

Mariana Bordes

CONICET-CAEA-UNLa

marianabordes@yahoo.com.ar

Mesa 42: La medicalización de la sociedad en el siglo XXI.

El debate medicalización-desmedicalización en el campo de estudios de las medicinas “alternativas y complementarias”

Esta ponencia apunta a brindar un panorama respecto del modo en que el fenómeno de las medicinas no-convencionales habilita un debate en torno de la tesis de medicalización que asume características específicas. Los trabajos de las ciencias sociales que abordan este tópico afirman que el espacio social alternativo impulsa una lógica de cuidado que se inscribiría en un proceso más amplio de “desmedicalización” -o de “desbiomedicalización”-, que se opone a la aplicación del complejo de conocimientos y técnicas biomédicas a los problemas humanos así como a la definición de los mismos en estos términos (Clarke y Shim, 2011). No obstante, el interés de la ponencia reside asimismo en mostrar los matices, superposiciones y ambigüedades registradas en este contexto. Lo que se expresa en los fenómenos de búsqueda de un reconocimiento oficial por parte de especialistas de muchas disciplinas no-convencionales y su incorporación en espacios clínicos a nivel nacional e internacional. O bien en fenómenos como el “healthism” y la “ideología de la prevención”, asociados a la difusión de las “alternativas” pero tematizados por algunos autores como una extensión de la competencia biomédica más allá de sus propias fronteras.

Introducción

La presente comunicación apunta a ofrecer una introducción respecto del modo en que el fenómeno de las medicinas no-convencionales, alternativas, o alternativas y complementarias – como las denomina la Organización Mundial de la Salud (2002) habilita un debate en torno de la tesis de medicalización que asume características específicas. Los trabajos de las ciencias sociales que abordan este tópico afirman que el espacio social alternativo impulsa una lógica de cuidado y atención de la salud que se inscribiría en un proceso más amplio de “desmedicalización” –o de “desbiomedicalización”-, que se opone a la aplicación del complejo de conocimientos y técnicas biomédicas a los problemas humanos así como a la definición de los mismos en estos términos (Clarke y Shim, 2011). No obstante, el interés de la ponencia reside asimismo en mostrar los matices, superposiciones y ambigüedades registradas en este contexto.

Para ello, la ponencia se divide en dos apartados. En el primero, contextualiza el tema relativo a cómo las medicinas no-convencionales son tematizadas desde el ámbito académico, anclándose en las elaboraciones de la subdisciplina de la sociología médica principalmente. De manera general, en este campo de discusiones se afirma que el foco de las ciencias sociales en torno a la medicalización de las sociedades modernas occidentales contribuyó a invisibilizar el fenómeno del pluralismo médico, así como a dificultar que este tópico deviniera en un objeto de estudio legítimo para disciplinas como la sociología. En el segundo, especificamos algunos lineamientos que asumen las lecturas sobre los denominados procesos de desmedicalización en el marco de las ciencias sociales que abordan la temática de las medicinas “otras”.

1-Medicinas no-convencionales y procesos de medicalización

A. Las medicinas no-convencionales en el contexto del paradigma de la modernización

Un punto de partida para abordar el problema relacionado con la expansión de la esfera de injerencia biomédica en la vida de las personas –postulado que se vincula con el término de medicalización de manera consensuada- y el fenómeno de las medicinas “otras” en el marco de la teoría social, es el de analizar muy brevemente cómo el primer proceso incidió en la construcción (o la no-construcción) del objeto relativo al segundo fenómeno. Sobre todo teniendo en cuenta las elaboraciones de la sociología médica y de la salud.

Sin dudas, uno de los aspectos más sobresalientes a la hora de reconstruir los criterios utilizados por la sociología para el abordaje de la realidad médica en términos amplios, se vincula con el hecho de que la biomedicina y sus instituciones asumieron -desde los orígenes de su conformación en términos de subdisciplina- un lugar sin dudas privilegiado (p. ej. Laplantine, 1999:17). A este respecto, numerosos autores se preocuparon por identificar los factores que contribuyeron a configurar esta visión sociológica sobre los fenómenos médicos, entre los cuales se señalaron distintas dimensiones. En primer lugar, se destaca la referencia a la instancia propiamente histórico-institucional de la subdisciplina. Como señala Twaddle (1982), el interés de la sociología por la medicina cobra impulso hacia mediados de la década de 1950 en el ámbito académico anglosajón, en el marco de una serie de procesos complejos asociados a los procesos de modernización imperantes. En particular, esto impacta en la conformación de la subdisciplina en el sentido de que se constituye en un área de estudio autónomo debido más al impulso externo de intereses puestos en el avance del accionar biomédico, que por factores asociados al desarrollo de teoría sociológica en términos estrictos (Stacey y Homans, 1978). Como indica Graciela Biagini (1996) uno de los factores principales de este desarrollo proviene del reconocimiento, por parte de la propia biomedicina, de que los avances en términos de conocimiento y descubrimientos tecnológicos se muestran insuficientes para lograr la gestión de los procesos de vida y muerte de las poblaciones. A su vez, el incremento en la demanda de servicios médicos -impulsada por los avances técnicos- en el período de posguerra genera una serie de transformaciones asociadas a la organización de los mismos -expansión, burocratización, elevación de los costos y especialización-. Todo lo cual pone de manifiesto una serie de desafíos en torno al desarrollo de estrategias de intervención, diseño de planes y coordinación organizativa, que afirman la convergencia entre las nuevas necesidades de la medicina científica y las problemáticas que desde hacía tiempo eran centrales en la sociología: la interacción social y la organización institucional (Biagini, 1996). Este particular punto de partida de los estudios sociológicos en salud se constituirá luego en un foco central de debate, donde la cambiante relación que se asume con la medicina oficial se expresará en un proceso de redefinición y diversificación subdisciplinar¹. Ahora bien, un segundo punto de partida a la hora de analizar la

