de pensar vitalista, es *la vida* que, en un organismo activo, desempeña equilibradamente la totalidad de sus funciones de *modo ritmado*⁸¹. Es el ritmo, específico para las funciones, que señala que hay *normas vitales* en este funcionamiento, y que, fuera de esas normas, se rompe el equilibrio vital. Con el desequilibrio de la vitalidad se inicia el proceso de enfermedad. El enfermar no es más que una reacción dinámica de una totalidad viva a una perturbación de origen interno o externo, aunque originada en un sector específico del todo.

Un ejemplo: la picadura de un insecto puede perturbar la circulación del torrente sanguíneo de un individuo, humano o animal, por la presencia del “veneno” insertado en esta corriente, y el organismo responderá como un todo con dolor, agitación psíquica, malestar respiratorio, edema, si es alérgico etc. Estas respuestas no son la “enfermedad”, sino reacciones vitales que exhiben el desequilibrio provocado. El desequilibrio, por otra parte, exige algún modo de intervención favorable a la recuperación del ritmo activo de ese sector vital, consecuentemente del ritmo de la vida como todo.

81 El pensamiento vitalista, tanto en la filosofía como en la medicina moderna, fue superado a partir del siglo XIX por el mecanicismo presente en todas las disciplinas ligadas a la vida, sobre todo en la medicina. Sin embargo, podemos encontrar aún en el siglo XX vibraciones del vitalismo en pensadores como Henri Bergson, con su teoría de la energía vital, y el maestro de Foucault, Georges Canguilhem, que teorizó sobre la autorregulación en la normatividad del funcionamiento de la vida, en caso de enfermedad o pérdida de dinamismo vital.

En esta fase entra el “tratar” que tradicionalmente, en las culturas occidentales y orientales, se resuelve con algún tipo de *remedio*. Es verdad que el remedio, no siempre es, evidentemente, una droga farmacéutica, pero existe en prácticamente todos los cultivos, tanto en los que conocemos como en los que desconocemos, en los presentes, en las pasadas, o incluso en las extintas.

La cuestión, en este caso, es lo que cada sociedad define **qué tratar** y **cómo tratar**, y cuando entra el “remedio” en tratar.

Pueden existir, aún hoy, o haber existido culturas tradicionales, tribales o no, ciertamente premodernas, en que **no intervenir** con ingestión de remedios, o inserción de objetos en el local, es la mejor manera de tratar el desequilibrio vital provocado en un miembro de la comunidad por la picadura de un insecto, o por una mordedura de serpiente o animal venenoso, para que el organismo afectado se familiarice con ese ‘veneno’, y el individuo lo asimile en su orden vital. Es así, “curado”, con la presencia del veneno, que pasa de algún modo a ser parte de su dinámica vital. El tratamiento para restablecer el orden vital, en estos casos, es siempre responsabilidad de un agente social calificado para ejercer las actividades alternativas de cura, sea un chaman, un “brujo”, o incluso, en el caso de la sociedad occidental de la edad media, alguien considerado sabio o santo por la vida de austera y de estudios que adoptó, actuando con actividades de cuidado y curación de los aldeanos. En todos los casos aquí mencionados, hasta cierto punto hipotéticos, dada su imprecisión, pero ciertamente existentes, debe destacarse la función del bienestar objetivo, y el objetivo final a alcanzar: la recuperación de la salud.

Por eso podemos afirmar que el objetivo esencial de este tipo de intervención tradicional era la restauración del equilibrio vital, la vuelta de la salud, y que tal forma de intervención puede ser designada, en este sentido, como *cuidado*.

La cuestión que se plantea, en este momento de crisis de la vida en el planeta, es que incluso en los momentos indicados de demanda por sanidad y salud de parte de la población al Sistema Institucional mundialmente estructurado actualmente, La cuestión de *cuidado* y búsqueda de recuperación de la salud no es considerada prioritaria, frente al modelo actual de atención, que prioriza la investigación diagnóstica y la intervención farmacológica en patologías específicas.