¹ De este modo, la designación de sociología *en* la medicina va a pasar a constituirse en una sociología *de* la medicina (Straus, 1957), la que luego será definida en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial bajo el término genérico de sociología *médica* (Bloom, 2002, Gerhardt, 1989, entre otros). A fines de los setenta y, especialmente en la década de 1980, se legitimará finalmente la denominación sociología *de la salud y la enfermedad*, formando parte

relación entre sociología y biomedicina y la consecuente relación sociología y medicinas no-convencionales, se posiciona haciendo blanco en el lugar que asumen los supuestos que caracterizan epistemológicamente la especificidad de la disciplina. Desde este enfoque, es posible construir una argumentación que destaque las características propias del horizonte de pensamiento clásico de la sociología, las cuales giran en torno de los procesos de modernización y el diagnóstico de sus consecuencias -desintegración social, anomia, despersonalización y racionalización de las relaciones sociales, entre otras-. Esta lógica de problematización clásica supone a su vez la *invención* de la idea de sociedad, que habilita a inscribir las coordenadas del orden y el cambio propias de este contexto de época bajo el signo de una *totalidad organizada* (Dubet y Martucelli, 2000: 31)². En lo que respecta a la realidad médica, este horizonte paradigmático de la disciplina se va a corresponder con un especial interés en el análisis de las formas biomédicas de cuidado, sea alineándose con las pretensiones racionalistas y de control social -como es el caso del estructural-funcionalismo de Talcott Parsons- o bien adoptando una perspectiva crítica en torno a la racionalidad política subyacente a sus prácticas -como se advierte en los estudios foucaultianos-. Siguiendo a Mike Saks (2005: 203) la biomedicina se constituye en un *corpus* de saberes y prácticas que expresa el modelo de pensamiento científico-racional constitutivo de la modernidad en tanto proceso histórico. Por ende, al constituir las sociedades occidentales modernas el marco de referencia indiscutible de la sociología, el foco estará puesto en las instituciones y relaciones establecidas en este contexto.

así de los diversos enfoques institucionalizados en el campo (Twaddle, 1982; Turner, 2008; Renaud, 1985). Estas denominaciones marcan diferentes instancias en las que la aceptación del modo en que la medicina ortodoxa define al enfermo y a su tratamiento deja lugar a investigaciones que hacen cada vez mayor el hincapié en superar las posturas que aceptan la validez universal del paradigma biomédico. Como señala Steven Wallace (1990) este giro aparece representado en el surgimiento de la sociología de la salud y reviste dos énfasis principales. El primero, de índole humanista, mientras que el segundo se centra en una dimensión estructural, examinando tanto las condiciones político-económicas que determinan la prevalencia de determinadas enfermedades, así como las fuerzas sociales que constriñen al sistema de atención y las respuestas individuales ante la enfermedad. Si bien es preciso reconocer que el sustrato común que ambos énfasis comparten es su tendencia a asumir una postura crítica (Wallace, 1990:377) que en muchos casos hace foco en la medicina científica en tanto saber de dominación social, evidentemente esta matriz analítica termina dejando afuera otras prácticas médicas existentes, cuyo estudio no es considerado relevante.

² A ello se refiere la teoría del contenedor de la sociedad (1998) acuñada por Beck para retratar el conjunto de axiomas de la sociología correspondiente al período entre la Segunda Guerra Mundial y la década de 1970². Desde su punto de vista, la etapa se caracteriza por el empleo de un esquema de clasificación en el que la sociedad presupone (y se constituye en el marco de) el Estado-nación, lo que circunscribe sus límites y alcances. En efecto, la ordenación en torno a una unidad territorial delimita totalidades fuertemente integradas y, por ende, homogéneas, que se configuran a partir de dos criterios. Si se toma como referencia el exterior, las sociedades son identificadas y diferenciadas de las otras a través del criterio de la nación, mientras que, considerando el *interior*, las prácticas sociales son retraducidas y tematizadas en los términos propios de las categorías estatales de clasificación -economía, literatura, lengua, opinión pública-. Estas definiciones, a su vez, son retomadas por la disciplina sociológica, preformando así sus niveles analíticos centrales -economía, política, ciencia, cultura-.