Sobre los autores y autoras

Madel Therezinha Luz: Licenciada en Filosofía por la Universidad Federal de Río de Janeiro (1962), Máster en Sociología por la Universite Catholique de Louvain (1969) y Doctorado en Ciencias Políticas por la Universidad de São Paulo (1978). Profesor jubilado en la Universidad del Estado de Río de Janeiro y la Universidad Federal de Río de Janeiro. Tiene experiencia en el campo de la Sociología de la Salud, con especial atención a la Salud Colectiva, trabajando sobre los siguientes temas: racionalidad médica, prácticas integradoras y complementarias en salud, prácticas corporales y sanitarias, instituciones sanitarias, régimen de trabajo, producción científica y salud, biociencias y cultura. Es líder del Grupo CNPq Rationalities in Health: Complex Medical Systems and Complementary and Integrative Practices, actualmente con sede en el Instituto Sanitario Comunitario de la UFF. Currículum vitae: <http://lattes.cnpq.br/5979565457174781>

Alcindo Antonio Ferla: Graduado en medicina por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (1996) y doctorado en Educación por la misma universidad (UFRGS, 2002). Actualmente es Profesor Asociado en la UFRGS, actuando en el Programa de Posgrado en Salud Colectiva. También actúa como profesor en el Programa de Posgrado en Psicología Clínica y Social de la Universidad Federal de Pará (UFPA), como profesor en el Máster Profesional en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) como investigador visitante del Centro de Investigación Leônidas y Maria Deane de la Fundación Oswaldo Cruz/FAPEAM y como profesor en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA) de Nicaragua. Líder del Grupo de Investigaciones Red Internacional de Políticas y Prácticas de Educación y Salud Colectiva (Red Intersticio). Miembro Titular de la Cámara Técnica de Investigaciones del Consejo Nacional de Salud. Coordinador de la Asociación Brasileña de la Red Unida y Editor-jefe de la Editora Rede Unida. Tiene experiencia en las áreas de Salud Colectiva y Educación, actuando principalmente en los siguientes temas: integralidad en salud, información y comunicación en salud, atención a la salud, educación permanente en salud, enseñanza y educación y salud, trabajo en salud, modelos tecnoasistenciales en salud y salud complementaria. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/6938715472729668>

Alexandre de Souza Ramos-Florencio: Graduado en Enfermería por la Universidad de Pernambuco (2004), Residencia en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Sergipe (2006) y Maestría en Salud Colectiva por el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (2011). Actualmente es investigador del Grupo AQUARES de la Universidad Federal de Pelotas y del Grupo Intersticio de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Ocupa el puesto de Asesor de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS en Guatemala, tras un período de cuatro años en Nicaragua. Tiene experiencia en el área de Salud Colectiva, actuando principalmente en los siguientes temas: Política, Planificación y Gestión; Evaluación en Salud; Sistema y Servicios de Salud; Redes Integradas de Servicios de Salud; Atención Primaria, Atención Básica y Salud de la Familia; y Sistema de Información en Salud. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/9312817272020668>

Anderson dos Santos Machado: Posdoctorado en Comunicación (PUCRS). Doctor en Comunicación Social (PUCRS). Periodista (Comunicación Social - habilitación Periodismo - UFSM). Máster en Salud Colectiva (UFRGS). Postgraduado en Comunicación en Salud (Escuela de Salud Pública de Rio Grande do Sul y Unisinos). Postgrado en Consultoría y Asesoría Lingüística (PUCRS). Conocimientos y experiencia en Comunicación en Salud e investigaciones sobre Racionalidades Médicas y Prácticas Integrativas y Complementarias (PICS). Investigador de Comunicación en Salud, actualmente investigando la experiencia del niño con la mala noticia en el contexto de atención en salud. Integrante del grupo de investigación de Tecnología de la Imaginación (PUCRS). [ORCID: 0000-0002-8402-7846]. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/0208443292194918>