B- La teoría/tesis de la medicalización y sus implicancias para el campo de estudio de las medicinas no-convencionales

La relevancia acordada a la biomedicina por parte de la sociología en tanto objeto de estudio se expresa en lo que diferentes autores definieron como dominación (bio)médica, en el marco del cual ancla la denominada tesis de la medicalización de la sociedad. Como reconocen Gabe *et al.* (2004:176) este concepto³ puede articularse en el marco general de las lecturas sobre dominación médica, en la medida que da cuenta de la autoridad cultural con la que cuenta la medicina científica en términos de, por ejemplo, arrogarse la capacidad de definir los umbrales de lo que debe ser considerado una enfermedad y lo que no. A este respecto la medicalización, definida como un proceso de construcción social por el cual problemas no-médicos pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos -generalmente en términos de enfermedades y desórdenes- (Conrad y Schneider, 1992: 209)⁴, se introduce en los abordajes sociológicos hacia fines de 1960 a partir de un enfoque crítico. Aquí, uno de los ejes del análisis se centra en dilucidar los factores que hacen a esta ampliación de la jurisdicción médica sobre tópicos ligados a la desviación, pero asimismo a aspectos ordinarios de la cotidianeidad -nacimientos, menstruación, menopausia, estado de ánimo, vejez y muerte-, poniéndose de manifiesto el impacto del conocimiento médico-científico -desde la creación de categorías *ipso facto* hasta la resemantización de categorías preexistentes- en la vida de las personas. Retomando aquí a Marc Renaud (1985), es interesante señalar que la introducción de la temática de la medicalización en el campo de la sociología, puede ser leída en el contexto de un recambio paradigmático que trastoca los interrogantes en torno a los cuales se organiza la subdisciplina. Así, el autor afirma que las investigaciones de los años 50 y 60 consideran que el aspecto sociológicamente relevante de la enfermedad es la *conducta social*, tomando como eje el supuesto del ajuste normativo y las potencialidades de desviación. Mientras que a partir de la década de 1970, el eje problemático central girará en torno de la enfermedad como *producto social* (Renaud, 1985:6). En relación con el lugar que asume la biomedicina en estas elaboraciones, el cambio paradigmático que cristaliza en la tesis de medicalización marca el pasaje de una mirada en la que la medicina y el cuerpo médico expresan los valores sociales fundamentales a seguir, a una lectura que pone en cuestión la universalidad

³ Varios autores definen a la medicalización como concepto teórico, si bien se reconoce que existe un amplio debate académico que impide la construcción de un consenso en torno a este uso.

⁴ Comportamientos que alguna vez fueran definidos como inmorales, pecaminosos o criminales -desde el marco de referencia de la religión o del discurso judicial- pasan a ser resemantizados desde el lenguaje médico científico, desplazando el acento de la idea del mal (*badness*) a la de enfermedad (*sickness*) (Conrad, 2007: 6).

de estos valores. Así, las “verdades” biomédicas son mostradas como el resultado de una serie de procesos históricos mediante los cuales “*la medicina adquiere el monopolio para definir la enfermedad y su tratamiento, así como el de crear socialmente la figura del enfermo*” (Renaud, 1985: 7)⁵.

En el marco de las múltiples perspectivas adoptadas en el estudio de la medicalización, así como la existencia de distintos trabajos que rigurosamente han sistematizado el modo en que este tema ha sido abordado en ciencias sociales, la tarea de retomar aquí algunos de sus lineamientos responde exclusivamente al interés que vertebra este apartado, vinculado a la reconstrucción de los principios teóricos-epistemológicos que condicionaron la construcción de las medicinas no-convencionales en tanto objeto de estudio por parte de la disciplina sociológica. Por un lado, muchas de estas investigaciones toman como clave explicativa de la medicalización sus condiciones más amplias de emergencia, señalando que procesos tales como la industrialización, burocratización y racionalización de las sociedades modernas fomentan la expansión creciente de la racionalidad biomédica (Williams y Calnan, 1996; Conrad, 2007). Un exponente de este enfoque es Ivan Illich (1976), quien señala el modo en que los avances en la institucionalización de la medicina moderna –y el predominio de su lógica técnica- genera un efecto de expropiación de los saberes populares, redundando en una pérdida de la capacidad autónoma de cuidar su salud por parte de las personas⁶. La obra de Michel Foucault (1998) –si bien no utiliza el término medicalización- suele mencionarse asimismo como referente en este punto, en tanto hace foco en la biomedicina como un dispositivo disciplinario de control y normalización, que forma parte de un conjunto más amplio de mecanismos que hacen al gobierno de individuos y poblaciones con arreglo a la racionalidad política del *biopoder* que rige a las sociedades disciplinarias⁷. Bajo una

⁵ Cabe destacar que, si bien el autor define el pasaje de la sociología médica a la sociología de la salud en virtud de estos dos ejes problemáticos, la definición de una frontera entre estos dos enfoques es más compleja, ya que en la actualidad la sociología médica no necesariamente adscribe a los lineamientos epistemológicos de la biomedicina (Wallace, 1990). Por otro lado, interesa agregar aquí que el autor destaca que la introducción de la temática de la medicalización se lleva a cabo junto con la de la “profesionalización” y la de “eficacia/eficiencia”, constituyendo los tres tópicos centrales sobre los cuales se edifica el paradigma enfocado en la problemática de la enfermedad como producto social (Renaud, 1985:7).

⁶ Illich señala tres tipos de iatrogenia provocada por el avance biomédico, la cual da cuenta del daño generado por un procedimiento de diagnóstico o terapia aplicado por el profesional médico. La iatrogenia clínica -daños infligidos por el abuso de drogas y de la tecnología médica avanzada-, la social -la dependencia generada en relación con la población- y la cultural -la destrucción de la capacidad autónoma de las sociedades para lidiar con los problemas de salud. Sobre este tema, ver el trabajo de Roberto Passos Nogueira (2008) que hace foco en esta crítica de la salud en la obra de Iván Illich, así como también su reelaboración en la década de 1980.

⁷ Como indica en *Tecnologías del yo*, el despliegue político del biopoder se inicia hacia finales del s. XVIII a partir de una de sus tecnologías constitutivas: la biopolítica -centrada en el gobierno de los cuerpos en tanto procesos de

clave análoga, la medicalización ha sido vinculada con las transformaciones modernas de diferenciación cultural denominadas en el ámbito académico en términos de secularización. En este sentido, el argumento de que la biomedicina reemplaza a la religión en tanto guardián social de la moralidad en contextos de modernidad (Zola, 1973) es retomado para inscribir la preeminencia de la enfermedad en términos científicos y amorales, es decir, no como *illness* sino como *disease*⁸, en el marco de los procesos de diferenciación entre la esfera judicial, religiosa y médica (Turner, 2008: 179-184). Como señalan Williams y Calnan (1996) otros autores -desde una perspectiva marxista o feminista- han privilegiado la dimensión de los intereses de los sectores dominantes del sistema de producción capitalista y del sistema patriarcal, respectivamente (Navarro, 1972; Witzin, 1983; *apud* Williams y Calnan, 1996). Por último, otros enfoques hacen una lectura de la medicalización como contraparte directa del incremento del poder que la corporación biomédica ha sido capaz de construir vis-à-vis respecto del Estado, otras industrias vinculadas como la farmacéutica y organismos internacionales, entre otros. Posicionándose, de esta manera, como una institución de control social (Zola, 1973) que ejerce su influencia en sociedades industrializadas, tanto en un nivel conceptual, institucional y en el nivel de la relación médico-paciente (Conrad y Schneider, 1980), como también en la promoción y amplificación de las preocupaciones de salud por parte de los legos (Aïach, 1998).

Pues bien, tanto desde una perspectiva construccionista como desde el método arqueológico foucaultiano, muchos de los trabajos que contribuyeron a construir la tesis sobre la medicalización sobre las bases antedichas fueron criticados por presumir el carácter más o menos unidireccional de estos procesos -en el sentido de la inexorable expansión de la racionalidad biomédica por sobre otras lógicas de denominación e intervención sobre a realidad. En este sentido, la postura crítica delineada en el ámbito académico respecto de la sobremedicalización de la sociedad y sus consecuencias (Conrad, 2007:11) articulada con la ola revisionista que puso en cuestión el rol acrítico de las ciencias sociales respecto de la hegemonía biomédica, terminan delineando una serie de presupuestos cuyas limitaciones van a ser señaladas por diferentes autores. Por un lado, el énfasis en el control social y la producción generalizada de “cuerpos

conjunto. Aquí la biomedicina como dispositivo de poder funciona a partir de las dimensiones epidemiológica y estadística, a través del cuerpo de la policía médica -modelo de la epidemia, en contraposición al de la peste-. Hacia fines del S. XIX, esta tecnología se articula con la tecnología disciplinaria -que instrumenta el examen, registro y vigilancia como mecanismos de control centrados en el cuerpo como fenómeno individual.

⁸ La distinción entre *illness* y *disease* es señalada por múltiples autores como una de las vías para distinguir las concepciones biomédicas de enfermedad (*disease*) de las experiencias sociales de la misma (*illness*).

dóciles” va a sobredimensionar finalmente la injerencia de la medicina científica en la definición de la experiencia de los individuos sobre su propia salud (Gerhardt, 1989; citada por Williams y Calnan, 1996; ver también Armus, 2005⁹). Por otro lado, la tesis de la medicalización contribuirá a reforzar el presupuesto general de que en Occidente las prácticas no-ortodoxas se encuentran invariablemente destinadas a desaparecer o a perder importancia relativa frente a las coordenadas delineadas por esta perspectiva.

Sin dudas, no desconocemos aquí la existencia de matices en los escritos abocados a la temática de la medicalización. Como es de amplio conocimiento en este campo de estudio, el supuesto académico de la creciente extensión del control médico en las sociedades modernas encontró diversas voces que lo cuestionaron de manera temprana, afirmándose la existencia de procesos contrarios que son definidos con el término desmedicalización (Fox, 1977). En este sentido, las medicinas no-convencionales y los fenómenos asociados a la salud holística asumen un nuevo interés para los abordajes que problematizan la medicalización desde las últimas décadas del siglo XX, precisamente por ubicarse –al menos desde una primera mirada- en términos de un proceso cultural opuesto.

2-El debate medicalización-desmedicalización en los estudios sociológicos sobre medicinas no-convencionales

Sin pretensiones de exhaustividad, es posible mencionar algunos lineamientos que asume la discusión en torno de los alcances de la desmedicalización que se opera desde las lógicas de cuidado desplegadas por las medicinas no-biomédicas, no-convencionales, “alternativas” o alternativas y complementarias, como las denomina la Organización Mundial de la Salud (2002). En términos esquemáticos y a los fines introductorios que se propone esta comunicación, desarrollaremos dos posturas generales que asume este debate: (A) los estudios que conciben las medicinas no-convencionales como encarnando una lógica que se opone, cuestiona y subvierte efectivamente las definiciones biomédicas y (B) otra línea que intenta poner de manifiesto las ambigüedades, superposiciones y líneas de continuidad que sitúan a las medicinas no-

⁹ Como bien indica Diego Armus (2005: 28) el reconocimiento de los enfermos como sujetos históricos -y no como simples blancos inermes del saber y prácticas biomédicas- forma parte de la nueva historiografía que se configura a partir de la década de 1990. Esto se registra en la línea de estudio que hace foco en la historia sociocultural de la enfermedad, que reconoce las coyunturas de contestación, resistencias, así como las exigencias de medicalización, como parte de los procesos de ampliación de la ciudadanía social en América Latina.

convencionales en un lugar diferente pero no necesariamente opuesto a la biomedicina y sus modos de definir y/o intervenir sobre la realidad.