Barbara Andres: Graduada en enfermería por la Universidad Federal de Santa Maria (UFSM - 2009). Máster en enfermería por el Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS - 2012). Tiene experiencia en temas relacionados a la educación popular, participación y control social, salud del niño y políticas públicas. Actuó en la Coordinación Nacional del Proyecto VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do SUS. Actualmente desarrolla actividades de educación y planificación junto a las comunidades tradicionales del Mosaico de la Bocaína, a través del Observatorio de Territorios Sostenibles y Saludables - Fiocruz. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/3999773321066999>

Cesar Sabino: Postdoctor (CNPq) en Salud Colectiva (Ciencias Humanas y Salud - IMS/UERJ). Doctor y máster en Sociología y Antropología por la Universidad Federal de Río de Janeiro (PPGSA/ IFCS/UFRJ). Graduado en Historia por la Universidad del Estado de Río de Janeiro. Actualmente es profesor colaborador del Programa de Posgrado en Ciencia Política del Centro de Ciencias Políticas y Jurídicas de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro (PPGCP/CCJP/UNIRIO) en investigación y extensión. Profesor Visitante del Posgrado en Salud Colectiva del IMS/UERJ. (2008-2009). Investigador Asociado (FAPERJ) en el Posgrado del Instituto de Medicina Social/UERJ. Es Profesor Asociado de Sociología General y Sociología Política en el Departamento de Estudios Políticos de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro - DEP/CCJP/UNIRIO el cual dirigió de 2009-2011. Tiene experiencia en el área de Sociología, con énfasis en Antropología Cultural, actuando principalmente en los siguientes temas: Teoría Social, Poder y Relaciones de Dominación, Construcción Social del Cuerpo y Prácticas y Actividades Corporales en Salud y Racionalidades Médicas. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/8881781036067177>

Maria Inês Nogueira: Licenciado en Medicina por la Universidad Federal Fluminense, Maestría en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública de la FIOCRUZ, Doctorado y Posdoctorado en Salud Colectiva por el Instituto de Medicina Social de la UERJ. Profesora Asociada del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal Fluminense. Actúa en el área de Salud Colectiva con enfoque en los siguientes temas: educación médica; racionalidades médicas; prácticas integrativas y complementarias; integralidad en salud; metodología de la investigación cualitativa. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/3838580525897560>

Marilene Cabral do Nascimento: Licenciado en Ciencias Sociales (1990), maestría (1997) y doctorado en Salud Colectiva (2002) por la Universidad del Estado de Río de Janeiro (UERJ), y posdoctorado (2022) por el Centro de Estudios Sociales de la Universidad de Coimbra (CES-UC). Actualmente, es profesora asociada en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal Fluminense. Actúa en el área de Ciencias Sociales y Humanas en Salud, con énfasis en los siguientes temas: medicina tradicional, terapias complementarias, prácticas integrativas y complementarias en salud, medicina integrativa, racionalidades médicas, educación en salud, estrategia de salud de la familia, uso racional de medicamentos. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/8924522354420282>

Nara Sudo: Posee una licenciatura en Nutrición por la Universidad Federal de Río de Janeiro (2001), maestría en Salud Colectiva por el Instituto de Medicina Social de la UERJ (2004) y perfeccionamiento en Vigilancia Alimentaria y Nutricional por la ENSP/FIOCRUZ (2008). Tiene experiencia en enseñanza, investigación y extensión en las áreas de la nutrición y salud colectiva con énfasis en nutrición social, educación alimentaria y nutricional, evaluación nutricional, seguridad alimentaria y nutricional, integralidad y salud, promoción de la salud, políticas públicas en salud; atención en salud y acciones interdisciplinarias en salud en Instituciones de Enseñanza Superior como PUCRS, Centro Universitario Metodista IPA/RS, Centro Universitario IBMR y UNIGRANRIO y Profesora Sustituta en el Instituto de Nutrición Josué de Castro de la UFRJ. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/7203708556652158>