(A) Múltiples autores hacen referencia al modo en que las terapias “alternativas” encarnarían un auténtico giro cultural que podría implicar un proceso de desmedicalización. Esto es afirmado, por ejemplo, Judith Fadlon (2005: 13), quien realiza un estado del arte en el que distingue esta postura así como también otras tres¹⁰. Aquí la autora resalta que se trata de una perspectiva donde rige una insatisfacción generalizada contra la hegemonía biomédica y se encuadraría ante todo en un proceso contracultural en la medida en que vehiculiza un rechazo hacia la modernidad. En este punto, y de manera consensuada en la literatura sobre medicinas alternativas, suele mencionarse a Mary Douglas como la referencia teórica por excelencia de esta postura. En efecto, en Douglas (1998) la autora propone una serie de criterios analíticos para la comparación de diferentes prácticas terapéuticas de acuerdo a diferencias culturales que permitirían discernir entre distintos “estilos de pensar”: 1) el contraste espiritual-material –desde el cual las distintas prácticas y objetos médicos pueden ser codificados y jerarquizados de acuerdo con escalas valorativas que van de lo grosero a lo sutil, de lo rústico a lo delicado, de lo brutal a lo tierno, de lo mecánico a lo personal, etc; 2) la percepción respecto de la biomedicina -si la práctica terapéutica sitúa su credibilidad en los mismos términos que la medicina oficial o de manera radicalmente diferencial-, 3) los estándares normativos fijados por la comunidad terapéutica -aquí, se define el modo en que el individuo concibe la relación especialista-usuario, y el “rol del enfermo”- y 4) las pautas de responsabilidad -que define prácticas ligadas a la inculpación o, por el contrario, a la victimización del enfermo. Desde esta perspectiva, las decisiones que involucran el cuerpo manifiestan auténticos conflictos culturales. Y la opción de medicinas “alternativas” suponen una opción por la delicadeza y una preferencia por la espiritualidad, que se opone de una y otra manera a las tradiciones filosóficas occidentales que vehiculiza la medicina moderna. Por último, la autora afirma que este tipo de posicionamiento por parte de algunos sectores de la

¹⁰ Estas posturas son: 1-la dicotomía modernidad vs. tradición (aquí se destacan los estudios que contraponen un polo donde la medicina tradicional y/o indígena se asume como no-moderna y la biomedicina occidental como el polo moderno. No existe en estas lecturas la posibilidad de transacciones entre estos dos sistemas desde un punto de vista organizacional. Presente en los estudios sobre subculturas, esta postura considera la adherencia a creencias tradicionales como una “falla en los procesos de aculturación”), 2-la insatisfacción “limitada” respecto de algunos aspectos de la medicina convencional (aquí, estas terapias aparecen como una alternativa “funcional” a la biomedicina y suponen una elección aislada, por fuera de un entramado sociocultural que le otorgaría sentido) la 3-es la insatisfacción generalizada que desafía la hegemonía biomédica y la 4-la postura del pluralismo médico. (ibídem:9-15).

sociedad, puede articularse con otros conflictos culturales, como el que se expresa en la defensa del medioambiente y los animales, y que se desprende de la centralidad que adquiere la naturaleza y “lo natural” como valor en este modo de ordenar y clasificar el mundo.

(B) En esta línea podemos mencionar el trabajo de Lowenberg y Davis (1994), quienes comienzan planteando que la “salud holística” no representa las aspiraciones de algunos críticos de los procesos de medicalización. Estos críticos –señalan- delinean una suerte de “profecía desmedicalizadora” (ibídem: 580) que opondría al diagnóstico de una tiranía biomédica totalizadora la visión de un futuro donde el sistema médico podría ser más democrático, con ciudadanos libres y responsables que elegirían en función de sus intereses, utilizando a la medicina convencional de manera consultiva (desapareciendo el modelo prescriptivo). Pues bien, los autores afirman que no puede leerse la emergencia y difusión de la salud holística en términos de un giro cultural unilineal que permitiría contraponerse a las lógicas de medicalización, ya que se trata de un fenómeno cuyas complejidades y ambigüedades es preciso analizar. Como conclusión, los autores afirmarían que la salud holística representa una articulación de procesos de medicalización y desmedicalización. En su análisis, proponen desglosar este debate en las que consideran sus tres dimensiones más significativas: (a) la que remite al locus de causalidad explicitadas desde cada modelo médico, (b) el referido al estatus de las relaciones establecidas y (c) el que concierne al alcance de la esfera patogénica (*pathogenic sphere*). Cabe destacar que, respecto de las dos primeras dimensiones, los autores afirman de manera general lógicas desmedicalizadoras, aunque señalando paradojas interesantes. Por ejemplo, en lo que respecta al punto (a) “locus de causalidad”, las terapias holísticas se diferencian del modelo médico en su vertiente alopática por hacer foco, no en una etiología específica –es decir, una causa específica para cada enfermedad¹¹- donde el agente implicado sería externo y por tanto impersonal, sino en el *self*. Esto es así ya que la enfermedad es considerada como resultado del desequilibrio entre diferentes aspectos constitutivos del individuo, como el emocional, el mental, el físico, el espiritual e inclusive el relacional (ibídem: 584). Este postulado supone principalmente el rechazo

¹¹ Como señala Laplantine (1998) a partir del descubrimiento de la microbiología la denominada medicina académica deviene una biomedicina, en la medida en que se radicaliza en un estricto esencialismo que sostiene la idea de que las enfermedades –en tanto agentes patógenos de carácter exógeno- revisten una naturaleza ontológica independiente de los individuos que las padece. Esto se vincula con el paradigma empirista que ostenta la biomedicina como matriz cognoscitiva. Aquí se sostiene que la naturaleza biológica, en tanto entidad física y empíricamente observable, constituye el fundamento objetivo y por ende, científicamente observable de la realidad (ver por ejemplo Good, 1994).

a que el individuo sea absuelto de la responsabilidad de su enfermedad, tal como aparece delineado en el concepto del rol del enfermo de Talcott Parsons. El énfasis se encuentra puesto en la responsabilidad individual, en términos de que se considera una capacidad de control por parte del sujeto respecto del proceso de salud-enfermedad-cuidado, esto es, en lo que concierne a la detección y gestión del padecimiento, así como también se lo considera parte en el proceso de emergencia del desequilibrio. Pues bien, las implicancias señaladas por los autores refieren una paradoja principal. La subversión del planteo biomédico respecto del carácter ontológico y por ende externo de los agentes patógenos (en torno de los cual se erige un modelo de atención basado en la *expertise* científica respecto del diagnóstico y tratamiento especializado, de lo cual el individuo no puede formar parte) precisamente va en la dirección de una desmedicalización. No obstante, los autores resaltan el modo en que el foco en la responsabilidad y control puesto en el individuo puede redundar en una “tendencia social punitiva” (ibídem: 587), de modo tal que:

“El cambio en la responsabilidad puede ser usada como un modo racional de reducir los servicios médicos dirigidos a los pobres, retirar una serie de recursos a los enfermos y discapacitados, y estigmatizar a quienes se encuentran enfermos” (ibídem: 587)¹²

De este modo, la coexistencia de un elemento humanista que introduce efectos anti-humanistas a nivel societal aparece como la principal consecuencia de acuerdo a esta matriz de análisis.

El punto (b) “estatus de las relaciones” (*status relationships*) es tal vez el que más genera efectos desmedicalizadores según el planteo de los autores. En este punto, lo que se encuentra en discusión es la posibilidad de establecer una relación más igualitaria entre proveedor y cliente (*provider and client*). No obstante, los autores afirman que en el marco de las terapias holísticas no se registra tanto una total reestructuración de la lógica de las relaciones, sino más bien de una disminución de las distancias de estatus que plantea la medicina convencional entre el médico y el paciente. Aquí –si bien no profundizan en las definiciones respecto de esta noción- refieren que el principal elemento desmedicalizador es la desprofesionalización. Podemos argumentar, retomando las elaboraciones de Eliot Freidson (1978) que el monopolio biomédico para la definición y tratamiento de la dolencia no puede pensarse dissociado del proceso de construcción de una autoridad profesional proveniente del conocimiento experto (*expert authority*) que se transmite sólo entre un número limitado de practicantes (*social closure*) y que declaran una adherencia al paradigma científico. Retomando estos planteos, Cant y Sharma (1996) señalan que

¹² Traducción propia.

mientras que el conocimiento biomédico es presentado como científico y, en ese sentido, generalizable y con pretensiones de universalidad, el conocimiento holístico o complementario es “local”, basado en la experiencia personal y las habilidades del terapeuta, lo que se vincula además con el carácter individualizado del diagnóstico y el tratamiento en el marco de estas terapias (ver también Johannessen, 1996, incluido en el mismo volumen). Lo cual presenta un límite para la construcción de legitimidad/autoridad considerando que las pretensiones de objetividad del conocimiento constituyeron uno de los elementos que condujeron a la conformación de un monopolio de la biomedicina ante instancias estatales (en Argentina, ver por ejemplo Belmartino et al., 1988)¹³. La desprofesionalización redundaría desde este punto de vista en las características del conocimiento holístico y en la consecuente capacidad de conformar asociaciones que garanticen el reconocimiento y definición de un estatus social alto.

Junto con la desprofesionalización, Lowerberg y Davis (1994) hacen referencia a la dimensión afectiva y de involucramiento personal del terapeuta como parte del modelo de atención holístico, lo que es especialmente valorado por los pacientes/usuarios (ibídem: 591).