Nelson Filice de Barros: Profesor Titular del Área de Ciencias Sociales Aplicadas a la Salud y Coordinador del Laboratorio de Prácticas Alternativas, Complementarias e Integrativas en Salud (LAPACIS), del Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Campinas (DSC/FCM/Unicamp). Graduado en Ciencias Sociales por la Pontificia Universidad Católica de Campinas (1990-1993), especializado en Sociología de la Salud en el DSC/FCM/Unicamp (1994), donde también obtuvo los títulos de Maestro (1997), Doctor (2002), Libre Docente (2013) y Titular (2022). Realizó posdoctorado en la Universidad de Leeds/UK (2006-2007) y Prácticas Senior en la Universidad de Londres/UK (2017). Secretario/Tesorero del Research Committee 15 Sociology of Health/ International Sociological Association (2018-2023). Desarrolla investigación en Estudios Culturales en Salud; Sociología de la Salud; Sociología de las Prácticas Alternativas, Complementarias e Integrativas en Salud; Autoetnografía; Métodos y Técnicas de Investigación Cualitativa; Enseñanza de las Ciencias Sociales en el Área de la Salud; y Salud Colectiva. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/8959248979572637>

Rafael da Silva Mattos: Es Profesor Asociado del Instituto de Educación Física y Deportes de la UERJ. Es Licenciado en Educación Física y Deportes por la UERJ y Licenciado en Filosofía por el Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas de la UERJ. Es Doctor en Salud Colectiva con concentración en Humanidades y Salud por el Instituto de Medicina Social de la UERJ. Es estudiante de Derecho en la Universidad Cândido Mendes. Es docente permanente del Programa de Posgrado en Ciencias del

Ejercicio y del Deporte en la UERJ. Los estudios actuales están volcados para el Mercado de Trabajo, la Precarización, la Uberización y la Informalidad en la Educación Física. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/8547550722276945>

Rafael Dall Alba: Graduado en Ciencias Biológicas y graduado en Análisis de Políticas y Sistemas de Salud- Licenciado en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) es máster por el Programa de Posgrado en Ciencias de la Salud Cardiología & Ciencias Cardiovasculares UFRGS. Es Doctor en Salud Colectiva por la Universidad de Brasilia. Actúa en proyectos acerca de la temática de tecnologías en salud y cuidado con foco en las racionalidades médicas y medicinas tradicionales, complementarias e integrativas (MTCI). Es investigador de proyectos en el campo de la Salud Colectiva insertado en proyectos de gestión, calificación del cuidado y Sistemas de información en salud. Actualmente es Consultor Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Medicinas Tradicionales Complementarias e Integrativas de la OPS/OMS. Es revisor de las revistas Salud en Redes y The Lancet. También es docente pleno de la Pos Graduación del Departamento de Salud Colectiva de las UNB. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/9231140520905964>

Richard Assimos: Psicólogo Clínico y Educativo. Especialista en Educación Permanente: Salud y Educación en una Perspectiva Integradora por la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP), de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Postgrado en informática en salud por la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP). Experiencia en Políticas Públicas, en el cuidado y en la Atención Psicosocial, en la prevención y tratamiento al Uso y Abuso de Alcohol y Otras Drogas. Consejero efectivo del Consejo Municipal del Niño y del Adolescente (CMDCA). Cursando Posgrado en Neuropsicología: Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica y Posgrado en Terapia Cognitivo Comportamental por el Centro Universitario Celso Lisboa en asociación con CBI of Miami. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/0417128314152362>

Publicações Editora Rede UNIDA

Serie:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes • Ética em pesquisa • Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial • Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde • Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde • Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde • Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional • Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva • Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade • Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia • Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo • Saúde em imagens • Outros

Periodicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-057-4



9 786554 620574