Por último, la dimensión (3) de la esfera patogénica, remite a nuestro entender al aspecto más rico del planteo que permite pensar de manera efectiva en la superposición de lógicas medicalizadoras y desmedicalizadoras en el seno del modelo holístico de atención. En efecto, los autores ponen en relación (a) la idea esbozada por Conrad y Schneider (1980) respecto de que la medicalización consiste en el proceso de expansión en que la biomedicina pone bajo su jurisdicción diferentes esferas de la vida cotidiana de las personas, con (b) la idea de que las medicinas holísticas se caracterizan por ampliar el ámbito de su eficacia terapéutica a una multiplicidad de dimensiones de la persona que son consideradas en su interrelación formando una unidad (física, mental, emocional, espiritual, relacional, por ejemplo). En este sentido, la

¹³ La capacidad por parte de la biomedicina, de obtención del monopolio legítimo del arte de curar –y su correspondiente estatuto oficial efectivo- recién resultará posible gracias a un complejo proceso de organización que supuso la consolidación progresiva de una corporación profesional. Como señalan Belmartino et al. (1988) para el caso argentino, esta se encontró marcada por una serie de pugnas internas, que desde mediados del s. XIX hasta mediados del s. XX se expresan en los conflictos: (1) entre asociaciones médicas con intereses divergentes, (2) entre enfoques disciplinares –caso de la medicina alopática y su lucha contra la homeopatía- y (3) entre distintas ramas de actividad –disputándose la injerencia sobre patologías (dermatólogos y epidemiólogos frente a la lepra, por ejemplo). No obstante, queda claro que la capacidad de ciertos grupos médicos para consolidar su desempeño profesional requería del apoyo estatal para la creación de instituciones autónomas, así como de una legislación que garantizara su posición como grupo legalmente privilegiado. Esto constituye la condición de posibilidad para “excluir o incluir de manera subordinada a sus competidores dentro de lo que pretendían definir como práctica legítima” (González Leandri, 1998:191). Para un estado del arte en torno del modo en que se opera una exclusión de los saberes populares en el contexto argentino, ver Bordes (2012a y b).

salud holística “sitúa un número mayor de áreas de la vida cotidiana en el marco de la esfera médica” (ibídem:592), resultando en una medicalización del “estilo de vida” (ejercicio, descanso, nutrición). Comparando el modelo alopático y el holístico, contraponen el foco puesto en la enfermedad (*illness*) y el foco en la acción preventiva.

Este último tópico nos reenvía a las líneas de continuidad que diferentes autores atribuyen entre los procesos de medicalización y una definición más amplia de la realidad médica, expandiéndola más allá de los límites de la propia biomedicina. Debate que constituye el fundamento, por decirlo de alguna manera, de lo que Lowerberg y Davis señalan en la dimensión (3).

En este punto, el temprano trabajo de Crawford (1980) constituye un referente a partir del desarrollo del concepto de *healthism*. Este concepto hace blanco en las coordenadas culturales que derivan en la atención excesiva que asume en las sociedades contemporáneas la salud individual, lo cual considera vinculada con la ideología política de fines de 1970, orientada a responsabilizar a los individuos de sus acciones y omisiones, en vistas a oponerse a las definiciones del sujeto sustentadas por el estado benefactor.

El *healthism* representa una particular manera de concebir el problema de la salud y es característico de la nueva consciencia y los movimientos que emergen en torno de la salud. puede ser comprendido como una nueva forma de medicalización, considerando que todavía retiene elementos clave de la medicina. Como la medicina, el *healthism* sitúa el problema de la salud y la enfermedad a nivel del individuo. Las soluciones son formuladas en ese nivel también (...) Elevando la salud como un valor superlativo, una metáfora acerca de lo que es bueno en esta vida, el *healthism* refuerza la privatización de las luchas por el bienestar”

Desde el punto de vista de Crawford, el *healthism* trae aparejado también una idea de que las actividades asociadas a sostener la salud suponen una obligación moral. Como indican Petersen y Lupton (1996) en este marco se delinea el imperativo de que cada uno debería trabajar en pos de maximizar la propia salud. Por su parte, Greenhaulgh y Wessely (2004) refieren en un estado del arte que desarrollan en torno de la noción, que el *healthism* remite no sólo a la aspiración de conseguir una vida libre de enfermedad, sino sobre todo libre de síntomas; y se encuentra

fuertemente asociada al consumismo que rige en el actual mercado de bienes y servicios en salud. De este modo, se vislumbra un pasaje de la relación médico-paciente a la de consumidor-proveedor, pasaje al que subyace un cambio socio-cultural que repercute en los rasgos que asume la agencia desde las últimas décadas del s.XX en sociedades occidentales. Así, las nuevas destrezas se encuentran delineadas en torno de valores y creencias en salud que incluyen la búsqueda de información, auto-reflexión, desconfianza hacia doctores y científicos, elecciones ligadas a estilos de vida saludables e incluso “alternativos”, entre otros.

En el ámbito francés, existe asimismo el consenso respecto de las líneas de continuidad entre medicalización y prácticas de salud holística. En el marco del trabajo colectivo *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Aïach (1998) coincide en la hipótesis de que la socialización en el marco clínico de la medicina convencional, contribuyó a forjar una serie de disposiciones hacia el escrutinio constante del cuerpo y sus signos/señales, en pos de acudir a la consulta médica ante cualquier sospecha de enfermedad. Este cambio en la mirada de los pacientes, o la internalización de la mirada del médico, sería el punto de partida de esta patologización creciente de la salud –oxímoron que refuerza el carácter contradictorio del proceso. Para completar la idea de que la salud deviene en un valor superlativo, Aïach afirma que la salud ha conquistado espacios antes ocupados por otros valores, mezclándose con ellos: salud/belleza/juventud; salud/bienestar/felicidad.

Para finalizar con este apartado, y en contraposición con la lectura de las medicinas alternativas en términos de contracultura, cabe mencionar toda una serie de trabajos que se esfuerzan por mostrar los procesos de convergencia que se operan en la actualidad entre medicinas no-convencionales y biomedicina. En particular los estudios que se inscriben en la sociología de las profesiones y que analizan, por ejemplo, la búsqueda de reconocimiento de practicantes alternativos constatándose en muchos casos (quiropaxia, osteopatía) la tendencia a recuperar las pautas de legitimación propias de la biomedicina, lo que se vislumbra: 1) tanto en lo que refiere a la producción, transmisión y puesta en práctica del conocimiento (*knowledge claims* (Cant y Sharma, 1996)-; 2) como en lo que concierne a prácticas que involucran la imitación de marcaciones identitarias y rituales clínicos (McClellan, 2003) Como contrapartida, empero, surge de las investigaciones el temor de los especialistas a la pérdida de las cualidades intrínsecas de la

terapia y a la subordinación (Cant, 1996: 58). Así como a la apropiación de su *savoir faire* por parte de la medicina ortodoxa (Wiese y Olster, 2010).

Referencias bibliográficas

- Aiach, Pierre (1998) “Les voies de la médicalisation”, en *L’ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. Anthropos: Paris.
- Belmartino, S. et al. (1988) *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS).
- Biagini, G. (1996) *La conformación del objeto de estudio de la Sociología de la Salud*. Publicación interna de la Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Bordes, M. (2012a) «*Construcciones y transacciones de sentido en torno al cuidado de la salud en el contexto de una terapia no-convencional: la reflexología. Un estudio sobre las nuevas culturas terapéuticas en la región metropolitana de Buenos Aires*. Tesis de doctorado: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- (2012b) Reconversiones del control social en el campo de la salud: un recorrido en torno a las relaciones entre Estado, medicina oficial y actors sociales no-biomédicos en Argentina, *Tempo da Ciencia*, Universidad Unioeste, Campus Toledo, 19 (37), pp 213-233.
- Cant, S. (1996) From charismatic teaching to professional training: the legitimation of knowledge and the creation of trust in homeopathy and chiropractic. En Cant, S. y U. Sharma (ed.) *Complementary and alternative medicines. Knowledge in practice*. London: Free Association Books.
- Coe, R. (1984) *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza editorial.
- Conrad, P. y J. Schneider (1992) *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Columbus-Ohio: Merrill Publishing Company.
- Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Crawford R. (1980) “Healthism and the medicalisation of everyday life”. *International Journal of Health Services*, 10.
- Dubet, F y Martucelli, D. (2000) *¿En qué sociedad vivimos?* Buenos Aires: Losada.

- Fadlon, J. (2005) *Negotiating the holistic turn: the domestication of alternative medicine*. Albany, NY: State University of New York.
- Foucault, M. (1992) "Historia de la 'medicalización'". En: *La vida de los hombres infames*. Montevideo: Altamira.
- Freidson, E. (1978) *The profession of medicine*. New York: Dodd, Mead.
- González Leandri, R. (1998) "Asociacionismo y representación de intereses médicos en Buenos Aires (1852-1880)", *Asclepio*, vol. 50, núm. 2.
- Good, B. (1994) *Medicine, rationality and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greenhalgh, T. y Wessely, S. (2004) "'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes", *British Medical Bulletin*, v.69 (1), p. 197-213.
- Illich, I. (1978) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. México: Editorial Mortiz.
- Johannessen, H. (1996) Individualised knowledge: reflexologists, biopaths and kinesiologists in Denmark. En: Cant, S. y U. Sharma (eds) *Complementary and alternative medicines. Knowledge in practice*. London: Free Association Books, 114-32.
- Laplantine, François. (1999) *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Launsø, L. (1989) "Integrated medicine- a challenge to the health-care system", *Acta Sociologica*, 32, p. 237-251.
- Lowenberg J. y F. Davis (1994) "Beyond medicalisation-demicalisation: the case of holistic health". *Sociology of Health an Illness*, vol. 16, nro. 5, pp. 580-599.
- McClellan, S. (2003) Doctoring the spirit. Exploring the use and meaning of mimicry and parody at a healing center in the north of England. *Health*, 7 (4), p. 483-500.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2002-2005)*. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/>, 2002. Acceso en: 15 jun. 2008.
- Parsons, T. (1984) *El sistema social*. Madrid: Alianza editorial.
- Renaud, M (1985) « De la sociologie médicale à la sociologie de la santé ; trente ans de recherche sur le malade et la maladie ». En *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et la maladie*. -Québec : Les Presses de l'Université de Québec.
- Saks, M. (2001) "Alternative medicine and the health care division of labour: Present trends and future prospects". *Current Sociology*, 49, p. 119-134.

- Straus, R. (1957) "The nature and status of medical sociology". *American Sociological Review*. Volumen 22, Nro 2, 200-204.
- Twaddle, A. (1982) *Sociology: the state of the art*. Bottomore et al. (ed.). ISA-Sage Publications.
- Wallace, S. (1990) "Institutionalizing divergent approaches in the sociology of health and healing: a review of medical sociology readers." *Teaching Sociology*. Volumen 18, Nro 3, pp. 377-384.
- Williams, S. y M. Calnan (1996) "The limits of medicalization: moderne medicine and lay populace in late modernity", *Social Science & Medicine*, 42, p. 1609-1620.
- Zola, I. K. (1973). Pathways to the doctor: From person to patient. *Social Science and Medicine*, 7, p. 677-689.